



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS

CARRERA DE ECONOMÍA

TRABAJO DE TITULACIÓN

PREVIO LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ECONOMISTA

TEMA:

**ANÁLISIS DE LAS DETERMINANTES DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS
ADULTOS MAYORES DE LA PROVINCIA DEL GUAYAS SECTOR URBANO.
AÑO 2015**

AUTOR:

TORRES REYES JOSÉ DANIEL

TUTOR

ECON. MARÍA DEL CARMEN LAPO MAZA MSC.

GUAYAQUIL, MARZO DE 2016



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
CARRERA DE ECONOMÍA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **JOSÉ DANIEL TORRES REYES** como requerimiento parcial para la obtención del título de **ECONOMISTA**.

TUTOR

OPONENTE

Ec. María del Carmen Lapo Maza

DIRECTOR DE CARRERA

**COORDINADOR(A) DE ÁREA
/DOCENTE DE LA CARRERA**

Econ. Venustiano Carillo Mañay

Guayaquil, Marzo 2016



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
CARRERA DE ECONOMÍA
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

JOSÉ DANIEL TORRES REYES

DECLARO QUE:

El proyecto de investigación que corresponde a mi trabajo de titulación de grado denominado “**Análisis de las determinantes de la calidad de vida de los adultos mayores de la Provincia del Guayas sector Urbano. Año 2015**”, ha sido desarrollado con base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía.

Consecuentemente este trabajo es de mi autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del proyecto de investigación de grado en mención.

Guayaquil, Marzo de 2016

EL AUTOR

José Daniel Torres Reyes



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
CARRERA DE ECONOMÍA**

AUTORIZACIÓN

Yo, José Daniel Torres Reyes

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación, en la biblioteca de la institución del proyecto titulado “**Análisis de las determinantes de la calidad de vida de los adultos mayores de la Provincia del Guayas sector Urbano. Año 2015**”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y autoría.

Guayaquil, Marzo de 2016

EL AUTOR

José Daniel Torres Reyes



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
CARRERA DE ECONOMÍA**

Informe de Revisión URKUND de Tesis:

The screenshot displays the URKUND web interface. The browser address bar shows the URL: <https://secure.orkund.com/view/18043366-101985-292056#q1bKLVayjibUMBtUMdixMtAx1jGL1VEqzkzPy0zLTE7MS05VsjLQMzCwMLMwsjQwMzEwMDUwMjWxqAUA>. The page title is "URKUND".

Document: Trabajo de Titulacion Jose Torres.docx (D18217515)
Submitted: 2016-02-28 13:42 (-05:00)
Submitted by: ana.merchan@cu.ucsg.edu.ec
Receiver: maria.lapo.ucsg@analysis.orkund.com
Message: Tesis de José Torres [Show full message](#)

1% of this approx. 39 pages long document consists of text present in 3 sources.

List of sources:

Rank	Path/Filename
1	Borrador 2 Tesis.docx
2	ENSAYO alcoholismo LAVAYEN.docx
3	Perfil del proyecto. mala alimentacion.docx
4	http://www.ministeriointerior.gob.ec/wp-content/plugins/download-monitor/download.php?id=824..
5	http://www.bcn.cl/bibliodigital/pbcn/estudios/estudios_pdf_estudios/nro02-07.pdf

Alternative sources:

- [ENSAYO alcoholismo LAVAYEN.docx](#)

The interface includes a navigation bar at the bottom with icons for home, search, and other functions, and a status bar showing "1 Warnings", "Reset", "Export", and "Share" options.

**Economista María Lapo Maza
Docente Tutor-Revisor**

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme la oportunidad de lograr unas de mis metas, a mis padres María Isabel Reyes Y José Torres por su apoyo incondicional a mi hermana Marjorie Torres por su motivación, a mi novia Carmen León por ser mi compañía en el proceso, a mi Tutora María del Carmen Lapo por sus conocimientos, orientación y su paciencia que han sido fundamentales para mi formación como profesional, a mi amiga Corina por su respaldo y ayuda, a mis amigos Ronald y Jenniffer por su amistad en mi vida académica universitaria.

José Daniel Torres Reyes

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios por darme la oportunidad de realizarme como profesional a mis padres porque gracias a su ayuda me han guiado tanto en mi camino personal como académico a mi hermana por haberme en ayudado en toda forma, a mi novia por su paciencia y apoyo incondicional, a mis sobrinos Tayron y Myckell.

José Daniel Torres Reyes

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

Econ. María Lapo Maza
TUTOR

Econ. Venustiano Carrillo Mañay
DIRECTOR DE LA CARRERA

MIEMBRO 2
COORDINADOR DEL ÁREA

MIEMBRO 3
OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS

CARRERA DE ECONOMÍA

CALIFICACIÓN

Econ. María Lapo Maza

TUTOR

Econ. Venustiano Carrillo Mañay

DIRECTOR DE LA CARRERA

MIEMBRO 2

COORDINADOR DEL ÁREA

MIEMBRO 3

OPONENTE

INDICE

Resumen	X
Abstract	XI
Contexto de la investigación	1
a. Justificación.....	1
b. Problemática.....	2
c. Objetivos.....	2
a. Objetivo General.....	2
b. Objetivos Específicos	2
d. Preguntas de investigación	3
1. CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	4
1.1. La economía del bienestar	4
1.2. Visión antigua de la economía del bienestar	7
1.3. Bienestar y el Óptimo de Pareto.....	8
1.4. Maslow y la Teoría de las Necesidades.....	9
1.5. Teoría de las capacidades	10
1.6. Calidad de vida.....	12
1.7. Escalas de medición	14
1.8. La salud como necesidad básica.....	16
1.9. La alimentación y su importancia en la salud	17
1.10. El adulto mayor	20
1.11. Funcionalidad en el adulto mayor	21

1.12. La familia y su importancia en el envejecimiento.....	22
1.13. Políticas públicas a favor del adulto mayor	24
2. CAPITULO II MARCO CONCEPTUAL.....	26
2.1. Definiciones de calidad de vida	26
2.2. Definiciones de indicadores de calidad de vida	27
2.3. Definiciones de política pública.....	27
3. CAPITULO III MARCO REFERENCIAL	32
3.1. Estudios de calidad de vida del adulto mayor en América Latina	32
3.1.1. Colombia: Alimentación del adulto mayor y la incidencia en su salud	32
3.1.2. Costa Rica: Influencia de los factores subjetivos de la calidad de vida del adulto mayor considerando el género del individuo.....	34
3.1.3. Chile: Factores que definen al adulto mayor como saludable	35
3.1.4. Perú: La salud y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor	36
3.1.5. Perú: El adulto mayor en la familia.....	38
3.1.6. Cuba: El adulto mayor en la familia.....	40
3.1.7. México: Funcionalidad en el envejecimiento.....	41
3.1.8. España: Factores perjudiciales en la calidad de vida del adulto mayor	42
3.2. Estudios de aplicación de políticas públicas a favor del adulto mayor en América Latina.....	43
3.2.1. Colombia	43
3.2.2. Perú.....	44
3.2.3. Chile	45
3.2.4. Argentina	45

3.3. Marco Legal en el Ecuador	47
3.3.1. Constitución Política de la República del Ecuador	47
3.3.2. Plan Nacional para el Buen Vivir	48
4. CAPITULO IV MARCO METODOLÓGICO.....	51
4.1. Tipo de investigación	51
4.2. Diseño de investigación	51
4.2.1. Población	52
4.2.2. Muestra	52
4.2.3. Técnicas de recopilación de datos	54
4.2.4. Tipo de datos	54
4.3. Instrumentos	54
4.3.1. Definición de variables.....	54
4.4. Modelo econométrico.....	57
4.4.1. Modelo logit ordenado	58
4.5. Resultados	61
4.5.1. Limitaciones	69
4.5.1. Conclusiones.....	69
5. CAPITULO V POLÍTICAS PÚBLICAS Y EL ADULTO MAYOR	71
5.1. Políticas basas para la propuesta	71
5.2. Programas y proyectos implementados en el Ecuador para optimizar la calidad de vida del adulto mayor.....	73
5.3. Formulación de políticas públicas	76

5.3.1. Salud	76
5.3.2. Alimentación	76
5.3.3. Funcionalidad	76
5.4. Responsables	77
5.5. Alcance	78
5.6. Cronograma	78
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	79
Bibliografía	83
Anexos	92

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Cobertura de la encuesta	53
Tabla N° 2 Variables utilizadas en el modelo	56
Tabla N° 3 Estadísticos descriptivos de las variables	61
Tabla N° 4 Efectos marginales promedio para la categoría Altamente insatisfecho.....	65

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1 Enfermedades	64
--	-----------

RESUMEN

En la actualidad, a nivel mundial, ha aumentado la esperanza de vida, lo que implica que la población vive por más tiempo y por ende se incrementa la población de adultos mayores. Son pocos los países que se preocupan por el bienestar de los mismos y siendo este un segmento poblacional que continúa creciendo es necesario que se realicen mayores estudios acerca de sus necesidades y expectativas. Este proyecto investigativo en su parte teórica y conceptual muestra conexión existente entre la economía, la sociología y la psicología en la calidad de vida y bienestar de todos los individuos que conforman una sociedad, además analiza al adulto mayor y el envejecimiento individual relacionado con la naturaleza de la evolución de la edad y las afectaciones que esta conlleva, así como el envejecimiento poblacional referido al aumento en el número de adultos mayores en una población. Como segunda parte hace uso de estudios realizados en diversos países de América Latina para acercarse a los aspectos que influyen en la calidad de vida del adulto mayor en Ecuador y conocer las políticas públicas aplicadas en otros países que son dirigidas a mejorar la calidad de vida del adulto mayor. En su tercera parte expone los resultados de una encuesta dirigida a determinar la autocalificación del adulto mayor respecto a su calidad de vida en la provincia del Guayas. Como parte final presenta sugerencias y recomendaciones acerca de políticas de salud, alimentación y funcionalidad para que sean implementadas y promuevan el bienestar del adulto mayor.

Palabras clave: adulto mayor, bienestar, políticas públicas, envejecimiento, calidad de vida, salud, alimentación, funcionalidad.

ABSTRACT

Today, worldwide, the life expectancy has increased, which means that the population is living longer and therefore the elderly population increases. There just a few countries who care about the welfare of elderly population and this being a population segment that continues to grow it is necessary to make more studies about their needs and expectations. This research project in its theoretical and conceptual part shows connection between economics, sociology and psychology in the quality of life and welfare of all individuals within a society, and analyzes the elderly and individual aging related to nature evolution of age and the effects that this entails, as well as population aging based on the increase in the number of older adults in a population. As a second part it uses studies that have been made in many Latin American countries to approach the aspects that influence the quality of life of older adults in Ecuador and to know public policies apply in other countries to improving the quality of life of elderly. The third part presents the results of a survey conducted to determine the self-rating of the elderly about their quality of life in the province of Guayas. As a final part presents suggestions and recommendations on health policy, nutrition and functionality programs to be implemented and promote the welfare of the elderly.

Keywords: elderly, welfare, public policy, aging, quality of life, health, nutrition, functionality.

CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

a. Justificación

Este proyecto de investigación tiene como base la determinación de los diversos factores que afectan la calidad de vida de los adultos mayores guayasenses y la medida en que lo hacen.

A causa del incremento de la esperanza de vida y a la reducción de la tasa de natalidad a nivel mundial, el número de adultos mayores de 60 años se está incrementando a un nivel muy acelerado que los demás grupos de edad en casi todos los países. El hecho de que la esperanza de vida se incremente es considerado positivo en lo que respecta a salud pública, programas de seguridad social y jubilación, pero así mismo se convierte en un reto para la sociedad, que debe trabajar en conjunto para mejorar la salud de los adultos mayores así como su participación dentro de la sociedad y su seguridad (Organización Mundial de la Salud, 2015).

La Organización Mundial de la Salud define la calidad de vida como “la apreciación que tiene la persona acerca de su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive con respecto a sus metas”.

Aunque la calidad de vida es algo subjetivo y depende de cada individuo, si se reconoce la existencia de una serie de factores que influyen. Si se considera por ejemplo el deterioro natural de la salud del adulto mayor, el gasto que este realiza para la conservación de la misma resulta un eje principal dentro de su bienestar. Así mismo la alimentación, si el

adulto mayor cuida su alimentación es menos propenso a sufrir ciertas enfermedades, pero para poder cubrir estas necesidades el individuo debe poseer una fuente de ingresos.

Esta investigación además pretende vincular al estudiantado con la realidad de este grupo social que tiene atención prioritaria dentro de los esquemas estatales del mismo modo se incluye en el estudio de la salud y el bienestar una de las ramas de investigación principales en la UCSG.

b. Problemática

Actualmente en Ecuador, al igual que en la mayoría de países del mundo se observa un crecimiento de la población de adultos mayores, producto del aumento de la esperanza de vida. A pesar que dentro de la Constitución de la República se considera a los adultos mayores como un grupo vulnerable a quienes el gobierno debe otorgarles atención prioritaria, no existen investigaciones profundas acerca de su estado de salud, sus hábitos alimenticios, sus ingresos y sobretodo de su estado emocional y psicológico y de cómo estos factores afectan su calidad de vida.

c. Objetivos

a. Objetivo general

Analizar los principales factores socio-económicos que inciden en la calidad de vida del adulto mayor en el sector urbano de la provincia del Guayas.

b. Objetivos específicos

- Exponer las teorías económicas y sociales acerca del bienestar y calidad de vida.
- Mencionar los principales indicadores de calidad de vida.

- Determinar los factores que influyen la calidad de vida del adulto mayor a nivel mundial.
- Establecer las bases legales que amparan al adulto mayor en el Ecuador.
- Determinar los factores socio-económicos relacionados con la calidad de vida de los adultos mayores en las zonas urbanas de la provincia del Guayas.
- Resaltar la influencia de las variables salud y alimentación en la calidad de vida de los adultos mayores.
- Recomendar acerca de políticas públicas para mejorar el bienestar de los adultos mayores.

d. Preguntas de investigación

- ¿Existe asociación alguna entre la ocupación del adulto mayor y su autocalificación de la calidad de vida?
- ¿Muestran las mujeres mayor probabilidad de autosatisfacción con su calidad de vida en comparación con los hombres?
- ¿Juega algún papel la autodeterminación étnica de los adultos mayores, y de ser así en qué sentido?
- ¿El ingreso juega un rol importante en la satisfacción por la vida del adulto mayor?
- ¿Tiene el nivel de educación una fuerte influencia en la percepción de la calidad de vida del adulto mayor?

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

En este primer apartado se basa en la presentación e interpretación de teorías desde el punto de vista económico, sociológico y psicológico, con la fundamentación de autores como Pareto, Pigou, Maslow, Ardila y Sen se ofrece un análisis concreto del bienestar, desarrollo humano, población, utilidad y necesidades así como también del adulto mayor y el envejecimiento.

1.1. La economía del bienestar

Para explicar la economía de bienestar se debe considerar aquellos factores que describen las preferencias del consumidor sobre todo aquellos que miden el grado de utilidad alcanzado considerando una renta asignada. Esta teoría surge del supuesto que no existe una forma objetiva de determinar cuál combinación de bienes provee la mayor utilidad al individuo y por lo tanto no es posible comparar el beneficio obtenido entre individuos (Duarte & Jiménez, 2007).

El bienestar es conocido como la sensación que se produce en el individuo cuando este puede satisfacer todas sus necesidades siendo estas físicas y emocionales y además siente seguridad con respecto a sus planes a futuro. Esta sensación de seguridad en relación a todo lo que el individuo considera importante va desde la realización de sus necesidades primarias hasta aquellas que podrían considerarse superficiales.

Otros autores aseguran que la expresión bienestar conlleva un concepto aún más extenso, debido a que este no solamente incluye factores esenciales como el saciar las necesidades o las riquezas y recursos que posea el individuo, sino que también factores a los

cuales no se les puede asignar un valor como son el desarrollo de las capacidades de los individuos, así como las oportunidades a las cuales tienen acceso (Sen & Naussbaum, 1996).

Es importante mencionar que por diversidad de necesidades que deben satisfacerse en consideración de las perspectivas de cada individuo al bienestar se lo puede dividir en bienestar social y bienestar económico. Al *bienestar social* se lo puede definir como la agrupación de elementos que influyen en la calidad de vida del individuo y que permiten que su vida tenga todo lo necesario para brindarle satisfacción. El bienestar social representa un elemento subjetivo que depende de la percepción del individuo y es diferente para cada uno, pero este si es comparable en relación al tiempo y espacio (Inglehat, 2000). Por otro lado se puede definir al *bienestar económico* como la cuantía de bienes y servicios producidos por una nación en relación con su población. Este indicador se conoce como PIB per cápita y es utilizado generalmente para medir el nivel de bienestar en los países en desarrollo aunque no necesariamente sea el mejor para este efecto, debido a que deja de lado un sinnúmero de factores que tienen mayor importancia para el individuo que la renta (Duarte & Jiménez, 2007).

