



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA, CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL

TEMA:

**Condiciones del sistema de cuidado de mujeres adultas
mayores con discapacidad en tres territorios de Ecuador:
Caso San Cristóbal, Galápagos en el año 2026.**

AUTORA:

Verdezoto Yépez, Génesis Ariana

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL

TUTORA:

Mejía Ospina, Paola Ximena, PhD.

Guayaquil, Ecuador

10 de septiembre de 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA, CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Verdezoto Yépez, Génesis Ariana**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en trabajo social**.

TUTORA

f. _____

Mejía Ospina, Paola Ximena, PhD.

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

St. Omer Navarro, Vilma Noemí

10 de septiembre de 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE JURISPRUDENCIA, CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Verdezoto Yépez, Génesis Ariana

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, Condiciones del Sistema de Cuidado de Mujeres Adultas Mayores con Discapacidad en tres territorios de Ecuador: Caso San Cristóbal, Galápagos en el año 2026. ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 10 días del mes de septiembre del año 2026

LA AUTORA:

f. _____

Verdezoto Yépez, Génesis Ariana



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA, CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL

AUTORIZACIÓN

Yo, **Verdezoto Yépez, Génesis Ariana**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, Condiciones del Sistema de Cuidado de Mujeres Adultas Mayores con Discapacidad en tres territorios de Ecuador: Caso San Cristóbal, Galápagos en el año 2026, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 10 días del mes de septiembre del año 2026

LA AUTORA

f. _____

Verdezoto Yépez, Génesis Ariana

REPORTE COMPILATIO



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD SISTEMA DE EDUCACION A DISTANCIA. (Cod. 34)
CARRERA TRABAJO SOCIAL (R). (Cod. 435)
PERIODO A-2026 (Cod. 14734)

ACTA DE TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN TRABAJO DE TITULACIÓN

El Tribunal de Sustentación ha escuchado y evaluado el Trabajo de Titulación denominado "CONDICIONES DEL SISTEMA DE CUIDADOS DE MUJERES ADULTAS MAYORES CON DISCAPACIDAD EN TRES TERRITORIOS DE ECUADOR EN EL AÑO 2026", elaborado por el/la estudiante GÉNESIS ARIANA VERDEZOTO YÉPEZ, obteniendo el siguiente resultado:

Nombre del Docente-tutor	Nombres de los miembros del Tribunal de sustentación		
PAOLA XIMENA MEJIA OSPINA	CHRISTOPHER FERNANDO MUÑOZ SANCHEZ	MERLI ROSSANNA LOPEZ RODRIGUEZ	LOURDES MONSERRATE MENDIETA LUCAS
Etapas de ejecución del proceso e Informe final			
10 / 10	10.00 / 10	10.00 / 10	10.00 / 10
	Total: 30 %	Total: 30 %	Total: 40 %
Parcial: 50 %	Parcial: 50 %		
Nota final ponderada del trabajo de título: 10.00 / 10			

Para constancia de lo actuado, el (la) Coordinador(a) de Titulación lo certifica.

Coordinador(a) de Titulación

LA AUTORA

f. _____

Verdezoto Yépez, Génesis Ariana

Firma de Docentes

f.

Mejía Ospina, Paola Ximena, PhD.

TUTORA

f.

Lic. Christopher Muñoz S., Mtr.

COORDINADOR UIC A-2026

AGRADECIMIENTO

A mis padres. A mi mamá Cleotilde Graciela Yépez Gutiérrez y a mi papá Óscar Efrén Verdezoto Verdezoto, mis primeros y más importantes profesores. Por enseñarme, antes que nadie, que el amor también es una forma de sabiduría. Por creer en mí incluso cuando yo no lo hacía, por ser valientes para que yo pudiera serlo también, por llenar nuestra casa de valores de respeto y de un amor que nunca supo ponerse límites. Por todo lo que dijeron y por todo lo que no hizo falta decir. Por estar ahí cuando el camino era claro y especialmente cuando no lo era. Todo lo que soy tiene algo de ustedes.

A las mujeres que me abrieron su puerta y su memoria, a quienes guardaban en la voz lo que nadie se había detenido a escuchar y me lo entregaron sin pedir nada a cambio. A las mujeres adultas mayores con discapacidad

gracias por dejarme entrar en lo que el mundo suele mirar de lejos, por confiarme lo que duele, lo que falta. Y porque se merecen un Ecuador que las cuide de verdad.

Génesis Ariana Verdezoto Yépez

DEDICATORIA

A mis padres, por ser el ancla y el impulso al mismo tiempo por cada sonrisa en los momentos en que más la necesitaba y por estar presentes en cada etapa de este camino. A Josué, por su paciencia, su compañía y sobre todo su amor incondicional por recordarme que también podía descansar. A mi familia, que sostuvo este proceso desde el amor cotidiano. A mi sobrina April, que con su sola existencia me recuerda por qué importa construir un mundo más justo. Y a Luca y Micha, que estuvieron en cada noche de desvelo, fieles y silenciosos como solo ellos saben serlo.

A mi abuelita Ulbia Verdezoto y a mi abuelito Víctor Verdezoto, que sin saberlo sembraron en mí la vocación por el Trabajo Social. Esta tesis también es suya.

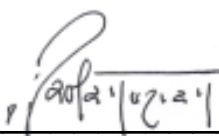
Génesis Ariana Verdezoto Yépez



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

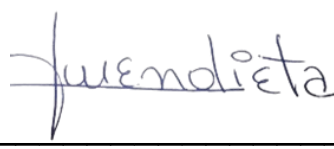
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA, CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. 
MEJÍA OSPINA, PAOLA XIMENA
TUTORA

f. 
VILMA NOEMÍ ST. OMER NAVARRO
DIRECTORA DE CARRERA

f. 
MUÑOZ SÁNCHEZ CHRISTOPHER FERNANDO
COORDINADOR DEL ÁREA

f. 
MENDIETA LUCAS LOURDES
DOCENTE Oponente

ACTA DE CALIFICACIÓN



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD SISTEMA DE EDUCACION A DISTANCIA. (Cod. 34)
CARRERA TRABAJO SOCIAL (R). (Cod. 435)
PERIODO A-2026 (Cod. 14734)

ACTA DE TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN TRABAJO DE TITULACIÓN

El Tribunal de Sustentación ha escuchado y evaluado el Trabajo de Titulación denominado "CONDICIONES DEL SISTEMA DE CUIDADOS DE MUJERES ADULTAS MAYORES CON DISCAPACIDAD EN TRES TERRITORIOS DE ECUADOR EN EL AÑO 2026", elaborado por el/la estudiante GÉNESIS ARIANA VERDEZOTO YÉPEZ, obteniendo el siguiente resultado:

Nombre del Docente-tutor	Nombres de los miembros del Tribunal de sustentación		
PAOLA XIMENA MEJIA OSPINA	CHRISTOPHER FERNANDO MUÑOZ SANCHEZ	MERLI ROSSANNA LOPEZ RODRIGUEZ	LOURDES MONSERRATE MENDIETA LUCAS
Etapas de ejecución del proceso e Informe final			
10 / 10	10.00 / 10	10.00 / 10	10.00 / 10
	Total: 30 %	Total: 30 %	Total: 40 %
Parcial: 50 %	Parcial: 50 %		
Nota final ponderada del trabajo de título: 10.00 / 10			

Para constancia de lo actuado, el (la) Coordinador(a) de Titulación lo certifica.

Coordinador(a) de Titulación

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
1. CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1 Antecedentes	3
1.2 Problematización	16
1.3 Preguntas de Investigación.....	19
1.4 Objetivos General.	24
1.4.1 Objetivos Específicos:	24
1.5 Justificación	25
2. CAPÍTULO II: MARCOS REFERENCIALES	29
2.1. Referente teórico	29
2.1.1. Teoría de los Sistemas de Cuidado	29
2.1.2. Modelo Social de la Discapacidad.....	30
2.1.3. Teoría de la Dependencia Funcional (Katz y Lawton)	31
2.1.4. Teoría de la División Sexual del Trabajo, de Danièle Kergoat.....	33
2.2. Referente conceptual.....	34
2.2.1. Inclusión social	34
2.2.2. Salud mental	35
2.2.3. Sistema de cuidado	35
2.2.4. Discapacidad.....	36
2.2.5. Género	37
2.2.6. Vulnerabilidad.....	37

2.2.7. Envejecimiento	38
2.2.8. Bienestar	39
2.2.9. Calidad de vida.....	39
2.2.10. Estilo de vida	40
2.2.11. Salud y estado	41
2.3. Referente Normativo	41
2.3.1. Normas Nacionales	42
2.3.2. Normas Internacionales	47
2.4. Referente estratégico.....	51
2.4.1. Internacional.....	51
2.4.2. Plan Nacional de Desarrollo, Agenda Nacional para la Igualdad Intergeneracional, Agenda Zonal y Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial	54
3. CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN ...	60
3.1. Enfoque de investigación.....	60
3.2. Tipo y nivel de investigación	61
3.3. Método de la investigación.	65
3.4. Población, muestra y muestreo	65
3.5. Formas de recolección de información	68
3.6. Formas de análisis de información	69
4. CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	71
4.1. Percepción y conocimiento sobre los sistemas de cuidado	71

4.1.1. Relación entre autonomía, dependencia y redes de apoyo	73
4.1.2. Articulación entre cuidado público, familiar y comunitario	74
4.1.3. Consecuencias sobre bienestar, dignidad y calidad de vida	76
4.2. Sistemas de protección y Dinámicas de cuidado	77
4.2.1. Red institucional y servicios de protección	77
4.2.2. Conocimiento y acceso al sistema público de protección	82
4.2.3. Autocuidado, cuidado familiar y redes comunitarias	87
5. CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	95
5.1. Conclusiones	95
5.2. Recomendaciones	97
BIBLIOGRAFÍA	99

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo conocer las percepciones y el conocimiento de las mujeres adultas mayores en situación de discapacidad, frente a los sistemas de cuidado públicos, familiares y comunitarios, en tres territorios del Ecuador Galápagos, Guayaquil y Santa Elena y así también poder identificar las instituciones o programas y conocer sus experiencias frente a su autocuidado. Este estudio de investigación se realizó con la metodología de un enfoque cualitativo, donde trabajamos con las siguientes técnicas de grupo focal y entrevistas, se obtiene la información de la accesibilidad sigue siendo un ajuste reactivo, no a un principio de diseño universal, lo que continúa siendo una barrera estructural para las mujeres con discapacidad.

Además, el cuidado siempre recae en las mujeres tías, nietas o sobrinas, quienes asumen esta responsabilidad junto con una importante carga emocional. Esta feminización del cuidado lejos de ser una elección responde a patrones de género que se reproducen de generación en generación y que el sistema público no ha logrado transformar.

Palabras clave: *mujeres adultas mayores, discapacidad, sistemas de cuidado, autocuidado, cuidado familiar, feminización del cuidado, Ecuador, enfoque cualitativo.*

ABSTRACT

This research aims to understand the perceptions and knowledge of older adult women in situations of disability regarding public family and community care systems in three territories of Ecuador Galapagos, Guayaquil and Santa Elena also to identify the institutions or programs and learn about their experiences regarding their self care. This research was conducted using a qualitative approach methodology where we worked with the following techniques of focus groups and interviews obtaining information that accessibility continues to be a reactive adjustment not a universal design principle which continues to be a structural barrier for women with disabilities.

Additionally, care is always organized around women aunts' granddaughters or nieces who take on this responsibility along with a significant emotional burden. This feminization of care far from being a choice responds to gender patterns that are reproduced from generation to generation and that the public system has not managed to transform.

Keywords: *older adult women disability care systems self-care family care feminization of care Ecuador qualitative approach.*

INTRODUCCIÓN

En este estudio el envejecimiento es un problema social que atraviesa la sociedad con diferentes factores que se presentan que viene a ser un gran desafío para los distintos sistemas como son protección, cuidado, esto nos permite analizar el problema que atraviesa las mujeres adultas mayores. En este trabajo no solo se trata de comprender el cuidado que solo lo realizan las mujeres, sino que también debe intervenir las instituciones o el Estado. Las mujeres adultas mayores con discapacidad presentan distintas necesidades en su diario vivir como son los accesos a los distintos servicios, a las participaciones dentro de la sociedad, a su autocuidado, la movilidad que les impide trasladarse a distintos lugares esto también se relaciona de acuerdo con su contexto territorial. Esta investigación está realizada en base a Tres territorios del Ecuador son los siguientes: Galápagos, Guayaquil y Santa Elena.

Para responder a esta realidad se plantearon como objetivos específicos identificar las instituciones y programas del sistema de protección en cada territorio, describir el conocimiento que tienen las mujeres sobre dichos sistemas y comprender su percepción frente al autocuidado y al cuidado familiar y comunitario. Para abordar esta problemática la investigación utiliza una metodología de enfoque cualitativo que recoge, a través de entrevistas a profundidad, grupos focales y actores sociales clave, las voces directas de las mujeres adultas mayores con discapacidad y de quienes participan en su cuidado.

1. CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Antecedentes

1.1.1 Antecedentes investigativos

Para efectos de respaldo, los antecedentes investigativos se realizaron a través de una búsqueda/localización de la información, identificando literatura con una indagación sistematizada de buscadores como Google académico, Scielo y Dialnet, entre otras, como revistas con énfasis en ciencias sociales.

La búsqueda se realizó filtrando palabras claves de búsqueda, “calidad de vida”, “discapacidad física”, “discapacidad”, “sistema de cuidado”, “adultas mayores”, “mujeres”, “envejecimiento”, de lo que se obtuvo un buen número de investigaciones relacionadas al objeto de estudio. Muchos de los estudios apuntan a problemáticas de enfermedades con cronicidades varias, cuidadores de adultos mayores, adultos mayores, mujeres, sistemas de cuidado, entornos residenciales, envejecimiento y sus etapas, entre otros.

Los proyectos de investigación nombrados son los que en mayor medida han aportado a la investigación en el sistema de cuidado, mujeres adultas mayores, discapacidad y, semejantes. De esta manera, se sistematiza la exploración y análisis de hallazgos relevantes.

Tomando como referencia los aportes de Santillán (2022), en su estudio bajo el título de “Condiciones de vida de las personas con discapacidad del barrio Las Minas del cantón La Libertad, 2022”, sostiene que, el objetivo general del proyecto ha sido el diagnóstico de las condiciones de vida, realidad social y económica de las personas con discapacidad de la localidad “Las Minas”, cantón La Libertad. En la indagación se abordó las

condiciones de la población, elementos determinantes en la estructura del grupo prioritario.

Las políticas de redistribución actúan como apoyo para garantizar aún más los derechos de las personas con discapacidad, para hablar sobre una anualidad mensual puede ayudar a contribuir a paliar la situación actual en la parte económicas o los problemas socioeconómicos de las personas con discapacidad, porque de esta forma las personas con discapacidad mejorarán su bienestar y el de la familia, además de generar se reducirán los ingresos económicos, las prestaciones sociales y los costes asociados a su exclusión (Santillán, 2022, p. 25).

El diagnóstico elaborado adoptó métodos cualitativos con diseño descriptivo en relación con las condiciones de vida de las personas en situación de vulnerabilidad, la recolección de datos sociales se realizó mediante entrevistas semiestructuradas y técnica de observación focalizada a personas con discapacidad habitantes del lugar de estudio. Los resultados visibilizan la diversidad de tipologías funcionales y vulneración de derechos sociales. Además, se identificó como prioridad el trabajo articulado entre la comunidad, familias e instituciones que intervengan la problemática para que se ejecute un diseño y formulación de políticas públicas en garantía de derechos básicos.

A criterio de Montilla-Muñoz (2023), en su proyección de investigación "Barreras de Accesibilidad para Personas con Discapacidad Física en Servicios de Salud del Cantón Rocafuerte, Ecuador", "Una de las discapacidades más comunes es la movilidad reducida, ya sea por accidentes, enfermedades o de manera temporal" (Guillen et al., 2022, p.

350). El diagnóstico elaborado, aplicó métodos mixtos, cualitativos y cuantitativos, con diseño transversal y estudio descriptivo-analítico con aplicación instrumental de constatación visual a 7 centros de salud del Cantón Rocafuerte con aplicación de un cuestionario estructurado a un segmento de 30 personas que manifiestan barreras de movilidad y reciben atención en dicha sede.

La Constitución Política del Ecuador establece que la salud y su acceso son derechos universales para todos los ciudadanos. Sin embargo, las personas con discapacidad física a menudo enfrentan dificultades en el acceso a seguros médicos, así como barreras geográficas y limitaciones en la oferta de centros especializados para su rehabilitación (Muñoz y Ceballos, 2023, p. 351).

Los descubrimientos permiten identificar la negligencia en la aplicación de políticas normativas y regulatorias en el libre acceso de la población con discapacidad. Los registros realizados, evidencian que la infraestructura del centro de salud “frutillo”, no está apta para promocionar la independencia de movilidad de los pacientes al obstaculizar áreas claves de libre tránsito como baños, rampas y escaleras.

Según Batthyány (2003), en su estudio denominado: “Las personas mayores y la igualdad de género en las propuestas de sistemas nacionales de cuidado en América Latina y el Caribe: Una discusión necesaria”, plantea que, “Las percepciones predominantes sobre la vejez en la región todavía indican la presencia de una visión que concibe a las personas mayores como el “adulto mayor”, lo que implica considerar una identidad homogeneizante y masculina” (p.8). La indagación realizada, empleó metodología de orden

cualitativo con diseño bibliográfico y documental, se realizó análisis del contenido y comparación analítica, sistematizando así la información narrativa y detallada respecto a las políticas públicas actuales, al momento de la investigación. Los hallazgos revelan que las medidas empleadas en la presente fecha investigativa no son suficientes para la reducción de la carga laboral de las cuidadoras. No existe un compromiso real para des feminizar el cuidado de los familiares, invisibilizando a la mujer para realizar otras actividades, hay una estructura que produce y reproduce la desigualdad de género, categorizando a las mujeres como simples cuidadoras.

Conforme a los postulados de Montes de Oca (2023), En América Latina y el Caribe, como ya se ha mencionado antes, se estima que alrededor de ocho millones de personas mayores requieren ayuda para la realización de sus actividades básicas de la vida diaria (Cafagna, et al, 2019).

En dicho proceso investigativo, se hizo uso de metodología cualitativa y documental, con enfoque descriptivo y analítico, con un método comparativo de políticas públicas, teniendo como base la recopilación de informes propios gubernamentales como instrumento de la investigación. En los principales resultados se constata que los servicios los servicios del sistema público son insuficientes para generar un efecto de alivio a la responsabilidad que asume el género femenino en los cuidados, en consecuencia, existen patrones marcados, donde la desigualdad de género se reproduce en las estructuras de la sociedad.

Consecuentemente, la autora Montes de Oca (2023), enfatiza, en América Latina y el Caribe, como ya se ha mencionado antes, se estima que alrededor de ocho millones de personas mayores requieren ayuda para la

realización de sus actividades básicas de la vida diaria, tales como comer, vestirse o bañarse, cifra que podría triplicarse alcanzando 27 millones, hacia 2050 (Cafagna, et al, 2019).

De esta manera, los autores profundizan en la reflexión crítica que han fundamentado, por los factores estructurales que se conciben en el sistema del estado y, las carencias de los servicios en los que se genera procesos de exclusión. Desde esta concepción, la carencia de mecanismos efectivos institucionales y, la garantía de derechos establecidos por la ley conduce a la transferencia de responsabilidades en el cuidado.

La presente investigación se efectuó a través de metodología de orden cualitativo con análisis crítico y social, utilizando herramientas metodológicas, analíticas y documentales normativas. En función de las observaciones realizadas, se evidenció inequidades considerables de carácter estructural en la asignación de labores de cuidado, condicionantes que limitan el desarrollo de una vida con independencia personal, en consecuencia, la dependencia responde a un constructo social que interviene en la asignación de roles y responsabilidades.

En el mismo año de los dos últimos estudios mencionados, tal como se menciona en la investigación de Failache et al. (2023) en su estudio llamado "Cuidados de la vejez y oferta laboral femenina en América Latina" los autores realizan un análisis de los requerimientos en la asistencia y cuidado, la participación de las mujeres en la economía y el mercado laboral.

Failache et al. (2023) argumentan en su investigación, "En el último tiempo, en América Latina se ha puesto especial énfasis en la implementación de políticas de protección social" (p.13).

En esta línea de análisis, los autores argumentan la clara necesidad de promover políticas para el fortalecimiento transformador de la población, que se genera con el incremento progresivo de los sistemas de cuidado que en la actualidad asume la organización familiar.

El análisis se realizó a través de metodología cualitativa, descriptiva e interpretativa realizando una comparación analítica y contrastando rasgos de dependencia del perfil de las cuidadoras de Colombia, El Salvador, Uruguay, Paraguay y Chile. En la realización de este estudio se recolectó información pertinente de Encuestas Longitudinales de Protección Social (ELPS) de cada uno de los países en mención, dando paso de este modo, a un estudio de carácter descriptivo de Adultos Mayores sobre los 65 años.

En los resultados se identificó la asociación negativa en las responsabilidades de cuidado y la posibilidad de acceder a un empleo remunerado en el mercado laboral, por tanto, se evidencia que, la sobrecarga en la asistencia familiar recae en gran proporción sobre mujeres sin economía dependiente del área laboral. Evidenciando que la carencia de estructuras de cuidado no solo vulnera los derechos de atención del Adulto Mayor, además, reproduce la desigualdad relegando a las mujeres a su desarrollo profesional anclándolas a actividades de cuidado del hogar, produciendo brechas de inequidad de género.

Dos años más adelante de las anteriores investigaciones, tal como mencionan Imbert et al. (2025) en su estudio denominado “Ensayo Científico: Estudio comparado de los sistemas de cuidados a Adultos de Uruguay, Costa Rica y Cuba,” buscan profundizar en la importancia de identificar, destacar y visibilizar las condiciones que experimentan las poblaciones vulneradas en el

diseño de políticas públicas, afirmando que, es importante aclarar que existen diferencias entre adultos mayores, personas con discapacidad y personas dependientes. Estadísticamente, las personas adultas mayores tienden a tener mayores niveles de dependencia y mayores afectaciones por enfermedades crónicas, lo cual se asocia a una mayor demanda de cuidados (p.3).

Debido al incremento de la demanda de cuidado por el envejecimiento poblacional, los responsables del estudio enfatizan en la necesidad de una reestructuración social transformadora desde las instituciones del estado para los años siguientes, en donde se debe “Implementar sistemas de cuidados que garanticen el acceso al derecho a cuidar y ser cuidado es un objetivo para el diseño de políticas públicas en el futuro inmediato” (Imbert et al., 2025, p. 4)

La mencionada investigación científica empleo metodología cualitativa, comparativa de análisis documental, donde se hizo comparativa de sistemas de cuidado, en políticas sociales de Uruguay Costa Rica y Cuba. En dichos avances, quedo develado las limitantes en las estructuras de servicio en el cuidado, donde una vez más, las responsabilidades son asumidas por las familias, en especial, las mujeres, donde no hay un enfoque de corresponsabilidad entre el estado, las instituciones que representan los programas y las familias, en el cual no se asume desde políticas gubernamentales un alivio a la carga de atención integral que asegure un envejecimiento digno activo y saludable.

Tal como analiza Giaconi (2021) en su obra: “Mujeres, Cuidado y Resistencias. Prácticas de resistencias de mujeres que cuidan a personas con

Discapacidad severa”, desde la conceptualización de cuidado como herramienta para evidenciar la dinámica organizativa de los estados, subrayando que, la literatura feminista utiliza el cuidado como una categoría analítica de los regímenes de bienestar (p.12).