En aquellos países considerados en desarrollo se puede evidenciar una relación directamente proporcional del PIB per cápita con respecto al indicador de esperanza de vida y se pueden considerar otros factores que impactan en el bienestar económico de las personas como son el desempleo (el cual tiene guarda una estrecha relación con la desigualdad) y la asignación de la riqueza (las brechas existentes entre ricos y pobres).

La economía del bienestar por su parte, mide la utilidad obtenida con las diferentes opciones de distribución de los recursos limitados en bienes y servicios que satisfagan las necesidades de una población, esta asignación deberá sustentarse en la aplicación de políticas económicas y sociales (Reyes & Oslund Rains, 2014).

Esto conlleva un análisis de costo-beneficio, que permita definir el impacto que tendrá una política en el bienestar de la sociedad en general. Es por esto que esta teoría plantea una serie de criterios que permiten asignarle un valor al bienestar. A pesar de esto, llegar a un acuerdo unánime acerca de un método único de medición ha sido imposible debido a que los actos que benefician a unos podrían tener un resultado negativo para otros (Duarte & Jiménez, 2007).

Producto del rechazo del PIB per cápita como principal y mejor indicador del bienestar de los habitantes de una nación existen otros indicadores como el Índice de Desarrollo Humano (IDH), el Índice de Pobreza Humana (IPH), el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), en el posterior apartado se explicará con mayor detenimiento los criterios de funcionamiento de cada uno.

Existen además índices de bienestar denominados subjetivos, estos se obtienen en base a encuestas en donde las personas de una determinada comunidad, expresen la percepción de su estado de felicidad, de este modo se obtiene un valor que represente la diferencia entre la cantidad de individuos que se sientan felices y de los que se sienten infelices. A estos criterios se le suman otros indicadores de rentas como el Índice de bienestar económico sostenible o el Indicador de progreso real, que se crearon con el propósito de dar una perspectiva más amplia acerca de lo que conlleva el bienestar (Nicholson, 2003).

A través de la teoría económica se establecen criterios que favorezcan a una adecuada asignación de recursos, esto requiere la selección de las mejores combinaciones que aseguren el mayor beneficio para el individuo. Al existir tantas combinaciones disponibles se produce un inconveniente de que ciertos individuos optarán por A y otros optarán por B, y no hay ningún principio totalmente aceptado para realizar esta selección.

La forma en la cual se le da una valorización a la asignación de recursos es en base a muchos juicios de valor, estos deben partir de una base esencial y necesaria de igualdad y justicia, debido a que la distribución de las riquezas debe realizarse de la forma más justa y beneficiosa posible, así mismo deben contemplarse dentro de los mismos el nivel en que se encuentran las necesidades de la población, así como su situación y esencia inclusive la democracia en la que se vive (Duarte & Jiménez, 2007).

La función de bienestar social parte de la idea de redistribución de riquezas para incrementar el beneficio concepto introducido por primera vez por Jeremy Bentham y esta se refleja en función de la utilidad obtenida de A y B (siendo estos bienes o servicios que satisfacen necesidades). La cuestión radica en establecer X & Y (recursos) de la mejor manera entre A y B y que por consiguiente se maximice la utilidad.

1.2. Visión antigua de la Economía del Bienestar

Uno de los principales exponentes de la economía del bienestar fue Arthur Pigou, su teoría se fundamentó en la utilidad marginal. La utilidad marginal es aquel beneficio adicional que proporciona el aumento de una unidad adicional de determinado bien o servicio. Este autor mencionaba que este beneficio era cada vez menor mientras más unidades adicionales se incrementen. Él explicaba que un bienestar positivo se obtiene cuando un determinado monto de recursos se traslada desde una persona acaudalada a otra de escasos recursos, debido a que la falta de bienestar que siente el acaudalado es considerablemente menor al aumento del bienestar que siente aquella persona que no tiene recursos. Esto representa el *efecto equitativo de la utilidad decreciente de la renta* (Uribe López, 2009).

Pigou también realizó un análisis de las externalidades y su impacto en el bienestar social. Él consideraba además que los gobiernos debían intervenir para reparar los fallos del

mercado sobre todo cuando existen externalidades. Este autor se enmarcaba en este criterio debido a que su idea de mercado correspondía a uno perfecto, por ende no se daba lugar a costos adicionales, y que existían algunos agentes económicos que producen consecuencias adversas en la ejecución de las actividades, con las cuales sería imposible alcanzar un equilibrio socialmente óptimo. Por esto Pigou establece que se debe priorizar la maximización del beneficio social por encima del beneficio privado ya que esto permitirá alcanzar el estado de bienestar social óptimo (Guedes Alcofarado & Martínez Ballesteros, 2010).

1.3. Bienestar y el Óptimo de Pareto

Si se toma en cuenta la teoría del economista Wilfredo Pareto, se puede deducir que la eficiencia de una medida se obtiene cuando al implementarla esta no perjudica a ninguna de las partes. Si en la asignación de recursos se logra mejorar el bienestar de unos mientras que los demás no se vean afectados negativamente, se dice que es eficiente y que se ha incrementado el bienestar total de las personas (Reyes & Oslund Rains, 2014).

El criterio de Pareto permite clasificar los eventos económicos en óptimos y sub-óptimos. Señala que en una condición óptima no es posible incrementar el bienestar de un individuo sin perjudicar a otro, mientras que en una condición sub-óptima si es probable. También incluye el concepto de la racionalidad del individuo, la cual al momento de elegir los bienes para satisfacer sus necesidades, le dará preferencia a aquellos mediante los cuales alcance la condición óptima.

Este criterio resulta un tanto individualista debido a que realiza un estudio del bienestar individual más no del bienestar común, por esto se podría considerar una condición óptima una en la cual unos tengan exceso de recursos mientras otros tenga muy poco, además

este concepto se fundamenta en el criterio del individuo, es la persona quien decide que elección incrementará su bienestar de mejor forma.

1.4. Maslow y la teoría de las necesidades

Los seres humanos son diferentes entre sí y cada uno intenta satisfacer sus necesidades, empezando por las más importantes hasta las más superfluas. Maslow orientó su teoría sobre todo a la administración, pero esta es aplicable al ámbito social del ser humano, debido a que para que una persona pueda desempeñarse de mejor manera en todos los aspectos de su vida debe poder satisfacer sus necesidades (Maslow, 1991).

Las necesidades del ser humano pueden ser organizadas dentro de una pirámide, de esto se trata la jerarquía de las necesidades, una vez que se encuentren satisfechas las necesidades primordiales, que estarían ubicadas en la base de la pirámide, se pasaría a aquellas en la parte superior que resultan no ser tan prioritarias.

La pirámide de Maslow se estructura de la siguiente manera:

(a) Necesidades fisiológicas: al referirse a aquellas necesidades de subsistencia se las ubica en el primer lugar como la alimentación y la buena salud, (b) Necesidades de seguridad: estas incluyen el sentirse protegido, pertenecer a algún lugar, cuando estas necesidades no son satisfechas la persona es víctima de miedos que pueden afectarlo psicológicamente, (c) Necesidades sociales: cuando la persona llega a satisfacer las necesidades anteriores, busca la interacción con otras personas, formar lazos afectivos, sentirse aceptado e incluido, (d) Necesidades de estima: incluye todo lo concerniente a la autoestima, sobresalir de algún modo, sentirse respetado y valorado, (e) Necesidades de auto realización: alcanzar la satisfacción de estas necesidades es el ideal de cada persona, porque es el momento en que puede explotar sus capacidades y desarrollar sus habilidades al punto de sentirse pleno.

Las necesidades de subsistencia así como aquellas que se consideran menos importantes son parte del bienestar del ser humano aunque tengan características diferentes. Las sociedades en su mayoría relacionaban al ser humano únicamente con necesidades del tipo fisiológicas. Los demás impulsos que llevaban a la persona a buscar a querer aplacar otras sensaciones de carencias eran consideradas como algo que se encontraba fuera de la naturaleza del ser humano.

El concepto de la pirámide se basa en que mientras más arriba esta la necesidad esta le pertenecerá únicamente a la especie humana, así las necesidades básicas como la alimentación, se las comparte con los demás seres vivos que al igual que las personas las deben satisfacer para subsistir, mientras que otro tipo de necesidades como la de estima y autorealización son exclusivas del ser humano (Maslow, 1991).

Aquellas necesidades ubicadas en la parte superior de la pirámide no representan desesperación en la persona, lo que si ocurre con aquellas ubicadas en la base, sin embargo, llegar a los niveles superiores significa que el ser humano pueda gozar de una mejor salud, mejor estado físico y anímico, tendrá impactos positivos en su biología, etc. La satisfacción de estas necesidades no depende enteramente del individuo sino además de su entorno.

1.5. Teoría de las capacidades

La teoría de las capacidades nace a partir del análisis de la calidad de vida (Sen, 1985) debido a que esta tiene una extensión bastante amplia, como ya se mencionó anteriormente, está relacionada con el bienestar del individuo, con el derecho a la libertad, lo que le da las herramientas para poder vivir una existencia provechosa. Si se analiza este punto de vista la calidad de vida no solo será producto de la renta del individuo o de sus necesidades básicas

sino además de lo que le sea posible obtener y de las formas a las que tenga oportunidad de vivir. (Cejudo Córdoba, 2007)

Existen ciertos factores cuya utilización depende de las circunstancias de cada individuo que deben tomarse en cuenta para medir el bienestar personal, como ejemplo el estado de salud, el nivel de escolaridad, la edad; un adulto mayor, debido a su condición de vulnerable, necesitará más ingresos para mantener su estado de salud en comparación con un individuo joven. A pesar de esto los diferentes recursos poseen una importancia, debido a que serán los instrumentos mediante los cuales el individuo podrá desarrollar sus capacidades.

Existen recursos que estando en poder del individuo le permiten mejorar su calidad de vida y bienestar, a estos recursos se los denomina *posesiones* (Sen , 1981), refiriéndose a aquellos como los recursos monetarios, que permiten que el individuo adquiera alimento o servicios de salud, pero también se incluyen cualidades de la persona como su fuerza de trabajo, inteligencia y capacidad. Aquellas posesiones que resultan del esfuerzo del individuo o forman parte de él se consideran básicas, mientras que aquellas que son alcanzadas de otra manera se las denomina de intercambio.

Tener libertad simboliza la capacidad de realizar infinidad de cosas, es decir de actuar pero para actuar necesita de las posesiones, utilizarlas por ejemplo para viajar, para tener salud, para adquirir bienes inmuebles. La forma en que el individuo actúa permite definir el estilo de vida, y por ende su nivel de bienestar. Los actos representan una visión inicial de la teoría de las capacidades, debido a que estos son observables mientras las capacidades no lo son.

Los actos representan un criterio nuevo que da una idea del bienestar en el cual ya no se consideran la cantidad de recursos ni el beneficio, y dicho bienestar se convierte en la

apreciación de la calidad de vida a través de los actos del individuo. Los actos ocurren simultáneamente, por ejemplo un individuo está educándose, al mismo tiempo que se alimenta, o que adquiere bienes o que viaja. Toda la reunión de actos proporciona una idea del *estado general* del individuo. (Sen, 1985)

El concepto de capacidad resulta importante así como el problema de entenderlo adecuadamente. La capacidad para actuar agrega el derecho a decidir si se actúa o no de determinada forma. Y no consiste solo en la autorización para realizar algo además se debe tener los recursos apropiados y lo indispensable para explotarlos. (Cejudo Córdoba, 2007)

El enfoque de las capacidades nace del entorno del concepto de desarrollo humano. Determina que un incremento en el PIB no significa que ahí termina el desarrollo de un país, y debido a esto suponer que el cálculo del desarrollo mediante la renta es preciso es una idea errónea. El desarrollo está más relacionado con aquello que los individuos pueden realizar o alcanzar y por supuesto las capacidades a las que tienen acceso, las cuales les permitirán elegir el tipo de vida que desean vivir. Por esto un país desarrollado debería representar una mayor libertad para sus habitantes. (Cejudo Córdoba, 2007)

1.6. Calidad de vida

La tendencia de investigar de manera profunda la calidad de vida se incrementó notablemente a finales del siglo XX. En esta época se da una transformación del pensamiento en los países desarrollados en la cual el individuo ya no solo se preocupa por satisfacer sus necesidades básicas sino que además empieza a esforzarse por mejorar su calidad de vida (Ardila, 2003).

Es válido recalcar que en los países en vías de desarrollo la realidad difiere, y existe un alto porcentaje de personas que no alcanzan a satisfacer sus necesidades básicas, por ende

la definición de calidad de vida debe tener en cuenta el ambiente cultural, el tiempo y la sociedad.

La calidad de vida encierra una mezcla de factores objetivos y la apreciación personal de cada uno de ellos, por ende se observa más como una posesión del individuo más que del entorno en el que se desarrolla. Se puede hablar de calidad de vida cuando el individuo ha satisfecho sus necesidades básicas como educación, empleo, vivienda, alimentación, debido a que luego de haber saciado estas empiezan los deseos, las ansias de lograr proyectos de vida personales.

(Ardila, 2003) Para un mejor estudio de la calidad de vida se ha dissociado la parte objetiva de la subjetiva, por objetiva se hace referencia a todo tipo de indicadores sociales como los que se han mencionado anteriormente y por parte subjetiva a la percepción del individuo. Es por esto que se toman en cuanto los siguientes aspectos:

- Recursos monetarios que produzcan bienestar: el dinero que permita adquirir bienes o servicios que la persona considere importantes para sentirse bien.
- Empleo y ocupación: si el individuo está satisfecho con su empleo, si cumple con sus expectativas, si la remuneración recibida es percibida como justa.
- Trato social y familiar: Si en la familia es bien atendido, si se preocupan por él, así mismo entre sus amigos, si realiza actividades de distracción con ellos.
- Seguridad: el sentirse seguro, en el hogar, en el trabajo, con su familia o pareja.
- Bienestar emocional: que sienta satisfacción por las cosas que hace y que esto le permita mantener un estado anímico favorable.

- Inclusión social: que sienta que participa activamente en la sociedad sin ningún tipo de discriminación.
- Salud: que cuente con un buen estado de salud físico y emocional, esto implica recibir atención médica inmediata en caso de necesitarlo.

1.7. Escalas de medición

Desde siempre la evaluación del estado de salud de un individuo se ha basado en herramientas de medida objetivas, escalas anatómicas, bioquímicas y la implementación de índices sociales para determinar ciertas características de un grupo poblacional determinado, a pesar de esto, no existía una escala de medición que permitiera asignarle un valor objetivo a la calidad de vida. (Tuesca Molina, 2005)

Al identificar esta deficiencia aparecen, en los años 80's, los índices de *calidad de vida*. Debido a que su definición conlleva un sinnúmero de enfoques su concepto es considerado multidimensional, además de los aportes obtenidos de muchas culturas y civilizaciones con miles de años de antigüedad. La utilización de estos índices en sus inicios se basa en la evaluación del estado físico del individuo con padecimientos graves.

A partir de los años 90's hasta la actualidad los diversos índices permiten evaluar el estado de salud físico, psicológico, emocional, afectivo e incluso el bienestar económico. La calidad de vida está vinculada con el bienestar social y por ende está supeditado a la realización de todas las necesidades, desde las más básicas hasta las más superfluas.

Una de los principales métodos de medición de la calidad de vida son las CVRS (Calidad de vida relacionada con salud), el cual encierra una variedad de aspectos y ha sido elaborado para ser utilizado en individuos con diferentes padecimientos por ende sus resultados abarcan todos los estados de bienestar. (Tuesca Molina, 2005)

Las herramientas que incluyen la CVRS se dividen en dos tipos: los genéricos, que son aquellos aplicables a toda la población sin distinción de enfermedades y estas a su vez se dividen en tres grupos: las *medidas de preferencia*, *perfiles de salud* y las *medidas de ítem único*; y los específicos, que son aquellos dirigidos a personas con patologías determinadas (López García, y otros, 1999).