Desde un análisis interpretativo, la autora profundiza en el abordaje de los modelos convencionales y tradicionales que prevalecen en la región, donde el compromiso por parte del estado en la protección social que debe brindar debe asumirla la esfera privada debido al abandono de la administración pública, al señalar que, En el régimen familista tradicional, la responsabilidad del bienestar corresponde principalmente a las familias y a las mujeres en las redes de parentesco. (Giaconi, 2021, p. 13).

Este proceso investigativo se ejecutó mediante enfoque cualitativo-interpretativo, orientando la metodología a enfoques sociales de cuidado puesto en marcha mediante el levantamiento de datos aplicando entrevistas semiestructuradas directas a las cuidadoras familiares que no perciben estipendio por gestión en el hogar en la población chilena.

La evidencia empírica revela que el cuidado de personas con grado alto de dependencia, por tanto, la población vulnerable de la sociedad, reciben cuidados por un grupo de mujeres desde la asistencia domestica como cuidadoras que afrontan la invisibilización y desvalorización con precarización de sus labores.

De esa manera, se revisa un estudio realizado en contexto americano, específicamente en Colombia titulado “*Cuidados de la vejez y oferta laboral femenina en América Latina*” por Failache (2023) el cual aborda los cuidados de la vejez y oferta laboral en América Latina, el cual se enfoca

en analizar las características de la población adulta mayor quienes se encuentran en situación de dependencia, las estrategias que ponen en práctica y las características de quienes cumplen el rol de cuidador. La investigación reveló que, las personas que poseen mayor edad tienen una probabilidad significativa de recibir cuidados por otras personas debido a su dependencia. Esta información se obtuvo a través de un estudio cualitativo en donde participó una población de adultos mayores con un rango de edad de 65 años. (Failache et al., 2023).

En el mismo contexto territorial, latinoamericano, en México, se lleva a cabo una investigación sobre *“Cumplir con el objetivo. voces de mujeres mayores que cuidaron a familiares mayores con enfermedades crónico-degenerativas en Mérida, Yucatán”* por Díaz y Villagómez (2024) este estudio permitió sistematizar experiencias de una muestra de 3 mujeres que ahora son adultas mayores quienes estuvieron a cargo del cuidado de familiares y como estos procesos tuvieron un impacto significativo en su etapa de envejecimiento. Este artículo mostró que, las mujeres representan el miembro al interior de la familia que otorga mayormente cuidados en los sistemas familiares en relación con otros integrantes, por ello, sobre ellas recae mayor carga emocional y física en el diario vivir. Sus hallazgos identificaron que, las mujeres que llevaron a cabo este rol no remunerado desarrollaron diversas enfermedades como demencia, Alzheimer, discapacidad, debido a la carga que conlleva su trabajo. Estos datos se obtuvieron mediante un estudio de enfoque cualitativo, en el cual se aplicó la técnica de la entrevista a mujeres que experimentaron el rol de cuidador. (Díaz y Villagómez, 2024).

A su vez, en Chile, se realiza un estudio sobre *“Cuidados comunitarios, ejercicios de resiliencia y resistencia en mujeres de la región de la Araucanía”* por Zambrano y Campos (2025) cuya metodología aplicada fue de enfoque mixto, aplicando técnicas como la observación participante, entrevistas, encuestas entre otras a una muestra de mujeres lideresas de la comunidad de 40 a 70 años de edad, con esto se obtuvo como principales hallazgos se conoció que, el liderazgo de las mujeres en el contexto comunitario está direccionado al cuidado de los otros y debido a la carga física y mental que este conlleva desarrollan resiliencia frente a situaciones adversas que se pueden presentar en estos procesos. (Zambrano y Campos, 2025).

Asimismo, en Bogotá, Murillo et al. (2024) realizan un estudio sobre la *“Influencia de la discapacidad física motora con la calidad de vida del adulto mayor en el contexto ecuatoriano”* para esta investigación se planteó una metodología de enfoque cualitativo, aplicando como técnica una revisión bibliográfica de diversas publicaciones, la muestra fue de 25 artículos que sirvieron como antecedentes para dar fuerza técnica el tema propuesto. Los hallazgos de este artículo mostraron que, la discapacidad física limita de manera significativa las actividades de la vida diaria de las personas adultas mayores, lo cual los convierte en personas dependientes de cuidadores, esto incide en la calidad de vida de este grupo debido a la disminución o pérdida de sus capacidades. (Murillo et al., 2024).

Otro estudio realizado por Mascherini y Ángulo (2023) sobre *“Políticas públicas del cuidado para personas mayores en zonas rurales de Uruguay”* basado en un enfoque cualitativo y de observación acción

participante, se analiza la forma de garantizar el derecho al cuidado de la población adulta mayor, desde una perspectiva que promueve la corresponsabilidad social y de género. Su metodología estuvo estructurada bajo entrevistas de enfoque cualitativa que se encaminan a analizar las políticas del cuidado en espacios de ruralidad para población adulta mayor y las transformaciones en la organización social de los cuidados dirigidos para este grupo y el impacto que tienen no solo en este grupo vulnerable sino en su cuidador primario. (Mascherini y Ángulo, 2023).

En el estudio de Jaramillo y Guzmán (2023) realizado en Bogotá sobre “Encuentros y desencuentros. Análisis de los debates en torno al Sistema de Cuidado de Bogotá D. C. desde el enfoque de la discapacidad y el género”. Sus autores plantaron como finalidad fortalecer las políticas públicas desde un enfoque inclusivo basado en derechos humanos. Su metodología se basó en una investigación con enfoque cualitativo, analítico y documental, por ello, se trabajó bajo una revisión documental que consistió en una búsqueda exhaustiva de documentos basados en el tema propuesto. Las categorías de análisis fueron enfoque de género, discapacidad, cuidado, inclusión social y derechos humanos, las cuales sirvieron para un análisis técnica de la investigación, obteniendo como hallazgos principales la persistencia de desigualdades en los sistemas familiares para la distribución del rol reproductivo que engloba tareas como el cuidado y protección de los miembros de las familias y obstáculos para la participación plena en otros espacios de las personas adultas mayores lo que tiene un impacto en su inclusión social y calidad de vida. (Jaramillo y Guzmán, 2023).

En el plano nacional, en Riobamba-Ecuador, se realiza un estudio sobre *“Relación entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida de la población adulta mayor con discapacidad a partir de la perspectiva de los cuidadores principales pertenecientes a un determinado proyecto”* por Tapia (2025). La metodología implementada fue de enfoque cuantitativo, aplicando técnicas como APGAR Familiar y la encuesta de estratificación a una muestra de 30 cuidadores de personas con discapacidad, una vez aplicada dicha herramienta se reveló que, el 93,3 % de las familias con integrantes con discapacidad muestran una funcionalidad equilibrada lo cual se ve reflejado en niveles óptimos de calidad de vida, no obstante, la realidad para los cuidadores es opuesta, ya que cuando no reciben el acompañamiento adecuado emocional su estado de salud puede verse afectado por la sobrecarga que el rol conlleva. (Tapia y Yunga, 2025).

A su vez, Galarza et al. (2023) llevan a cabo un artículo sobre *“Resiliencia y satisfacción con la vida en personas adultas con discapacidad en la ciudad de Quito (Ecuador)”* el cual encaminaron a estudiar la relación entre los niveles de resiliencia y la satisfacción con la vida en personas adultas con discapacidad, para el levantamiento de información implementaron una metodología de enfoque cuantitativo, método descriptivo transversal correlacional, por ello, se aplicaron técnicas como cuestionario socio demográfico y la Escala de resiliencia de Wagnild y Young. Gracias al análisis de dichas técnicas, se logró identificar que, las personas adultas mayores para hacer frente a su discapacidad han desarrollado resiliencia a través del apoyo social y sus grupos de pares quienes resulta recursos externos para fortalecer su calidad de vida. (Galarza et al., 2023).

En un estudio de tipo descriptiva y de campo empleando método deductivo y científico, los autores Arteaga et al. (2022) sobre *“Discapacidad e inclusión social: retos teóricos y desafíos socioeconómicos de las personas con discapacidad en el cantón Pedernales”* evidencian que, la discapacidad e inclusión social como un desafío y coyuntura que se mantiene a nivel país, a pesar de los avances y trabajos en de las entidades y las políticas públicas creadas en beneficio de este grupo vulnerable. A su vez, se visibiliza la existencia de instituciones se presentan como redes de apoyo que orientan y acompañan a las personas con discapacidad para que se cumplan derechos establecidos en la Constitución, sin embargo, instituciones, la sociedad y la familia no acatan disposiciones en cuanto a derechos para velar por el bienestar de las personas con discapacidad, lo cual se torna como una vulneración de derechos y posibles sanciones.

1.1.2. Antecedentes Contextuales

El Ecuador atraviesa un continuo proceso de envejecimiento que demanda nuevos desafíos para los sistemas de protección y cuidado para las personas adultas mayores. En efecto, las mujeres adultas mayores con discapacidad son parte de los grupos de atención prioritaria con doble vulnerabilidad a causa de diversos factores que están relacionados con la edad, género, situación socioeconómica y las diversas limitaciones que presentan durante su etapa de envejecimiento. (Marfetán, 2026).

En este sentido, las mujeres adultas mayores con discapacidad se ven frente a barreras de salud precarias dentro de un sistema de cuidado insuficiente y desestructurado. Según datos estadísticos del INEC, en Ecuador viven 1,1 millones de personas con algún tipo de discapacidad, lo

que representa un 7% del total de la población a nivel país, y la mayoría representan al grupo de mujeres. Las mujeres con discapacidad adultas mayores representa una mayor carga para sus familias debido a su dependencia hacia sus familiares. (INEC, 2026).

En efecto, estas situaciones suceden debido a que la asistencia y cuidados de los miembros de las familias recae principalmente en mujeres mayores de cincuenta años, que asumen este rol, el cual no es remunerado y no demanda algún tipo de preparación para ejecutarlo. Estas mujeres cuidadoras de ven frente a diversos desafíos como una excesiva carga física, psicológica, económica y social, sin un soporte institucional. En el país, en las provincias de Cañar con un 10,6%, Bolívar con un 10,2% y Cotopaxi con un 8,8% se registran los porcentajes más altos de población adulta mayor con dificultades para llevar a cabo diversas actividades de la vida diaria. (Celi, 2016).

1.2. Problematicación

Por ello, la problemática se presenta con mayor gravedad en las mujeres que oscilan los 70 años y más años, donde un porcentaje del 5,5% tiene dificultad permanente y son dependientes a sus familiares. Esto como causa que, el 48,3% de las personas con discapacidad culminó la educación general básica, y únicamente un 23,5% terminó sus estudios de bachillerato. Esta limitada formación priva su acceso a servicios de salud adecuados y a información sobre derechos y recursos disponibles. (INEC, 2024).

De tal manera, este fenómeno se presenta de manera diferenciada en los diferentes contextos. Las personas adultas mayores que habitan en zonas rurales enfrentan mayores barreras de acceso a servicios

especializados debido a las distancias geográficas, la limitada infraestructura y la escasez de profesionales capacitados. Por su parte, los ambientes urbanos tienen mejores niveles de cobertura, no obstante, una demanda de atención que incrementa notablemente la capacidad tope en atención. (Revelo et al., 2026).

En este sentido, las causas de este fenómeno son multidimensionales, en donde resaltan el incremento de la población adulta mayor, los escasos recursos económicos para inversión de sistemas integrales de cuidados, las brechas de género, los escasos recursos económicos de las familias y la limitada presencia de servicios de atención por un prolongado período de tiempo. Estas condiciones son barreras para lograr la sostenibilidad de los cuidados cuando las mujeres salen de programas institucionales de los GAD o del Estado.

Otra causa relevante es la feminización histórica del cuidado. En América Latina, el rol de cuidado ha sido vinculado netamente al rol reproductivo de las mujeres en las familias. Esto conlleva a una doble vulnerabilidad, puesto que, las mujeres adultas mayores demandan cuidado y, a la vez, las cuidadoras que también son mujeres envejecidas con escasos recursos. De acuerdo a la literatura revisada se ha descubierto que un aproximado del 60% de las personas que ejecutan el rol de cuidado son las mujeres.

Como efecto, ante la exigencia de otorgar asistencia continua, las personas cuidadoras se ven obligadas a retirarse de sus empleos o limitar sus horarios de trabajo, lo cual incide de manera notoria en sus ingresos económicos y situación económica. La falta de formación profesional expone

a la persona cuidadora como a la persona con discapacidad a riesgos en relación a salud y seguridad. (Arroyo et al., 2020).

Desde la percepción de las propias mujeres adultas mayores con discapacidad, los sistemas públicos de cuidado suelen valorarse positivamente por el acceso a servicios de salud, rehabilitación y acompañamiento social; no obstante, también se muestran déficit vinculado con la insuficiencia de cobertura, la discontinuidad de los programas por la ausencia de recursos y las barreras para acceder a servicios especializados, especialmente en zonas rurales que estos programas son escasos y no cubren la expectativa de las mujeres por la ausencia de recursos.

Respecto al sistema familiar de cuidado, las mujeres muestran la importancia de la red de apoyo informal que representan sus familiares, sin embargo, también manifiestan su dependencia hacia ellas debido a su pérdida parcial de sus capacidades y habilidades, lo cual pueden conllevar a una carga familiar que tenga como efecto el abandono o la institucionalización debido a la ausencia de recursos para brindarles cuidados adecuados. Estas perspectivas muestran fragilidad y riesgos frente al contexto familiar. (Rodríguez et al., 2022).

En cuanto a los sistemas comunitarios, las mujeres suelen valorar los espacios de socialización con pares, acompañamiento y participación plena promovidos por organizaciones de la comunidad, religiosas o comunitarias. Sin embargo, estas iniciativas generalmente carecen de recursos técnicos y financieros debido a su informalidad para sustituir los cuidados especializados que demandan las personas con discapacidad y dependencia severa. (Onu Mujeres, 2025).

Las consecuencias de la salida del sistema de cuidado son múltiples. Entre ellas se encuentran el deterioro de la salud física y mental, el aumento de la dependencia funcional, el aislamiento social, la reducción de la participación comunitaria y la vulneración de derechos fundamentales. Asimismo, la falta de continuidad en los cuidados puede incrementar los riesgos de negligencia, abandono y violencia hacia las mujeres adultas mayores con discapacidad. (Roguero, 2010).

Las repercusiones también engloban a la familia y a la sociedad. La ausencia de apoyos institucionales es trasladada de manera inmediata a la responsabilidad del cuidado de las familias, generando sobrecarga física, emocional y económica para los cuidadores.

La problematización de este tema demanda intervención del trabajo social porque revela la necesidad de construir sistemas de cuidado basados en enfoques de género y de derechos, que reconozcan la sobrecarga que demandan las cuidadoras y garanticen derechos de las mujeres adultas mayores con discapacidad.

1.3. Preguntas de Investigación.

Pregunta principal

¿Cuál es la percepción y el conocimiento de las mujeres adultas mayores, en situación de discapacidad, frente a los sistemas de cuidado públicos, familiares y comunitarios?

La interpretación del análisis sistematizado da como resultado que este grupo poblacional vulnerable, lleva un apego marcado a modelos de cuidado familiar, responsabilizando a su entorno sanguíneo de su atención y asistencia, enfatizando en un aspecto importante en la dirección de las

actividades de asistencia diaria, recayendo predominantemente en las mujeres, marcando así, tradiciones de género que se han perpetuado por generaciones en las dinámicas familiares.

En lo que respecta al tejido socio-comunitario, se percibe una manifestación de debilidad en las redes participativas al apoyo de los vínculos vecinales, por tanto, no se puede mitigar los escenarios en los que hay existencia de gran dependencia. En relación con las instituciones del estado, existen mecanismos burocráticos, centralizando los servicios, lo que lleva a fragmentar los servicios. Desde el aparataje estatal, se brinda apoyo y protección y se reconocen estos derechos, sin embargo, solo se brindan servicios asistencialistas y, no se realiza una verdadera intervención respecto a la realidad que viven los diferentes pueblos.

1.3.1. Subpreguntas

1. ¿Cuáles son las instituciones, programas y servicios que pertenecen al sistema de protección a mujeres adultas mayores, en situación de discapacidad, en los tres territorios del Ecuador?

El aparataje estatal de asistencia se ejerce mediante políticas públicas, que desde el gobierno central se organiza en ministerios, desde los gobiernos locales, se trabaja en territorio y con programas específicos en centros especializados e instituciones sin fines de lucro que hacen un trabajo independiente:

El Gobierno Central: A través del gobierno central se trabaja de manera articulada con instituciones que se encargan directamente de temas específicos, mancomunadamente el desarrollo de programas sociales para beneficio de la población:

Gobierno Nacional

Ministerio de Salud Pública. – Ejerce programas de salud pública que brindan atención de promoción, prevención, rehabilitación y cuidados paliativos a diferentes diagnósticos en la población.

CONADIS (Consejo Nacional para la igualdad de discapacidades.

– El órgano rector estatal que se encarga de la ejecución de programas de inclusión social bajo el marco de derechos adquiridos.

IEES (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social). - Desde donde se administra centros especializados a Adultos Mayores a nivel nacional, en dichos centros practicas actividades como Bailoterapia, Terapias Ocupacionales, Yoga, entre otras.

Ministerio de Desarrollo Humano. – Lleva a cabo políticas públicas y programas de Inclusión Social a grupos vulnerables como Adultos Mayores con personal especializado en Salud Ocupacional, Rehabilitación Física y Trabajadores Sociales, siendo este equipo técnico que realiza fichas completas para hacer seguimiento de la población de edad avanzada.

Gobiernos Seccionales-Municipios:

Gobierno Autónomo Descentralizado de Guayaquil

A través de la empresa municipal DASE se ejecutan programas en los que hacen entregas de contingentes para que los Adultos Mayores y, las personas con algún tipo de discapacidad tengan un mejor estilo de vida. Se encargan de donaciones como sillas de rueda, bastones, entre otras, que son de ayuda para los pacientes y sus familias. Además, a través de la municipalidad tienen un Centro llamado Dr. Arsenio de la Torre Marcillo en

donde trabajan con talleres, tratamientos psicológicos y terapias de rehabilitación al Adulto Mayor.

Gobierno Autónomo Descentralizado de Santa Elena

Tienen programas de Adultos Mayores de gerontofisioterapia llamado “Canitas felices”, donde promocionan la salud, el bienestar físico y emocional, fomentando la participación del adulto mayor y la integración con sus familias mediante programas de capacitación en manualidades, llevando así, al adulto mayor, a un envejecimiento activo y saludable.

Galápagos y sus Gobiernos Autónomos Descentralizados

Las islas a través de sus Gobiernos Autónomos descentralizados de sus 19 islas y sus direcciones de desarrollo Social, brindan atención geriátrica y neurológicas para Adultos Mayores y personas con algún tipo de discapacidad.

2.¿Cuál es el conocimiento de las mujeres adultas mayores, en situación de discapacidad, del sistema de protección público en cada uno de los tres territorios del Ecuador?

En la ciudad de Guayaquil, las adultas mayores en situación de discapacidad tienen conocimientos precisos en el acceso de subsidios por discapacidad o adultez mayor y de cuidados en centros especializados. Muchísimo tiene que ver con sistemas de transportación, se dificulta la movilidad, al existir estas barreras, las vuelve más vulnerables, y las dinámicas se ralentizan, Las barreras se producen y reproducen en los diferentes sistemas y no acuden a la atención respectiva. Por otro lado, en la ciudad de Santa Elena, las comunidades se organizan por células y grupos de apoyo, así pueden transmitir la información del servicio de cuidados en

centros gerontológicos, pero, de cierta forma, el sistema de cuidado ser vuelve más familiar y recae en las mujeres de la familia. En las islas Galápagos, existe una percepción de aislamiento, las beneficiarias conocen de los beneficios, sin embargo, consideran que los montos de apoyo estipulados, hablando de estipendios mensuales (bonos), no son suficientes para el costo de vida en las islas, debido a la distancia geográfica se sienten desamparados y consideran que los programas residenciales no son suficientes para la cantidad de habitantes.

3. ¿Cuál es la percepción de las mujeres adultas mayores, en situación de discapacidad, frente a su autocuidado y los sistemas de cuidado familiar y comunitario, en los tres territorios del Ecuador?

En los tres territorios se percibe de diferente manera, por ejemplo, en la urbe porteña, Guayaquil, los sistemas de cuidado se ven como inalcanzables, entre frustración, no cuenta con recursos suficientes para insumos de medicinas, de movilización o de servicios del hogar. Existe soporte de las familias en el cuidado de las adultas mayores con discapacidad, y descontento por no contar con la ayuda de los gobiernos que sea suficiente para cubrir gastos varios ya que muchos de los cuidadores de estos adultos trabajan en el subempleo y tampoco sienten redes de apoyo comunitarios de cuidado; En otra perspectiva, aunque no muy alejada de la percepción anterior, el municipio de Santa Elena, considera que los recursos son escasos e insuficientes, donde existen comunas, y donde pese a que los miembros del hogar padecen de otras dolencias crónicas, se dedican al cuidado de las adultas mayores, dejando la carga mayor a las mujeres, no permitiendo que se desarrollen en diferentes ámbitos, lo que deja como insuficiente la ayuda

que presta el estado ecuatoriano; En cambio, en Galápagos, sus islas e islotes, los condicionamientos marcan un gran diferencia en cuanto a los otros dos territorios, se percibe una red de cuidado familiar, donde la meta diaria es resistir, mantenerse móvil, no pueden costear muchos de los servicios por su limitada fuente de ingresos, el aislamiento territorial les genera ansiedad, aunque bien es cierto, existen redes de apoyo social, comunidades, pero no pueden verse como una estructura con fortaleza, más bien se sienten desprotegidas.

1.4. Objetivos General.

Conocer las percepción y el conocimiento de las mujeres adultas mayores, en situación de discapacidad, frente a los sistemas de cuidado públicos, familiares y comunitarios

1.4.1. Objetivos Específicos:

1. Identificar las instituciones, programas y servicios que pertenecen al sistema de protección a mujeres adultas mayores, en situación de discapacidad, en los tres territorios del Ecuador

2.Describir el conocimiento de las mujeres adultas mayores, en situación de discapacidad, del sistema de protección público, en cada uno de los tres territorios del Ecuador.

3. Comprender la percepción de las mujeres adultas mayores, en situación de discapacidad, frente a su autocuidado y los sistemas de cuidado familiar y comunitario, en los tres territorios del Ecuador.

1.5. Justificación

La finalidad de esa investigación es analizar a la población de adultas mayores con discapacidad, como dichas actoras sociales cómo se autoperciben, por el resto de la sociedad, sus familias y entorno, sobre todo, conocer cómo trabajan articuladamente las redes del soporte público del autocuidado y como esas realidades sociales se manejan en los tres escenarios territoriales del Ecuador: Guayaquil, Santa Elena y las Islas Galápagos.

Desde el enfoque conceptual, el actual proyecto investigativo, tiene alta relevancia en temas de vejez, género, discapacidad física y, el impacto en el entorno desde las subjetividades y calidad de vida de esta población. Los estudios científicos sugieren que, las personas con limitaciones físicas suelen experimentar sentimientos de inferioridad y baja autoestima (Mauro-Martín, et al., 2016). Se puede hacer frente a la actualidad realidad social, procurar contrarrestar con problemáticas respecto a ansiedad y similares, lo que debe venir acompañado de promoción de actividad física, regímenes de alimentación adecuada, y estar en movilidad constante para mejorar la calidad de vida. Por ello, desde la gerontología, se destaca que, “las actividades de horticultura bien planificadas llegan a desempeñar un rol muy importante en mejorar la coordinación, la movilidad, la resistencia y la condición física” (Peña, 2011, p. 33). Demostrando así, que el autocuidado y mantener la autonomía de los Adultas Mayores con discapacidad, requieren atención especializada y, trabajo integral en movilidad y no solo atención médica de rutina o paliativa.