Entre las herramientas específicas del CVRS cabe recalcar la existencia del Índice de Calidad de Vida de Spitzer (ICVS), esta herramienta permite evaluar la calidad de vida a través de 5 dimensiones que van desde lo físico y objetivo hasta lo subjetivo y percibido, actividad física, aceptación de limitaciones y del panorama futuro, independencia, salud, soporte familiar e integración social (Spitzer, y otros, 1981).

En el caso de las herramientas genéricas, las más implementadas son el Perfil de impacto de enfermedad, el Perfil de salud de Nottingham y SF-36. A través de estas se evalúa al individuo y se obtienen diversos índices mediante los cuales se realiza una suma global, obteniendo un índice de calidad de vida integral (Plant, McEwen, & Prescott, 1996)

Se puede mencionar además otras herramientas como el EuroQol, el cual analiza la salud a partir de factores más subjetivos como ansiedad, dolor, cuidado personal, movilidad y actividades realizadas diariamente, basados en una escala cuyo resultado puede expresarse en un número que va del *sin problemas* al de *incapacidad*. Esta herramienta se la ha considerado una de más confiables, además de ser muy sensible a diferentes factores y de poder evaluar incluso la distribución de recursos económicos (Badia, Roset, Monserrat, Herdman, & Segura, 1999)

El Perfil de salud de Nottingham (PSN) es una herramienta que permite evaluar desde seis puntos: dolor, movilidad, emociones, energía y participación social, esto constituye la

primera parte, la segunda son preguntas cuyas respuestas son binarias acerca de la aceptación de sus limitaciones. Este índice también puede ser reducido a un número que evalúa la calidad de vida general del individuo. (Plant, McEwen, & Prescott, 1996)

Todos estos índices han sido testeados en diversos lugares del mundo, resultando en análisis muy valiosos para determinar la calidad de vida de personas mayores de 60 años principalmente, debido a que son un grupo vulnerable el cual concentra el mayor porcentaje de afectaciones a su salud.

1.8. La salud como necesidad básica

“La salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 2015)

Dentro del tema de la salud existen las llamadas determinantes, conocidos como aquellos factores que pueden influir en una mejora o deterioro de la salud de una persona. Para explicar de mejor manera se han implementado una serie de modelos como el holístico de Laframbroise (1973) el cual señala como determinantes a los siguientes factores:

- Estilo de vida y conductas de salud: todo lo relacionado al tipo de alimentación, el uso de sustancias perjudiciales, la falta de actividad física.
- Medio ambiente: el entorno en el que se desenvuelve la persona, la contaminación.
- Biología humana: la predisposición genética a ciertas enfermedades hereditarias, la fisionomía de la persona.
- Sistema de asistencia sanitaria: atención en hospitales, clínicas, el acceso a las mismas, atención tardía, falta de recursos médicos.

En 1989 Lask y Fosson (Bishop, 1991) clasifican a los factores determinantes en predisponentes, precipitantes y perpetuadores. Y además, incluye a otro grupo conocido como protectores en donde se ubican aquellos que hacen más difícil la aparición de enfermedades.

1.9. La alimentación y su importancia en la salud

Es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo.

Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud. Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad (Organización Mundial de la Salud, 2015, pág. sp).

El análisis de la alimentación se inició a partir de la Química y la Fisiología, hasta que apareció una rama denominada Dietista, la cual se vinculaba con la medicina y la atención hospitalaria. La alimentación ha sido estudiada desde varias ciencias como la salud, el consumo y diversas ciencias sociales y culturales, por ende se han realizado análisis desde diversos enfoques como la historia, herencia, cultura, influencias religiosas e incluso el acceso a la misma (Andreatta, 2013).

La alimentación es un concepto productor de creencias, significados y opiniones y todos estos criterios tienen su incidencia en la producción, compra, preferencias, elaboración e ingesta de alimentos. Esta área de estudio se ha desarrollado dramáticamente en los últimos años en técnicas científicas y gracias a estos avances se la relaciona con mejoras o deterioro en la salud de las personas.

La alimentación además, tiene como componentes la cultura, por ejemplo existen culturas que consumen más carbohidratos que proteínas, otras que prefieren la comida ultraprocesada; las costumbres familiares también influyen en la forma de alimentarse de las personas, ciertas familias le dan prioridad a los vegetales mientras que otras prefieren productos altos en grasas y azúcares; los recursos económicos de los que disponga el individuo, en muchos casos el individuo debe regirse a un presupuesto que no le alcanza para todas sus necesidades alimenticias; la publicidad, es un factor que influye en la elección o preferencia hacia ciertos productos.

Este proceso requiere de componentes biológicos y culturales, porque es cierto que el organismo de una persona funciona con la presencia de determinadas sustancias en el mismo (vitaminas, minerales, proteínas, carbohidratos, azúcares, etc.), el individuo es un ser pensante que decidirá acerca de lo que desea o no comer de acuerdo a sus preferencias. (Andreatta, 2013)

En una investigación llevada a cabo en Francia acerca de los hábitos alimenticios de las personas mayores de edad, se descubrió que a lo largo de 19 años (1988-2007) estos han ido evolucionando, cambiando desde la perspectiva de la simple idea de ingerir comida a pasar a una idea de alimentación saludable. En el criterio de las personas entrevistadas en el 2007 ya aparecían términos como *saludable*, *sobrepeso* y *diabetes* lo que ya hace referencia a la conciencia que posee la gente de cuánto influye la alimentación en su salud (Mathé, Pilorin, Hébel, & Denizeau, 2008).

Esta percepción del individuo era más notoria en las personas menores de 45 años, una explicación para esto, según los científicos, podría deberse a los avances en la educación pero sobre todo a la influencia de los nuevos medios de comunicación que han representado una herramienta clave en la instrucción nutricional de las personas jóvenes.

Otra investigación realizada en el mismo país arrojó que la ingesta de verduras y frutas estaba relacionada principalmente al término salud, en las personas adultas esta relación era mayor que en los más jóvenes. Este trabajo por el contrario demostró que los adultos prestan más atención a anuncios y publicidad que van dirigidos a mejorar la alimentación (Morlot, Laurin, Lacassage, & Millot, 2010).

En Colombia, a través de un estudio que se basó en prácticas alimenticias saludables en grupos con nivel de educación universitario y aquellos que no eran profesionales. En ambos grupos se resaltó el consumo de frutas, verduras, jugos naturales, así como el consumo de proteínas como pollo y pescado, sumado al hecho de alimentarse a las horas debidas para evitar problemas gastroenterológicos. En los profesionales se notó una inclinación más formal hacia las teorías dietéticas y médicas por el contrario de los no profesionales quienes fundamentaron sus respuestas en sus propias costumbres (Parales Quenza, 2006).

Otro estudio realizado en Colombia, enfocado en las conductas alimenticias de la población de bajos ingresos, demostró que predomina el consumo de frutas y vegetales considerados como los productos más beneficiosos mientras que las grasas y los azúcares fueron catalogados como dañinos. Se diferenciaron comportamientos según el sexo y la edad. Los adultos identificaban la relación entre alimentación y salud de forma más puntuada que los jóvenes. En el caso del sexo femenino hicieron referencia a la buena alimentación como mecanismo para evitar el envejecimiento y problemas de peso mientras que los hombres hicieron referencia al aumento de masa muscular (Prada Gómez, Gamboa, & Jaime García, 2006).

En Argentina un estudio demostró el vínculo que encuentran las mujeres entre la alimentación, la apariencia física y la salud. Sin importar el estrato social ni el nivel económico, un cuerpo delgado es relacionado con un buen estado de salud, predominando las

dietas bajas en calorías. Y aunque las mujeres de estratos sociales bajos aún valoran aquellas comidas sustanciosas, piensan que comer en exceso no es saludable (Bazán & Ferrari, 2011).

1.10. El adulto mayor

Según la Organización Mundial de la Salud se consideran personas de edad avanzada a aquella población comprendida entre los 60 y 74 años; personas ancianas a aquellos comprendidos entre los 75 y 90 años y grandes longevos a quienes sobrepasan los 90 años. (Organización Mundial de la Salud, 2015)

La población mayor de 60 años ha aumentado considerablemente a nivel mundial, al pasar de 400 millones en los años 50's a 700 millones al llegar a los 90's. (Castanedo & Vicente, 2000) Se pronostica que llegado el año 2025 la población de adultos mayores alcanzará los 1.200 millones, así mismo se incrementará la proporción de ancianos al representar un total del 30% de adultos mayores.

El crecimiento notorio de la población de adultos mayores representa un reto, debido a las necesidades que se producen desde diferentes ámbitos como el social, económico y médico. En los sistemas de salud, es en donde más se evidencia un mayor impacto, debido a que en este grupo poblacional se concentra la mayor cantidad de personas consumidoras de servicios médicos y medicinas. Si se lo observa desde el punto de vista del Estado, este grupo representa una fuerte inversión en lo que respecta a seguridad social y pensiones jubilares (Alonso Galbán, Sansó Soberats, Diaz-Canel, Carrasco García, & Olivia, 2007).

El ser humano ha desarrollado desde hace cientos de años el interés a vivir por más tiempo, esto junto con el incremento en descubrimientos científicos y médicos, han llevado a la tendencia de que si el ser humano puede alargar su vida, debería ser con las mejores condiciones posibles. Las investigaciones acerca del adulto mayor actualmente no solo se

centran en la naturaleza fisiológica del envejecimiento, sino además los aspectos que influyen en su calidad de vida, su entorno y su familia que representan factores primordiales dentro de su bienestar (Mussoll, 2002).

Al envejecimiento se lo ha dividido en envejecimiento poblacional y envejecimiento individual. El primero corresponde al aumento del porcentaje de adultos mayores dentro de una población, mientras que el individual se refiere al proceso natural que conlleva la vida de un individuo. El envejecimiento poblacional realiza un análisis sobre todo desde el punto de vista social (Rodríguez Mañas, 2001).

Para comprender mejor el envejecimiento individual se lo ha dividido en primario y secundario, el primario corresponde a un análisis enfocado en la edad y el impacto físico y psicológico que provoca la misma, mientras que el secundario se enfoca en los factores de riesgo, es decir aquellos que predisponen a un adulto mayor a sufrir enfermedades, desde las causas, tratamiento, impacto e inclusive aquellas prácticas que las previenen (Rodríguez Mañas & Solano Jaurrieta, 2001).

1.11. Funcionalidad en el adulto mayor

La funcionalidad representa un término general que se engloba a las actividades que realice una persona, la inclusión social de la misma y a las funciones propias del organismo humano. A pesar de esto hay organizaciones de salud que hacen referencia a este término como la capacidad del ser humano para funcionar en la cotidianidad, es decir, actividades que una persona realiza diariamente, bañarse, cepillarse los dientes, alimentarse, vestirse, entre otras (Curcio Borrero, 2008).

La funcionalidad es un término que encierra dos grandes conceptos: la independencia y la autonomía. Ser autónomo quiere decir que la persona es capaz de realizar sus actividades como ella desee, decidir y responsabilizarse de sus decisiones, corregir sus errores. Estos tres

factores determinan el autoreconocimiento y por ende afectan a la calidad de vida de la persona. Así mismo para ser autónomo es necesario que los aspectos social, mental y físico de la persona funcionen adecuadamente, esto es la independencia, la posibilidad de llevar a cabo las acciones cotidianas sin ayuda o vigilancia.

En el caso de los adultos mayores la funcionalidad se enfoca en la realización de actividades cotidianas o de la vida diaria, pero este indicador no revela ciertos datos acerca de las dificultades que tienen los ancianos en lo que respecta al movimiento físico, es por esto que además se emplean otros indicadores como: “actividades de la vida diaria en su nivel físico, actividades de la vida diaria en su nivel instrumental, medidas de evaluación basadas en la ejecución, presencia de discapacidades, evaluación de limitaciones relacionadas con enfermedades específicas o con discapacidades de larga duración y evaluación y reconocimiento de discapacidades” (Curcio Borrero, 2008, pág. 47).

La sociedad que rodea al individuo tiene mucho que ver con su funcionalidad. En un estudio publicado en una conocida revista médica se reporta que el trato constante con colegas y amigos reduce las discapacidades (Boult, Kane, Louis, Boult, & McCaffrey, 1994). En otro estudio del envejecimiento se concluye que lo que reduce las discapacidades son las relaciones de amistad cercanas más no la presencia de los familiares (Mendes de Leon, Gold, Glass, Kaplan, & George, 2001). Además, otro estudio publicó que si se tiene trato frecuente con al menos cinco amigos ayuda a alcanzar el denominado envejecimiento exitoso, es decir llegar a convertirse en adulto mayor sin discapacidad alguna (Strawbridge, Cohen, Shema, & Kaplan, 1996).

1.12. La familia y su importancia en el envejecimiento

La familia puede ser conformada de diferentes formas, es por esto que es complicado definirla, todo depende de la relación que tengan las personas que la conforman, pero si se

pueden identificar dos tipos de familias, la primera sería aquel grupo de individuos que están unidos por un parentesco sea sanguíneo o político y que entre ellos existe cariño y solidaridad; la segunda sería aquel grupo de individuos que conviven en un mismo espacio y cooperan unos con otros en lo que respecta a recursos con el fin de satisfacer sus necesidades (Barros & Muñoz, 2001).

Para el adulto mayor la familia es de suma importancia, ya que es aquel grupo de personas que le brindarán la atención y cuidados que pudiesen necesitar. Si el adulto mayor es parte de un grupo en donde observa solidaridad, se sentirá seguro y esto mejorará su confianza de que recibirá la asistencia necesaria en caso de requerirla. La familia es el apoyo para sobrellevar las recaídas emocionales que conlleva el envejecimiento, todo tipo de discriminación sea esta social, laboral, entre otras, así como también representará la motivación para seguir sintiéndose útil y continuar activo en la sociedad.

La realidad en muchas culturas a nivel latinoamericano es compleja, existe evidencia de que hay muchas familias que se preocupan por el envejecimiento de sus familiares, pero existen muchas otras que no, hijos que no atienden a sus padres ancianos, adultos mayores abandonados, explotados, discriminados incluso en sus propias familias.

En general el círculo familiar del adulto mayor está integrado por su esposo/a, sus descendientes y sus familias políticas, ellos se sienten felices cuando observan el amor y el afecto que existe entre ellos y reconocen que eso se logra a base de tolerancia. Y aunque los miembros familiares son los más importantes, los amigos también tienen su espacio debido a que ellos les brindan otro tipo de soporte y le permiten satisfacer necesidades diferentes a las que satisfacen con la familia (Barros & Muñoz, 2001).

El adulto mayor cuando percibe el apoyo familiar, es más seguro al hacer frente a la vida, le ayuda a tomar mejor sus decisiones y enfrentar los obstáculos que se le presentan, le permite sobrellevar cualquier condición física o de salud que puede padecer además de afrontar de mejor manera el dolor y cualquier pérdida.

El adulto mayor reconoce que en la familia, existe más afecto por los descendientes que por la familia de origen y aunque ellos saben que su familia más cercana son sus hijos, saben además que en la vida de sus hijos ellos no ocupan el primer lugar de preocupación. Dentro de la familia del adulto mayor se pueden identificar tres clases de apoyo: a) el apoyo afectivo: cuando el recibe cariño y amor, él siente la seguridad de que se preocupan por él, aumenta su autoestima y puede envejecer de mejor manera, así como cuando le permiten expresar sus emociones, sea angustia, tristeza, felicidad, entre otras, es un mecanismo de desahogo y liberación que le da mayor tranquilidad; b) el apoyo cognitivo: referido a la búsqueda de ayuda para enfrentar mejor los problemas, consejos, diálogo basado en experiencias, el adulto mayor busca este apoyo mayormente en personas fuera de la familia; c) apoyo instrumental: es aquel soporte a través de bienes materiales que el adulto mayor necesita para satisfacer ciertas necesidades específicas (Barros & Muñoz, 2001).

1.13. Políticas públicas a favor del adulto mayor

En América Latina y el Caribe, al igual que en las demás regiones del mundo, la población de adultos mayores necesita la debida atención por parte de las instituciones públicas y privadas. A pesar de esto los gobiernos latinoamericanos no logran satisfacer esta surgente demanda por parte de los adultos mayores debido a que no poseen modelos de desarrollo necesarios (Viveros Madariaga, 2001).

Instituciones como las Naciones Unidas promueven la preocupación de los gobiernos a favor de este grupo vulnerable, el año 1999 fue designado como el *Año Internacional de las Personas de Edad*, con el fin de promover la inclusión sin límite de edad. A pesar de los esfuerzos la mayoría de las declaraciones y discursos efectuados por instituciones públicas y privadas han quedado en solo en palabras, los adultos mayores siguen siendo víctimas de la violación de sus derechos.