De esta manera, desde la investigación se ve fortalecido el debate teórico, se incorporan conceptos de discriminación, y como se desarrolla en la vejez. Desde la exploración del conocimiento de las adultas mayores en cuanto a el entorno en el que habitan, se identifica su percepción y la necesidad de comprensión en como interpretan diferentes tratos recibidos, “las personas mayores prefieren hablar de “mal trato” y no de malos tratos, ya que para ellos las situaciones de malos tratos son menos frecuentes y se reducen fundamentalmente a comportamientos de carácter delictivo (Sánchez, 2016, p. 24). Normalizando así, el sufrimiento que viven muchas mujeres adultas mayores con limitaciones físico-motrices, en sus sistemas de cuidado, lo que claramente se vincula a las dinámicas por otro concepto, el edadismo, el que genera graves consecuencias para la salud y bienestar de las personas mayores, asociándose a una menor esperanza de vida, una salud física y mental más deficiente (Muñoz y Muñoz, 2024, p. 3-4). En consecuencia, el análisis investigativo, constata que, las limitaciones motrices y funcionales, no se deben a circunstancias de orden biológico o clínico, son hechos sociales que condicionan a los individuos por realidades sistémicas, fenómenos de cómo se estructura la sociedad y brechas de exclusión.

En lo que respecta al abordaje metodológico, la investigación tiene un diseño cualitativo-comparativo, ya que se aplican tres realidades territoriales diversas, en aspectos sociales, estructurales y demográficos: Empezando con Guayaquil, con su entorno citadino convulsionado por actividades comerciales e informales; Santa Elena, con su encanto costanero rodeado de comunas y la belleza natural de sus playas; Galápagos, rodeados de flora y fauna

maravillosa, aunque por la distancia continental experimentan aislamiento del resto del país.

En contraste con los enfoques tradicionales, que llevan sus estudios netamente a indicadores cuantificables, esta investigación está orientada a enfatizar las percepciones, experiencias, las voces de quienes experimentan los hechos, las mujeres adultas mayores con discapacidad y el desarrollo en sus espacios familiares e institucionales, sus estructuras donde se desarrollan, la identificación de escenarios de discriminación y el edadismo que se manifiesta de manera abierta y otras encubiertas en su realidad cotidiana. Además, el estudio se centra, también, en los métodos utilizados que permitirá diagnosticar la aplicación de las políticas públicas o, en evidencia, como se elude el conocimiento, se condiciona el acceso y se perpetúan las desigualdades territoriales.

Desde el campo del Trabajo Social, la investigación es de gran utilidad, ya que permite el rediseño de programas de atención y cuidados por las entidades de gobiernos, los municipios y sus departamentos especializado. Permitiendo que las intervenciones promuevan el bienestar integral y no solo atención limitada de asistencialismo.

1.3.1 Impacto Social

Este estudio sobre las condiciones de salud del sistema de cuidado de mujeres adultas mayores con discapacidad en tres territorios de Ecuador aporta un beneficio social significativo debido a que visibiliza una población históricamente invisibilizada y vulnerada a causa de la efectividad de políticas públicas integrales.

El impacto social se manifiesta en la generación de conocimiento basado en evidencia que permitirá a instituciones estatales, organizaciones de trabajo social y actores comunitarios ejecutar intervenciones más efectivas y contextualizadas netamente a las necesidades reales de las mujeres adultas mayores con discapacidad.

El beneficio principal para la sociedad consiste en contribuir a la construcción de un sistema de cuidados con enfoque basado en género y derechos que reconozca y valore el trabajo de las cuidadoras familiares que no ha sido remunerado y que no tiene formación especializada ni respaldo institucional. Este reconocimiento es esencial para acabar con ciclos de pobreza y exclusión que afectan tanto a las mujeres cuidadas como a sus cuidadoras, quienes enfrentan diversas barreras como sobrecarga física, psicológica y económica que limita su autonomía y participación laboral.

Este estudio beneficia a la sociedad porque promueve la equidad de género al evidenciar cómo la discriminación múltiple por edad, género y discapacidad afecta específicamente a las mujeres adultas mayores, limitando su acceso a educación, salud, trabajo y participación social.

2. CAPÍTULO II: MARCOS REFERENCIALES

2.1. Referente teórico

2.1.1. Teoría de los Sistemas de Cuidado

Teoría propuesta por Joan Tronto y Berenice Fisher; Tronto es una filósofa y politóloga estadounidense reconocida por sus aportes a la ética del cuidado y análisis político de las relaciones de dependencia y responsabilidad social. Por su parte, Fisher es una investigadora vinculada a los estudios feministas que contribuyó al desarrollo conceptual del cuidado como una actividad social indispensable para la sostenibilidad de la vida humana.

Su teoría sostiene que el cuidado debe entenderse como un conjunto de prácticas, relaciones e instituciones cuyo fin debe ser mantener, continuar y reparar el entorno para que las personas puedan vivir en las mejores condiciones posibles (Reid et al., 2025). En este sentido, el cuidado incluye acciones físicas, emocionales, materiales y organizativas que permiten satisfacer las necesidades de individuos y comunidades.

Desde esta perspectiva, el cuidado se posiciona como una responsabilidad social compartida entre el Estado, familias, mercado y comunidad. Las autoras cuestionan la visión tradicional que asigna el trabajo de cuidado principalmente a las mujeres dentro del hogar, debido a que esta distribución genera desigualdades de género y limita las oportunidades de participación social, educativa y laboral de quienes asumen dichas responsabilidades.

Además, las autoras identifican diversas fases del cuidado, entre ellas, reconocer la necesidad de atención, asumir la responsabilidad de responder

a esa necesidad, brindar efectivamente el cuidado y evaluar los resultados obtenidos. Cada una de estas etapas necesita de recursos, competencias y mecanismos de coordinación que permitan garantizar una atención adecuada. Por ello, los sistemas de cuidado deben articular servicios públicos, programas comunitarios, redes familiares y políticas sociales que aseguren la protección de las personas en situación de dependencia.

Así también, esta teoría también enfatiza la importancia de la justicia social y equidad en la distribución de las responsabilidades de cuidado. En este sentido, cuando el acceso a servicios formales es limitado, las cargas suelen recaer de manera desproporcionada sobre las mujeres, principalmente, en aquellas que viven en condiciones de pobreza o exclusión social (Núñez et al., 2025).

2.1.2. Modelo Social de la Discapacidad

Teoría planteada por Michael Oliver, el cual fue un sociólogo británico considerado uno de los principales representantes del movimiento internacional de estudios sobre discapacidad. Su trabajo académico estuvo vinculado con las luchas por los derechos de las personas con discapacidad y la crítica de los enfoques tradicionales centrados exclusivamente en las limitaciones individuales.

Su modelo surgió como una alternativa al modelo médico tradicional. Mientras este último interpreta la discapacidad como una condición derivada mayormente de deficiencias físicas, sensoriales o cognitivas de la persona, Oliver planteó que la discapacidad es producida socialmente por las barreras existentes en el entorno (Thorneycroft, 2024).

De acuerdo con este enfoque, las limitaciones que experimentan las personas con discapacidad se originan en sus condiciones corporales y en obstáculos físicos, sociales, culturales, económicos y actitudinales que restringen su participación en la sociedad. Entre dichas barreras se ubican la falta de accesibilidad en espacios públicos, discriminación, exclusión laboral, insuficiencia de servicios especializados y prejuicios sociales.

Con base en esto, el modelo propone un cambio de enfoque desde la rehabilitación individual hacia la transformación de las estructuras sociales. En este sentido, las políticas públicas deben buscar la garantización de la accesibilidad universal, igualdad de oportunidades, eliminación de barreras y reconocimiento de derechos. Con ello, la discapacidad se convierte en una cuestión de justicia social e inclusión.

A su vez, este modelo reconoce que las experiencias de discapacidad pueden verse influenciadas por otros factores sociales, tales como, género, edad, condición económica, etnia y lugar de residencia (Thorneycroft, 2024). Debido a esto, resulta útil para comprender situaciones de discriminación múltiple o interseccional.

2.1.3. Teoría de la Dependencia Funcional (Katz y Lawton)

Sidney Katz fue un médico e investigador estadounidense reconocido por desarrollar instrumentos para la evaluación de la capacidad funcional de las personas mayores. Posterior a ello, Powell Lawton, psicólogo y gerontólogo, amplió estos estudios por medio de la incorporación de dimensiones relacionadas con la interacción entre capacidades individuales y el entorno social.

Su teoría se centra en la evaluación de la capacidad de las personas para efectuar autónomamente las actividades necesarias para la vida cotidiana. En esta línea, Katz desarrolló el Índice de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), mismo que busca evaluar funciones esenciales, como, por ejemplo, bañarse, vestirse, alimentarse, movilizarse, usar el sanitario y mantener la continencia (Rathnayake et al., 2023).

Por su parte, Lawton complementó este enfoque con las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), las cuales incluyen tareas más complejas, tales como, administrar dinero, utilizar medios de transporte, realizar compras, preparar alimentos, gestionar medicamentos y mantener el hogar. De este modo, dichas actividades permiten medir niveles de independencia funcional y detectar necesidades de apoyo.

Considerando aquello, esta teoría plantea que la dependencia funcional es un proceso dinámico influenciado por factores físicos, psicológicos, sociales y ambientales. Siendo así, el envejecimiento, enfermedades crónicas y discapacidades pueden reducir la autonomía, pero la disponibilidad de apoyos familiares, comunitarios e institucionales puede compensar tales limitaciones y favorecer una mayor calidad de vida (Rathnayake et al., 2023).

Bajo este panorama, la evaluación funcional es fundamental para planificar servicios de atención, diseñar intervenciones sociales y determinar el nivel de apoyo requerido por cada persona. De igual modo, permite identificar situaciones de riesgo asociadas con la pérdida de autonomía y la sobrecarga de los sistemas familiares de cuidado.

2.1.4. Teoría de la División Sexual del Trabajo, de Danièle Kergoat

Danièle Kergoat es una socióloga francesa, nacida en 1942, reconocida por sus aportes a la sociología del trabajo, estudios feministas y análisis de las relaciones sociales de sexo. Fue directora de investigación emérita del Centro Nacional para la Investigación Científica de Francia y promovió la creación del Grupo de Estudios sobre la División Social y Sexual del Trabajo, espacio desde el cual logró examinar las desigualdades que atraviesan el empleo, trabajo doméstico y acción colectiva de las mujeres, ante lo cual cuestionó las explicaciones que atribuyen estas diferencias a condiciones naturales o biológicas (Palermo & Casas, 2023).

Como tal, la Teoría de la División Sexual del Trabajo da a conocer que la distribución de actividades entre mujeres y hombres es una forma histórica de organización social producida por relaciones de poder. A través de ello, Kergoat identifica dos principios; la separación, mediante la cual se asignan tareas diferentes según el sexo, y la jerarquización, que otorga mayor valor económico, social y simbólico al trabajo masculino (Kergoat, 2011).

Dicha división comprende el empleo remunerado y trabajo doméstico, reproductivo y de cuidado, de modo que evidencia cómo las mujeres concentran responsabilidades indispensables para sostener la vida sin recibir reconocimiento, remuneración ni protección social equivalentes (Hirata, 2023).

Asimismo, se afirma que estas relaciones se transforman en dependencia de las condiciones históricas, aunque conservan mecanismos de desigualdad que interactúan con la clase social, edad, discapacidad y

territorio. Por ende, esta teoría se relaciona con este estudio ya que explica por qué las adultas mayores con discapacidad han acumulado trayectorias vinculadas al cuidado familiar y, durante la vejez, enfrentan necesidades de apoyo dentro de sistemas que continúan descansando sobre otras mujeres.

2.2. Referente conceptual

2.2.1. Inclusión social

La inclusión social en adultas mayores se traduce en la posibilidad real de participar en la vida familiar, comunitaria y social. Bajo este contexto, la participación social es útil para observar diversos indicadores, tales como, redes de apoyo, integración comunitaria y participación en actividades. Como tal, la participación social en adultos mayores se vincula con menor soledad, mayor actividad física y mejores condiciones de envejecimiento saludable, por lo que debe analizarse como un factor protector ante el aislamiento y dependencia (Surkalim et al., 2024; Zhou et al., 2025).

Desde el Trabajo Social, la inclusión social también permite analizar la calidad de los vínculos que sostienen la vida cotidiana de las adultas mayores. En este sentido, las redes familiares, vecinales, institucionales y comunitarias pueden facilitar el acceso a información, acompañamiento, recreación y servicios; no obstante, cuando estas redes son débiles, la persona mayor puede enfrentar aislamiento, abandono o baja participación. Es por ello que los indicadores de redes de apoyo e integración comunitaria son fundamentales para identificar si el territorio brinda condiciones reales para que las mujeres mayores permanezcan activas, reconocidas y vinculadas a su comunidad.

2.2.2. Salud mental

Se asocia con el bienestar emocional, autonomía, autoestima y capacidad de tomar decisiones sobre la propia vida. A esto se suman la salud sexual y reproductiva, cuyo indicador principal es el nivel de autonomía y toma de decisiones sobre el propio cuerpo de las mujeres con discapacidad (Rade et al., 2023). Por ende, este enfoque es importante porque la salud mental no puede separarse del derecho a decidir, del acceso a información y de la eliminación de barreras institucionales, comunicacionales y actitudinales.

Cabe destacar que las mujeres con discapacidad enfrentan dificultades para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva, debido a estigmas, falta de accesibilidad, baja información y barreras dentro de los servicios de salud. Es por ello que las intervenciones deben incluir educación, acompañamiento, accesibilidad física y respeto a la decisión informada de las mujeres con discapacidad (Abedi et al., 2025).

2.2.3. Sistema de cuidado

Comprende políticas, servicios, instituciones, familias y comunidades que responden a las necesidades de apoyo de los adultos mayores. Esta categoría incluye a las políticas públicas, autocuidado y cuidado comunitario. De esta manera, sus indicadores permiten observar el acceso a servicios, cobertura, apoyo institucional, higiene personal, alimentación, medicación, autonomía, apoyo vecinal, organizaciones comunitarias y asistencia social.

Dado este contexto, investigaciones actuales sobre cuidados en personas mayores refieren que las políticas públicas deben considerar el apoyo a cuidadores, condiciones de salud, coordinación institucional,

financiamiento y atención centrada en la persona (Sehatkarlangrodi et al., 2025). En contextos rurales, el apoyo al cuidador resulta aún más importante, porque la falta de servicios formales incrementa la carga familiar y comunitaria (Bao et al., 2026).

Siendo así, el autocuidado debe comprenderse como una capacidad que depende de condiciones sociales, económicas, familiares e institucionales. De la misma forma, el cuidado comunitario permite valorar el papel de vecinos, organizaciones locales y redes de asistencia social como soportes fundamentales para mujeres adultas mayores que viven solas, tienen discapacidad o presentan dependencia. En conjunto, estas categorías permiten analizar si el cuidado se sostiene únicamente en la familia o si existe una respuesta social e institucional más amplia.

2.2.4. Discapacidad

Debe abordarse desde un enfoque social y de derechos, puesto que, engloba atención en salud, condiciones socioeconómicas, accesibilidad, condiciones psicológicas, condiciones de vida y tipos de discapacidad. Debido a ello, se asocia con el fortalecimiento de la autonomía, acceso a empleo, acceso físico a establecimientos de salud, capacidad de adaptación, resiliencia, factores motivacionales, características de la discapacidad y grado de limitación funcional (Guamán & Mera, 2024).

En adultas mayores, la discapacidad puede incrementar la dependencia y limitar la participación social cuando no existen apoyos adecuados. Es por ello que la atención en salud debe enfocarse en el fortalecimiento de la autonomía. Entonces, la accesibilidad física a centros de

salud, transporte, espacios comunitarios y servicios sociales resulta indispensable para garantizar inclusión. A su vez, las condiciones socioeconómicas influyen en la posibilidad de adquirir medicamentos, ayudas técnicas, alimentación adecuada o acompañamiento especializado.

2.2.5. Género

Categoría social que explica la construcción de roles, responsabilidades y oportunidades asignadas culturalmente a hombres y mujeres. Las diferencias de género influyen en el acceso a recursos, servicios y derechos, y la distribución del trabajo de cuidado dentro de la sociedad. En adultas mayores con discapacidad, el género interactúa con la edad y condición de discapacidad, lo que origina desigualdades que acrecientan las necesidades de apoyo y limitan el ejercicio de su autonomía. Las Naciones Unidas (2010) indican que el género es un elemento fundamental para la comprensión de las múltiples formas de vulnerabilidad que enfrentan las adultas mayores.

2.2.6. Vulnerabilidad

Condición multidimensional producida por la interacción entre edad, género, salud, ingresos, vivienda, redes de apoyo y accesibilidad a servicios. Ante esto, la calidad de vida permite evidenciar satisfacción personal, bienestar físico y bienestar emocional. Por ejemplo, los adultos mayores en circunstancias de precariedad habitacional o social tienden a presentar mayor índice de enfermedades crónicas y menor calidad de vida y alfabetización en salud, lo que refiere que la vulnerabilidad se vincula con determinantes sociales de la salud (Dzerounian et al., 2024).

A su vez, la condición de vida amplía el análisis hacia otros indicadores, entre ellos, ingresos, vivienda y acceso a servicios básicos, los cuales condicionan la posibilidad de recibir cuidados adecuados, mantener hábitos saludables y acceder oportunamente a servicios sanitarios o sociales. En adultas mayores, la condición de vida puede estar marcada por trayectorias laborales informales, dependencia económica, viudez, pobreza o falta de seguridad social. Ante esto, se ha de destacar que los determinantes sociales, como educación, ingresos, vivienda, transporte y redes comunitarias, influyen en la salud de los adultos mayores y pueden profundizar desigualdades cuando no existen apoyos institucionales suficientes (Perez et al., 2022).

2.2.7. Envejecimiento

Proceso heterogéneo, dinámico y socialmente situado; pues, no todas las personas envejecen en las mismas condiciones, debido a que la experiencia de la vejez depende de factores biológicos, psicológicos, familiares, económicos y territoriales. En este sentido, el autocuidado se relaciona con independencia funcional y actividades de la vida diaria, como, por ejemplo, alimentarse, asearse, vestirse, moverse y tomar medicación, pero también es útil para conocer el grado de autonomía que conserva la persona mayor en su cotidianeidad.

La capacidad de una adulta mayor para cuidar de sí misma depende de su estado de salud, accesibilidad del entorno, acompañamiento familiar, servicios disponibles y recursos económicos. Por ende, la evaluación de las actividades de la vida diaria es imprescindible para la identificación de necesidades de apoyo, planificación de cuidados y prevención de la pérdida de independencia en personas mayores (Kim & Lee, 2025). Así también, la

soledad puede relacionarse con menores niveles de autocuidado y mayores dificultades en las actividades diarias, lo cual refuerza la importancia de las redes sociales y comunitarias (Masoudi et al., 2024).

2.2.8. Bienestar

Integra dimensiones físicas, psicológicas y sociales que permiten valorar cómo viven las adultas mayores por encima de la ausencia de enfermedad. Se encuentra ligado a la calidad de vida, misma que abarca la salud percibida, relaciones sociales y satisfacción vital. Como tal, dichos indicadores son importantes porque permiten conocer cómo la persona interpreta su propia situación, nivel de apoyo, vínculos afectivos y satisfacción con la vida. De acuerdo con López et al. (2024), la calidad de vida incrementa cuando los adultos mayores reportan mejor salud, propósito de vida, crecimiento personal y menor presencia de malestar emocional.

Además, el bienestar en la vejez depende de la participación social y calidad de las relaciones familiares, comunitarias e institucionales. Es así que las conexiones sociales y el sentido de pertenencia influyen positivamente en la satisfacción vital de las personas mayores, en tanto que el aislamiento puede disminuir su bienestar emocional y funcional (Park et al., 2023).

2.2.9. Calidad de vida

Hace referencia al nivel de bienestar que experimentan las personas como resultado de la interacción entre sus condiciones físicas, psicológicas, sociales y ambientales. Este concepto incorpora aspectos relacionados con la autonomía, participación social, relaciones interpersonales y satisfacción con la vida.

En concordancia con López et al. (2024), la calidad de vida integra el bienestar físico, bienestar emocional y sentido de pertenencia, los cuales son elementos importantes en las adultas mayores con discapacidad, debido a que dependen mayormente del acceso a servicios de cuidado, redes de apoyo y entornos inclusivos que favorezcan su participación activa en la comunidad.

2.2.10. Estilo de vida

Permite analizar cómo las prácticas cotidianas influyen en la salud mental, autonomía y participación social de las adultas mayores. Debido a ello, se relaciona con la salud mental, cuyos indicadores son actividad física, alimentación y recreación. Cabe indicar que la actividad física y participación social ayudan a proteger la funcionalidad, mejorar la calidad de vida y reducir el aislamiento en personas mayores (Villarreal et al., 2025). Es por ello que el estilo de vida debe entenderse como una práctica condicionada por el acceso a espacios seguros, recursos económicos, apoyo familiar, servicios comunitarios y oportunidades recreativas.

En este sentido, la actividad física adquiere valor preventivo y psicosocial; puesto que, en adultas mayores, caminar, participar en grupos comunitarios, efectuar ejercicios adaptados o actividades recreativas puede favorecer la movilidad, estado de ánimo y percepción de bienestar. Pero, dichas prácticas dependen de condiciones territoriales como transporte, seguridad, accesibilidad, redes de apoyo y oferta institucional. A su vez, la alimentación es importante porque influye en la energía, control de enfermedades crónicas e independencia funcional. Por su parte, la recreación refuerza los vínculos sociales y evita que la vejez sea experimentada desde el aislamiento o la pasividad.

2.2.11. Salud y estado

Permite observar las condiciones físicas, psicológicas y sociales que inciden en la cotidianeidad de las adultas mayores. Es así que se asocia con la calidad de vida, la misma que incluye bienestar físico y psicológico, autonomía y satisfacción personal. La calidad de vida en adultos mayores se relaciona con la salud percibida, propósito de vida, crecimiento personal y disminución del malestar emocional (López et al., 2024). Es decir, no basta con la identificación de enfermedades, sino que también se debe analizar cómo la persona evalúa su bienestar, sus capacidades y posibilidades de decidir sobre su vida cotidiana.

Ante lo expuesto, la autonomía es imprescindible porque permite comprender si la adulta mayor puede llevar a cabo actividades básicas, tomar decisiones y mantener control sobre su propio cuidado. La satisfacción personal también es relevante porque evidencia la forma en que la persona interpreta su trayectoria de vida, relaciones y situación actual. Por lo tanto, la salud y estado integran dimensiones subjetivas, familiares y comunitarias que influyen directamente en la experiencia de envejecimiento.

2.3. Referente Normativo

Este capítulo reúne los marcos referenciales que sustentan el análisis de desafíos territoriales y de género presentes en los sistemas de cuidado dirigidos a adultas mayores con discapacidad en Ecuador. En su contenido se da referencia al componente normativo, estratégico, conceptual y teórico, a fin de determinar los fundamentos jurídicos, institucionales y analíticos que guían

la comprensión sobre las desigualdades inherentes a la edad, género, discapacidad y circunstancias propias de cada territorio.

2.3.1. Normas Nacionales

Dentro del territorio ecuatoriano, la protección de los adultos mayores consiste en una obligación del Estado, misma que se encuentra respaldada por disposiciones constitucionales, legales y reglamentarias cuya finalidad es garantizar el pleno ejercicio de sus derechos e impulsar un envejecimiento digno y saludable. De este modo, estas normativas disponen mecanismos de protección social, acceso prioritario a servicios públicos y medidas sobre el cuidado integral de dicha población.