A través de una encuesta realizada en los países que conforman América Latina se evidenció que si existen ciertos programas a favor del adulto mayor sobre todo aquellos dirigidos a atender las necesidades de salud, vivienda y participación. Así mismo se reconoció que la atención de este grupo vulnerable depende en mayor parte a los gobiernos pero muchos países no cuentan con alguna entidad pública que se dedique a la atención exclusiva de las necesidades de los mismos. La ausencia de políticas a favor de este grupo es una constante en la mayoría de países en vías de desarrollo (Viveros Madariaga, 2001).

A través de este capítulo se mostró la conexión existente entre la economía, la sociología y la psicología en la calidad de vida y bienestar de todos los individuos que conforman una sociedad, se resaltó la importancia de desarrollo humano y de las capacidades de los ciudadanos concluyendo que el bienestar no solo es medible a través de recursos monetarios sino que además se deben considerar la capacidad de actuar de los individuos como un indicador del bienestar y por ende de su calidad de vida. En su parte final analiza al adulto mayor y el envejecimiento individual relacionado con la naturaleza de la evolución de la edad y las afectaciones que esta conlleva, así como el envejecimiento poblacional referido al aumento en el número de adultos mayores en una población.

CAPÍTULO II

MARCO CONCEPTUAL

En este segundo apartado se establecen definiciones necesarias para la mejor comprensión de los temas tratados a lo largo de esta investigación. Empieza por mencionar varias definiciones de calidad de vida, propuestas por varios autores de renombre así mismo otras definiciones de ciertos indicadores que son utilizados para medir la calidad de vida. Finaliza con la presentación de varias interpretaciones del concepto de políticas públicas y su relación con el adulto mayor.

2.1. Definiciones de calidad de vida

Calidad de vida:

Es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida (Ardila, 2003, pág. 163).

Calidad de vida es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo, de felicidad, satisfacción y recompensa (Levy & Anderson, 1980, pág. 7).

Calidad de vida es la apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como posible o ideal (Celia & Tulsy, 1990, pág. 29).

Por definición, la calidad de vida es la sensación subjetiva de bienestar del individuo (Chaturvedi, 1991, pág. 91).

2.2. Definiciones de indicadores de calidad de vida

IDH: El Índice de Desarrollo Humano es el porcentaje que resulta de la consideración de tres factores: la esperanza de vida, el índice de escolaridad y la alfabetización (como elementos sociales) y el PIB per cápita (como elemento económico).

IPH: El Índice de Pobreza Humana, representa el principal indicador de niveles de pobreza elaborado por la ONU y este incluye: la esperanza de vida al nacer, tasa de analfabetismo, el bajo peso de niños y jóvenes y el acceso al agua potable.

NBI: El Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas mide de manera porcentual la población que no puede ver satisfechas sus necesidades como salud, alimentación, vivienda, etc. En ciertos países se incluyen otras necesidades como el acceso al agua potable, la escolaridad y hasta las condiciones de eliminación de desechos orgánicos y sólidos.

2.3. Definiciones de política pública

La *política* en términos generales, se podría definir como la relación existente entre el poder, las disputas generadas por el gobierno y los diferentes grupos sociales, los procesos electorales y demás actividades derivadas del derecho que tiene cada ciudadano de expresarse libremente en pro de una mejor convivencia social, más justa y democrática (Aguilar Astorga & Lima Facio, 2009).

En cuanto a la definición de “*políticas*” el mismo autor señala que estas se relacionan con el hecho de que los actores sociales involucrados en cuestiones políticas decidan ejecutar una acción u omitir el hacerlo.

Visto desde un concepto más amplio, dentro de la estructuración de las políticas, se señala que estas son el resultado de un arduo procedimiento político en el que toman forma y surgen los proyectos en función de los intereses de los individuos y agencias que se encuentren inmersos, siguiendo lineamientos políticos e ideológicos de la sociedad y el Estado gobernados (Medellín, 2004)

Una vez identificados los conceptos anteriores y las diferencias que hay entre estos, se procede a señalar las definiciones de “políticas públicas” que se han logrado recopilar en el proceso investigativo del presente trabajo.

- Para (Aguilar Villanueva, 1993) las políticas públicas se refieren al conjunto de decisiones que un gobierno toma en base a la participación, opinión pública, fondos públicos y privados de una sociedad, haciendo goce de su posición como electores y agentes contribuyentes.
- Las políticas públicas se interpretan como la o las normas producto de un determinado problema generalmente de índole social, así como las acciones o programas que ejecute un gobierno con el propósito de disolver tal problemática en el área y sector concreto en que se desarrolle (Subirats, 1989).
- Para (Roth, 2006) la política pública posee tres aristas distintas, primero como una concepción del ámbito del gobierno de las sociedades humanas, el segundo punto de vista nace a partir del control y el poder de un gobierno sobre su electorado y tercero como la asignación de propósitos y programas públicos de las autoridades.

- Para (Meny & Thoening, 1992, pág. 89) estos franceses simplifican el concepto del estudio de las políticas públicas y de forma general lo expresan como el “*estudio de las acciones de la autoridad pública*”, desde la perspectiva de la realización de una actividad específica.
- En contraparte a lo expuesto por los autores anteriores, también se la puede definir como una actividad de comunicación pública y no únicamente como una decisión en pro del cumplimiento de ciertas metas, esto en el sentido que su realización implica la participación de la sociedad en su conjunto, lo cual desvía a este concepto de los demás (Majone, 1989).

Las políticas públicas se definen como una sucesión de acciones o decisiones elaboradas bajo determinados intereses de los actores públicos y privados con la intención de resolver de manera objetiva un problema de una parte de la población, políticamente considerado colectivo. Donde este grupo de decisiones de lugar a la práctica de actos formales con cierto nivel de carácter de obligatorio provocando una tendencia que conlleva al cambio en el comportamiento de esta limitada población frente a algún evento en particular, considerándose previamente que esta proporción poblacional es la responsable de tal problema (Knoepfel , Larrue, & Varone, 2012).

Para (Tamayo & Agranoff, 1991) estas políticas representan los objetivos, decisiones y acciones que un gobierno lleva a cabo a través de un ciclo comprendido por fases de detección y análisis de alternativas de soluciones posibles, cabe mencionar que la pronta resolución de los problemas depende de la importancia y prioridad que el gobierno y los ciudadanos les otorguen.

Como anuncia (Frohock, 1974) las políticas públicas incentivan a la cooperación entre individuos de una misma sociedad para resolver conflictos, a través de medidas

gubernamentales que guían estas acciones, logrando pasar de una práctica específica a una práctica de índole general.

Más allá de ser un término relacionado directamente con el ámbito gubernamental de un país, también se lo debe relacionar con las demás ramas de las Ciencias Sociales en el contexto de que para la aplicación de una determinada política pública se requiere del conocimiento y participación de profesionales expertos en estas especialidades, sean éstos abogados, economistas, sociólogos, sicólogos e incluso ingenieros o arquitectos, quienes prestarán sus servicios en el cumplimiento de una actividad dependiendo del área a la que va dirigida la política (Camino & Plazas Neira, 2009).

Es un proceso en el cual se complementan tanto acciones (lo que se hace) como inacciones (lo que se deja de hacer) con los instrumentos públicos necesarios para lograr el cumplimiento de un objetivo que permita satisfacer una determinada necesidad de una población o para la prevención de un posible problema que pudiera presentarse en el futuro, modificándose y manteniéndose un sistema político participativo (Velásquez, 2009).

Las políticas públicas quedarían enmarcadas como “*sucesivas respuestas*” no de un gobierno sino de un Estado (entendiéndose este como un territorio soberano e independiente con regímenes gubernamentales propios) frente a diversos conflictos que aquejan a una sociedad (Salazar Vargas, 1995).

Para (Vargas Velásquez, 1999) si no se logra erradicar o evitar estos acontecimientos y situaciones consideradas socialmente como un problema, al menos la política pública deberá servir para llevarlas de un nivel severo y preocupante a uno más manejable para la autoridad competente.

También cabe evaluar dos elementos importantes al momento de establecerse una política pública como lo señala (Peters, 1999), tales componentes tienen relación con quiénes serán los que estén a cargo de dirigir y controlar tales acciones, así como si con estas actividades como se va a contribuir en la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos.

Con un grado más subjetivo (Birkland, 2001) señala que si se maneja este término como si fuera puramente algo político no se alcanzaría explicarlo en su totalidad, sino que agrega que las políticas públicas dependerán no únicamente de lo que se haga sino de las intenciones con las que se ejecuta tal acción, porque todas las decisiones a nivel de gobierno tienen implícitas un fin en función de la voluntad de quien esté realizando la toma de tales medidas.

CAPÍTULO III

MARCO REFERENCIAL

En este apartado se presentarán diversos estudios realizados en América Latina acerca de la calidad de vida del adulto mayor. Estos estudios revelan características importantes acerca de la percepción que tiene el adulto mayor de sus condiciones de vida, salud mental y física, además determinan el impacto de ciertas condiciones en el bienestar general del individuo, también se incluye casos sobre políticas públicas aplicadas en varios países a favor del adulto mayor que pueden ser tomados de referencia para la creación de políticas para el Ecuador. Como segunda parte se expone el sustento legal a favor de los adultos mayores, lineamientos y directrices para la implementación de medidas que favorezcan el bienestar de los mismos.

3.1. Estudios de calidad de vida del adulto mayor en América Latina

3.1.1. Colombia: Alimentación del adulto mayor y la incidencia en su salud.

Como objetivo principal presenta: investigar los factores alimenticios que promueven y desmejoran la salud del adulto mayor (Restrepo, Morales, Ramírez , López, & Varela, 2006).

En su metodología recopila datos de una muestra de 381 personas de 60 años en adelante del municipio de Caldas, 290 de la zona urbana y 91 en zona rural. Se realiza un estudio descriptivo de corte transversal enfocado en la *epidemiología crítica* y un *monitoreo estratégico*. Utilizan además datos cualitativos y cuantitativos para el análisis, obtenidos a través de un muestreo intencional y de un muestreo por etapas respectivamente. Entre las variables cuantitativas de estudio escogidas se encontraron número de comidas diarias,

ingesta de sal, agua, período sin ingesta de alimentos, el estado emocional al momento de ingerir alimentos, nivel de ingresos, consumo de sustancias alcohólicas y de tabaco, dependencia económica, familia, nivel de instrucción, vivienda y participación social. Las variables cualitativas fueron obtenidas mediante grupos focales, diálogos acerca de sus sentimientos y opiniones acerca de su alimentación entre 30 personas que cumplían las características establecidas.

Como resultados se presentan los rasgos encontrados en los hábitos alimenticios de los adultos mayores de Caldas en el 2005, aquellos que perjudican su salud se encontró que existe un pequeño porcentaje de casi el 9% que tiene un consumo calórico bajo, debido a que comen entre una y dos veces al día, mayormente desayuno y almuerzo, al no consumir la merienda implica un deterioro en su salud. El adulto mayor promedio consume pocos lácteos, proteínas animales, vegetales y frutas, y un tiene un consumo elevado de carbohidratos y frituras, llevan una dieta constante con los mismos alimentos con la cual no cubren las necesidades de su organismo. Aproximadamente la mitad de los individuos de la muestra no realizaban ningún tipo de actividad física y las tres cuartas partes de la muestra no tenía incluido en su día actividades de recreación. Además se encontró que el estado emocional influye en el incremento y disminución de la ingesta de alimentos. Los adultos reconocen que una alimentación poco variada, desmejora su estado de salud, pero ellos encuentran difícil cambiar los hábitos alimenticios de toda una vida y que a esto se le suma el hecho de que muchos dependen de terceras personas para acceder a sus alimentos.

Y finalmente en su conclusión presenta que estos aspectos de bajo consumo calórico, nutricional y de vitaminas y minerales desencadenan un proceso de deterioro de la salud, el denominado ciclo de fragilización, el cual se refiere al deterioro del funcionamiento orgánico del individuo, lo que lo vuelve más dependiente. Por estas razones se deben realizar cursos

educativos que hagan hincapié en la importancia de la alimentación en el proceso de envejecimiento, no solo para el adulto mayor sino también para las personas de quienes depende (Restrepo, Morales, Ramírez , López, & Varela, 2006).

3.1.2. Costa Rica: Influencia de los factores subjetivos de la calidad de vida del adulto mayor considerando el género del individuo

El objetivo de este estudio fue identificar la influencia de la actividad física en el bienestar del adulto mayor considerando su salud mental, autonomía y soporte social tomando en cuenta el género del individuo costarricense (Mora , Villalobos, Araya, & Ozols, 2004).

En su metodología se tomó una muestra de 152 individuos (92 femeninos y 60 masculinos) de entre 60 y 75 años. Se implementó el cuestionario de calidad de vida elaborado por el Instituto de Investigación en Salud la cual incluye variables como nivel educativo, si es beneficiaria de alguna pensión y seguro, tipo de vivienda, sus actividades dentro de la familia y la comunidad, alimentación y estado de salud. Así mismo se realizó una encuesta acerca de las actividades físicas y de recreación.

Como resultados presenta que en ambos casos (hombres y mujeres) sienten el mismo nivel de independencia al igual que de soporte social, en el caso de la variable salud mental que incluía la depresión fue superior en las mujeres pero en los hombres predominaron las alteraciones cognitivas. Todos los individuos del estudio realizaban actividad física tres a cuatro veces por semana aproximadamente una hora con 15 minutos. El estudio reveló que para que el adulto mayor se sienta independiente debe sentirse con buen soporte social, en buen estado mental y realizar actividad física regularmente. Todos los individuos resaltaron la importancia de la actividad física para mejorar sus condiciones de salud.

La investigación concluye determinando que las variables si tienen su diferencia respecto al género principalmente en la salud mental (depresión y alteraciones cognitivas). Ambos grupos expresaron que realizan actividad física para conservar la buena salud y las actividades de recreación también les ayudan a relajarse, les da mayor energía y les mejora el ánimo. En general aquellos adultos mayores que realizan actividad física con mayor regularidad tienen una mejor calidad de vida (Mora , Villalobos, Araya, & Ozols, 2004).

3.1.3. Chile: Factores que definen al adulto mayor como saludable

Tiene como objetivo presentar un mecanismo que permita reconocer las características de los adultos mayores saludables que vayan desde una evaluación afectiva, social funcional, etc. Con el propósito de obtener mayor información con respecto al proceso de envejecimiento (Carrasco, y otros, 2010).

Este estudio en su metodología empieza por un protocolo establecido en el cual en primera instancia se realizó una convocatoria general dirigida a todos los chilenos mayores de 60 años que se consideraban saludables. A aquellos personas interesadas en participar se les realizó una llamada telefónica con el propósito de entrevistar al individuo y corroborar que no sufriera de enfermedades ni estuviese en tratamiento con fármacos, además de desenvolverse solos en acciones cotidianas. Luego, fueron evaluados por un médico geriatra, quien indagó además en sus condiciones sociales y mentales. Quienes cumplieron con todos los criterios fueron escogidos para participar en la investigación y se les realizaron diversos exámenes físicos y de capacidad, examen mental y una evaluación de sus funciones cognitivas. Finalmente se les realizó seguimiento durante un año. Se utilizó el programa estadístico SPSS, Prueba t de Student y de correlación.

Los resultados arrojados de los 83 adultos mayores que pasaron los tres filtros, la media de la edad fue de 71,1 años, el 56,6% fueron mujeres. Aquellos individuos que realizaban actividad física representaban el 56,6%, el 9,6% fumaba ocasionalmente y el 78,3% no ingerían alcohol. La memoria de corto plazo del 69,9% reaccionó bien, casi la totalidad de la muestra se ubicaba en la fecha, el 13,3% de los individuos expresaron tener sentimientos depresivos. El 34,9% se encontraba en su peso normal, el 55,4% ya tenía sobrepeso y el 9,6% presentó obesidad. Se observó además que en las mujeres es más notorio el deterioro del desempeño funcional mientras mayor era la edad. Durante el año de estudio no falleció ninguno de los individuos objetos del estudio.

La investigación permite concluir que el nivel de educación influye positivamente en el aspecto cognitivo y funcional del adulto mayor e incluso en que el individuo controle su peso y se alimente sanamente, una historia clínica sin enfermedades crónicas aumenta la posibilidades del adulto mayor de vivir mejor así como la ausencia de hábitos perjudiciales como el abuso del tabaco y del alcohol. El protocolo seguido durante el estudio podría servir para otros proyectos investigativos y favorece además a identificar los factores de mayor importancia para que el adulto mayor goce de un envejecimiento exitoso (Carrasco, y otros, 2010).

3.1.4. Perú: La salud y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor

El objetivo de este estudio fue estimar la apreciación de la calidad de vida con respecto a la salud del adulto mayor de Chiclayo y reconocer el impacto de aquellos factores como epidemias y enfermedades en la población de adultos mayores (Coronado Gálvez, Díaz Vélez, Apoyala Segura, Manrique González, & Arequipa Benavides, 2009).

La metodología de esta investigación consistió en un estudio descriptivo de corte transversal enfocado en individuos de 60 años en adelante. Se utilizó una muestra de 400 individuos, de diferentes barrios de la ciudad. Se realizó la visita y entrevista personalmente de los adultos mayores que cumplieran con los requisitos para participar. Se realizaron dos tipos de encuestas, la primera referida a criterios básicos como edad, nivel de escolaridad, ingresos, hábitos con respecto al consumo de alcohol y tabaco y la segunda ya enfocada en su percepción de su calidad de vida. Una vez recolectados los datos se procedió con su análisis a través del software SPSS. El nivel de relación de las variables se determinó a través de una regresión logística y análisis factorial. Las variables salud física y salud mental fueron obtenidas a través del algoritmo de Ware.

Como resultados se determinó que la calidad de vida percibida por los adultos mayores es de media a baja. En lo que respecta a la función social se obtuvo un porcentaje de 72,75%, seguida de la salud mental que obtuvo un 68,76% y la vitalidad con 64,61%, del dolor corporal se ubicó con un 62,29%, el rol físico con 61,18% y finalmente la salud general con 52,28%. Para los individuos del sexo masculino la función social y rol emocional fue el índice más elevado mientras que en el caso de las mujeres fue la función social y la salud mental. En ambos casos el porcentaje más bajo fue el de la salud general. Se observó que aquellos adultos mayores que no contaban con cobertura asistencial, percibían baja calidad en salud mental, función social y vitalidad; así mismo un ingreso económico mayor al promedio era percibido como beneficioso para todas las categorías.

Las conclusiones señalan que entre las principales características del adulto mayor de esta ciudad se encuentra que existe una mayor cantidad de individuos de sexo femenino que del masculino, apenas el 8,5% vive solo, el 54% tiene estado civil casado, casi el 90% concluyó la educación secundaria, el 55,2% todavía realizan actividades económicas, poco

más del 60% posee cobertura asistencial, aproximadamente el 30% percibe un ingreso mayor a 500 soles y la mitad tiene algún padecimiento de salud grave. Se logró identificar además factores protectores y de riesgo, los protectores fueron el nivel de educación y el ingreso debido a que ambas dimensiones les permite tener un mayor bienestar y por ende mejor calidad de vida; en el caso de los riesgosos se identificaron que la baja función física y no realizar alguna actividad económica perjudica la calidad de vida, así como también la falta de seguro de salud afectó la salud general, mental y emocional, la presencia de alguna enfermedad grave desmejora también la salud mental y la participación social. La comparación entre las condiciones físicas y mentales de los individuos que participaron en el estudio con los demás del continente americano arrojó que se encuentran por debajo del bienestar promedio de los adultos mayores americanos. (Coronado Gálvez, Díaz Vélez, Apoyala Segura, Manrique González, & Arequipa Benavides, 2009)

3.1.5. Perú: El adulto mayor en la familia

El objetivo de este estudio fue la determinación de la influencia de la familia en la calidad de vida del adulto mayor (Vera, 2007).

La metodología consistió en la selección de 16 adultos mayores junto con sus grupos de familias. Ellos fueron escogidos de la población que habita Laura Caller en el período de 2004 a 2006, el contacto fue a través de visita a sus domicilios. Se realizó una entrevista al adulto mayor, así como un grupo focal con los familiares con el propósito de promover la discusión de los diversos temas incluidos en el estudio. El estudio se conformó de una guía de observación y dos bancos de preguntas. Los individuos objeto del estudio fueron anónimos y voluntarios para participar en el programa. El análisis de los datos obtenidos constó de tres etapas, se partió del análisis de las discusiones, diferenciando testimonios, luego se identificó cuatro puntos centrales y finalmente se identificaron igualdades y diferencias para concluir.

Los resultados obtenidos fueron: el 18% de los ancianos eran analfabetos, el 50% alcanzó a terminar la primaria. El 7% la secundaria y el 25% tenía estudios superiores. El 45% era viudo, 25% casado, 25% divorciados y el 5% tenía un conviviente. En general las familias las conformaban grupos de 3 a 4 personas. El análisis de los datos arrojó que la familia reconoce que el envejecimiento representa cierto deterioro en las funciones físicas y mentales del adulto mayor y que este empieza a veces mucho antes de que ciertas características sean visibles, la presencia de estos conocimientos en los participantes indican que si tienen cierta educación para entender y promover el bienestar del adulto mayor. Además la familia y el adulto mayor reconocen que para mejorar la calidad de vida del anciano es necesario que se sienta seguro y que reciba las atenciones que requiere, a pesar de esto se debe respetar la independencia y autonomía del mismo dentro de la familia. Además se encontró que adultos y familias están de acuerdo en que el adulto mayor debe ser considerado y valorado por todos, recibir cariño les permite mejorar su calidad de vida así mismo debe sentirse económicamente independiente así sea que maneje su propio dinero para comprarse ciertas cositas que desee, esto lo hace sentirse libre. La familia opina que con el hecho de satisfacer las necesidades básicas del adulto mayor ya está mejorando su calidad de vida mientras que el adulto mayor opina que la paz y la tranquilidad son un punto clave para lograr esa meta, el respeto de sus bienes materiales por parte de sus familiares es otro punto importante del adulto mayor, porque muchas veces al ser pequeños, la familia no les otorga el valor necesario, cuando tienen mucho valor sentimental para la persona.

Como conclusión se presenta que para el adulto mayor mejorar su calidad de vida tiene que ver con tener tranquilidad, independencia y autonomía, poder tomar sus decisiones y contar con ciertos recursos para adquirir lo que el crea conveniente, contar con el apoyo de sus familias, sentirse protegido y recibir los cuidados que requiera. La familia por el contrario

reconoce su deber económico al preocuparse por satisfacer sus necesidades primordiales, que no le falte alimento ni vestimenta, entre otras cosas (Vera, 2007).

3.1.6. Cuba: El adulto mayor en la familia

El objetivo de este estudio fue determinar las relaciones de los miembros de la familia con el adulto mayor (Martínez Sánchez, Cardoso Vidal, & Quintero Rodríguez, 1999).

En su metodología presenta una encuesta realizada a 200 jóvenes, adultos y adultos mayores sin distinción de género, los datos obtenidos se procesaron aleatoriamente y durante el mismo si se clasificaron a los individuos por sexo y rango de edades en los cuales predominó los adultos de más de 30 años. Esto fue realizado en el Policlínico comunitario docente Mario Muñoz Monroy.

Los resultados obtenidos arrojaron que el 75% de los jóvenes trabajan regularmente y que el 61% de los adultos mayores son jubilados aunque el 12% a pesar de su edad trabaja, de los adultos mayores tan solo el 3% recibió educación universitaria mientras que casi el 70% solo concluyeron la primaria. El 84% de los adultos mayores perciben un buen ambiente familiar aunque si mencionan la ausencia de valores importantes como la comunicación y el respeto. Los jóvenes mencionaron que colaboran activamente en sus familias mientras que el 16% de los adultos mayores dijeron que no participaban solidariamente en sus familias. Mayormente se relacionan con los hijos, unos pocos disfrutaban de la compañía de sus hermanos y menos de la mitad disfrutaban tiempo con sus nietos. Aproximadamente el 80% de los jóvenes expresaron que comprenden la situación de los adultos mayores y los ayudan. Así mismo los adultos mayores perciben esas intenciones por parte de los jóvenes de sus familias. Los adultos mayores perciben que no son considerados valiosos en sus familias y que solo los toman en cuenta para hacer mandados más no en las actividades importantes.

Como conclusión se menciona que el estado socialista cubano ha mejorado las tasas educativas a nivel general, se percibió una buena relación de los adultos mayores con sus familias, refiriéndonos al área emocional y económica, la mitad de los jóvenes desean participar en sus familias activamente y les agrada ayudar a los adultos mayores compartiendo experiencias entre ellos (Martínez Sánchez, Cardoso Vidal, & Quintero Rodríguez, 1999).

3.1.7. México: funcionalidad en el envejecimiento.

El objetivo de este estudio fue el análisis de las condiciones de envejecimiento de los mexicanos, con respecto a su estado de salud y los aspectos que predisponen al peligro en los adultos mayores de 50 años (González & Ham-Chande, 2007).

En su metodología se hace uso de las últimas etapas del ciclo de vida como son el retiro y el descenso en las que se requiere mayor acompañamiento y el organismo se deteriora son mayor rapidez la cual se presenta a partir de los 60 años. Se hace referencia a los aspectos que favorecen el deterioro como enfermedades, entre otras. La base de datos utilizada fue la encuesta Estudio Nacional sobre salud y Envejecimiento en México 2001. A través de esta se indagó acerca de los problemas de salud de los adultos mayores, enfermedades crónicas, capacidad funcional y el deterioro cognitivo del adulto mayor. Se evaluó desde la autonomía para realizar actividades cotidianas hasta pruebas de memoria para evaluar la capacidad cognitiva. Se tomaron en cuenta el consumo de alcohol y cigarrillos y la ausencia de realización de actividad física como factores de riesgo. Con estos datos se identifican cuatro tipos de envejecimiento: a) envejecimiento ideal: conformado por personas en buen estado físico, capaces de realizar todas las actividades diarias; b) envejecimiento activo: aquellos quienes poseen algún padecimiento crónico y que tienen dificultad para realizar alguna tarea cotidiana; c) envejecimiento habitual: poseen más de una enfermedad crónica, su condiciones

de salud son medias, podrían presentar deterioro en sus funciones cognitivas y; d) envejecimiento patológico: la percepción de la salud de las personas que pertenecen a este grupo es mala, padecen alguna enfermedad, necesitan asistencia y apoyo de otras personas. En este proyecto se consideran factores como edad, sexo y ambiente refiriéndose al lugar en el cual habita el adulto mayor y la combinación de estas permite analizar el envejecimiento a través de 12 grupos. La encuesta fue dirigida a 12.125 adultos mayores.

Los resultados arrojaron que la mayor población de adultos mayores son mujeres y el 47% habita en el área urbana. El 43% de los adultos mayores no presentan ninguna enfermedad crónica, y casi el 90% realizan sin dificultad sus actividades cotidianas, apenas el 6% tiene problemas cognitivos y otro 6% percibe sus condiciones de salud muy buenas pero el 64% las percibe como buena solamente. Los adultos mayores con mejor estado de salud se concentran en las áreas mixtas mientras que las mujeres que viven en las áreas urbanas presentan mayor deterioro en su salud.

Como conclusiones se expresó el hecho de que el envejecimiento ideal lo perciben menos del 1% de la población de adultos mayores, el envejecimiento activo se lleva el 67.3%, el habitual representa el 25% de la población y el patológico el 7% (González & Ham-Chande, 2007).

3.1.8. España: Factores perjudiciales en la calidad de vida del adulto mayor

Este estudio tiene como objetivo identificar los factores que influyen de manera negativa en la calidad de vida del adulto mayor y difundirlos contribuyendo a un mayor conocimiento y bienestar para el adulto mayor (Azpiazu Garrido, y otros, 2002).

En su metodología, la encuesta fue realizada a 911 adultos mayores de 65 años, en sus domicilios. Se utilizaron herramientas estadísticas como análisis multivariado, regresiones e

incluso la implementación del índice PSN mencionado en el primer capítulo como escala de medición al igual que el EuroQol.

Como resultados obtenidos a través de los índices se identificó que los trastornos de ansiedad son la principal causa de la reducción en la calidad de vida, seguidos de la deficiencia al movilizarse, trastornos depresivos y el dolor. Así mismo se encontró que la dificultad para realizar actividades diarias también desmejora en gran proporción la calidad de vida del adulto mayor.

En las conclusiones se establece que la salud mental y la funcionalidad tienen un gran peso dentro de la percepción del adulto mayor acerca de su calidad de vida. Se comprobó la efectividad de los instrumentos de medición debido a que todos arrojaron resultados muy similares.

3.2. Estudios de aplicación de políticas públicas a favor del adulto mayor en

América Latina

3.2.1. Colombia

En el marco jurídico colombiano, existe la denominada *Ley de Protección para el Adulto Mayor* con el fin de la *protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores*, mediante políticas públicas que amparen a estas personas durante su etapa de envejecimiento con programas y planes por parte del Estado en donde se involucre a familiares y centros de atención que presten servicios para este sector, asegurando la participación de esta parte de la sociedad en el desarrollo del país (Congreso de Colombia, 2008).

También existe en Colombia una asociación estratégica de las sociedades fiduciarias públicas denominado *Consortio Colombia Mayor*, tal programa tiene por finalidad

administrar y dirigir los recursos monetarios del Fondo de Solidaridad Pensional, la misma que corresponde a una cuenta especial de la nación colombiana (sin personería jurídica) a cargo del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; a través de este programa se busca incrementar la atención hacia aquellos adultos mayores desamparados con proyectos tales como el *Programa de Subsidio al Aporte en Pensión (PSAP)* mismo que permite aportar con una determinada cantidad de dinero a los adultos mayores que no se encuentran inscritos en el sistema de Seguridad Social colombiano (Consortio Colombia Mayor, 2013).

3.2.2. Perú

En Perú, así como en Colombia, se ha implementado a partir del año 2006 una Ley que ampare a los adultos mayores, nombrada como *Ley de las Personas Adultas Mayores*. La que a partir de un marco normativo jurídico busca garantizar el cumplimiento y respeto de los derechos de los adultos mayores para que puedan ejercerlos bajo lineamientos legales eficaces y transparentes, aplicables bajo esta ley para personas de 60 años o más de edad (Congreso de la República del Perú, 2006).

El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) el 29 de Septiembre del 2012 creó el Programa Nacional *Vida Digna*, con el propósito de reconstruir y proteger los derechos de los adultos mayores de 60 años o más que viven en calle deambulando por zonas tanto públicas como privadas, que se encuentren abandonados por sus familiares y no estén inscritos en ningún programa de protección especial. El arranque de este proyecto se dio en el 2013 con la percepción que los resultados principales destacarán a partir del año 2016; el logro de los objetivos se dará mediante alianzas público-privadas, así como aportaciones voluntarias que permitan proveer de servicios de alimentación, salud y talleres educativos para estas personas, generando que la sociedad se vuelva partícipe del cambio. Vida Digna

además tiene la facultad de articular, dirigir, controlar y complementar las acciones que fortalezcan los servicios de atención existentes para los adultos mayores (Rojas Julca, 2013).

3.2.3. Chile

En Chile se han implementado un sin número de políticas públicas que permiten disminuir los índices de inequidad y exclusión social del adulto mayor, tales como los programas que de talleres con actividades de tipo artísticas y culturales; así como la creación de centros de atención diurnos, conjuntos de viviendas, establecimientos de larga estadía para adultos mayores; escuelas de formación para el adulto mayor, programas para el buen trato del adulto mayor, entre otras (Gobierno de Chile, 2015).

Estas actividades están bajo el manejo del Ministerio de Desarrollo Social de Chile, estas políticas van dirigidas a aquella parte de la población adulta mayor de 65 años de edad, de entre los principales objetivos de la ejecución de tales políticas están los de *desarrollo personal, cognitivo, biológico, físico y de integración social*, de tal modo que se permita prolongar la autonomía o independencia física de estas personas al momento de desarrollar sus funciones, además los talleres y programas también van dirigidos a los familiares o aquellas personas que cumplen el rol de cuidadores del adulto mayor, de modo que se esté salvaguardando sus derechos en cuanto a calidad y estilo de vida, acceso a servicios básicos, salud gratuita, inclusión social y buen trato (Gobierno de Chile, 2015).

3.2.4. Argentina

Si bien aún este país no cuenta con una Ley normativa para la población adulta mayor, los progresos en esta área han sido significativos, para el año 2011, la nación argentina presentó grandes avances en cuanto a la protección del adulto mayor según lo dictaminó la *III Conferencia Intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe*

organizada por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) la cual tuvo lugar en Costa Rica entre el 8 y 11 de Mayo del año en mención (Ministerio de Desarrollo Social, 2012).