La principal norma que respalda la protección de los adultos mayores es la Constitución de la República del Ecuador, publicada en el año 2008, la cual refiere que este grupo forma parte de los sectores de atención prioritaria. En su artículo 35 establece que todo adulto mayor debe recibir atención prioritaria y especializada tanto en el ámbito público como en el privado (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008).

De igual modo, en su artículo 36 define que los adultos mayores son aquellos que han cumplido 65 años de edad; además, enfatiza la garantía de su derecho a una vida digna, con accesibilidad a servicios sociales, sanitarios y protección integral. Por su parte, el artículo 38 dispone que el Estado desarrollará políticas públicas que fomenten su autonomía, participación social, atención en salud, protección contra la violencia y acceso a servicios de cuidado (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008).

A partir de ello, en 2019 se promulgó la Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores (LOPAM), considerada el principal instrumento legal para la protección de este grupo poblacional, siendo su objetivo es promover, regular y garantizar la plena vigencia y ejercicio de los derechos de los adultos mayores a través de un enfoque de atención prioritaria y especializada. También reconoce la necesidad de producir condiciones que sean favorables para experimentar un envejecimiento saludable y digno, teniendo en cuenta aspectos vinculados con el género, interculturalidad y movilidad humana (Asamblea Nacional, 2019).

Los adultos mayores tienen derecho a recibir atención integral en salud, seguridad social, vivienda, educación, recreación, participación social y protección ante cualquier violencia, negligencia o abandono. Asimismo, tienen derecho a recibir cuidados adecuados frente a condiciones de dependencia física, psicológica o social que limiten su autonomía (Asamblea Nacional, 2019).

Uno de sus aspectos más relevantes es el principio de corresponsabilidad porque determina que la protección, atención y cuidado de los adultos mayores debe asumirse conjuntamente por distintos actores sociales. Por lo tanto, las necesidades de cuidado no deben recaer únicamente sobre los familiares, principalmente las mujeres, ya que ellas frecuentemente asumen la mayor parte del trabajo de cuidado no remunerado (Asamblea Nacional, 2019). Con aquello se busca impulsar una distribución más equitativa de responsabilidades y reforzar la participación estatal en la provisión de servicios de apoyo y atención especializada.

Progresivamente, la LOPAM creó el Sistema Nacional Especializado de Protección Integral de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, el cual engloba instituciones, servicios, políticas, programas y mecanismos que buscan garantizar la protección integral de dicha población. Su finalidad es coordinar acciones entre los distintos niveles de gobierno y entidades públicas y privadas para asegurar el acceso efectivo a derechos y servicios de cuidado. También contempla medidas de prevención de la violencia, protección frente al abandono y reparación de derechos cuando estos han sido vulnerados (Asamblea Nacional, 2019).

Para la aplicación de la ley se expidió el Reglamento General de la Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores, instrumento que desarrolla los procedimientos y mecanismos necesarios para ejecutar las disposiciones legales. Además, plantea responsabilidades institucionales, modalidades de atención, mecanismos de coordinación interinstitucional y aspectos para la implementación de programas dirigidos a los adultos mayores. De la misma manera, impulsa su participación en la formulación y evaluación de políticas públicas vinculadas con envejecimiento y cuidado (Moreno, 2020).

Por su parte, la Ley Orgánica de Discapacidades (LOD), publicada en el Registro Oficial Suplemento No. 796 de 25 de septiembre de 2012, es el principal instrumento jurídico a nivel nacional que busca garantizar el ejercicio pleno de los derechos de las personas con discapacidad. Sus fines son promover la igualdad de oportunidades e inclusión social y eliminar la discriminación a través de la inserción de políticas públicas que se enfoquen en el respeto por la dignidad humana (Asamblea Nacional, 2012).

Esta normativa engloba derechos que abarcan ejes de salud, educación, trabajo, movilidad, protección social y participación ciudadana. De la misma manera, refiere la obligación del Estado para la adopción de medidas que eliminen las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales y sociales que limitan la autonomía de personas con discapacidad, con el propósito de asegurar su inclusión plena, accesibilidad y no discriminación.

En 2024, las reformas de la LOPAM agregaron un reconocimiento al rol de aquellos que brindan cuidados, donde se destacó principalmente la situación de las mujeres encargadas del cuidado. Dichas reformas determinan el principio de corresponsabilidad familiar y estatal, impulsan el fortalecimiento de centros gerontológicos y establecen mecanismos de supervisión para garantizar una atención adecuada para los adultos mayores; así también, subrayan la necesidad de proporcionar apoyos institucionales que contribuyan al bienestar de los cuidadores y el mejoramiento de la calidad de los servicios de atención.

Uno de los avances más relevantes del marco normativo ecuatoriano es la incorporación del enfoque de envejecimiento activo, el cual fue impulsado por la Constitución de la República y la LOPAM. Este enfoque prevé que los adultos mayores conserven el mayor nivel posible de autonomía, participación social y bienestar físico y emocional a lo largo del proceso de envejecimiento. En este sentido, las instituciones públicas deben desarrollar acciones que promuevan dependencia y estilos de vida saludables, y fortalezcan las redes familiares y comunitarias de apoyo (Asamblea Nacional, 2019).

Del mismo modo, la normativa nacional determina mecanismos de protección ante situaciones de vulneración de derechos que afectan recurrentemente a los adultos mayores, tales como, abandono, negligencia, y maltrato físico, psicológico, patrimonial o económico. En tales casos, las entidades competentes deben activar rutas de protección y restitución de derechos a través de procedimientos administrativos y judiciales que permitan salvaguardar la integridad y dignidad de los afectados. Partiendo de aquello, esta protección es de suma importancia para las adultas mayores, ya que suelen experimentar múltiples formas de discriminación vinculadas con edad, género y dependencia (Asamblea Nacional, 2019).

En Ecuador también se impulsa la participación activa de los adultos mayores en actividades anexas con su vida social, comunitaria y política. Es así que la actual legislación reconoce que el envejecimiento debe ser comprendido como una etapa en la que las personas aportan conocimientos, experiencias y capacidades a la sociedad. Por ende, es preciso que las instituciones públicas propicien la adecuación de espacios de participación ciudadana, recreación, educación continua y organización comunitaria, con la finalidad de contribuir al fortalecimiento de su inclusión social y calidad de vida (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008).

Adicional a ello, el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) es el encargado de desarrollar programas y servicios para la atención de adultos mayores en situaciones de vulnerabilidad, dependencia o riesgo social. Dichas acciones buscan complementar el cuidado familiar a través de modalidades de atención domiciliaria, espacios de socialización y centros

especializados, contribuyendo así, a la garantía del bienestar físico, emocional y social de esta población (Ministerio de Desarrollo Humano, 2026).

2.3.2. Normas Internacionales

La protección de las personas adultas mayores y de sus cuidadores se apoya en normas de derechos humanos, políticas de envejecimiento, sistemas de dependencia y marcos de inclusión para personas con discapacidad. Tales instrumentos permiten comparar la experiencia de Ecuador con países como España, México, Chile y Colombia, donde el cuidado se entiende cada vez más como una responsabilidad social, estatal, familiar y comunitaria.

A nivel global, en 1991 se fueron aprobados los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad, los cuales reconocen la independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad del adulto mayor (Naciones Unidas, 1991). Como tal, aquellos principios establecen que las personas mayores deben acceder a alimentación, vivienda, salud, apoyo familiar y comunitario, y vivir libres de maltrato y discriminación.

Seguidamente, en 2002 se aprobó el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, mismo que determina que los Estados deben garantizar que las personas envejeczan en circunstancias de seguridad, dignidad y participación social. A su vez, impulsa políticas públicas referentes a salud, protección social, participación comunitaria y apoyo a familias cuidadoras (Naciones Unidas, 2002).

En América Latina, se destaca la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, referida por

la Organización de los Estados Americanos; en su contenido se reconoce el derecho del adulto mayor a recibir servicios de cuidado a largo plazo, con respeto a su dignidad, consentimiento, autonomía, privacidad y participación en la toma de decisiones vinculadas con su vida (Organización de los Estados Americanos, 2015).

En España, la principal normativa es la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, también conocida como Ley de Dependencia, la cual reconoce el derecho de las personas dependientes a recibir servicios y prestaciones, donde se incluye la ayuda a domicilio, centros de día, atención residencial y prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar. También reconoce el papel de los cuidadores no profesionales y establece apoyos para su formación y protección social (Jefatura de España, 2006). Además, cuenta con el Real Decreto Legislativo 1/2013, que regula los derechos de las personas con discapacidad y su inclusión social, a través de la vinculación de la discapacidad, autonomía personal, accesibilidad y vida independiente (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España, 2013).

Por su parte, en México se destaca la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, misma que reconoce derechos como la vida con calidad, salud, alimentación, familia, no discriminación y protección frente a la violencia (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores [INAPAM], 2016). En este sentido, el INAPAM también ejerce un rol importante en la promoción de estos derechos y en la orientación a personas mayores y sus respectivas familias.

En torno al cuidado, México aún conserva un fuerte peso sobre la responsabilidad familiar, a pesar de que el INAPAM desarrolló lineamientos referentes al autocuidado y bienestar para cuidadores (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2016). También se cuenta con la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, cuyo propósito es garantizar condiciones de igualdad, accesibilidad e inclusión social para personas con discapacidad.

El marco normativo de Chile también ha avanzado hacia el reconocimiento del cuidado como derecho social. La Ley Chile Cuida, publicada como Ley 21.805, crea el Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados, cuyos titulares son niños, niñas y adolescentes, personas con discapacidad, personas mayores, personas con dependencia y también las personas cuidadoras (Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile, 2026). De la misma forma, reconoce que aquella persona que brinda cuidados también precisa de protección, descanso, formación y apoyo institucional. Chile también cuenta con la Ley 20.422, la cual asegura la igualdad de oportunidades e inclusión social de las personas con discapacidad (Ministerio de Planificación de Chile, 2010).

En lo que concierne a Colombia, la Ley 1251 refiere normas para la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores, las cuales se sustentan en políticas públicas acerca de envejecimiento, atención integral y servicios sociales (Congreso de Colombia, 2008). Asimismo, dispone de la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031, adoptada por medio del Decreto 681 de 2022, el cual articula planes

territoriales, programas, recursos e indicadores para atender a la población mayor (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2025).

De igual forma, en lo que respecta a los cuidadores de adultos mayores, Colombia dispone de la Ley 2297, la cual reconoce a las personas cuidadoras de personas con discapacidad, promueve su registro, formación, acompañamiento psicosocial y medidas de protección (Congreso de la República de Colombia, 2023).

Por su parte, en 2006 la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad proclamada por las Naciones Unidas establece reconocer el derecho de las personas con discapacidad a vivir de manera independiente, participar plenamente en la comunidad y acceder a apoyos que favorezcan su autonomía. Entonces, dado que una parte importante de adultos mayores presenta limitaciones funcionales o condiciones de discapacidad relacionadas con el envejecimiento, esta convención se torna en un marco complementario para la protección de sus derechos y organización de sistemas de cuidado inclusivos (Naciones Unidas, 2006).

Dicho esto, en los países analizados para fines de este estudio, se observa una tendencia progresiva hacia la profesionalización y reconocimiento de las labores de cuidado. Como ejemplo de ello, España, Chile y Colombia incorporaron medidas que buscan capacitar a las personas cuidadoras, brindar acompañamiento psicosocial y reforzar los servicios de atención domiciliaria y comunitaria.

Dichas iniciativas buscan mejorar la calidad del cuidado recibido por los adultos mayores y disminuir la sobrecarga física, emocional y económica que

habitualmente enfrentan quienes asumen estas responsabilidades de forma permanente (Jefatura de España, 2006; Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile, 2026; Congreso de la República de Colombia, 2023).

A su vez, las experiencias internacionales resaltan la necesidad de incorporar el enfoque de género en las políticas de envejecimiento y cuidado. Diversos organismos internacionales señalaron que las mujeres continúan asumiendo la mayor parte del trabajo de cuidado no remunerado, situación que da lugar a desigualdades económicas, sociales y laborales a lo largo de su vida. Debido a esto, las políticas contemporáneas sobre envejecimiento fomentan la corresponsabilidad entre Estado, mercado, comunidad y familia, para distribuir de manera más equitativa las responsabilidades del cuidado de los adultos mayores (Organización de los Estados Americanos, 2015; Naciones Unidas, 2002).

Por otro lado, en torno a las jornadas internacionales, el 1 de octubre se conmemora el Día Internacional de las Personas de Edad, fecha promovida por Naciones Unidas para visibilizar sus aportes, derechos y necesidades. Así también, el 3 de diciembre se celebra el Día Internacional de las Personas con Discapacidad, el cual busca promover inclusión, accesibilidad y participación social.

2.4. Referente estratégico

2.4.1. Internacional

El referente estratégico internacional permite comprender que el cuidado de las mujeres adultas mayores es una responsabilidad familiar y nacional, pero también converge como un compromiso vinculado con los

derechos humanos, igualdad de género, inclusión social y desarrollo sostenible. Los organismos internacionales se encargan de emitir lineamientos que orientan a los Estados sobre la formulación de políticas públicas que busquen garantizar una vejez digna, participativa y libre de discriminación.

Entre estos marcos estratégicos consta la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, la cual aporta lineamientos vinculados con este grupo poblacional. Por ejemplo, el ODS 1 plantea la erradicación de la pobreza; el ODS 3 impulsa la salud y el bienestar; el ODS 5 fomenta la igualdad de género; el ODS 10 prevé disminuir desigualdades; y el ODS 11 plantea ciudades y comunidades inclusivas, seguras y sostenibles (Red España, 2026). En virtud de aquello, estos objetivos permiten analizar el cuidado de las adultas mayores desde una mirada integral, en la que se estimen sus ingresos, acceso a salud, participación, protección social y condiciones territoriales.

En lo que respecta a los adultos mayores, las Naciones Unidas señalan que el envejecimiento poblacional exige respuestas públicas que garanticen derechos, protección social y participación. Es por ello que la consigna de la Agenda 2030, “no dejar a nadie atrás”, resulta de suma importancia para las mujeres adultas mayores, debido a que muchas de ellas enfrentan desigualdades acumuladas durante el curso de su vida, como, por ejemplo, menor acceso a empleo formal, pensiones, seguridad social y servicios de salud (Naciones Unidas, 2024). Debido a esto, las políticas de cuidado deben considerar edad, género, discapacidad, pobreza y territorio.

Otro referente importante es la Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030, la cual es impulsada por las Naciones Unidas y liderada por la OMS; dicha estrategia define el envejecimiento saludable como el proceso de promover y conservar la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. A partir de ello, sus líneas de acción se inclinan por combatir el edadismo, crear comunidades amigables con los adultos mayores, reforzar la atención integrada en salud y garantizar cuidados de largo plazo para quienes los necesitan (Organización Mundial de la Salud, 2026).

En torno al tema de la discapacidad, la Convención de Derechos de las personas con discapacidad de la ONU indica que las personas con discapacidad tienen derecho a vivir autónomamente, ser partícipes en actividades comunitarias, acceder a servicios, receptar apoyos y practicar sus derechos en igualdad de condiciones. Para las adultas mayores, este tratado es importante, ya que sostiene que la vejez puede verse acompañada de limitaciones físicas, cognitivas o psicosociales que precisan de respuestas inclusivas (Naciones Unidas, 2006).

En lo que respecta a los derechos de las mujeres, la Convención sobre la eliminación de discriminación contra la mujer (CEDAW) dispone la obligación de los Estados para eliminar la discriminación en la vida política, social, económica, laboral, familiar y sanitaria (Naciones Unidas, 2026). En este sentido, este instrumento permite comprender que las adultas mayores deben ser protegidas tanto por su edad como por las desigualdades de género que marcan sus trayectorias de vida.

A esto se añade la Recomendación General N.º 27 del Comité para la eliminación de discriminación para la mujer (CEDAW), la cual engloba los

derechos de las mujeres adultas mayores. En su contenido se subraya la necesidad de proteger su dignidad, autonomía, integridad, participación y acceso a recursos. De la misma manera advierte que las mujeres mayores pueden experimentar discriminación múltiple, sobre todo, cuando viven en entornos de pobreza, zonas rurales, tienen discapacidad o dependen de otras personas para su cuidado (Naciones Unidas, 2010).

2.4.2. Plan Nacional de Desarrollo, Agenda Nacional para la Igualdad Intergeneracional, Agenda Zonal y Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial

En primer lugar, el Plan Nacional de Desarrollo orienta las políticas públicas del Estado. Para el año 2025 se debe considerar el Plan de Desarrollo para el Nuevo Ecuador 2024-2025, el cual organizó la gestión estatal en ejes, objetivos, políticas, estrategias y metas. Este instrumento se articuló con la Estrategia Territorial Nacional y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, por lo que permite relacionar el cuidado de las personas adultas mayores con la reducción de desigualdades, acceso a servicios sociales, protección de grupos prioritarios y desarrollo territorial (Secretaría Nacional de Planificación de Ecuador, 2024).

En segundo lugar, la Agenda Nacional para la Igualdad Intergeneracional 2021-2025 resulta de suma importancia porque engloba políticas públicas enfocadas en niñas, niños, adolescentes, jóvenes y adultos mayores. Como tal, se basa en el enfoque de derechos, igualdad y no discriminación, y se articula con la Agenda 2030 y con instrumentos internacionales de derechos humanos (Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional, 2022). Para esta investigación, resulta importante porque

reconoce que los adultos mayores son uno de los grupos de atención prioritaria y que el Estado debe generar respuestas diferenciadas en dependencia de la edad, género, condición socioeconómica o discapacidad.

Es importante señalar que esta agenda contribuye al análisis de las condiciones de cuidado bajo una perspectiva intergeneracional, la cual implica comprender que la mayoría de las adultas mayores reciben cuidados, pero, también fueron cuidadoras a lo largo de su vida. Es por ello que el sistema de cuidado debe apreciar las necesidades de atención, salud y protección, y la sobrecarga histórica del trabajo de cuidado no remunerado que recae sobre las mujeres mayores.

Cabe agregar que la Constitución de la República del Ecuador también reconoce el principio de igualdad y no discriminación, y establece que nadie podrá ser discriminado por razones de sexo, identidad de género, edad, condición socioeconómica o discapacidad. De igual forma, dispone que el Estado debe plantear y ejecutar políticas para lograr la igualdad entre mujeres y hombres a través de la incorporación del enfoque de género en planes y programas públicos (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008).

En este sentido, la Agenda Nacional sobre Igualdad de Género 2021-2025 converge como un instrumento primordial para integrar el análisis de la Agenda Nacional de Igualdad Intergeneracional, pues, alberga propuestas de políticas públicas para transversalizar el enfoque de igualdad de género en la planificación sectorial y territorial. Como tal, sus ámbitos engloban economía y empleo, vida libre de violencia, salud, educación, participación política, deporte, ambiente, comunicación y cuidado humano, lo cual permite asociar las condiciones de vida de las adultas mayores con la desigual distribución del

trabajo doméstico y de cuidado (Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional, 2022).

A lo largo de la historia, las mujeres han asumido la mayoría del trabajo de cuidado no remunerado, lo cual ha limitado su acceso a redes de empleo formal, seguridad social y autonomía económica. En las adultas mayores, esto puede conllevar a una doble condición de vulnerabilidad; por un lado, han sido cuidadoras durante la mayor parte de su vida; y, por otro lado, en la vejez tienden a requerir cuidados sin disponer de redes familiares, recursos económicos suficientes o servicios públicos cercanos.

Ante esto, la Ley Orgánica Integral para la prevención y erradicación de la violencia ante las mujeres refuerza este análisis, debido a que reconoce la violencia contra las mujeres como una vulneración de derechos que puede presentarse en ámbitos públicos y privados. Por ende, esta ley brinda protección a niñas, adolescentes, jóvenes, adultas y adultas mayores, y obliga al Estado a prevenir, proteger y reparar circunstancias de violencia. Para este estudio, esta norma es relevante ya que las adultas mayores pueden enfrentar violencia física, psicológica, patrimonial, económica o negligencia en entornos familiares, institucionales o comunitarios (Asamblea Nacional, 2019).

La planificación territorial de Ecuador se organiza en siete zonas de planificación regional y dos distritos metropolitanos (Quito y Guayaquil), cuyo propósito es coordinar las políticas públicas y dirigir el desarrollo territorial de forma articulada entre los diferentes niveles de gobierno. Por su lado, las agendas zonales son instrumentos que permiten distinguir las necesidades y prioridades de cada territorio para la implementación de programas centrados en el bienestar poblacional.

La Secretaría Nacional de Planificación (2024) da a conocer que las agendas zonales abrigan diagnósticos territoriales, problemáticas priorizadas y lineamientos para la coordinación de la acción pública en el territorio ecuatoriano. Adicional a ello, contribuyen a la distinción de diferencias entre zonas urbanas, rurales, costeras, andinas o amazónicas, y la identificación de brechas referentes a la accesibilidad a servicios de salud, transporte, centros gerontológicos y redes comunitarias.

A esto se agregan los Planes de Desarrollo y Ordenamiento Territorial (PDOT), que convergen como instrumentos definidos por los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD), cuya importancia reside en que permiten trasladar las políticas nacionales al nivel local. La guía metodológica de los PDOT dispone que durante su formulación se deben considerar los distintos grupos poblacionales del territorio, entre los cuales deben constar los grupos de atención prioritaria, con la finalidad de alcanzar una participación y respuesta efectiva (Secretaría Técnica Planifica Ecuador, 2019).

Para los gobiernos locales, los PDOT facilitan el análisis del cuidado en territorio a través de la identificación de programas para adultos mayores, servicios de atención domiciliaria, zonas de recreación, centros diurnos, accesibilidad urbana, transporte, participación comunitaria y prevención de violencia o abandono. Así también, se encargan de evaluar la existencia de la articulación entre municipios, juntas parroquiales, MIES, MSP, organizaciones sociales y familias cuidadoras.

Adicionalmente, la Estrategia Territorial Nacional enfatiza en la necesidad de reducir las brechas territoriales entre las diversas regiones del territorio nacional. También señala que el análisis del acceso a servicios de

salud, protección social y cuidado para los adultos mayores se debe llevar a cabo considerando las características de cada localidad. Aquello es importante para esta investigación porque permite comprender cómo las condiciones geográficas, económicas y sociales influyen en las oportunidades de cuidado que reciben las adultas mayores en distintos contextos territoriales (Secretaría Nacional de Planificación de Ecuador, 2024).

Por otra parte, los instrumentos estratégicos nacionales impulsan la transversalización de los enfoques de igualdad, género e inclusión social en todas las políticas públicas, lo cual implica que las necesidades de las adultas mayores deben abordarse tanto desde la perspectiva de la edad, como del análisis de factores asociados al género, discapacidad, etnia, condición económica y lugar de residencia. De esta forma, se busca garantizar respuestas más integrales ante las diversas situaciones de vulnerabilidad que pueden afectar a este grupo poblacional (Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional, 2022).

Los gobiernos autónomos descentralizados ejercen un rol primordial para la implementación de programas dirigidos a adultos mayores, ya que, con sus competencias en desarrollo social, participación ciudadana e inclusión, pueden impulsar proyectos centrados en el envejecimiento activo, recreación, atención domiciliaria e integración comunitaria. Por lo tanto, el análisis de los PDOT es de utilidad para la identificación del grado de prioridad que cada territorio suministra a las políticas de cuidado y protección de este grupo poblacional (Secretaría Técnica Planifica Ecuador, 2019).

Otro punto relevante es la articulación interinstitucional de los instrumentos de planificación estratégica; como ejemplo de ello se encuentra

el Plan Nacional de Desarrollo y las agendas sectoriales y territoriales, los cuales destacan la necesidad de la coordinación de acciones entre entidades nacionales y locales para la optimización de recursos y ampliación de la cobertura de servicios sociales. En torno al cuidado, esta coordinación se caracteriza por abarcar servicios de salud, asistencia social, protección de derechos y participación comunitaria (Secretaría Nacional de Planificación de Ecuador, 2024).

Por su parte, el referente estratégico se encarga de evaluar la correspondencia entre las metas referidas en los instrumentos de planificación y las condiciones reales apreciadas por las adultas mayores de las localidades analizadas. Dicho análisis resulta útil para identificar avances, limitaciones y desafíos en la implementación de políticas públicas vinculadas con el cuidado, ya que brinda evidencia para reforzar futuras intervenciones que busquen mejorar la calidad de vida, autonomía y bienestar de este grupo poblacional (Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional, 2022).

3. CAPÍTULO III: METODOLÓGIA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Enfoque de investigación.

El estudio desarrollado, se orienta a una propuesta investigativa de enfoque cualitativo, donde se menciona que, El investigador cualitativo utiliza técnicas para recolectar datos, como la observación no estructurada, entrevistas abiertas, revisión de documentos, discusión en grupo, evaluación de experiencias personales, registro de historias de vida, e interacción e introspección con grupos o comunidades (Hernández Sampieri et al., 2014, p. 9).

Con ello, se sostiene, mediante este método, a través de entrevistas a las mujeres adultas mayores con discapacidad, profundizar percepciones de las dinámicas y narrativas de las problemáticas sociales, buscando como finalidad, evaluar la calidad de vida de la población femenina en proceso de envejecimiento cronológico con dependencia funcional, que residen en los sistemas de atención estatales, municipales, comunitarios, parroquiales o privados en Guayaquil, Santa Elena y Galápagos. Mediante perspectiva tridimensional de estudio planteado, se buscó la visibilización de las dinámicas del sistema que producen vulnerabilidades y exclusiones estructurales que ocasionan afectaciones a este colectivo susceptible de la población.

Bajo esta metodología de investigación de corte fenomenológico, El investigador Fernández y Baptista (2014), afirma que, en el proceso de indagación cualitativa, “El investigador emplea una variedad de formatos para reportar sus resultados: narraciones, fragmentos de textos, videos, audios,

fotografías y mapas; diagramas, matrices y modelos conceptuales” (Fernández y Baptista, 2014, p. 13).

Partiendo de la premisa mencionada, la indagación cualitativa, se enfoca en las realidades sociales, subjetividades y experiencias propias de las actoras involucradas en el estudio, desde el cual, la profesional investigativa, se permite profundizar en las historias particulares de vida, con narrativas individuales, evitando homogenizar o universalizar problemáticas singulares.

3.2. Tipo y nivel de investigación

En función de su objetivo, se clasifica a la investigación de tipo aplicada. Según Fernández y Baptista (2014), ya sea en una investigación básica o aplicada, un buen trabajo es aquel en el cual el equipo especialista ha puesto todo su empeño en la búsqueda de conocimiento o soluciones, manteniendo siempre la objetividad y la mente abierta para tomar las decisiones adecuadas (Fernández y Baptista, 2014, p. 125). Tomando como referencia lo anteriormente citado, se proyecta la propuesta de alternativas que se ejecuten en los sistemas de cuidado y encaminen a las instituciones u organizaciones a la ejecución de estrategias de acompañamiento en la atención integral.

A efectos de sustento científico, se realiza la propuesta de evidenciar la metodología empírico-cualitativa, mediante un análisis de modelos operativos. Se emplea como referente investigativo el proceso en el cual los investigadores lograron que la combinación de evaluar fotos tomadas por los participantes, analizar procesos de grupo y entrevistar a los agricultores les permitiera conocer dimensiones cualitativas del capital social de los grupos,

incluyendo la dinámica comunitaria, el comportamiento solidario y la acción colectiva (Fernández y Baptista, 2014, p. 416).

En consonancia al referente de investigación, la indagación analiza la profundidad de intervención a los sistemas de cuidado y cómo fortalecerlos a nivel comunitario, familiar e institucional. Como señalan Jalil y Romero (2024), "la implementación efectiva de estrategias de intervención no solo facilita el acceso a servicios esenciales y promueve la autonomía de los individuos, sino que, también, contribuye a la creación de una sociedad más equitativa y justa" (p. 3); por lo tanto, este estudio busca trascender la teoría para optimizar la gestión de recursos y las funciones de dirección y administración en el territorio.

El estudio se sustenta fundamentado a partir de un nivel descriptivo en el marco del enfoque cualitativo. El abordaje metodológico se fundamenta en que las investigaciones cualitativas se basan más en una lógica y proceso inductivo (explorar y describir, y luego generar perspectivas teóricas). Van de lo particular a lo general (Fernández y Baptista, 2014, p. 8). Como resultado, la investigación se construye desde las particularidades de las actoras sociales, lo que favorece la comprensión para describir las experiencias vinculantes del cuidado. No obstante, la literatura evidencia, conocimiento sobre los sistemas de cuidado en el Ecuador. No obstante, no cuenta con un enfoque integrador, prevaleciendo la brecha en la comprensión de las realidades territoriales por disparidades en contexto geográfico y continental.

En consecuencia, no se realiza la propuesta de tipo exploratorio, por la existencia del abordaje teórico que previamente se documentó. Por el contrario, al nivel descriptivo, que está orientado a comprender la dimensión

del sistema de cuidado, su funcionamiento y como se articula el autocuidado con el cuidado familiar, las redes comunitarias y los mecanismos institucionales de apoyo. El investigador cualitativo utiliza técnicas para recolectar datos, como la observación no estructurada, entrevistas abiertas, revisión de documentos, discusión en grupo, evaluación de experiencias personales, registro de historias de vida, e interacción e introspección con grupos o comunidades (Hernández Sampieri et al., 2014, p. 9).

En conclusión, se adoptó la ruta metodológica respondiendo a el enfoque cualitativo puede concebirse como un conjunto de prácticas interpretativas que hacen al mundo “visible”, lo transforman y convierten en una serie de representaciones, en forma de observaciones, anotaciones, grabaciones y documentos. Es naturalista (porque estudia los fenómenos y seres vivos en sus contextos o ambientes naturales y en su cotidianidad) e interpretativo (pues intenta encontrar sentido a los fenómenos en función de los significados que las personas les otorguen) (Hernández Sampieri et al., 2014, p. 9). Al evidenciar esta modalidad y la exploración de estructuras vinculantes producen desigualdades en las generaciones y se fragmentan los entornos donde desempeñan habilidades donde las mujeres adultas mayores con discapacidad en el territorio social.

Temporalidad. Transversal o transeccional. Ya que conoceremos el fenómeno en un solo tiempos, la información se levantará en un único momento.

Considerando la única temporalidad para el análisis, la recopilación de datos se la realizará en una sola etapa. La elección metodológica, responde a la necesidad de identificar las características de los sistemas de cuidado de

mujeres adultas mayores en condición de discapacidad, en los escenarios donde se realiza la investigación. En consecuencia, no se contempla nuevas mediciones del fenómeno a través del tiempo, lo que supone que, no se programará un segundo levantamiento de información en los territorios. Bajo esta premisa, se fundamenta en que, “el alcance final de los estudios cualitativos muchas veces consiste en comprender un fenómeno complejo. El acento no está en medir las variables del fenómeno, sino en entenderlo” (Fernández y Baptista, 2014, p. 18).

De este modo, no se realizarán comparaciones en diferentes momentos temporales, ni se incluirá una nueva fase de recolección de datos en los campos de investigación (Guayaquil, Santa Elena y Galápagos) en tiempos posteriores. El enfoque metodológico cualitativo, permite analizar las localidades en visitas continuas, lo que asegura que se obtenga una recolección integral de los datos. En este contexto, la realización del trabajo de campo tiene sustento teórico en que “en el caso del proceso cualitativo, la muestra, la recolección y el análisis son fases que se realizan prácticamente de manera simultánea (Fernández y Baptista, 2014, p. 8).

Por consiguiente, el tiempo empleado en las localidades, constituye un proceso articulado en el que permite el enfoque cualitativo utiliza la recolección y análisis de los datos para afinar las preguntas de investigación o, revelar nuevas interrogantes en el proceso de interpretación (Fernández y Baptista, 2014, p. 7). De este modo, finalizando la recolección y análisis, se obtendrá resultados definitivos, sin considerar nuevos análisis posteriores.

3.3. Método de la investigación.

En el estudio se utiliza el método hermenéutico, el cual Cárcamo (2005) lo define como una metodología interpretativa que busca trascender la lectura literal de los discursos para acceder a su significado profundo, asumiendo que "el referente es la existencia y la coexistencia de los otros que se me da externamente, a través de señales sensibles; mediante el uso de una metodología interpretativa que busca transmitir la barrera exterior sensible de acceder a su interioridad, esto es: a su significado (Cárcamo Vásquez, 2005, p. 208).

3.4. Población, muestra y muestreo

3.4.1. Población

Guayaquil

De acuerdo con cifras del Municipio de Guayaquil registra 24 organizaciones que atienden a 1.869 personas con discapacidad, y que en la coordinación zonal 8 el MIES atiende a 485 adultos mayores en modalidad diurna a través de 5 organizaciones. (Ministerio de Inclusión Económico y Social, 2025).

Entre las características de estos grupos se tienen las siguientes:

- Pertenecen a un grupo con alta necesidad de cuidado y acompañamiento, porque se cruzan la vejez, la discapacidad y, a menudo, condiciones de pobreza o dependencia familiar
- Reciben atención en domicilios, centros diurnos o servicios residenciales ofrecidos por entidades públicas y organizaciones sociales

- Muchas viven con cuidadores o familiares, especialmente hijas, hijos o nietos, que apoyan su atención diaria.

- Presentan dependencia funcional parcial o total en actividades cotidianas, según el tipo y grado de discapacidad.

Santa Elena

En Santa Elena, el MIES reportó 2.782 personas adultas mayores atendidas mediante atención directa y convenios con municipios y organizaciones sociales. (Ministerio de Inclusión Económico y Social, 2023).

Entre las características de estos grupos se tienen las siguientes:

- Los adultos mayores poseen una atención social organizada alrededor de modalidades comunitarias y domiciliarias, no solo en centros institucionales.

- Los adultos mayores son de las comunas y parroquias Sinchal, San Pablo, San Pedro, San Vicente y San Rafael, lo que muestra una cobertura territorial dispersa.

- En su gran mayoría son adultos mayores dependientes a familiares o cuidadores.

Galápagos

Galápagos muestra que el MIES atiende a 360 adultos mayores en modalidades diurna, residencial, domiciliaria y espacios alternativos. (Ministerio de Inclusión Económico y Social, 2022).

Entre las características de estos grupos se tienen las siguientes:

- Tiene una población adulta mayor atendida mediante un modelo mixto de servicios, no solo institucional sino también domiciliario y comunitario

- La atención incluye cuidado, inclusión social y apoyo económico, lo que sugiere una población con necesidades de protección y acompañamiento.

3.4.2. Muestra

Se trabajó con una muestra de 5 mujeres adultas mayores con discapacidad a quienes se les aplicó un grupo focal y con un actor social.

Tipo de Muestreo:

El levantamiento de información primaria se realizó en San Cristóbal, Galápagos territorio donde se aplicó el grupo focal y la entrevista institucional. Los datos referentes a Guayaquil y Santa Elena corresponden a fuentes documentales e institucionales utilizadas como referente contextual.

Criterios Muestrales

Para grupo focal

- Mujeres adultas mayores
- Mujeres con discapacidad
- Mujeres que residan en San Cristóbal Galápagos
- Mujeres con predisposición para participar en el grupo focal

Para entrevista

- Profesional hombre o mujer
- Profesional con más de un año en la institución
- Profesional con disposición para trabajar en la entrevista

3.5. Formas de recolección de información

3.6.1 Entrevista a profundidad

La técnica cualitativa que se empleará es la entrevista semiestructurada, que se basa en una guía de preguntas lo cual el entrevistador tiene libertad al elaborar preguntas adicionales para obtener mayor información sobre los temas que se requieran profundizar (Hernández Sampieri et al., 2018, p. 418).

En consideración a ello, la presente investigación aplicará una entrevista profundidad a mujeres dependientes participación social, autocuidado, inclusión, salud mental. Complementariamente, se incluirán datos de su historia de vida lo cual permitirá reconstruir sus trayectorias de vida desde una perspectiva temporal; esta técnica ayudará a obtener informa. Este cuestionario estará conformado por un total de 25 preguntas que serán aplicadas a la muestra de mujeres antes mencionadas.

3.6.2 Grupo Focal

Asimismo, se empleará grupo focal, lo cual es considerada como una conversación grupal organizada para indagar un tema en particular, en la que reúne un grupo pequeño de personas con experiencias similares y se les pide que compartan sus ideas y opiniones referente a un tema en específico. (Hernández Sampieri et al., 2018).

Está técnica se empleará con el fin de generar un espacio de dialogo colectivo con mujeres adultas mayores que facilite la identificación de percepciones frente a su discapacidad, autocuidado y sistemas de cuidado familiares.

El grupo focal estará estructurado por 6 mujeres adultas mayores de los diferentes contextos de estudio: Guayaquil, Santa Elena y Galápagos.

3.6. Formas de análisis de información

Codificación

Para el análisis de la información recolectada es necesario analizarlos mediante la codificación, la cual consiste en un microanálisis detallado de los datos que permite una primera interpretación, lo cual este proceso se desarrolla en dos momentos; la codificación abierta y la codificación axial orientadas a identificar y comprender el sentido presente de los datos (Hernández Sampieri et al., 2018).

Codificación abierta

En primer lugar, la codificación abierta es un procedimiento analítico que fragmenta y examina los datos de forma detallada con la finalidad de identificar significados y desarrollar conceptos y categorías iniciales, se realiza mediante un análisis minucioso línea por línea, considerando el contexto, lo que permite avanzar progresivamente hacia la organización de las categorías (Hernández Sampieri et al., 2018).

Codificación Axial

Posteriormente, la codificación axial consiste en establecer relaciones jerárquicas entre una categoría principal y sus subcategorías, considerando sus propiedades y dimensiones, con la finalidad de profundizar la comprensión del fenómeno y avanzar en la consolidación de la categoría central (Hernández Sampieri et al., 2018).

De este modo, este enfoque permitirá visibilizar las experiencias, en cuanto al cuidado y sistemas de cuidado estatales de las mujeres en situación de discapacidad adultas mayores y sus realidades, así. Finalmente, el proceso metodológico de recolección y análisis de la información se desarrolla de manera organizada y sistemática, garantizando que los datos obtenidos se presenten de forma coherente y debidamente fundamentada.

4. CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Este capítulo expone los resultados obtenidos en el territorio de San Cristóbal, Galápagos del análisis cualitativo del grupo focal aplicado a cinco adultas mayores con discapacidad y de la entrevista individual realizada a un actor institucional vinculado con la atención social del territorio estudiado. La información se organizó por medio de una matriz de codificación abierta, en la cual se identificaron categorías, subcategorías y fragmentos relacionados con inclusión, accesibilidad, género, salud, autonomía, redes de apoyo y calidad de vida. Así, se desarrolló la codificación axial, la cual estableció relaciones entre condiciones territoriales, dinámicas familiares, respuestas comunitarias y acciones institucionales que configuran las experiencias de cuidado.

4.1. Percepción y conocimiento sobre los sistemas de cuidado

La codificación axial permitió identificar que la experiencia del cuidado se encuentra atravesada por la interacción entre territorio, género, discapacidad, envejecimiento y disponibilidad de recursos. Las participantes describen el cuidado como una red de apoyos cuya efectividad depende de la cercanía de servicios, movilidad y participación familiar. Las barreras territoriales fueron las aceras deterioradas, transporte poco accesible y altos costos para traslados hacia la atención especializada.

Tales condiciones disminuyen la asistencia a reuniones, limitan la circulación autónoma y producen temor ante posibles caídas. La expresión “subir al bus es lo más difícil” refiere una dificultad que repercute en la participación comunitaria, atención sanitaria y vínculos sociales (GF-P3-

Pág.2). Aquello responde al Modelo Social de la Discapacidad, que sitúa las restricciones de participación en la conjunción entre condición individual y barreras físicas, sociales, económicas y territoriales del entorno (Thorneycroft, 2024). A su vez, la Ley Orgánica de Discapacidades dispone la eliminación de barreras físicas, comunicacionales, actitudinales y sociales que restringen la autonomía e inclusión de las personas con discapacidad (Asamblea Nacional, 2012). Siendo así, las dificultades relatadas subyacen de las limitaciones funcionales de las participantes y el territorio que impone obstáculos para el ejercicio de los derechos en condiciones de igualdad.

A esto se añade la organización de género del cuidado, ya que las hijas, nueras y otras mujeres concentran la asistencia cotidiana, en tanto que los hombres participan de forma ocasional o bajo instrucciones. Los testimonios asocian esta distribución con roles tradicionales que asignan a los varones la provisión económica y a las mujeres la responsabilidad doméstica. De esta forma, el cuidado familiar se torna en un apoyo indispensable, aunque reproduce sobrecarga femenina y dependencia de redes limitadas.

Ante esto, la Teoría de la División Sexual del Trabajo de Kergoat (2011) refiere que la asignación diferenciada de tareas entre mujeres y hombres se debe a las relaciones sociales construidas históricamente, fundamentadas en principios de separación y jerarquización. Del mismo modo, Hirata (2023) indica que el trabajo doméstico, reproductivo y de cuidado continúa enfocándose en mujeres sin reconocimiento equivalente. En contraste, la Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores establece el principio de corresponsabilidad, mediante el cual la protección y el cuidado deben ser

asumidos conjuntamente por la familia, Estado y sociedad, para evitar que la carga recaiga principalmente sobre las mujeres (Asamblea Nacional, 2019).

4.1.1. Relación entre autonomía, dependencia y redes de apoyo

Varias participantes indicaron conservar la capacidad de bañarse, alimentarse, vestirse, efectuar tareas domésticas o caminar dentro de la vivienda, pero tienen dificultades para cargar peso, recorrer distancias extensas, subir escaleras o transitar por terrenos irregulares. Aquello permite concebir a la autonomía como una condición relacional, sostenida por medio de adaptaciones personales, acompañamiento familiar y servicios de proximidad.

Algunas mujeres reducen sus desplazamientos, usan vehículos de personas conocidas o permanecen dentro del hogar para protegerse de accidentes, decisiones que preservan su seguridad pero que restringen su integración social. Bajo esta línea, el actor institucional señaló que la modalidad de atención se ajusta al grado de dependencia; es decir, cuando una persona no puede salir, el equipo acude al domicilio, mientras quienes conservan mayor movilidad son trasladadas a actividades comunitarias (EI-AI1-Pág.6).

Frente a ello, la Teoría de la Dependencia Funcional permite interpretar este resultado ya que diferencia las actividades básicas de la vida diaria de aquellas actividades instrumentales que precisan de mayor interacción con el entorno, entre ellas, utilizar transporte, realizar compras o gestionar desplazamientos (Rathnayake et al., 2023). Siendo así, la autonomía

observada resulta un nivel de independencia que cambia en dependencia de la tarea y condiciones ambientales disponibles.

Las redes de apoyo también cumplen una función emocional, debido a que las hijas, hijos, vecinas, promotoras sociales y actividades grupales disminuyen la soledad. No obstante, estos apoyos son desiguales porque algunas participantes viven solas, otras dependen de familiares ocupados y varias expresan preocupación ante el aumento futuro de sus limitaciones. Frente a ello, Masoudi et al. (2024) relacionan la soledad con menores niveles de autocuidado y mayores dificultades en las actividades cotidianas. Así también, se vincula con el enfoque de envejecimiento activo reconocido por la LOPAM, el cual busca conservar autonomía, participación social y bienestar a través del fortalecimiento de redes familiares y comunitarias (Asamblea Nacional, 2019).

4.1.2. Articulación entre cuidado público, familiar y comunitario

El cuidado público se concreta a través de convenios entre el GAD parroquial y el MIES, visitas domiciliarias, controles de salud, transporte, actividades recreativas, terapias y entrega de ayudas técnicas. Como tal, el MSP participa en diagnósticos, charlas y toma de signos vitales, y las fundaciones aportan sillas de ruedas, andadores, muletas y pañales. Aquello responde a la Teoría de los Sistemas de Cuidado, en la que el cuidado engloba prácticas, relaciones e instituciones y distribuye responsabilidades entre Estado, familia y comunidad para el sostenimiento de la vida en condiciones adecuadas (Reid et al., 2025). Con base en ello, los servicios públicos y comunitarios conforman una red que amerita de coordinación

permanente para evitar que la dependencia sea resuelta únicamente dentro del hogar.

El cuidado familiar sostiene la atención cotidiana, acompañamiento a consultas, organización de medicamentos y apoyo afectivo; el espacio comunitario proporciona integración, conversación, talleres y reconocimiento social. Las participantes valoran las visitas de las promotoras y compañía recibida en las actividades, a pesar de que señalan que la atención médica especializada continúa siendo insuficiente. Por otro lado, la articulación institucional presenta límites en cuanto a la distribución de competencias, centralización de servicios y escasez de recursos. El GAD reconoce que los problemas habitacionales deben derivarse al municipio o MIES, que las valoraciones técnicas corresponden a personal especializado y no existen veedurías para este grupo.

Por ende, la presencia de varias instituciones no garantiza una ruta continua, conocida y accesible de protección. La brecha adquiere relevancia ante la LOPAM, que creó el Sistema Nacional Especializado de Protección Integral de los Derechos de las Personas Adultas Mayores para coordinar instituciones, servicios, políticas y programas entre distintos niveles de gobierno (Asamblea Nacional, 2019). En vista de aquello, esta fragmentación denota distancia entre el principio normativo de integralidad y la experiencia territorial de las usuarias cuando la derivación entre entidades no se traduce en una ruta continua de atención.

4.1.3. Consecuencias sobre bienestar, dignidad y calidad de vida

Con apoyo familiar y acompañamiento institucional, las participantes expresan orgullo y valoración de su vida. Las visitas, juegos, música, baile terapia y talleres funcionan como mecanismos de protección emocional, debido a que reducen el aislamiento y refuerzan la pertenencia. Ante esto, Park y Kang (2023) indican que las conexiones sociales y el sentido de pertenencia influyen positivamente en la satisfacción vital durante la vejez. Siendo así, las actividades comunitarias cobran valor recreativo y relacional, ya que fortalecen la percepción de acompañamiento y reconocimiento.

En contraste de aquello, la falta de dinero, distancia hacia los servicios, precio de medicación y ausencia de especialistas dan lugar a la postergación de consultas, persistencia del dolor y preocupación. Dado este panorama, una participante resume esta tensión ya que señala que debe elegirse entre comer o viajar al médico (GF-P5-Pág.4); lo cual es un indicativo de que el acceso sanitario se encuentra condicionado por la economía familiar.

Además, la dignidad se anexa con la recepción de una atención oportuna, mantenimiento de decisiones sobre la propia vida y una correcta alimentación. Cabe resaltar que la calidad de vida incorpora autonomía, salud, compañía, participación y reconocimiento. Ante esto, la codificación axial denota que el bienestar incrementa cuando las redes se articulan, en tanto que disminuye cuando las barreras territoriales, económicas y de género trasladan la responsabilidad del cuidado hacia las mujeres y sus familias. En esta misma línea, López et al. (2024) sostienen que la calidad de vida en personas mayores integra bienestar físico, bienestar emocional, relaciones sociales y satisfacción vital.

Así también, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores reconoce el derecho a recibir cuidados respetando dignidad, autonomía, privacidad y participación en las decisiones (Organización de los Estados Americanos, 2015). Así, los testimonios muestran que una vida digna exige recursos materiales y posibilidades reales de decidir, participar y acceder oportunamente a apoyos.