De entre los resultados expuestos, los más destacados fueron el incremento de la atención en salud de personas adultas mayores con enfermedades crónicas que pasó de 10.000 individuos por mes en el 2007 a 1'500.000 en el 2011, cifra que ha venido incrementando hasta la fecha, categorizando a Argentina como el país poseedor de un sistema previsional igualitario y equitativo con mayor cobertura en toda América Latina, ya que hasta la actualidad abarca aproximadamente a más del 95% de la totalidad de la población mayor de 65 años de edad, disminuyendo el nivel de pobreza extrema para esta población (Ministerio de Desarrollo Social, 2012).

La Dirección Nacional de Políticas de Adultos Mayores gestiona programas y proyectos de atención del adulto mayor, sean estos centros de acogimiento diurnos, atención domiciliaria, hogares de residencia permanente, de entre los cuales se hará referencia al programa *PROTEGER* el cual está orientado a la asistencia psico-social y jurídica para personas mayores de 60 años de edad ante los eventos de violencia, soledad y abandono en el que estarían viviendo estas personas (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos).

Por su parte, el Ministerio de Salud a través del *Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud* busca fomentar las acciones que correspondan al establecimiento de un mejor estilo de vida bajo parámetros de salud integrales promoviendo un envejecimiento saludable; bajo el cumplimiento de los derechos para el adulto mayor y personas mayores con discapacidad que menciona la Constitución Argentina y los acuerdos o tratados internacionales actuales, de forma que se logre influir en el desarrollo de mejores formatos de atención en salud preventiva y a la vez se promueve la investigación en la rama

gerontológica que incrementen el conocimiento y logren responder eficientemente a las necesidades detectadas en las personas de edad avanzada (ProNEAS, 2013).

3.3. Marco legal en Ecuador

El en país existen leyes y lineamientos en los cuales se exige una atención especial para los grupos vulnerables, entre estos se encuentran los adultos mayores, población que ha ido creciendo en las últimas décadas, a continuación se mencionan los derechos de los adultos mayores establecidos en la norma suprema del Ecuador.

3.3.1. Constitución Política de la República del Ecuador

La Carta Magna hace referencia a los adultos mayores en su Título II Derechos Capítulo tercero, en donde se especifican los derechos de los grupos de atención prioritaria los cuales corresponden a las personas adultas mayores, niños/as y adolescentes, mujeres embarazadas y personas con discapacidad, personas privadas de la libertad y aquellos que padezcan enfermedades catastróficas. Todos ellos deben recibir protección especial por parte del Estado. (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008)

En la sección primera se enfoca exclusivamente en las personas adultas mayores:

- Art. 36.- Señala la edad para considerar a una persona como adulto mayor en el país y es a partir de los 65 años, indica además que es una obligación otorgarles atención especial en las áreas de inclusión social y económica y sobretodo protegerlos de cualquier tipo de violencia. (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008)
- Art. 37.- Especifica los derechos que se les deben garantizar a los adultos mayores por parte del Estado, los cuales incluyen: servicios de salud y

medicinas gratuitos, trabajo con un salario acorde a sus capacidades, la jubilación, reducciones en el costo del transporte y todo tipo de espectáculos públicos y privados, así como reducciones y eliminación del pago de tributos, vivienda que le permita vivir dignamente de acuerdo a su criterio.

- Art. 38.- Expresa que el Estado deberá implementar diversas políticas públicas y programas dirigidos a los adultos mayores que serán especializado de acuerdo a la situación de los mismos, cultura, género, etc. con el propósito de fomentar la independencia del individuo. El Estado se enfocará en que los adultos mayores reciban atención en lugares especializados que realicen seguimiento acerca del estado nutricional y de salud, y que les proporcionen educación y cuidado. Así como la creación de casas hogares para aquellos que no tengan lugar donde vivir. Les brindará además protección sobre cualquier tipo de violencia y explotación y fomentará su participación en actividades de recreación y esparcimiento. Recibirán atención especial en caso de padecer enfermedades crónicas y asistencia psicológica para asegurar su salud mental. Finalmente la ley especifica sanciones para aquellas familias e instituciones que abandonen a sus adultos mayores. (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008)

3.3.2. Plan Nacional para el Buen Vivir

El Buen Vivir o Sumak Kawsay es definido como el estado en el cual la sociedad vive la igualdad, la solidaridad, la inclusión, una mejor distribución de las riquezas, todo esto en armonía con la naturaleza. El Plan Nacional para el Buen Vivir establece lineamientos y directrices que el Estado debe seguir para alcanzar este único y común objetivo. (Senplades, 2013). A continuación se mencionarán los objetivos que se enfocan en la situación de los grupos vulnerables:

- Objetivo 2 Auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial en la diversidad: Este objetivo se centra en la igualdad de derechos que tienen todas las personas y el establecimiento de políticas que promuevan la igualdad y eliminen la exclusión en todos los campos, laboral, salud, educación, atención especializada y protección especial que es la que necesitan los adultos mayores.
- Objetivo 3 Mejorar la calidad de vida de la población: Este objetivo se centra en la satisfacción de las necesidades sean estas básicas y superiores y de otorgar a la población las herramientas y oportunidades para alcanzar sus metas. Esto empieza a partir del cumplimiento de los derechos más básicos, el acceso al agua, salud, alimentación y una vivienda digna para todos y todas.
- Objetivo 4 Fortalecer las capacidades y potencialidades de la ciudadanía: Este objetivo se enfoca sobretodo en la educación de niños, jóvenes, adultos y adultos mayores, con igualdad y sin exclusión de sexo, edad, religión, etnia, raza, comunidad. Sembrar conocimiento y capacidad representa cosechar recursos infinitos. (Senplades, 2013)

En este capítulo se mostró a través de diversos estudios la percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida, en general se determinó que los adultos mayores tienen un consumo calórico bajo debido a que la mayoría solo comen dos veces al día y aunque reconocen que una alimentación saludable favorece a su estado de salud se les dificulta cambiar sus hábitos alimenticios porque muchos de ellos dependen de terceras personas quienes les proporcionan sus alimentos. Así mismo la falta de realización de actividad física y recreativa es muy común entre los individuos lo cual les afecta en su salud física y emocional, aquellos que realizan actividad física se sienten con mejor estado anímico e

independientes, además el nivel de educación y los recursos económicos percibidos son factores fundamentales en la percepción de bienestar del adulto mayor.

CAPÍTULO IV

MARCO METODOLÓGICO

En este apartado se establecerá toda la metodología necesaria para el desarrollo de este estudio, variables a utilizarse y los métodos de análisis de las mismas se verán reflejados en la aplicación de modelos como Logit binomial y Logit ordenado para obtener el mejor resultado posible acerca de los factores que afectan la calidad de vida del adulto mayor.

4.1. Tipo de investigación

Este trabajo de investigación se concentrará en la investigación de tipo descriptiva y análisis econométrico mediante un modelo Logit, el cual se refiere a la recopilación y análisis de las propiedades de un hecho concreto. En el proyecto se dispone de variables cuantitativas y cualitativas que permitan un mejor análisis de la calidad de vida debido a la complejidad de su concepto. Para analizar los factores determinantes de la calidad de vida del adulto mayor, se realiza una investigación cuantitativa correlacional para encontrar si existe o no asociación alguna entre las variables utilizadas en el modelo. Adicionalmente, se evalúa si dicha asociación es significativa o no así como también la magnitud y dirección de la correlación.

4.2. Diseño de investigación

El diseño de investigación escogido para este proyecto es un modelo de corte transversal correlacional/causal, el cual consiste en recolectar todo tipo de datos ya existentes para su posterior observación y análisis de las causas y los efectos. La población objetivo de la presente investigación está constituida por adultos de ambos sexos mayores o iguales a 60

años institucionalizados en Centros Gerontológicos, que residen en áreas urbanas y rurales de la provincia del Guayas. Como el objetivo del presente trabajo está centrado en la población urbana del Guayas los resultados y estimaciones se basan en este subgrupo de la población pero sin dejar de lado las posibles diferencias existentes entre los residentes en áreas urbanas y rurales.

4.2.1. Población

En Ecuador al 2014 la población de adultos mayores ascendió a 1'077.587 (Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional, 2016). Siendo la provincia del Guayas aquella con mayor número alcanzando los 249.817. La población objetivo de la presente investigación está constituida por adultos de ambos sexos mayores o iguales a 60 años institucionalizados en Centros Gerontológicos, que residen en áreas urbanas de la provincia del Guayas. Los resultados y estimaciones se basan en este subgrupo de la población pero sin dejar de lado las posibles diferencias existentes entre los residentes en áreas urbanas y rurales.

La mencionada encuesta es de tipo de corte transversal y recoge datos del año 2014 además fue desarrollada en base a un muestreo por conglomerados y estratificado utilizando la escala de Likert en las preguntas correspondientes. En total se encuestaron a 817 adultos mayores de 65 años de la provincia del Guayas.

4.2.2. Muestra

La muestra está conformada según se muestra en la Tabla N° 1.

Tabla N° 1. Cobertura de la encuesta

Comuna	Total	Participación relativa
Guayaquil	328	40,14%
Milagro	175	21,41%
Daule	41	5,01%
Salitre	36	4,40%
Yaguachi	36	4,40%
Naranjal	35	4,28%
El Empalme	31	3,79%
Pedro Carbo	22	2,69%
Samborondón	22	2,69%
Durán	21	2,57%
Otros	15	1,83%
Colimes	9	1,10%
Simón Bolívar	9	1,10%
Playas	6	0,73%
Santa Lucía	6	0,73%
El Triunfo	5	0,61%
Balzar	4	0,48%
Juján	3	0,36%
Naranjito	3	0,36%
Balao	2	0,24%
Lomas de Sargentillo	2	0,24%
Nobol	2	0,24%
Palestina	2	0,24%
Coronel Marcelino Maridueña	1	0,12%

Isidro Ayora	1	0,12%
Total General	817	100%

Fuente: Proyecto de investigación y desarrollo “Análisis comparativo de la calidad de vida de los adultos mayores en Chile – Ecuador”.

Elaboración: El autor

4.2.3. Técnicas de recopilación de datos

Se aplicó la encuesta desarrollada en el estudio “Análisis comparativo de la Calidad de vida de adultos mayores Chile-Ecuador 2015” cuyo objetivo fue “Comparar la calidad de vida de los adultos mayores en Chile (Región del Maule) y Ecuador (Provincia del Guayas), mediante una evaluación de las variables asociadas con la alimentación, salud, funcionalidad, y familia; con el fin de diseñar un documento que contenga los criterios e indicadores de la calidad de vida en los adultos mayores” (Lapo M., 2014, pág. 13).

4.2.4. Tipo de datos

Debido a la utilización de la encuesta se obtuvieron datos de corte transversal para modelizar los factores determinantes de la calidad de vida del adulto mayor en la provincia del Guayas.

4.3. Instrumentos

4.3.1. Definición de variables

La variable dependiente utilizada en el presente trabajo, es la auto-satisfacción de los individuos con su propia vida. Específicamente, se utilizó la pregunta “Respecto a su propia vida, usted está en general...” teniendo los encuestados que escoger entre distintas escalas de respuesta las cuales para los efectos del presente trabajo fueron categorizadas en 4 niveles:

(1) si el individuo está altamente insatisfecho, (2) si se encuentra un poco insatisfecho, (3) si

está un poco satisfecho y (4) altamente satisfecho. Se consideró esta pregunta como la más adecuada para modelizar la calidad de vida del adulto mayor, ya que si bien es cierto incluye tanto factores objetivos como subjetivos que es una medida más global y capaz de tener en cuenta tanto elementos de alimentación, salud y entorno.

Existen muchos factores que pueden afectar la auto-calificación de la calidad de vida de un adulto mayor. Entre ellos los factores socio-demográficos tales como edad, género, estado civil, entre otros han mostrado tener un efecto en la auto-satisfacción de los individuos acerca de su vida en general. Así mismo la situación laboral, el padecer o no de una enfermedad específica podrían tener una influencia en la auto-calificación de calidad de vida (Azpiazu Garrido, y otros, 2002).

Se utiliza un modelo Logit ordenado para lo cual se generan variables independientes, en el caso de la edad se construyó una variable categórica con el fin de no imponer una forma funcional concreta a la relación edad-satisfacción. La variable resultante contiene 3 categorías. Con respecto al género se construyó una variable *dummy* que toma el valor de 1 para mujeres y 0 caso contrario.

Así mismo, para el estado civil se construyó una variable con 4 categorías, para la autodeterminación étnica una variable con 5 categorías mientras que para el área de residencia se generó una variable *dummy* que toma el valor de 1 para aquellos que declaran residir en el sector urbano de la provincia del guayas y 0 en el caso contrario.

Para incluir el posible efecto que el entorno podría tener en la variable resultado se considera la ocupación del individuo en el momento de la encuesta para lo cual se generó una variable categórica. Adicionalmente, se incluyó dentro de las variables explicativas si la

persona es el sustento económico del hogar mediante una dummy que toma el valor de 1 si se cumple dicha condición para el adulto mayor y 0 en caso contrario.

Finalmente, para tener en cuenta el efecto que la salud podría tener en la percepción de calidad de vida se incluyó una variable dummy que toma el valor de 1 según el adulto mayor padece de enfermedades específicas tales como hipertensión, diabetes, enfermedad del corazón, golpes, cáncer, enfermedad respiratoria, reumatismo, afecciones al hígado o vesícula, desordenes gastrointestinales y afecciones renales y 0 para el caso contrario.

La Tabla N° 2 ofrece un detalle de las variables empleadas:

Tabla N° 2 Variables utilizadas en el modelo

Tipo/Nombre	Descripción
Auto-satisfacción de los individuos con su propia vida	Categórica (<i>auto_satis_vida</i>) Altamente Satisfecho Un poco satisfecho Un poco insatisfecho Altamente insatisfecho
Sexo	Dummy Toma el valor de 1 si el individuo es mujer (mujer) y 0 si es hombre
Edad	Categórica. 60-70 años (<i>categoría omitida</i>) 71-80 años (<i>grupo_edad2</i>) 81+ años (<i>grupo_edad3</i>)
Estado civil	Categórica Soltero (<i>estado_civil1</i>) Divorciado o separado (<i>estado_civil2</i>) Viudo (<i>estado_civil3</i>) Casado(<i>categoría omitida</i>)
Grupo étnico	Categórica. Mestizo (<i>categoría omitida</i>) Afroamericano (<i>auto_etnia2</i>) Montubio (<i>auto_etnia3</i>) Indígena (<i>auto_etnia4</i>) Blanco (<i>auto_etnia5</i>)
Nivel educativo	Categórica Ninguno (<i>nivel_educ1</i>)

Ocupación	Básica (<i>nivel_educ2</i>) Bachillerato (<i>nivel_educ3</i>) Tercer nivel (<i>categoría omitida</i>) Categoría Cuenta propia (<i>categoría omitida</i>) Empresario (<i>Labor72</i>) Particular (<i>Labor73</i>) Público (<i>Labor74</i>) Jubilado (<i>Labor75</i>) Buscando trabajo (<i>Labor76</i>) En otra situación (<i>Labor77</i>)
Principal fuente de ingreso	Dummy Toma el valor de 1 si el individuo es el principal sustento económico (<i>principal</i>) y 0 caso contrario.
Enfermedad específica	Dummy Toma el valor de 1 si el individuo padece de una o más enfermedades del listado (<i>enfermedad</i>) y 0 caso contrario.
Área de residencia	Dummy Toma el valor de 1 si el individuo reside en la zona urbana (<i>urbano</i>) y 0 caso contrario.

Fuente: Proyecto de investigación y desarrollo “Análisis comparativo de la calidad de vida de los adultos mayores en Chile – Ecuador.

Elaboración: El autor

4.4. Modelo econométrico

El método de estimación empleado en el presente trabajo ha sido determinado en base a la naturaleza de la variable dependiente, la cual es de carácter ordinal con cuatro categorías siendo la categoría más alta la denominada “Altamente satisfecho” mientras que la categoría más baja es “Altamente insatisfecho”. Para este tipo de variables categóricas ordinales se emplean los modelos logit o probit ordenados. Teniendo en consideración que los resultados que se obtienen en ambos casos son bastantes similares (Maddala, 1983) se ha optado por

utilizar el modelo de regresión logística (Logit ordenado) que utiliza una función de distribución logística.