4.2. Sistemas de protección y Dinámicas de cuidado

4.2.1. Red institucional y servicios de protección

4.2.1.1. Configuración de la red institucional de cuidado. La configuración institucional dio a conocer que el GAD parroquial cumple una función de articulación cercana, ya que organiza actividades, facilita transporte, coordina visitas y gestiona ayudas. El MIES sostiene convenios de cooperación, aporta recursos y respalda la contratación de promotoras sociales para adultas mayores y personas con discapacidad. Esta organización encuentra sustento en la LOPAM, que define un sistema especializado de protección integrado por instituciones, servicios, políticas y programas destinados a garantizar derechos y coordinar acciones entre niveles de gobierno (Asamblea Nacional, 2019).

Por tanto, la presencia del GAD y del MIES en el territorio representa la expresión local de una responsabilidad pública que legalmente debe articularse con otros actores para asegurar atención integral. Por su lado, el municipio y el Consejo Cantonal de Protección de Derechos se vinculan con las competencias que superan la capacidad parroquial, tales como, vivienda, ordenanzas y exigibilidad de derechos.

La atención también comprende acompañamiento psicológico, apoyo afectivo, musicoterapia, talleres, juegos y bailoterapia, a fin de contribuir a la reducción del aislamiento. En esta línea, el actor entrevistado sostiene que la inclusión amerita de participación familiar, comunitaria e institucional; no obstante, la inexistencia de veedurías conformadas por adultas mayores con discapacidad refiere que su participación está enfocada en actividades de integración y no alcanza plenamente espacios formales de vigilancia o incidencia.

Desde la Teoría de los Sistemas de Cuidado, esta combinación de apoyos físicos, emocionales y organizativos refiere que cuidar implica reconocer necesidades, asumir responsabilidades, brindar atención y valorar sus resultados a través de mecanismos coordinados (Reid et al., 2025). En vista de aquello, este análisis denota que la red existente avanza en la dimensión asistencial y comunitaria, aunque mantiene un desarrollo menor en la participación ciudadana vinculada con vigilancia y exigibilidad.

4.2.1.2. Estrategias institucionales de proximidad territorial.

Responden a la dispersión geográfica, dificultades de movilidad e imposibilidad de que algunas usuarias se desplacen hacia los servicios. La adquisición de una camioneta y disponibilidad de un bus permiten transportar personal médico y social hacia comunidades, recintos y caseríos, trasladar participantes a actividades y entregar ayudas en los domicilios. De tal forma, esta intervención invierte la lógica convencional de atención debido a que la institución se aproxima a las mujeres en lugar de esperar que ellas acudan a una oficina o centro.

Bajo este panorama, la Estrategia Territorial Nacional establece que el acceso a salud, protección social y cuidado debe analizarse en línea con las características geográficas, económicas y sociales de cada localidad, con el propósito de reducir brechas territoriales (Secretaría Nacional de Planificación de Ecuador, 2024). Entonces, el transporte institucional funciona como una respuesta concreta a la condición insular y rural porque acerca recursos que de otro modo estarían concentrados en zonas con mayor oferta.

Las visitas domiciliarias son la estrategia principal de detección y acompañamiento, ya que, por medio de ellas, la promotora social identifica abandono, dependencia severa, riesgo habitacional o necesidad de ayudas técnicas. Cuando una persona no puede salir, el equipo lleva la atención hasta su cama; cuando conserva mayor movilidad, facilita su incorporación a dinámicas comunitarias. La proximidad también se expresa en la entrega directa de pañales, andadores y sillas de ruedas, y de actividades semanales desarrolladas en el parque de El Progreso.

Como tal, esta modalidad coincide con los servicios que el MIES desarrolla para la complementación del cuidado familiar por medio de la atención domiciliaria, espacios de socialización y servicios especializados dirigidos a adultos mayores en situación de vulnerabilidad o dependencia (Ministerio de Desarrollo Humano, 2026). De este modo, la proximidad institucional adquiere un sentido preventivo, ya que permite identificar necesidades antes de que la movilidad reducida se convierta en exclusión total del sistema.

4.2.1.3. Límites de cobertura y fragmentación de competencias. La codificación axial identificó límites derivados de la insuficiencia de recursos,

centralización y distribución fragmentada de competencias. El GAD reconoce que no dispone de presupuesto para construir viviendas ni intervenir integralmente en situaciones de hacinamiento, por lo que deriva los casos al MIES o al municipio. Tampoco aplica escalas estandarizadas para medir dependencia, puesto que esa valoración corresponde a trabajadoras sociales del MIES o al personal sanitario.

Entonces, dicha delimitación evita duplicar funciones, pero, produce discontinuidad cuando la derivación carece de seguimiento suficiente. El Reglamento General de la LOPAM asigna responsabilidades institucionales y establece mecanismos de coordinación para implementar las modalidades de atención dirigidas a adultas mayores (Moreno, 2020). Considerando aquello, la derivación de casos resulta necesaria cuando una institución carece de competencia, pero, requiere coordinación y seguimiento para que la distribución administrativa de funciones no se transforme en discontinuidad para la usuaria.

La falta de especialistas permanentes representa otra limitación; pues, aunque existen controles, charlas y apoyo básico, la atención especializada permanece concentrada en Puerto Baquerizo Moreno o fuera de la isla, lo cual exige traslados costosos. Ante esto, el actor institucional reconoce que las políticas públicas se centralizan en la capital cantonal y no siempre brindan respuesta a las zonas rurales. También se visualiza dependencia de convenios, donaciones y lineamientos administrativos que restringen determinados accesos, aunque el GAD afirma conservar una práctica local más inclusiva con jubilados y pensionistas.

Esta situación contrasta con la Constitución de la República del Ecuador, la cual reconoce a los adultos mayores como un grupo de atención prioritaria y dispone atención especializada en los ámbitos público y privado (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008). También destaca las brechas territoriales señaladas por la planificación nacional en cuanto a acceso a salud y servicios sociales, de modo que la residencia insular se torna en un factor que condiciona el ejercicio efectivo de derechos (Secretaría Nacional de Planificación de Ecuador, 2024).

4.2.1.4. Alcance del sistema de protección. El sistema engloba atención domiciliaria, inclusión comunitaria, apoyo emocional, promoción de derechos, transporte, ayudas técnicas y coordinación sanitaria. Su fortaleza reside en la cercanía territorial y adaptación de la modalidad de atención al grado de movilidad de cada individuo. Sin embargo, la cobertura no equivale a integralidad debido a que persisten vacíos en atención especializada, vivienda, seguimiento técnico, participación ciudadana y descentralización de recursos. Aquello guarda concordancia con el enfoque de envejecimiento activo de la LOPAM, que busca reforzar la autonomía, participación social, bienestar y redes de apoyo durante la vejez (Asamblea Nacional, 2019). No obstante, la integralidad exige que las prestaciones sociales se acompañen de atención especializada, protección de derechos y mecanismos efectivos de participación.

La red de protección compensa de forma parcial las desigualdades territoriales por medio de visitas, transporte y coordinación interinstitucional. Su efectividad incrementa cuando existe cooperación entre el GAD, MIES, MSP, municipio, fundaciones y familias, pero disminuye cuando las

competencias se fragmentan o los servicios se concentran fuera de las comunidades. Sehatkarlangrodi et al. (2025) establecen que las políticas de cuidado de adultos mayores precisan de coordinación institucional, financiamiento, apoyo a cuidadores y atención centrada en la persona. Bajo este criterio, el alcance territorial identificado es una fortaleza y la dependencia de convenios, donaciones y servicios centralizados representa una fragilidad para la continuidad del sistema.

4.2.2. Conocimiento y acceso al sistema público de protección

4.2.2.1. Reconocimiento de instituciones y servicios. Las participantes reconocen al GAD parroquial y al MIES como las entidades más visibles dentro de su experiencia de cuidado, lo cual se relaciona con la entrega domiciliaria de pañales, ayudas técnicas, sillas de ruedas y andadores, y del acompañamiento brindado por promotoras sociales. También identifican los centros y actividades comunitarias por la compañía, bailo terapia, juegos, talleres y controles de signos vitales. Siendo así, el conocimiento institucional parte de los servicios que llegan a sus hogares o forman parte de su vida cotidiana.

El reconocimiento de estas prestaciones guarda relación con la función asignada al MIES de complementar el cuidado familiar mediante modalidades domiciliarias, espacios de socialización y servicios dirigidos a personas mayores en condiciones de vulnerabilidad o dependencia (Ministerio de Desarrollo Humano, 2026). Por tanto, aquello indica que la política pública logra mayor visibilidad para las usuarias cuando se concreta en servicios próximos y experiencias directas.

El comentario “sabemos que el GAD y el MIES tienen proyectos” refleja una identificación general de los actores públicos, acompañada por la valoración positiva de la atención domiciliaria (GF-P1-Pág.5). Asimismo, otra participante afirma conocer dónde acudir y resalta la compañía, baño terapia y toma de signos vitales, aunque subraya la ausencia de médicos especialistas permanentes (GF-P2-Pág.6). Esto indica que el reconocimiento abarca fortalezas y limitaciones, ya que las mujeres valoran la cercanía social y cuestionan las deficiencias sanitarias.

Desde el concepto de sistema de cuidado desarrollado en el marco referencial, el acceso efectivo comprende cobertura, apoyo institucional, autonomía, redes comunitarias y asistencia social (Sehatkarlangrodi et al., 2025). De esta forma, el conocimiento expresado por las participantes denota familiaridad con prestaciones específicas, pero no necesariamente con el funcionamiento integral del sistema.

4.2.2.2. Conocimiento de servicios y rutas de atención. Las mujeres identifican visitas, donaciones, actividades recreativas y controles básicos; sin embargo, el conocimiento disminuye cuando se trata de emergencias, atención nocturna, especialistas o derivaciones. Por ejemplo, una participante indicó que “a veces es difícil saber a quién llamar en una emergencia de madrugada”, aunque reconoce la utilidad de las visitas domiciliarias de la promotora social (GF-P3-Pág.6). Otra señaló que reciben avisos sobre donaciones de ayudas técnicas, pero solicita mayor rapidez en la atención urgente (GF-P5-Pág.6).

Esta diferencia adquiere relevancia frente al Reglamento General de la LOPAM, que contempla modalidades de atención, responsabilidades

institucionales y mecanismos de coordinación para la ejecución de los servicios (Moreno, 2020). En este sentido, cuando las usuarias desconocen el canal de respuesta de sus beneficios, la estructura formal del sistema no se traduce de manera completa en una ruta accesible desde su experiencia.

Aquello denota que el sistema es más comprensible en sus prestaciones visibles. Como tal, las usuarias no disponen de manera uniforme de información sobre teléfonos, responsables, horarios, requisitos o entidades competentes. La ruta de acceso depende regularmente del vínculo con promotoras, familiares o dirigentes, lo que torna la orientación personal en un elemento decisivo. Así, el conocimiento se sostiene en relaciones de confianza y experiencias previas, más que en mecanismos institucionales sistemáticos de información.

De la misma manera, la Convención Interamericana reconoce que las personas mayores deben participar en las decisiones relacionadas con su vida y recibir cuidados respetando su autonomía y dignidad (Organización de los Estados Americanos, 2015). En vista de aquello, la disposición de información clara sobre responsables y procedimientos forma parte de las condiciones necesarias para ejercer autonomía frente al sistema de protección.

4.2.2.3. Factores que fortalecen o limitan el conocimiento. Entre los factores que fortalecen el conocimiento se encuentran las visitas domiciliarias, contacto periódico con promotoras, participación en actividades, entrega directa de recursos y comunicación comunitaria. Cuando las instituciones se acercan al domicilio, las mujeres reciben información, conocen a las personas responsables y relacionan cada servicio con una experiencia concreta. Las

integraciones semanales también favorecen el intercambio porque permiten conversar, compartir necesidades y conocer oportunidades de apoyo.

A nivel conceptual, las redes familiares, institucionales y comunitarias facilitan la accesibilidad de información, acompañamiento y servicios, lo cual refuerza la inclusión social de los adultos mayores (Surkalim et al., 2024; Zhou et al., 2025). De este modo, la proximidad de las promotoras cumple una función de cuidado y, a su vez, de mediación informativa.

Por su lado, los factores limitantes engloban movilidad reducida, comunicación tardía, distancia territorial, falta de especialistas y escasa participación en decisiones comunitarias. Algunas mujeres manifiestan que las reuniones se desarrollan sin avisos oportunos, algunos líderes consideran solo a grupos cercanos o que la edad y discapacidad se interpretan como incapacidad para brindar aportes.

Siendo así, estas barreras restringen el acceso a la información y debilitan su presencia en espacios donde priman decisiones, convocatorias y beneficios. La Ley Orgánica de Discapacidades destaca la obligación estatal de eliminar barreras físicas, comunicacionales, actitudinales y sociales que obstaculizan la autonomía y participación (Asamblea Nacional, 2012). Es por ello que la comunicación tardía y prejuicios con la edad o discapacidad se sitúan como barreras de acceso al sistema.

El conocimiento también se ve limitado por la ausencia de veedurías o mecanismos de exigibilidad. Aunque la institución fomenta talleres y actividades, reconoce que estos espacios de vigilancia corresponden al municipio o Consejo Cantonal de Protección de Derechos. Entonces, esta

separación mantiene a las mujeres como usuarias de servicios, sin consolidar su participación como actoras informadas dentro del sistema. El Reglamento General de la LOPAM impulsa la participación activa de las personas mayores en la formulación y evaluación de políticas vinculadas con envejecimiento y cuidado (Moreno, 2020); por lo tanto, la ausencia de espacios de vigilancia expone una participación concentrada en actividades recreativas, y la dimensión de incidencia y control social permanece menos desarrollada.

4.2.2.4. Consecuencias del conocimiento fragmentado. El conocimiento fragmentado da lugar a la dependencia de intermediarios, incertidumbre durante emergencias y acceso desigual a recursos. Aquellos que mantienen contacto habitual con promotoras o participan en actividades conocen mejor las ayudas disponibles, a diferencia de las mujeres con mayores limitaciones de movilidad, que dependen de visitas, familiares o avisos ocasionales. Esto afecta los servicios de respuesta rápida porque saber que una institución existe no garantiza la identificación del canal correcto en el instante necesario.

Ante esto, la LOPAM reconoce el acceso a cuidados adecuados y la protección integral ante condiciones que limitan la autonomía física, psicológica o social (Asamblea Nacional, 2019). Bajo esta perspectiva, la incertidumbre ante una emergencia coexiste como una brecha de accesibilidad, debido a que reduce la capacidad de activar oportunamente los recursos que formalmente integran el sistema.

Así también, la fragmentación influye en la capacidad de reclamar derechos, evaluar el servicio o solicitar derivaciones. Pese a que las participantes valoran la atención, sus demandas se expresan desde

experiencias individuales, como por ejemplo, la necesidad de especialistas, mayor rapidez en urgencias o continuidad de las visitas. Esto denota un conocimiento insuficiente para comprender las rutas, competencias y mecanismos de protección.

Es por ello que su fortalecimiento precisa de comunicación accesible, contactos claros, orientación permanente y mayor participación de las mujeres en espacios comunitarios e institucionales. La Constitución de la República del Ecuador reconoce la participación social de los adultos mayores y exige medidas que favorezcan su autonomía y accesibilidad a servicios (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008). En vista de aquello, el fortalecimiento del conocimiento institucional figura como una acción informativa y una condición para ejercer ciudadanía, exigir derechos y participar en las decisiones de cuidado.

4.2.3. Autocuidado, cuidado familiar y redes comunitarias

4.2.3.1. Autocuidado y autonomía condicionada. Las participantes mantienen autonomía en actividades básicas, tales como, bañarse, alimentarse, vestirse y llevar a cabo tareas personales dentro del hogar. Sin embargo, esta capacidad disminuye cuando deben cargar peso, caminar grandes distancias, subir escaleras o utilizar transporte público. Las aceras rotas, tránsito rápido, escalones elevados de los buses, falta de bancas y terrenos irregulares convierten el desplazamiento en una experiencia de riesgo.

Estas experiencias se interpretan desde la Teoría de la Dependencia Funcional, que diferencia las actividades básicas de la vida diaria de las

actividades instrumentales, entre ellas, utilizar transporte, realizar compras o gestionar medicamentos (Rathnayake et al., 2023). Siendo así, la evidencia recopilada muestra que la independencia se conserva en tareas personales, mientras disminuye en actividades que exigen mayor interacción con un entorno poco accesible.

P2 indicó que puede atenderse sola, a pesar de que ya no se siente segura en la calle durante la noche, al igual que P5, quien dejó de viajar en bus por temor a sufrir caídas. De esta forma, la autonomía se muestra condicionada por la accesibilidad del entorno; pues, las mujeres adaptan sus rutinas, reducen recorridos y recurren a vehículos conocidos, a fin de proteger su seguridad, aunque limitan la participación social.

Aquello es reforzado por el Modelo Social de la Discapacidad, ya que sostiene que las restricciones surgen de barreras provenientes del entorno (Thorneycroft, 2024). A su vez, la Ley Orgánica de Discapacidades obliga a remover obstáculos físicos y sociales que limitan movilidad y participación (Asamblea Nacional, 2012). Por ello, el temor a desplazarse expresa una autonomía condicionada tanto por la capacidad funcional como por las características del territorio.

4.2.3.2. Organización familiar y feminización del cuidado. La organización familiar del cuidado presenta una distribución marcada por el género, pues, las participantes identifican a hijas y nueras como las figuras que asumen con mayor frecuencia la atención cotidiana, en tanto que los hombres aparecen relacionados con la provisión económica o ayudas realizadas después de recibir indicaciones. P3 explicó que sus hijos colaboran, pero debe recordarles sus responsabilidades, aun cuando ella

misma necesita apoyo; P4 señaló que vive sola y se ocupa de sus necesidades porque nadie la ayuda.

En este contexto, Kergoat (2011) explica esta distribución por medio de la división sexual del trabajo, en la que el principio de separación asigna actividades diferenciadas a mujeres y hombres, en tanto que la jerarquización concede mayor valoración al trabajo masculino. De este modo, se asocia al hombre con la provisión económica y a las mujeres con la atención cotidiana, lo cual confirma que el cuidado es atravesado por relaciones sociales de género.

La feminización del cuidado se fundamenta en aprendizajes que atribuyen a las mujeres mayor capacidad para las tareas domésticas, atención de enfermedades y acompañamiento afectivo. Aquello representa una protección fundamental, pero, genera desgaste cuando las cuidadoras combinan empleo, hogar y asistencia a la adulta mayor. El cansancio reportado por P5 demuestra que la solidaridad familiar es concentrada en una mujer cercana. De este modo, las redes femeninas garantizan continuidad, a pesar de que reproducen una distribución desigual de responsabilidades.

Por su parte, Hirata (2023) indica que el trabajo doméstico, reproductivo y de cuidado engloba responsabilidades en las mujeres sin reconocimiento social equivalente, lo cual es contrastado con el principio de corresponsabilidad de la LOPAM, que distribuye la obligación de cuidado entre Estado, familia y sociedad y busca evitar su concentración en las mujeres (Asamblea Nacional, 2019). Por lo tanto, la experiencia de P5 evidencia que la ausencia de una distribución más equilibrada convierte el apoyo familiar en una fuente de protección y sobrecarga.

4.2.3.3. Participación comunitaria y accesibilidad. La participación comunitaria depende de la comunicación, accesibilidad y reconocimiento de las mujeres como personas capaces de brindar aportes, pues, algunas reciben invitaciones y conservan relaciones favorables con sus vecinas; no obstante, otras describen decisiones tomadas por grupos reducidos, avisos tardíos y exclusión. La falta de información se combina con dificultades para asistir a reuniones, ingresar con andador o movilizarse sin acompañamiento.

A nivel teórico, la inclusión social implica posibilidades reales de participar en la vida familiar, comunitaria y social, en tanto que las redes de apoyo fortalecen integración y acceso a recursos (Surkalim et al., 2024; Zhou et al., 2025). Los testimonios muestran que la participación efectiva requiere condiciones materiales y comunicacionales que permitan trasladarse, ingresar y permanecer en los espacios comunitarios.

P3 indicó que una comunicación anticipada y un local accesible podrían favorecer mayor participación, mientras que P1 dio a conocer que llega tarde a las reuniones debido a sus limitaciones de movilidad, por lo que comúnmente encuentra decisiones ya adoptadas. Aquello refiere que la baja intervención comunitaria nace de barreras físicas y organizativas. La familia facilita la salida del hogar, pero, el transporte inadecuado restringe ese apoyo. Aunque la institución menciona rampas, visitas domiciliarias y transporte, las experiencias exponen una accesibilidad incompleta en calles, paradas, buses y espacios comunitarios.

Ante lo expuesto, la Ley Orgánica de Discapacidades protege el derecho a la accesibilidad y exige la eliminación de barreras que restrinjan la inclusión social (Asamblea Nacional, 2012); asimismo, la Constitución de la

República del Ecuador fomenta la participación de las adultas mayores como parte de una vida digna y activa (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008). La diferencia entre las rampas mencionadas institucionalmente y las dificultades cotidianas descritas por las participantes expone que la accesibilidad debe valorarse durante todo el recorrido territorial.

4.2.3.4. Redes comunitarias y bienestar emocional. Las participantes relacionan la tristeza con dolor, pérdida de movilidad, enfermedades, dificultades económicas y temor al futuro. Algunas recurren a la oración o conversaciones con sus hijas, y otras encuentran apoyo en integraciones, juegos, bingos y visitas de trabajadoras sociales o promotoras. Por ejemplo, P3 expresó que la tristeza aumenta cuando se siente inútil, aunque su ánimo mejora al recibir conversación y terapias; P5 relacionó el descenso emocional con la falta de dinero y señaló que las visitas hacen que *“el corazón se siente menos pesadito”* (GF-P5-Pág. 5).

Ante esto, Masoudi et al. (2024) indican que la soledad se relaciona con menores niveles de autocuidado y mayores dificultades en las actividades diarias, mientras que Park y Kang (2023) agregan que las conexiones sociales favorecen la satisfacción vital y el bienestar emocional. Los relatos confirman esta relación al mostrar que la presencia de hijas, promotoras y espacios grupales funciona como soporte frente a la tristeza y la preocupación.

De tal manera, las actividades comunitarias trascienden la recreación porque generan escucha, pertenencia y contacto social. La perspectiva institucional confirma visitas domiciliarias, musicoterapia, bailoterapia, juegos y encuentros contra el aislamiento. El bienestar emocional depende de relaciones que ayuden a expresar preocupaciones y conservar vínculos

significativos; por ende, guarda relación con el enfoque de envejecimiento activo de la LOPAM, el cual promueve autonomía, participación social y bienestar físico y emocional a través del fortalecimiento de redes familiares y comunitarias (Asamblea Nacional, 2019). Siendo así, las actividades recreativas son estrategias de cuidado social que sostienen vínculos y previenen el aislamiento.

4.2.3.5. Vulnerabilidad económica y acceso a la salud. La vulnerabilidad económica es un condicionante de la continuidad de los tratamientos y torna la distancia territorial en una barrera financiera; por ejemplo, varias participantes señalaron que el traslado al continente ocurre una vez al año o cuando existen recursos, además, el dolor se soporta ante la imposibilidad de pagar el pasaje. A esto se suma la escasez de especialistas en San Cristóbal, lo cual obliga a realizar desplazamientos que incrementan gastos para las mujeres y sus familias.

Como se mencionó antes, la vulnerabilidad en la vejez es una condición multidimensional que se relaciona con ingresos, salud, vivienda, redes de apoyo y acceso a servicios; dado este contexto, los determinantes sociales profundizan las desigualdades cuando los apoyos institucionales resultan insuficientes (Dzerounian et al., 2024; Pérez et al., 2022). Como tal, la distancia existente en Galápagos transforma dicha desigualdad en un costo directo para ejercer el derecho a la salud.

A pesar de que P2 dispone de medicación e independencia económica, otras participantes postergan consultas, reducen viajes o enfrentan la disyuntiva entre alimentación y atención médica. La expresión de P5 sobre tener que *“elegir entre comer o viajar al médico”* resume una situación en la

cual dos necesidades básicas compiten por recursos insuficientes (GF-P5-Pág. 4). Siendo así, esta vulnerabilidad se extiende al precio de la medicación y alimentos saludables provenientes del continente.

Dicha situación genera contraste con la Constitución de la República del Ecuador, la cual garantiza atención prioritaria y especializada para los adultos mayores, y con la LOPAM, que reconoce derechos a salud, protección social y cuidados adecuados ante situaciones de dependencia (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008; Asamblea Nacional, 2019). En vista de aquello, se aprecia que la garantía formal pierde efectividad cuando el acceso material depende de la capacidad de pagar transporte, medicación o alimentación.

4.2.3.6. Percepción integral de calidad de vida. La percepción de calidad de vida engloba autonomía, salud, alimentación, compañía, participación y trato digno. Algunas participantes consideran que conservan una buena vida derivada del apoyo de sus hijos, visitas y actividades que evitan el abandono; y, por otro lado, otras participantes valoran su capacidad de desenvolverse solas como motivo de orgullo. López et al. (2024) indican que la calidad de vida es la integración de bienestar físico, emocional, relaciones sociales y satisfacción vital. Por ello, la valoración positiva de la vida puede coexistir con necesidades materiales no satisfechas porque el bienestar se construye con dimensiones personales, sociales y territoriales.

Sumado a esto, P5 afirmó que una buena vida consiste en atenderse cuando existe dolor, comer bien y ser tratada con dignidad; siendo así, su testimonio integra los principales hallazgos porque muestra que el bienestar depende de condiciones materiales y relaciones sociales. De este modo, es importante señalar que la calidad de vida se ve fortalecida cuando la

autonomía recibe respaldo familiar, comunitario e institucional, a la vez que disminuye cuando la discapacidad se combina con pobreza, aislamiento, barreras territoriales y sobrecarga femenina.

Bajo esta línea, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores reconoce el derecho a recibir cuidados con respeto a la dignidad, autonomía, privacidad y participación en las decisiones personales (Organización de los Estados Americanos, 2015). Siguiendo esta perspectiva, la calidad de vida expresada por las participantes funciona también como un indicador del cumplimiento efectivo de derechos, debido a que revela si las condiciones de cuidado permiten vivir con autonomía, acompañamiento y acceso oportuno a servicios.

5. CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

5.1.1. Fragmentación institucional y estrategias de proximidad territorial en el sistema de cuidado público

La atención institucional de cuidado se sostiene de estrategias de proximidad territorial mediante visitas domiciliarias o en la entrega directa de ayudas técnicas que trabajan como mecanismos paliativos frente a la dispersión geográfica y las limitaciones de movilidad del territorio al trasladar los recursos estatales hasta los hogares de las usuarias, esta intervención invierte la lógica tradicional de atención y se convierte en un recurso indispensable para reducir el riesgo de exclusión total de las adultas mayores con discapacidad.

Sin embargo, las barreras sociopolíticas y organizacionales muestran una fragmentación importante de competencias institucionales y una centralización de los servicios de salud, dos factores que dificultan la integralidad del sistema. La dependencia de derivaciones que no siempre llegan a concretarse sumada a la escasez de especialistas médicos permanentes deja vacíos que ninguna institución cubre por sí sola. La sola presencia de múltiples actores públicos y convenios no garantiza entonces, una ruta continua de atención y esto termina vulnerando el derecho a una salud integral y oportuna.

5.1.2. Conocimiento fragmentado del sistema de protección y limitada agencia ciudadana

Las experiencias relatadas por las usuarias revelan un reconocimiento fragmentado del sistema de cuidado sobre todo en las prestaciones tangibles y en la asistencia cotidiana. Por el contrario, desconocen las rutas formales institucionales y los canales de respuesta ante emergencias. La desconexión de comunicación profundiza la dependencia de promotores sociales y otras figuras intermediarias lo que limita la posibilidad de que las mujeres activen por cuenta propia los recursos del Estado cuando más los necesitan.

A esto se suma la falta de mecanismos específicos de veeduría ciudadana condena a las usuarias a un papel pasivo de receptoras de ayuda social y limita su agencia política y su capacidad de exigir derechos. Las barreras informativas, empeoradas por la exclusión que enfrentan por su edad y su discapacidad les dificultan participar en la toma de decisiones comunitarias. Es evidente asegurar el acceso no se limita a entregar recursos materiales, sino que implica además construir una autonomía informada y participativa.

5.1.3. El cuidado como experiencia condicionada por el territorio y el género

El análisis muestra que la autonomía de las adultas mayores con discapacidad es relacional y que depende en buena medida de un entorno territorial que suele resultarles hostil. Las barreras arquitectónicas y las deficiencias del transporte convierten cada desplazamiento en una experiencia de alto riesgo; siguiendo el modelo social de la discapacidad esto empuja a las mujeres hacia estrategias de aislamiento preventivo reduciendo su participación social a los espacios donde ya existen garantías de accesibilidad y acompañamiento.

En cuanto al soporte cotidiano, se observa una fuerte feminización de las redes de apoyo familiar coherente con la división sexual del trabajo que describe Kergoat: son las hijas y nueras quienes asumen de forma desproporcionada y bajo una lógica de separación y jerarquización de roles la mayor parte de esta labor. Si bien ese apoyo resulta indispensable frente a la soledad perpetúa roles de género que les generan una sobrecarga reproductiva importante y ponen en evidencia la falta de una corresponsabilidad real por parte del Estado.

Por último, la vulnerabilidad económica se entrelaza con la condición de salud y con las dificultades propias de la movilidad insular al punto de obligar a algunas mujeres a elegir entre cubrir sus necesidades básicas o costear una atención médica especializada. Estas tensiones inciden directamente en su calidad de vida y en su dignidad necesario repensar las políticas sociales para que atiendan a la vez, las brechas de género, las barreras territoriales y la sostenibilidad económica de las mujeres en situación de discapacidad.

5.2. Recomendaciones

5.2.1. Sistema de cuidado público

Se recomienda diseñar e implementar rutas institucionales integrales y descentralizadas que permitan superar la fragmentación de competencias para certificar un acceso apropiado a especialistas médicos y vías de respuesta transparentes ante situaciones de emergencia.

Además, es conveniente promover espacios de veedurías y control social que sean dirigidos por las propias adultas mayores con discapacidad

de manera que superen el modelo de asistencia pasiva en las actividades comunitarias y logren influir directamente en las políticas públicas de cuidado que afectan su calidad de vida.

5.2.2. Accesibilidad y autonomía

Es importante transformar el espacio público adaptando los medios de transporte, la reparación de aceras y la suprimiendo las barreras arquitectónicas. Para que las condiciones materiales del entorno no limite la independencia funcional de las mujeres, es importante contar con un ambiente accesible que reduzca el miedo a tener accidentes y el aislamiento preventivo.

5.2.3. Redes de apoyo comunitario

Mantener espacios permanentes de terapia, acompañamiento y actividades integrativas que contribuyan a reducir el aislamiento emocional derivado de las limitaciones funcionales y de los estigmas asociados a la discapacidad. Además de fomentar relatos que empoderen y fortalezcan las redes de apoyo comunitario y el sentido de pertenencia validen la dignidad de sus experiencias de vida.

Sostener y ampliar la entrega domiciliaria de ayudas técnicas sillas de ruedas, andadores, pañales como una forma directa de dar continuidad a las estrategias de proximidad ya implementadas, asegurando que estos recursos compensen las limitaciones funcionales y sostengan la calidad de vida en las actividades instrumentales del día a día.

BIBLIOGRAFÍA

- Abedi, M., Soleymani, M, Talebi, S., & Motaghi, Z. (2025). Reproductive health programs in women with physical disabilities. *PLOS ONE* 20(11), e0336878. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0336878>
- Arroyo, M. C., Montes de Oca, V., & Garay, S. (2020). Entre el deber y el querer: El proceso y las motivaciones del cuidado femenino en la vejez. *Revista Latinoamericana de Población*, 15(28), 30-62. <https://doi.org/10.31406/relap2020.v15.i1.n28.1>
- Asamblea Nacional. (2012). Ley Orgánica de Discapacidades. https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/ley_organica_discapacidades.pdf
- Asamblea Nacional. (29 de Abril de 2019). *Ley orgánica de las personas adultas mayores*. https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2019-06/Documento_%20LEY%20ORGANICA%20DE%20LAS%20PERSONAS%20ADULTAS%20MAYORES.pdf
- Asamblea Nacional del Ecuador. (20 de Octubre de 2008). *Constitución de la República del Ecuador*. https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf
- Bao, C., Liu, H., & Marohabutr, T. (2026). Factors of caregiver support under integrated care for older adults in rural areas. *Front. Public Health*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2026.1801277>

Cárcamo Vásquez, H. (2005). Hermenéutica y análisis cualitativo. Cinta de Moebio, (23), 204-216. <https://www.redalyc.org/pdf/101/10102306.pdf>

Celi, P. (2016). *La corresponsabilidad entre el Estado ecuatoriano y las familias en el cuidado de los adultos mayores: un análisis en la ciudad de Quito*. <https://repositorio.usfq.edu.ec/jspui/bitstream/23000/6269/1/128680.pdf>

Centro Gerontológico Municipal. (2022, 16 de mayo). Gob.ec. <https://dase.gob.ec/project/centro-gerontologico/>

Comisión Oceanográfica Intergubernamental de la UNESCO. (2025). *People at risk profile: Galápagos, Ecuador*. UNESCO. https://tsunami.ioc.unesco.org/sites/default/files/medias/fichiers/2025/01/EC_GAL_people_at_risk_PBM.pdf

Congreso de Colombia. (27 de Noviembre de 2008). *Ley 1251*. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=33964>

Congreso de la República de Colombia. (28 de Junio de 2023). *Ley 2297*. <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=143777>

Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional. (9 de Marzo de 2022). *Agenda Nacional para la Igualdad Intergeneracional 2021-2025*. https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2022/04/ANII_2021-2025-signed.pdf

- Dzerounian, J., Mahal, G., AlShenaiber, L., Angeles, R., Marzanek, F., Pirrie, M., & Agarwal, G. (2024). Older adults in social housing: A systemically vulnerable population that needs to be prioritized. *Health affairs scholar*, 2(12). <https://doi.org/10.1093/haschl/qxae154>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación (6.^a ed.). McGraw-Hill.
- Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Santa Elena (GADMSE). (2024). *Informe de rendición de cuentas 2023*. <http://www.gadse.gob.ec/gadse/wp-content/uploads/2024/05/informe-de-rendici%C3%B3n-de-cuentas.pdf>
- Guamán, L., & Mera, V. (2024). Cuidados integrales en el adulto con discapacidad motora. *Anatomía Digital*, 7(2), 190-208. <https://doi.org/10.33262/anatomiadigital.v7i2.2.3025>
- Hirata, H. (2023). Género, patriarcado y clase. *Revista latinoamericana de antropología del trabajo*, (15). <https://ojs.ceil-conicet.gov.ar/index.php/lat/article/view/1173/1007>
- INEC. (2024). *En el Ecuador 7 de cada 100 personas tienen dificultad funcional para hacer alguna actividad cotidiana*. <https://www.censoecuador.gob.ec/en-el-ecuador-7-de-cada-100-personas-tienen-dificultad-funcional-para-hacer-alguna-actividad-cotidiana/>
- INEC. (2026). *Estadística de discapacidad*. <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/>

- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (14 de Noviembre de 2016). *Ley de los derechos de las personas adultas mayores*.
<https://www.gob.mx/inapam/documentos/ley-de-los-derechos-de-las-personas-adultas-mayores>
- Jefatura de España. (15 de Diciembre de 2006). *Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*.
<https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>
- Kergoat, D. (2011). Comprendre les rapports sociaux. *Raison Présente*, 2, 11-21.
https://www.persee.fr/doc/raipr_0033-9075_2011_num_178_1_4300
- Kim, J., & Lee, S. (2025). Evaluation of Activities of Daily Living: Current Insights and Future Horizons. *Annals of geriatric medicine and research*, 29(2), 143–158. <https://doi.org/10.4235/agmr.24.0172>
- López, J., Perez, G., Noriega, C., Sánchez, A., Sitges, E., & Bonete, B. (2024). Quality-of-life in older adults: its association with emotional distress and psychological wellbeing. *BMC geriatrics*, 24(1), 815.
<https://doi.org/10.1186/s12877-024-05401-7>
- Marfetán, V. (2026). *El derecho a la protección integral de las personas adultas mayores en situación de abandono familiar en el cantón Tisaleo, provincia de Tungurahua, a partir de la vigencia de la Constitución de 2008*.
<https://repositorio.uasb.edu.ec/server/api/core/bitstreams/30220ac8-df1e-48f5-8c6b-ff321acb6bc6/content>

Masoudi, N., Sarbazi, E., Soleimanpour, H., Abbasian, M., Ghasemi, M., Rostami, Z., Azizi, H., & Soleimanpour, M. (2024). Loneliness and its correlation with self-care and activities of daily living among older adults: a partial least squares model. *BMC geriatrics*, 24(1), 621. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05215-7>

MIMG-GE. (2025, 15 de enero). *Más de 1.400 adultos mayores reciben terapias ocupacionales y talleres en DASE EP*. Alcaldía de Guayaquil. <https://guayaquil.gob.ec/adultos-mayores-reciben-terapias-ocupacionales-talleres-dase-ep/>

Ministerio de Desarrollo Humano. (2026). *Trámites y Servicios Institucionales*. <https://www.gob.ec/mies>

Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile. (2 de Febrero de 2026). *Ley 21805 Reconoce el derecho al cuidado y crea el sistema nacional de apoyos y cuidados*. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1221443>

Ministerio de Planificación de Chile. (3 de Febrero de 2010). *Ley 20422 Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad*. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1010903>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (8 de Octubre de 2025). *ABECÉ. Política pública nacional de envejecimiento y vejez 2022-2031*. <https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/laura-reyes.pdf>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España. (3 de Diciembre de 2013). *Real Decreto Legislativo 1/2013*.

<https://www.boe.es/buscar/pdf/2013/BOE-A-2013-12632-consolidado.pdf>

Moreno, L. (8 de Julio de 2020). *Reglamento general a la ley orgánica de las personas adultas mayores*. https://www.regulacionagua.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2020/12/reglamento_lopam0382842001601663401.pdf

Muñoz, E. M., & Muñoz, M. S. (2024). Percepción del edadismo y la fragilidad en población mayor. *Conocimiento Enfermero*, 7(24), 7-29. <https://conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/290/172>

Naciones Unidas. (16 de Diciembre de 1991). *Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad*. <https://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/PI119BIS.pdf>

Naciones Unidas. (8 de Abril de 2002). *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. <https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/MIPAA/political-declaration-sp.pdf>

Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/convencion_derechos_discapacidad.pdf

Naciones Unidas. (16 de Diciembre de 2010). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*.

https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2012/8335.pdf?utm_source

Naciones Unidas. (2024). *La Agenda para el Desarrollo Sostenible*.
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/#:~:text=En%202015%2C%20todos%20los%20,s%20en%2015%20a%C3%B1os>.

Naciones Unidas. (2026). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*.
https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women?utm_source

Núñez, I., Cornejo, R., & Vargas, S. (2025). El cuidado en el trabajo docente. *Athenea Digital*, 25(2). <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.3466>

ONU Mujeres. (2025). *El enfoque de género en los cuidados comunitarios. Análisis del potencial transformador de iniciativas comunitarias de cuidado en América Latina*. <https://lac.unwomen.org/es/digital-library/publications/2025/07/el-enfoque-de-genero-en-los-cuidados-comunitarios-analisis-del-potencial-transformador-de-iniciativas-comunitarias-de-cuidado-lac>

Organización de los Estados Americanos. (15 de Junio de 2015). *Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores*.
https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (2026). *Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030*. <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
- Palermo, H., & Casas, V. (2023). Prácticas y representaciones sobre lo femenino y lo masculino, y su contribución en procesos de precarización laboral. *Desacatos*, 72, 154-167. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9090751.pdf>
- Panta, R. N. J., & Chávez, S. A. R. (2024). Intervención del Trabajador Social y servicios sociales de personas con discapacidad. *Revista social frontera*, 4(5), e45484-e45484. <https://www.revistasocialfrontera.com/ojs/index.php/rev/article/view/484/899>
- Park, J., & Kang, S. (2023). Social Interaction and Life Satisfaction among Older Adults by Age Group. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 11(22). <https://doi.org/10.3390/healthcare11222951>
- Perez, F., Perez, C., & Chumbiauca, M. (2022). Insights into the Social Determinants of Health in Older Adults. *Journal of biomedical science and engineering*, 15(11), 261–268. <https://doi.org/10.4236/jbise.2022.1511023>
- Rade, B. K., Tamiru, A. T., Aynalem, G. L., Taye, E. B., Melkie, M., Abera, A., Cherkos, E. A., & Asaye, M. M. (2023). Prevalence and factors associated with sexual and reproductive health services use among reproductive age women with disabilities. *BMC women's health*, 23(1), 215. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02373-5>

- Rathnayake, N., Karunadasa, R., Abeygunasekara, T., De Zoysa, W., Palangasinghe, D., & Lekamwasam, S. (2023). Katz index of activities of daily living in assessing functional status of older people: Reliability and validity of Sinhala version. *Dialogues in health*, 2, 100134. <https://doi.org/10.1016/j.dialog.2023.100134>
- Red España. (2026). 17 *Objetivos de Desarrollo para transformar el mundo*. <https://www.pactomundial.org/que-puedes-hacer-tu/ods/>
- Reid, J., Johannes, C., Wareley, S., Ngadhi, C. M., Nginase, A., & Roman, N. V. (2025). A Conceptual Model for Strengthening Family Capabilities Through a Process of Care. *International journal of environmental research and public health*, 22(7), 1150. <https://doi.org/10.3390/ijerph22071150>
- Revelo, J., Cruz, P., & Velásquez, M. (2026). *Envejecimiento en el DMQ: dinámicas de cuidado en contextos urbanos*. https://investigaciones.quito.gob.ec/wp-content/uploads/2026/02/Envejecimiento-en-el-DMQ_dinamicas-de-cuidado-en-contextos-urbanos.pdf
- Rodríguez-Madrid, M. N., Del Río-Lozano, M., Fernández-Peña, R., Elizalde-Sagardía, B., & García-Calvente, M. M. (2021). Redes personales de apoyo y cuidado informal: ¿diferencias por sexo y territorio? (Estudio CUIDAR-SE II). *Gaceta Sanitaria*, 35(6), 515-524. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.011>

Roguero, J. (2010). Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: Una valoración compleja y necesaria. *Index de Enfermería*, 19(4), 252-255.

Rosales, S. (2020, 7 de febrero). *Prefectura de Santa Elena y MIES firmaron “Acuerdo por la Inclusión”*. Gob.ec.
<https://www.santaelena.gob.ec/index.php/noticias-boletines-varias/1179-prefectura-de-santa-elena-y-mies-firmaron-acuerdo-por-la-inclusion>

Sadeghi, H., Mohammadi, F., Hosseini, M., Fallahi, M., & Ghaedamini, G. (2024). Factors associated with self-management in older adults with multiple chronic conditions. *Frontiers in public health*, 12, 1412832.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1412832>

Sánchez Martínez, L. (2016). *Malos tratos a las personas mayores: percepción, conocimientos y barreras para la detección*.
<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/375903/TLSM.pdf?sequence=1>

Secretaría Nacional de Planificación de Ecuador. (2024). *Plan de Desarrollo para el Nuevo Ecuador 2024-2025*.
<https://planificacion.presidencia.gob.ec/plan-de-desarrollo-para-el-nuevo-ecuador-2024-2025/>

Secretaría Técnica Planifica Ecuador. (Agosto de 2019). *Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial (PDOT)*.
<https://planificacion.presidencia.gob.ec/wp->

content/uploads/downloads/2019/08/Folletos-autoridades-provinciales.pdf

Sehatkarlangrodi, S., Zargoush, M., & Longo, C. (2025). Shaping older adults' care policy: a scoping review of key determinants in post-acute and community reintegration transitions. *BMC Health Serv Res*, 25, 1236. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13433-x>

Surkalim, D. L., Clare, P. J., Eres, R., Gebel, K., Bauman, A. E., & Ding, D. (2024). Exercise to socialize? Bidirectional relationships between physical activity and loneliness in middle-aged and older American adults. *American journal of epidemiology*, 193(7), 996–1001. <https://doi.org/10.1093/aje/kwae001>

Thorneycroft, R. (2024). Destrozando el modelo social de la discapacidad. *SJDR*, 26(1), 286-299. <https://doi.org/10.16993/sjdr.1130>

Villarreal, M., Gallegos, J., Ortiz, M., & Rodríguez, B. (2025). Efectos de la actividad física en adultos mayores: revisión sistemática de la literatura en español. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 9(5), 233-249. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i5.19663

Zhou, J., Yang, Y., Li, S., Mao, N., Chen, X., Wang, D., Zhang, Y., Shi, X., Li, J., Gao, X., Tao, S., Pu, X., Lu, J., & Hu, X. (2025). Patterns of social participation among older adults and their association with self-rated health: the mediating role of activities of daily living. *Aging clinical and experimental research*, 37(1), 221. <https://doi.org/10.1007/s40520-025-03131-3>