4.4.1. Modelo logit ordenado

Los modelos logit corresponden al grupo de modelos que suelen utilizarse cuando la variable dependiente no es continua sino discreta. Dentro de estos modelos de elección discreta existen diversas variantes. Una de ellas se da cuando la variable dependiente está constituida por más de dos categorías, es decir múltiples categorías dando origen a los modelos logit multinomiales. Sin embargo, algunas variables de elección multinomial muestran una naturaleza ordinal (Greene, 2003). Como ejemplo de este tipo de variables se pueden mencionar:

- Empleo: desempleado, tiempo parcial o tiempo completo
- El nivel de cobertura por determinado tipo de seguro: ninguno, parcial, total
- Encuestas de opinión: altamente en desacuerdo, parcialmente de acuerdo, totalmente de acuerdo.

Como puede notarse, en cada uno de los ejemplos mencionados, aunque la variable resultado es discreta, existe un orden natural en las respuestas de la variable dependiente.

Para ver este aspecto, tomando la variable dependiente del presente estudio:

“Respecto a su propia vida, usted está en general:

Altamente Satisfecho (4)

Un poco satisfecho (3)

Un poco insatisfecho (2)

Altamente insatisfecho (1)”

La categoría “Altamente satisfecho” constituye la categoría superior mientras que “Altamente insatisfecho” se corresponde con la categoría inferior. Para este tipo de variable dependiente, un modelo logit multinomial no sería capaz de considerar la naturaleza ordinal de la variable. Así mismo, modelos ordinarios de regresión no serían los adecuados. Por ejemplo, para nuestra variable de resultado, las respuestas están codificadas como 1, 2, 3, 4, aquí una regresión lineal trataría la diferencia entre un 4 y un 3 en la misma forma que entre un 3 y un 2 cuando en realidad ellas son únicamente un “ranking”.

Para tener en cuenta la naturaleza ordinal de la variable, el modelo logit ordenado resulta el más adecuado para modelizar la pregunta de interés. El modelo se construye alrededor de una variable latente en la misma forma que un logit binomial. En estos tipos de modelos, conforme a su definición, la variable dependiente representa la probabilidad de que ocurra el fenómeno que se está analizando. El modelo genérico queda definido de la siguiente forma:

$$y^* = x'\beta + \varepsilon$$

Donde al igual que en los modelos logit binomiales y^* no es directamente observable. Lo que se observa es

$$\begin{aligned} y &= 0 \text{ si } y^* \leq 0, \\ y &= 1 \text{ si } 0 < y^* \leq \mu_1, \\ y &= 2 \text{ si } \mu_1 < y^* \leq \mu_2, \\ y &= J \text{ si } \mu_{j-1} \leq y^* \end{aligned}$$

Donde J constituye en número de posibles respuestas de la variable categórica.

En este caso particular la J equivale a 4, ya que las posibles respuestas de los individuos encuestados en la pregunta “*Respecto a su propia vida, usted está en general....*” Tienen 4 posibles respuestas tal como de las categorizo en los párrafos anteriores.

Los μ_s son parámetros desconocidos que serán estimados en conjunto con los β (coeficientes) de la regresión. Retomando nuestra variable dependiente, los encuestados tienen 4 posibles respuestas entre las que pueden escoger, por lo que J es igual a 4, quedando:

$$\begin{aligned}
 y &= 1 \text{ si } y^* < \mu_1, \\
 y &= 2 \text{ si } \mu_1 < y^* < \mu_2, \\
 y &= 3 \text{ si } \mu_2 < y^* < \mu_3, \\
 y &= 4 \text{ si } y^* > \mu_3
 \end{aligned}$$

Para un modelo logit, que sigue una distribución logística, las probabilidades de ocurrencia de cada una de las categorías viene dada por (en el caso de dos variables independientes):

$$P(y = j | x_1, x_2) = \frac{\exp(\tau_j - \beta_1 x_1 - \beta_2 x_2)}{1 + \exp(\tau_j - \beta_1 x_1 - \beta_2 x_2)} - \frac{\exp(\tau_{j-1} - \beta_1 x_1 - \beta_2 x_2)}{1 + \exp(\tau_{j-1} - \beta_1 x_1 - \beta_2 x_2)}$$

Cuando se trata de interpretar los resultados obtenidos de un modelo Logit ordenado, que se estima por máxima verosimilitud y no por mínimos cuadrados ordinarios, se debe tener en cuenta que la relación que existe entre las variables explicativas y la probabilidad de ocurrencia del fenómeno analizado, no es lineal. La relación lineal es con la variable latente y^* (variable dependiente). En ese sentido, los coeficientes estimados del modelo no muestran directamente la magnitud sino únicamente la dirección en la que se mueve la probabilidad en referencia con la categoría más alta.

Para obtener una estimación de la magnitud de los efectos no solo en referencia de la categoría más alta sino en referencia a cualquiera de las categorías, se calculan los efectos marginales promedios que muestran, en promedio, la probabilidad de ocurrencia de cualquiera de las categorías de la variable dependiente. Lo que realiza la estimación con efectos marginales promedios es mejorar un tipo de análisis desde la vía de la comparación con alguna otra variable y de esta manera poder contrastarla. Para este caso se busca comparar la calidad de vida de los adultos mayores respecto a su lugar de residencia: urbana y rural. De esta forma se podría determinar cuáles serían los adultos mayores con mejor o peor calidad de vida referente a un lugar determinado de residencia.

4.5. Resultados

Para iniciar con el análisis de los datos se presentan las estadísticas descriptivas de todas las variables que forman parte del modelo. Para el tratamiento de los datos y análisis de los resultados se utilizó el software STATA 13.

Tabla N° 3. Estadísticos descriptivos de las variables

Variable	%
Variable dependiente	
Auto-satisfacción con la vida	
Altamente insatisfecho	2,69
Un poco insatisfecho	4,65
Un poco satisfecho	38,68
Altamente satisfecho	53,98
VARIABLES INDEPENDIENTES	
Sexo	
Mujer	47,49
Hombre	52,51
Edad	
60-70 años	41,25
71-80 años	40,27
81+ años	18,48
Estado civil	
Soltero	9,30
Divorciado o separado	13,71
Viudo	31,46
Casado	45,53

Grupo étnico	
Mestizo	58,51
Afroamericano	3,18
Montubio	32,31
Indígena	5,63
Blanco	0,37
Nivel Educativo	
Ninguno	13,95
Básica	53,12
Bachillerato	20,56
Tercer nivel	12,36
Ocupación	
Cuenta propia	25,21
Empresario	1,35
Particular	2,57
Público	0,24
Jubilado	24,11
Buscando trabajo	1,35
En otra situación	45,17
Principal fuente de ingreso	
Sí	36,72
No	63,28
Enfermedad específica	
Sí	94,98
No	5,02
Área de residencia	
Rural	49,94
Urbana	50,06

Fuente y elaboración: El autor

De la Tabla N° 3 se puede notar que, según los datos de la encuesta, la mayor parte de la muestra reporta estar satisfecho con su propia calidad de vida. Así mismo, existen más hombres que mujeres dentro de los encuestados. Respecto de los grupos etarios la mayor proporción de encuestados se encuentra entre los 60 y 80 años mientras que un 18,48% es mayor de 80 años teniendo como estado civil predominante casado y viudo con un 45,53% y 31,46% respectivamente. La mayor proporción se declara como mestizo, seguido del grupo auto calificado como montubio.

Hablando del nivel educativo, se puede notar que la mayor proporción de encuestados declara haber cursado el ciclo de educación básica (53,12%) mientras que aún un importante porcentaje de los encuestados declara no poseer ningún tipo de instrucción (13,95%).

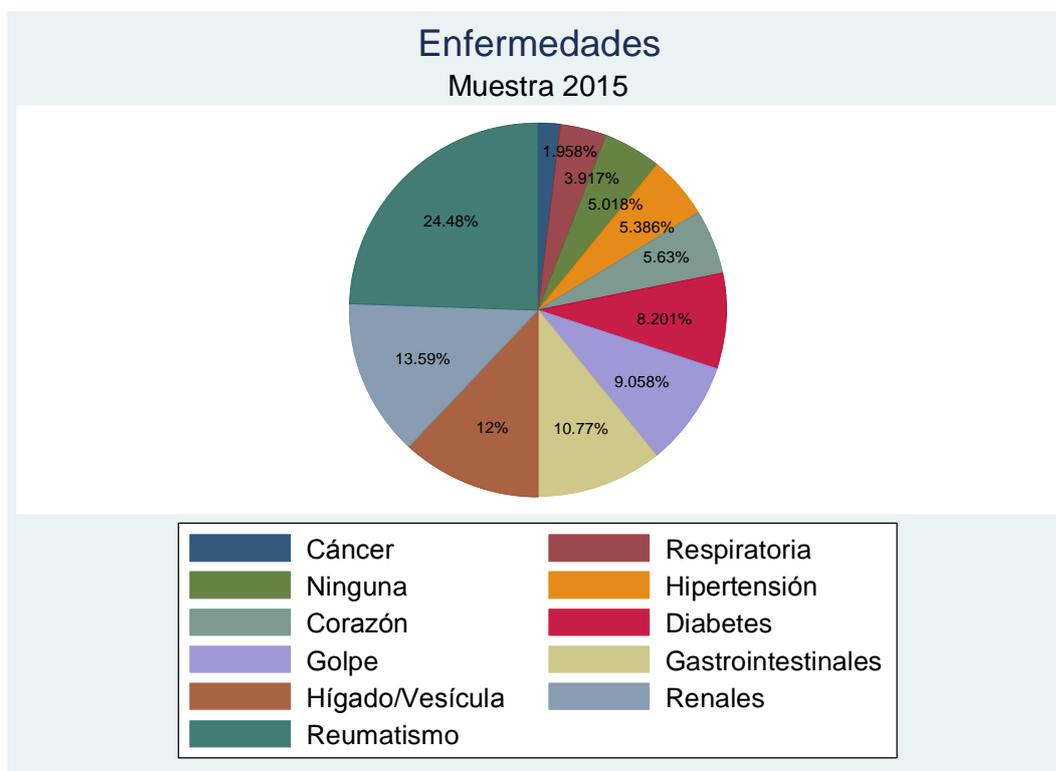
En cuanto a la ocupación reportada en la encuesta se tiene que una importante proporción de la muestra es jubilada (24,11%) y empleados dentro del sector privado (29,13%). Por otro lado, un 36,72% declara ser la principal fuente de ingreso en el hogar y el 63,28% declara no ser la principal fuente del hogar, esto daría una evidencia en principio de que los ingresos no son tan importantes para determinar la calidad de un adulto mayor. Respecto del área de residencia la distribución de los encuestados es similar, con un 49,94% para el área rural y un 50,06% para la zona urbana.

Con respecto al padecimiento de una de las 10 enfermedades incluidas en la encuesta es relevante recalcar que casi la totalidad de los encuestados declara padecer una o más de estas enfermedades con un 94,98% de representación.

De las enfermedades consultadas en la encuesta, en el siguiente Gráfico N° 1 se muestra su distribución entre los entrevistados.

Del Gráfico N° 1 puede observarse que la mayor cantidad de encuestados (24,48%) reporta haber padecido o padecer de reumatismo, seguido por problemas renales (13,59%) y de la vesícula (12%). Se observa también que los problemas gastrointestinales están presentes entre los entrevistados (10,77%). Otras condiciones con menor proporción son la hipertensión, cáncer y enfermedades respiratorias.

Gráfico N° 1



Fuente: Proyecto de investigación y desarrollo “Análisis comparativo de la calidad de vida de los adultos mayores en Chile – Ecuador.

Elaboración: El autor

Para la estimación del modelo econométrico se introdujeron adicionalmente dos términos de interacción i) entre el sexo y residentes en el área urbana para el evaluar la asociación que pudiese existir entre mujer-urbano y la autosatisfacción con la vida; y ii) entre el padecer o no una enfermedad específica con residir en el área urbana para así mismo, evaluar la asociación que pudiese existir entre enfermedad-urbano y la autosatisfacción con la vida.

Los resultados del modelo econométrico (efectos marginales promedios) para la categoría Altamente insatisfecho (categoría más baja) se muestran en la Tabla N° 4.

Tabla N° 4 Efectos Marginales Promedio para la Categoría Altamente

Insatisfecho

	Delta-method					[95% Conf. Interval]
	dy/dx	Std. Err.	z	P> z		
1.mujer	-.0002367	.0055846	-0.04	0.966	-.0111822	.0107088
1.urban_mujer	-.011744	.0061995	-1.89	0.058	-.0238948	.0004067
1.grupo_edad2	-.007133	.0043104	-1.65	0.098	-.0155812	.0013151
1.grupo_edad3	-.005809	.0049347	-1.18	0.239	-.0154809	.0038629
1.estado_civil1	.009631	.0090306	1.07	0.286	-.0080687	.0273308
1.estado_civil2	.0091001	.0074163	1.23	0.220	-.0054357	.0236359
1.estado_civil3	.0031808	.0046981	0.68	0.498	-.0060272	.0123888
1.auto_etnia2	.000976	.0113563	0.09	0.932	-.0212819	.0232338
1.auto_etnia3	.006708	.0046807	1.43	0.152	-.0024661	.015882
1.auto_etnia4	-.0099031	.0064451	-1.54	0.124	-.0225353	.0027292
1.auto_etnia5	.0009767	.0382836	0.03	0.980	-.0740577	.0760111
1.nivel_educ1	.0176185	.0130104	1.35	0.176	-.0078814	.0431183
1.nivel_educ2	.0147693	.0076051	1.94	0.052	-.0001365	.0296751
1.nivel_educ3	.0085293	.0092654	0.92	0.357	-.0096305	.0266892
1.Labor72	.0192051	.0266356	0.72	0.471	-.0329997	.07141
1.Labor73	-.0194386	.0059142	-3.29	0.001	-.0310303	-.0078469
1.Labor74	-.0058395	.0278217	-0.21	0.834	-.0603689	.04869
1.Labor75	-.0169559	.0053114	-3.19	0.001	-.027366	-.0065459
1.Labor76	-.0119766	.010018	-1.20	0.232	-.0316115	.0076582
1.Labor77	-.0091475	.0058845	-1.55	0.120	-.0206809	.0023859
1.principal	-.0153333	.0050527	-3.03	0.002	-.0252363	-.0054302
1.enfermedad	.0208287	.007523	2.77	0.006	.0060839	.0355735
1.urban	.0342181	.0351279	0.97	0.330	-.0346314	.1030676
1.urban_enfermedad	-.028204	.0259635	-1.09	0.277	-.0790915	.0226835

Note: dy/dx for factor levels is the discrete change from the base level.

Los resultados expuestos en la Tabla N° 4 muestran que en promedio, ser mujer disminuye la probabilidad de sentirse altamente insatisfecho con la vida en 0,023 puntos porcentuales comparado con los hombres, este resultado resulta interesante aunque no es estadísticamente a los valores estándares que son 10%, 5% y 1%. Sin embargo, al existir un término de interacción (vivir en el área urbana) que es significativo a un nivel del 10% y no del 5%, este indica que el efecto de ser mujer en la probabilidad de estar altamente insatisfecho con la vida es diferente para cada valor de la variable urbano. Es decir, existe una diferencia entre las mujeres residentes en el área urbana y aquellas que residen en el área rural. Para las mujeres, el residir en el área urbana podría asociarse con una menor

probabilidad de estar altamente insatisfechas con la vida en comparación con las mujeres residentes en el sector rural. Por lo cual se podría mencionar que los hombres en este caso si estarían satisfechos con su calidad de vida indiferentemente de residir en el área urbana o rural.

Con respecto a los grupos etarios, se obtiene que en promedio, estar en el rango de 71-80 años disminuye la probabilidad de sentirse altamente insatisfecho con la vida en general en 0,71 puntos porcentuales comparados con aquellos comprendidos entre los 60 y 70 años. Esta diferencia es estadísticamente significativa al 10% y no al 5%. Esto quiere decir que aquellos adultos mayores que se encuentran en el grupo de 71 a 80 años se mostraron más satisfechos con su vida que aquellos más jóvenes. Por otro lado los adultos mayores que poseen más de 81 años de edad no son estadísticamente significativos a los valores estándares de significancia.

En cuanto a las variables del estado civil, ninguna de ellas muestra un efecto estadísticamente significativo a los niveles estándares del 10%, 5% y 1%, es decir que no afecta en la percepción que tiene el adulto mayor de su calidad de vida si es viudo, casado o posee alguna pareja.

Por otro lado las variables étnicas al igual que las variables de estado civil, ninguna de ellas muestra un efecto estadísticamente significativo a los niveles estándares del 10%, 5% y 1%, es decir que no afecta en la percepción que tiene el adulto mayor de su calidad de vida si es mestizo, afroamericano, montubio, indígena o blanco.