ANEXOS

ANEXO A. MATRIZ DE CATEGORIAS

Matriz de categorías

Concepto	Origen Conceptual	Objetivo y Base Teórica	Mujeres Adultas Mayores	Evidencia
1. Inclusión Social	Definido a través de Surkalim et al. (2024) y Zhou et al. (2023) como la posibilidad real de participar en la vida comunitaria y contar con redes de apoyo protectoras ante el aislamiento.	Obj. 3. Modelo Social de la Discapacidad	¿Sienten que en su barrio o comunidad las cosas se hacen cuando hay decisiones importantes? ¿Qué acciones facilitan o dificultan su participación social en la familia, el barrio o la comunidad? ¿Con qué frecuencia salen a visitar amigos o a conversar con los vecinos? ¿Cuándo hay festividades o reuniones en la comunidad, ¿tienen las facilidades para asistir y participar? ¿Cuándo están conversando se apoyan o se ayudan en las actividades? ¿Siente que la gente que la rodea la acompaña y la toma en cuenta?	¿Qué estrategias de integración comunitaria facilita el OAD para evitar el aislamiento de las adultas mayores con discapacidad? ¿Cómo fortalecen las redes de apoyo vecinal para que la inclusión no dependa solo de la familia? ¿Existen veedurías ciudadanas donde estas mujeres participen activamente?
2. Salud Mental	Definido por Rute et al. (2023) y Abell et al. (2025) como el bienestar emocional, autonomía y la capacidad de tomar decisiones sobre el propio cuerpo (salud sexual y reproductiva).	Obj. 3. Teoría de los Sistemas de Cuidado.	Hablando con confianza, ¿cómo se sienten de ánimo la mayor parte de la semana? ¿Se sienten tristes o preocupadas a menudo? ¿Cuándo tienen un problema o se sienten solas, con quién se desahogan? En los temas de su propio cuerpo y su salud, ¿sienten que los doctores y su familia respetan su intimidad y sus decisiones?	¿Qué servicios de apoyo psicológico y psiquiátrico continúan existiendo en la red de salud pública de este territorio para esta población? ¿Cómo se aborda la salud sexual y reproductiva, y el derecho a decidir sobre su cuerpo, en mujeres mayores con dependencia severa? ¿Existen protocolos para prevenir la depresión derivada del aislamiento? ¿Qué acciones han emprendido para recibir atención adecuada en salud sexual, reproductiva y qué cambios cree que serán necesarios para mejorar ese acceso? ¿Pueden contar con qué servicios o medidas políticas consideren prioritarias para mejorar la salud y el bienestar de las mujeres mayores en su comunidad?
3. Sistema de Cuidado	Sustentado en Sahakian et al. (2023) y Bao et al. (2024), comprende políticas, servicios, familias y comunidades que responden a las necesidades de apoyo en contextos urbanos y rurales.	Obj. 1 y 2. Teoría de los Sistemas de Cuidado (Teoría y Fisher)	¿Saben exactamente a dónde ir o a quién llamar si necesitan terapias, pastillas, medicinas o ayuda urgente? En la casa, ¿quién es la persona que más les ayuda con la comida, el aseo o el levantarse de la cama? ¿Qué es lo que más les gusta de los centros gerontológicos y qué es lo que creen que no funcionan bien?	¿Cuál es el presupuesto real y la cobertura de los programas de atención domiciliar en comparación con la demanda territorial? ¿De qué manera articulan las acciones entre el MES, el MSP y su institución para no duplicar esfuerzos ni dejar vacíos asistenciales? ¿Qué protocolos de seguimiento aplican cuando una mujer sale de un programa institucional? ¿Cuáles son las prácticas que mejoran la salud física y emocional de esta mujer cuando ingresa a su institución? ¿Desde las actividades que facilitan o dificultan el autocuidado de las mujeres que asisten a su institución?
4. Discapacidad	Basado en Guzmán & Mora (2024) y Sadeghi et al. (2024), abordado desde un enfoque social y de derechos que evalúa la resistencia y los barreros de accesibilidad física y socioeconómica.	Obj. 3. Modelo Social de la Discapacidad (Oliver)	¿Cuándo intentan salir a la calle o usar el transporte, ¿cuáles son las mayores trabas o peligros que encuentran? ¿Sienten que los centros de salud, las vendajes y los paquitos están pensados para que ustedes puedan moverse tranquilos? A pesar de las dificultades físicas, ¿de qué manera han logrado adaptarse para seguir asistiendo en su día a día?	¿Qué acciones alternativas y sanciones aplica la institución para eliminar las barreras arquitectónicas en espacios públicos y centros de salud? ¿Cómo evalúan si los servicios públicos son verdaderamente accesibles para quienes tienen limitaciones de movilidad severa? ¿Tienen un registro actualizado de las tipologías de discapacidad predominantes en su jurisdicción?
5. Género	Aprobado en Naciones Unidas (2010), detalla cómo la asignación cultural de roles y responsabilidades de cuidado genera desigualdades acumuladas en las trayectorias de las adultas mayores.	Obj. 3. Teoría de la División Sexual del Trabajo (Kerguel)	¿Por qué creen que casi siempre somos nosotras las mujeres (hijas, nietas) las que tenemos cuidado a los enfermos en la familia? ¿Qué pasa con los hombres de su familia? ¿Ayudan de la misma manera que las mujeres? ¿Sienten que las mujeres que las cuidan andan muy cansadas o han tenido que sacrificar su propio trabajo por cuidarlas?	¿De qué manera las políticas locales reconocen y aumentan el trabajo de cuidado no remunerado que recae casi exclusivamente sobre las mujeres? ¿Existen programas de relevo, guarderías de día o estancias económicas pensados específicamente para dar un "respiro" a las cuidadoras familiares? ¿Cómo fomentan la corresponsabilidad de género en los cuidados?
6. Vulnerabilidad	Definido por Domercq et al. (2024) y Pérez et al. (2022) como una condición multidimensional interactuante (edad, género, salud, violencia) directamente ligada a los determinantes sociales de la salud.	Obj. 1 y 2. Teoría de los Sistemas de Cuidado.	¿Sienten que los ingresos que tienen (ya sea por bono o ayuda de la familia) alcanzan para cubrir sus medicinas, alimentos y tratamientos? ¿Su casa es un lugar seguro para ustedes? ¿Tienen baño adaptado o les cuesta mucho moverse adentro? ¿Han tenido que suspender algún tratamiento porque no había plata para el pago o para la consulta médica? ¿Cuáles son los obstáculos de negligencia médica, falta de recursos, han sufrido directamente su salud física? ¿Pueden contar con qué dispositivos o servicios de telemedicina o teleatención han alcanzado su condición física?	En territorios complejos (como Gallineros o comunas de Santa Elena), ¿cómo garantizan el servicio cuando la geografía y los costos encarecen la atención? ¿Cómo identifican e intervienen en casos de mujeres con discapacidad que viven en condiciones de hacinamiento o riesgo institucional extremo? ¿Qué peso tiene el indicador de pobreza multidimensional al asignar los recursos de cuidado? ¿Cuáles son las situaciones de negligencia médica que hayan sufrido directamente la salud física de mujeres y hayan llegado a su institución?
7. Envejecimiento	Sustentado en Kim & Lee (2023) y Masouli et al. (2024) como un proceso dinámico y heterogéneo que depende fuertemente de la preservación de la independencia y las Actividades de la Vida Diaria.	Obj. 3. Teoría de la Dependencia Funcional (Jafar y Lawton)	De todas las cosas que hay que hacer en el día, ¿qué es lo que les sigue haciendo completamente difíciles (vestirse, comer, pensar)? ¿Qué actividades son las que ya se las hacen muy difíciles y necesitan obligatoriamente que alguien les dé la mano? ¿Cómo se sienten cuando logran hacer algo por ustedes mismas sin pedir ayuda?	¿Cuántas con programas preventivos orientados a retrasar la dependencia funcional y promover la autonomía en la vejez? ¿Cuándo evalúan si una adulta mayor, utilizan escalas estandarizadas (como Katz y Lawton) para medir su nivel real de dependencia en las actividades de la vida diaria? ¿Cómo se personalizan los cuidados según el grado de dependencia?
8. Bienestar	Basado en López et al. (2024) y Park et al. (2023), integra dimensiones físicas, psicológicas y sociales, desde la satisfacción vital y las conexiones comunitarias superan la simple ausencia de enfermedad.	Obj. 3. Teoría de la Dependencia Funcional.	Si hoy tuvieran que pensar en su vida actual, ¿qué es lo que les da más tranquilidad y satisfacción? ¿Sienten que el cariño y el respeto que reciben de su familia y amigos las hacen sentir plenas? ¿Hay algo que les quita el sueño o que no las deja estar en paz emocionalmente? ¿Cómo se sienten al estar al hogar? ¿Cuentan con lo necesario para satisfacer sus necesidades?	¿Más allá de entregar pastillas o ayudas técnicas, ¿qué metodologías usan para medir si la intervención social genera un impacto real en el bienestar emocional y la satisfacción vital? ¿Qué no juegan las actividades socioculturales y de pertenencia dentro de su modelo de atención integral?
9. Calidad de Vida	Aprobado en los postulados de López et al. (2024) como la percepción de la salud percibida, autonomía, participación social y sentido de pertenencia en entornos inclusivos.	Obj. 2 y 3. Modelo Social de la Discapacidad	En términos generales, ¿a pesar de los dolores o los achaques, ¿consideran que tienen una buena vida? ¿Qué es lo que más les hace falta en este momento para sentir que su calidad de vida es de primera? ¿Sienten que el trato que reciben en su casa y en los hospitales respeta su dignidad como personas mayores? ¿Cómo ha afectado su discapacidad en actividades de cuidado?	¿Qué indicadores objetivos utilizan su dirección para asegurar que las políticas públicas eleven la calidad de vida y no se queden solo en estadísticas? ¿Tienen identificadas la relación directa entre el déficit de servicios en zonas rurales y la caída de la calidad de vida de las beneficiarias?
10. Estilo de vida / Salud y estado	Basado en Vilamari et al. (2023), replica cómo prácticas cotidianas como la actividad física preventiva, alimentación y recreación promueven la funcionalidad de las adultas mayores.	Obj. 3. Teoría de la Dependencia Funcional.	¿Tienen oportunidad de salir a tomar aire, estar las plenas o hacer algún ejercicio suave que el doctor les haya recomendado? ¿Cómo es su alimentación diaria? ¿Tienen acceso a comida nutritiva o a dietas especiales si las necesitan? Para distraerse, ¿qué actividades recreativas pueden hacer que les llenen de energía y no las aburran en casa?	¿Existen iniciativas desde la municipalidad para generar espacios deportivos, de gerontofitoterapia o recreativos 100% accesibles para dependencia física? ¿Qué programas de seguridad alimentaria tienen dirigidos a adultas mayores de bajos recursos que necesitan dietas clínicas específicas? ¿Cómo aseguran que el modelo de atención médica trascienda de lo curativo hacia la promoción de estilos de vida saludables?

ANEXO B. GUIA ENTREVISTA INDIVIDUAL

Entrevista individual a actores institucionales sobre el cuidado para mujeres adultas mayores con discapacidad

Guía de entrevista

OBJETIVO: Conocer la experiencia obtenida en el “Programa de Protección Especial de Acogimiento institucional”.

1. Análisis integral de la atención a mujeres adultas mayores con discapacidad

1.1. Inclusión Social y Participación Comunitaria

- 1.1.1.** ¿Qué estrategias de integración comunitaria financia el GAD para evitar el aislamiento de las adultas mayores con discapacidad?
- 1.1.2.** ¿Cómo fortalecen las redes de apoyo vecinal para que la inclusión no dependa solo de la familia?
- 1.1.3.** ¿Existen veedurías ciudadanas donde estas mujeres participen activamente?

1.2. Salud Mental y Derechos Reproductivos

- 1.2.1.** ¿Qué servicios de apoyo psicológico y psiquiátrico continuo existen en la red de salud pública de este territorio para esta población?
- 1.2.2.** ¿Cómo se aborda la salud sexual y reproductiva, y el derecho a decidir sobre su cuerpo, en mujeres mayores con dependencia severa?
- 1.2.3.** ¿Existen protocolos para prevenir la depresión derivada del aislamiento?

1.2.4. ¿Qué barreras ha encontrado para recibir atención adecuada en salud sexual y reproductiva, y qué cambios cree que serían necesarios para mejorar ese acceso?

1.2.5. Podría contarme, ¿qué políticas o medidas públicas considera prioritarias para mejorar la salud y el bienestar de las mujeres mayores en su comunidad?

1.3. Articulación del Sistema de Cuidado

1.3.1. ¿Cuál es el presupuesto real y la cobertura de los programas de atención domiciliaria en comparación con la demanda territorial?

1.3.2. ¿De qué manera articulan las acciones entre el MIES, el MSP y su institución para no duplicar esfuerzos ni dejar vacíos asistenciales?

1.3.3. ¿Qué protocolos de seguimiento aplican cuando una mujer sale de un programa institucional?

1.3.4. ¿Cuáles son las prácticas que usted realiza en beneficio para cuidar la salud física y emocional de una mujer cuando ingresa a su institución?

1.3.5. ¿Desde su perspectiva, qué factores facilitan u obstaculizan el autocuidado de las mujeres que asisten a su institución?

1.4. Accesibilidad y Discapacidad

1.4.1. ¿Qué acciones afirmativas y sanciones aplica la institución para eliminar las barreras arquitectónicas en espacios públicos y centros de salud?

1.4.2. ¿Cómo evalúan si los servicios públicos son verdaderamente accesibles para quienes tienen limitaciones de movilidad severa?

1.4.3. ¿Tienen un registro actualizado de las tipologías de discapacidad predominantes en su jurisdicción?

1.5. Perspectiva de Género en los Cuidados

1.5.1. ¿De qué manera las políticas locales reconocen y asumen el trabajo de cuidado no remunerado que recae casi exclusivamente sobre las mujeres?

1.5.2. ¿Existen programas de relevo, guarderías de día o estipendios económicos pensados específicamente para darle un "respiro" a las cuidadoras familiares?

1.5.3. ¿Cómo fomentan la corresponsabilidad de género en los cuidados?

1.6. Intervención ante la Vulnerabilidad Social

1.6.1. En territorios complejos (como Galápagos o comunas de Santa Elena), ¿cómo garantizan el servicio cuando la geografía y los costos encarecen la atención?

1.6.2. ¿Cómo identifican e intervienen en casos de mujeres con discapacidad que viven en condiciones de hacinamiento o riesgo habitacional extremo?

1.6.3. ¿Qué peso tiene el indicador de pobreza multidimensional al asignar los recursos de cuidado?

1.6.4. ¿Conoce situaciones de negligencia médica que hayan dañado directamente la salud física de mujeres y hayan llegado a su institución?

1.7. Envejecimiento y Dependencia Funcional

- 1.7.1.** ¿Cuentan con programas preventivos orientados a retrasar la dependencia funcional y promover la autonomía en la vejez?
- 1.7.2.** Cuando evalúan a una adulta mayor, ¿utilizan escalas estandarizadas (como Katz o Lawton) para medir su nivel real de dependencia en las actividades de la vida diaria?
- 1.7.3.** ¿Cómo se personalizan los cuidados según el grado de dependencia?

1.8. Bienestar Integral y Satisfacción Vital

- 1.8.1.** Más allá de entregar pañales o ayudas técnicas, ¿qué metodologías usan para medir si la intervención social genera un impacto real en el bienestar emocional y la satisfacción vital?
- 1.8.2.** ¿Qué rol juegan las actividades socioculturales y de pertenencia dentro de su modelo de atención integral?

1.9. Indicadores de Calidad de Vida

- 1.9.1.** ¿Qué indicadores objetivos utiliza su dirección para asegurar que las políticas públicas elevan la calidad de vida y no se quedan solo en asistencialismo?
- 1.9.2.** ¿Tienen identificada la relación directa entre el déficit de servicios en zonas rurales y la caída de la calidad de vida de las beneficiarias?

1.10. Promoción de Estilos de Vida Saludables

- 1.10.1.** ¿Existen iniciativas desde la municipalidad para generar espacios deportivos, de gerontofisioterapia o recreativos **100%** accesibles para dependencia física?
- 1.10.2.** ¿Qué programas de seguridad alimentaria tienen dirigidos a adultas mayores de bajos recursos que necesitan dietas clínicas específicas?
- 1.10.3.** ¿Cómo aseguran que el modelo de atención médica trascienda de lo curativo hacia la promoción de estilos de vida saludables?

ANEXO C. GUIA GRUPO FOCAL

Guía de Grupo Focal dirigida a Mujeres Adultas Mayores con Discapacidad

Guía de entrevista

OBJETIVO: Analizar las vivencias y percepciones de las mujeres adultas mayores con discapacidad respecto a las dinámicas de cuidado, su inclusión comunitaria y el ejercicio de su autonomía en el entorno sociofamiliar

1. Análisis integral de las vivencias de mujeres adultas mayores con discapacidad

1.1. Inclusión Social y Participación Comunitaria

- 1.1.1.** ¿Sienten que en su barrio o comuna las toman en cuenta cuando hay decisiones importantes?
- 1.1.2.** ¿Qué factores facilitan o dificultan su participación social en la familia, el barrio o la comunidad?
- 1.1.3.** ¿Con qué frecuencia salen a visitar amigas o a conversar con las vecinas?
- 1.1.4.** Cuando hay festividades o reuniones en la comunidad, ¿tienen las facilidades para asistir y participar?
- 1.1.5.** ¿Con quién conversa o se apoya más en su familia o en el barrio?
- 1.1.6.** ¿Siente que la gente que la rodea la acompaña y la toma en cuenta?

1.2. Salud Mental y Derechos Reproductivos

- 1.2.1.** Hablando con confianza, ¿cómo se sienten de ánimo la mayor parte de la semana? ¿Se sienten tristes o preocupadas a menudo?

1.2.2. Cuando tienen un problema o se sienten solas, ¿con quién se desahogan?

1.2.3. En los temas de su propio cuerpo y su salud, ¿sienten que los doctores y su familia respetan su intimidad y sus decisiones?

1.3. Articulación del Sistema de Cuidado

1.3.1. ¿Saben exactamente a dónde ir o a quién llamar si necesitan terapias, pañales, medicinas o ayuda urgente?

1.3.2. En la casa, ¿quién es la persona que más les ayuda con la comida, el aseo o a levantarse de la cama?

1.3.3. ¿Qué es lo que más les gusta de los centros gerontológicos y qué es lo que creen que no funciona bien?

1.4. Accesibilidad y Discapacidad

1.4.1. Cuando intentan salir a la calle o usar el transporte, ¿cuáles son las mayores trabas o peligros que encuentran?

1.4.2. ¿Sienten que los centros de salud, las veredas y los parques están pensados para que ustedes puedan moverse tranquilas?

1.4.3. A pesar de las dificultades físicas, ¿de qué manera han logrado adaptarse para seguir adelante en su día a día?

1.5. Perspectiva de Género en los Cuidados

1.5.1. ¿Por qué creen que casi siempre somos nosotras las mujeres (hijas, nueras) las que terminamos cuidando a los enfermos en la familia?

1.5.2. ¿Qué pasa con los hombres de su familia? ¿Ayudan de la misma manera que las mujeres?

1.5.3. ¿Sienten que las mujeres que las cuidan andan muy cansadas o han tenido que sacrificar su propio trabajo por cuidarlas?

1.6. Intervención ante la Vulnerabilidad Social

1.6.1. ¿Sienten que los ingresos que tienen (ya sea por bono o ayuda de la familia) alcanzan para cubrir sus medicinas, alimentos y traslados?

1.6.2. ¿Su casa es un lugar seguro para ustedes? ¿Tienen baño adaptado o les cuesta mucho movilizarse adentro?

1.6.3. ¿Han tenido que suspender algún tratamiento porque no había plata para el pasaje o para la consulta médica?

1.6.4. Podría contarme, ¿qué situaciones de negligencia médica o falta de terapias han dañado directamente su salud física?

1.6.5. ¿Podrían contarme qué diagnósticos tardíos o tratamientos inadecuados han empeorado su condición física?

1.7. Envejecimiento y Dependencia Funcional

1.7.1. De todas las cosas que hay que hacer en el día, ¿qué es lo que siguen haciendo completamente solitas (vestirse, comer, peinarse)?

1.7.2. ¿Qué actividades son las que ya se les hacen muy difíciles y necesitan obligatoriamente que alguien les dé la mano?

1.7.3. ¿Cómo se sienten cuando logran hacer algo por ustedes mismas sin pedir ayuda?

1.8. Bienestar Integral y Satisfacción Vital

1.8.1. Si hoy tuvieran que pensar en su vida actual, ¿qué es lo que les da más tranquilidad y satisfacción?

1.8.2. ¿Sienten que el cariño y el respeto que reciben de su familia y amigos las hacen sentir plenas?

1.8.3. ¿Hay algo que les quite el sueño o que no las deje estar en paz emocionalmente?

1.8.4. ¿Cómo es su vida en el hogar? ¿Cuenta con lo necesario para satisfacer sus necesidades?

1.9. Indicadores de Calidad de Vida

1.9.1. En términos generales, a pesar de los dolores o los achaques, ¿consideran que tienen una buena vida?

1.9.2. ¿Qué es lo que más les hace falta en este momento para sentir que su calidad de vida es de primera?

1.9.3. ¿Sienten que el trato que reciben en su casa y en los hospitales respeta su dignidad como personas mayores?

1.9.4. ¿Cómo ha afectado su discapacidad en actividades de cuidado?

1.10. Promoción de Estilos de Vida Saludables

1.10.1. ¿Tienen oportunidad de salir a tomar aire, estirar las piernas o hacer algún ejercicio suave que el doctor les haya recomendado?

1.10.2. ¿Cómo es su alimentación diaria? ¿Tienen acceso a comida nutritiva o a dietas especiales si las necesitan?

1.10.3. Para distraerse, ¿qué actividades recreativas pueden hacer que las llenen de energía y no las aburran en casa?

Consentimiento Informado

Estimado(a) Participante;

La Carrera de Trabajo Social de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, a través de la estudiante en Tesis, Genesis Ariana Verdezoto Yepez, tiene el interés de realizarle una entrevista con fines académicos. Está tiene como objetivo el conocer la experiencia obtenida en el "Programa de Protección Especial de Acogimiento Institucional".

Si accede a ser parte de la investigación titulada "Condiciones del Sistema de Cuidado de Mujeres Adultas Mayores con Discapacidad, en tres territorios de Ecuador", se le solicita participar en una conversación enfocada en su labor y en las condiciones del sistema de cuidado y atención que reciben las mujeres adultas mayores con discapacidad.

La dinámica consistirá en una única entrevista, con una duración aproximada de entre una y dos horas, la cual será grabada para una posterior transcripción y análisis de la información obtenida. Tanto la información, como su identidad, será mantenida bajo estricta confidencialidad por lo que su nombre no se utilizará. Usted tiene el derecho de retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento. El estudio no conlleva ningún riesgo ni recibe ningún beneficio o compensación. Por ello, su participación en esta investigación es estrictamente voluntaria.

Gracias por contribuir a tan importante proyecto.

Estudiante de Titulación;

Genesis Ariana Verdezoto Yepez

AUTORIZACIÓN

He leído el procedimiento descrito arriba, la estudiante de Titulación me ha explicado el estudio y han contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en la investigación antes mencionada.

Firma de la participante:

Fecha: 18 de julio del 2026

Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, se puede comunicar al teléfono 0986753489 o se puede comunicar mediante correo electrónico con la docente responsable

Guayaquil - Ecuador | Email: paola.meja@cu.ucsg.edu.ec



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Verdezoto Yépez, Génesis Ariana**, con C.C: # **2000102372**, autora del trabajo de titulación: **Condiciones del Sistema de Cuidado de Mujeres Adultas Mayores con Discapacidad en tres territorios de Ecuador: Caso San Cristóbal, Galápagos en el año 2026**. Previo a la obtención del título de **Licenciada en Trabajo Social** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **10 de septiembre de 2026**

f. _____

Nombre: **Verdezoto Yépez, Genesis Ariana**

C.C: **2000102372**



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Condiciones del Sistema de Cuidado de Mujeres Adultas Mayores con Discapacidad en tres territorios de Ecuador: Caso San Cristóbal, Galápagos en el año 2026.		
AUTOR(ES)	Verdezoto Yépez, Génesis Ariana		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Mejía Ospina, Paola Ximena		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Jurisprudencia, Ciencias Sociales y Políticas		
CARRERA:	Carrera de Trabajo Social		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Trabajo Social		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	10 de septiembre de 2026	No. DE PÁGINAS:	121
ÁREAS TEMÁTICAS:	Envejecimiento, discapacidad, sistemas de cuidado y género.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Mujeres adultas mayores, discapacidad, sistemas de cuidado, autocuidado, cuidado familiar, feminización del cuidado, Ecuador, enfoque cualitativo.		
El presente estudio tiene como objetivo conocer las percepciones y el conocimiento de las mujeres adultas mayores en situación de discapacidad, frente a los sistemas de cuidado públicos, familiares y comunitarios, en tres territorios del Ecuador Galápagos, Guayaquil y Santa Elena y así también poder identificar las instituciones o programas y conocer sus experiencias frente a su autocuidado. Este estudio de investigación se realizó con la metodología de un enfoque cualitativo, donde trabajamos con las siguientes técnicas de grupo focal y entrevistas, se obtiene la información de la accesibilidad sigue siendo un ajuste reactivo, no a un principio de diseño universal, lo que continúa siendo una barrera estructural para las mujeres con discapacidad. Adicional también el cuidado se organiza siempre son las mujeres tías, nietas o sobrinas, quienes asumen esta responsabilidad junto con una importante carga emocional. Esta feminización del cuidado lejos de ser una elección responde a patrones de género que se reproducen de generación en generación y que el sistema público no ha logrado transformar.			
ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐ NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593988753489	E-mail: arianagenesis9@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Muñoz Sánchez, Christopher Fernando Teléfono: +593-4-2206957 ext. 2206 E-mail: crisopher.munoz@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			