Así mismo, con respecto a las variables de educación se observa que en promedio, haber cursado la instrucción básica aumenta la probabilidad de sentirse altamente insatisfecho con la vida en general en 1,47 puntos porcentuales comparado con aquellos que

han cursado instrucción de tercer nivel siendo esta diferencia estadísticamente significativa al 10% y no al 5%. Esto quiere decir que aquellos que alcanzaron una educación superior perciben una mejor calidad de vida que aquellos que solo aprobaron la educación primaria.

Las variables que capturan la ocupación del individuo resultan importantes y a pesar que individualmente no son todas estadísticamente distintas de cero o significativas a los niveles estándares, en la prueba de significancia conjunta sí lo son. Para esto se realizó un test de significancia conjunta obteniendo un p-valor de 0,0051 es decir significativa a un nivel del 1%. Los resultados muestran que, en promedio, estar empleado por una institución privada o particular (variable Labor73) disminuye la probabilidad de sentirse altamente insatisfecho con la vida en general en 1,94 puntos porcentuales comparado con aquellos que laboran por cuenta propia. Esta diferencia es estadísticamente significativa al 1%. Así mismo, se encontró que, en promedio, el ser jubilado (variable Labor75) disminuye la probabilidad de sentirse altamente insatisfecho con la vida en general en 1,69 puntos porcentuales comparado con aquellos que laboran por cuenta propia siendo esta diferencia estadísticamente significativa al 1%. Esto significa que aquellos que aún laboran en relación de dependencia perciben una mejor calidad de vida que aquellos que laboran independientemente, esto debido a la seguridad y estabilidad que perciben aquellos que reciben un sueldo mensual fijo a diferencia de aquellos que perciben ingresos variables, lo que explica también el hecho de que aquellos adultos mayores jubilados se sientan más satisfechos. Además los jubilados en el Ecuador tienen ciertas preferencias en acceso a servicios que mejoran la calidad de vida, como por ejemplo la atención en hospitales públicos a pesar de no aportar al IESS y la devolución y exoneración de ciertos impuestos como el impuesto al valor agregado (IVA).

Respecto a la situación de responsabilidad económica dentro del hogar, las estimaciones muestran que, en promedio, el ser la principal fuente sustento económico

disminuye la probabilidad de sentirse altamente insatisfecho con la vida en general en 1,53 puntos porcentuales comparado con aquellos que no son el principal sustento económico siendo esta asociación estadísticamente significativa al 1%. Este resultado podría explicarse por el hecho que el tener responsabilidad económica dentro del hogar, a pesar de ser un adulto mayor, contribuiría con la autoestima del individuo pudiéndose traducir en valoraciones más altas de la auto-calificación de la propia calidad de vida.

Como era de esperarse, el padecer una enfermedad específica tendría un impacto negativo en la auto-calificación de la propia calidad de vida del individuo. Los resultados de la estimación muestran que, en promedio, el padecer de una o más de las enfermedades listadas en la encuesta, incrementa la probabilidad de sentirse altamente insatisfecho con la vida en general en 2,08 puntos porcentuales comparado con aquellos individuos que no reportaron padecer dichas enfermedades. Esta diferencia es estadísticamente significativa al 1%. Un padecimiento que perjudique la salud afecta de manera significativa el bienestar del adulto mayor. El término de interacción (urbano) entre las variables enfermedad y área de residencia no resulta estadísticamente significativo distinto de cero o a los niveles estándares de significancia, resultado que sugiere que no existiría diferencia alguna entre los adultos mayores que reportan alguna enfermedad y si residen en la zona urbana o rural de la provincia del Guayas. Esto quiere decir que el lugar en donde residan no los predispone a padecer enfermedad alguna. Por tanto, residir en el área urbana o rural no es determinante según los resultados mostrados para la calidad de vida, mientras que sí que lo son las variables: padecer alguna enfermedad, ser el ingreso principal del hogar, ser jubilado, trabajar de manera particular, nivel de educación básica, pertenecer a una edad entre 71 y 80 años.

4.5.1. Limitaciones

El presente trabajo tiene algunas limitaciones. Primero, aquellas derivadas de la fuente de datos, en este caso la encuesta, que por su naturaleza puede inducir a los individuos a dar respuestas socialmente aceptadas en lugar de la realidad. Debido a las restricciones existentes, el tamaño de la muestra de 817 individuos y por el diseño de la muestra, los resultados no podrían ser extrapolados a niveles superiores. Finalmente, aquellas derivadas de un estudio de corte transversal donde las conclusiones, por ningún motivo, pueden interpretarse como relaciones causa-efecto sino únicamente como asociaciones entre las variables analizadas.

4.5.2. Conclusiones

La auto-calificación de la calidad de vida del adulto mayor podría estar influenciada por muchos factores que en distintas medidas pueden influir. De los resultados de la estimación se obtiene una conclusión muy importante y es que la ocupación y nivel de educación de los adultos mayores muestra una asociación estadísticamente significativa en la auto-calificación de la calidad de vida. Así, aquellos con menor nivel educativo son más propensos a sentirse menos satisfecho con su vida. En ese sentido, una posible alternativa para la mejora de la calidad de vida de estos individuos podría ser el incluirlos en programas de capacitación que, si bien es cierto, no culminarán con la obtención de un título oficial sí podría contribuir a la mejora de la calidad de vida.

Por otro lado, la ocupación incide negativamente en la insatisfacción de la calidad de vida de los adultos mayores es decir aumentara la satisfacción siempre y cuando dichos adultos mayores se encuentren en una situación laboral de: trabajar de manera particular o encontrarse jubilados. Esto generaría algún tipo de incentivo emocional y económico ya que

podrían tener acceso a un mayor consumo, a una cierta estabilidad económica y laboral y en el caso de los jubilados a un beneficio social determinado por el Gobierno tales como acceso gratuito a los servicios de salud y ciertos programas de devoluciones y exoneraciones de impuestos.

Finalmente, el área de residencia muestra que juega un papel importante cuando se habla de las diferencias entre hombres y mujeres, así los resultados sugieren que para el caso de las mujeres el residir en el área urbana de la provincia del Guayas se asociaría con una menor probabilidad de sentirse altamente insatisfecho con la vida, manteniendo el resto de variables fijas. Mientras que, por otro lado el área de residencia no es una variable importante en general para determinar la calidad de vida de los adultos mayores en la provincia del Guayas y que existen variables más importantes para dicha determinación tales como padecer alguna enfermedad, ser el ingreso principal del hogar, ser jubilado, trabajar de manera particular, nivel de educación básica, pertenecer a una edad entre 71 y 80 años.

A partir de la información recopilada acerca de los factores que afectan la percepción de la calidad de vida del adulto mayor en Guayas y en América Latina (Capítulo III) se da apertura al siguiente capítulo, en el cual se pretende, a través de un análisis, proponer ideas de políticas públicas a favor del adulto mayor, debido a que nos encontramos frente a un grupo de la población que asciende en número pero no en atención por parte del gobierno ecuatoriano.

CAPÍTULO V

PÓLITICAS PÚBLICAS Y EL ADULTO MAYOR

Los resultados obtenidos en el capítulo anterior demuestran que las variables salud, ocupación y nivel de educación son factores claves y determinantes dentro de la calidad de vida del adulto mayor en el sector urbano de la provincia del Guayas. En esta sección se mencionarán las políticas públicas como herramientas para incrementar el bienestar del adulto mayor, así mismo se tratará el caso de Ecuador y la situación actual respecto a medidas implementadas a favor del adulto mayor. Una vez identificadas las falencias se dará la oportunidad de proponer la implementación de políticas públicas que mejoren las condiciones de vida del segmento poblacional en estudio.

Objetivo:

- Presentar políticas públicas que puedan ser implementadas por el Estado ecuatoriano.

5.1. Políticas bases para la propuesta

De acuerdo a lo evidenciado en el capítulo III sobre la aplicación de determinadas políticas públicas en Argentina sobre la protección al adulto mayor, se procederá al uso de las mismas como referencia para implementar nuevas políticas públicas en el Ecuador.

En el Ecuador, las cifras estadísticas resultantes del último censo poblacional realizado en el año 2010, alrededor de un 7% del total de la población ecuatoriana son adultos mayores, esto sería un aproximado a un millón de habitantes de más de 65 años de edad, de

las cuales un 57% viven en la extrema pobreza, encontrándose mayormente afectados aquellos que residen en zonas rurales del país (Miranda, El Ciudadano, 2014), de acuerdo a la Constitución estas personas se encuentran categorizadas dentro del grupo de protección especial conformados por quienes son más vulnerables dentro de la sociedad, a su vez se detallan los derechos que tienen y cómo estos deben ser atendidos por el Estado, de entre los que se encuentran:

- La atención gratuita, de calidad, calidez y especializada en salud y el acceso gratuito a las medicinas, lo que está bajo la dirección del Ministerio de Salud Pública a través de los centros de servicios hospitalarios.
- El trabajo digno y remunerado de acuerdo a los conocimientos, aptitudes, actitudes y capacidades, previa consideración de las limitaciones que el adulto mayor posea; bajo el art. 216 del Código de Trabajo (Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional, 2014).
- La jubilación universal, siendo uno de los derechos establecidos por la Constitución, es un tema que resulta controversial al momento de analizarlo, ya que no todos los adultos mayores tienen acceso a una pensión mensual por jubilación, si bien este es uno de los objetivos del actual gobierno que es el de vincular a la seguridad social a todas las personas pertenecientes a los grupos vulnerables, es un hecho que hasta el momento esto no se ha logrado.
- Otro de los beneficios con los que cuentan es las rebajas que se les debe hacer al momento en que el adulto mayor accede a los servicios públicos, servicios privados como el de transporte y espectáculos (Art. 15 Ley del Anciano). Así también las exenciones en cuanto al pago de ciertos tributos (Art.9 Ley de Régimen Tributario

Interno) y demás costos notariales o de registro de determinados documentos de tipo legal, y principalmente;

- El acceso del adulto mayor a una vivienda con las condiciones necesarias y suficientes que garanticen una vida digna, previa opinión y consentimiento por parte del individuo (García Falconí, Revista Judicial de LA HORA, 2011).
- (Ley Orgánica de Comunicación, 2013), esta Ley en su artículo 10 numeral 2, sobre los grupos de atención prioritaria, detalla que todos los individuos que tienen competencia en el área de la comunicación no deben transmitir contenidos que transgredan la dignidad del adulto mayor o den una perspectiva negativa acerca del envejecimiento.

La población adulta mayor tiene un trato preferencial dentro de cada una de las Leyes y normas ecuatorianas, contando esencialmente con una “*Ley del Anciano*” la misma que bajo los dictámenes de la Constitución tiene como objetivo garantizar el derecho a un estilo de vida de calidad bajo todos los elementos incidentes como la alimentación, salud corporal y psicológica, vestimenta, vivienda, atención geriátrica y gerontológica íntegra para aquellas personas consideradas legalmente adultos mayores (con 65 años o más de edad), información que se constatará con la cédula de ciudadanía, pasaporte u otro documento de identificación en el caso de los residentes extranjeros (Congreso Nacional del Ecuador, 2006). La Ley citada sufrió una actualización en el año 2012 con el actual régimen de gobierno.

5.2. Programas y Proyectos implementados en el Ecuador para optimizar la calidad de vida del adulto mayor

En la última década se han visualizado avances y cobertura de los servicios en relación a este tema, actualmente hay muchos programas que son llevados a cabo por los

Ministerios de Salud, de Inclusión Económica y Social y de Vivienda, en unión con el Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional, los que trabajando en conjunto han buscado garantizar el cumplimiento y ejercicio de los derechos del adulto mayor. De acuerdo a cifras correspondientes al año 2013, el Ecuador contaba con alrededor de 13 Centros Gerontológicos de administración directa y 151 organizaciones civiles como casas de acogimiento tanto públicas y privadas que brindan servicios de atención al adulto mayor (ANDES, 2013).

La iniciativa gubernamental para conseguir incrementar el bienestar y calidad de la población adulta mayor en el Ecuador está liderada por el “*Plan Nacional de Protección para Adultos Mayores*”, creado en el año 2007 con el objetivo de integrar a los gobiernos sectoriales, sean estos prefecturas, municipios y juntas parroquiales, para que juntos con las Comisiones Provinciales y Cantonales de la Tercera Edad se creen e implementan las políticas correspondientes que consideren el envejecimiento como un proceso activo, digno y seguro, mediante planes anuales bajo el financiamiento del Presupuesto General del Estado y presentando la debida evaluación de la gestión realizada y los logros alcanzados (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2012).

Programa de Atención Integral Gerontológica; mismo que está bajo la dirección de los Ministerios de Salud e Inclusión Social; orientado principalmente en establecer la posición especial que tiene el adulto mayor en cuanto a la atención diferenciada y primordial que este goza, sin que se lo excluya del medio en que se desenvuelve (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2012).

Programa del Adulto Mayor; programa a cargo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), llevado a cabo en todas las provincias del Ecuador con actividades recreativas, talleres de terapia ocupacional y de integración, orientados a la promoción, prevención y

cuidado integral de la salud de los adultos mayores; coordinado directamente por los jubilados en conjunto con los miembros en las unidades médicas del IESS (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, s.f.).

Actualmente en el país se lleva a cabo el “Plan de Protección Social” creado en el año 2009, mismo que está bajo la tutela del Ministerio de Inclusión Económica y Social; dicho plan incluye el programa de “Jubilación Universal No Contributiva” con el cual se propone la entrega de una pensión mensual de 50 dólares a aquellos adultos mayores de 65 años que no se encuentran afiliados a ningún sistema de seguridad social sea público o privado, a partir de junio del 2013 se amplió la cobertura de este proyecto, abarcando a aquellos adultos mayores que tengan 40% o más de discapacidad (ANDES, 2013).

Plan de Acción Interinstitucional para Personas Adultas Mayores (2011-2013); presentado por el Ministerio de Salud Pública; tuvo como propósito potenciar el trabajo colectivo entre instituciones y personas que trabajan en bienestar del adulto mayor, que contribuyó en incrementar la independencia funcional mental de esta población en conjunto con la participación activa de los miembros familiares con los que comparte el adulto mayor (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2012).

Plan Estratégico de Desarrollo de Turismo Sostenible del Ecuador (PLANDE TUR); llevado a cabo por el Ministerio de Turismo con fecha de culminación en el año 2020; mismo que a través de un proyecto de vinculación de adultos mayores al turismo interno para ampliar las oportunidades socio-culturales de recreación, conocimiento del país y fomentar la aplicación del derecho al ocio de los ciudadanos, principalmente de los grupos vulnerables, entre los cuales están los adultos mayores (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2012).

5.3. Formulación de Políticas Públicas

5.3.1. Salud

- Creación de centros de rehabilitación para adultos mayores que tengan alguna discapacidad, sea física o mental.
- Implementación de centros de ayuda emocional para adultos mayores que se encuentren en abandono familiar.
- Impulsar la atención gratuita para el adulto mayor en todas las instituciones de salud, tanto pública como privada.

5.3.2. Alimentación

- Campañas públicas que promuevan una alimentación adecuada para el adulto mayor.
- Entrega de víveres a los adultos mayores que residen en zonas geográficas de difícil acceso.
- Diseñar guías alimentarias que contengan un régimen de dieta balanceada para cada día de la semana.

5.3.3. Funcionalidad

- Promoción de actividades recreacionales en los distintos centros de acogimiento.
- Impulsar el desarrollo de la actividad física del adulto mayor a través de la práctica de ejercicios en zonas de esparcimiento público.

- Realizar talleres de aprendizaje comunitarios dirigidos al adulto mayor con problemas de analfabetismo.

5.4. Responsables

La ejecución de las políticas públicas propuestas estará a cargo principalmente del Estado (como organismo de organización y control) mediante la gestión gubernamental, donde a través de los ministerios pertinentes, como el de Inclusión Económica y Social, de Salud Pública, de Urbanización y Vivienda; se provean de los servicios u obras públicas necesarias que permitan mejorar la calidad y estilo de vida del adulto mayor, vinculando la responsabilidad a las demás instituciones públicas para que proporcionen una atención de calidad al momento en que un adulto mayor solicite los servicios que esta ofrece.

Mediante la colaboración de los gobiernos seccionales y juntas parroquiales, se generen alianzas público-privadas con las empresas más representativas del mercado para la estructuración y cumplimiento de las actividades que se deben realizar, también se debe destacar el aporte esencial por parte de la comunidad y familiares ya que por medio de ellos se logrará conocer la situación en la que se encuentra el adulto mayor y así poder brindar una solución inmediata; volviendo así a cada ecuatoriano un agente de participación activa y corresponsable del cambio.

A más de generar un vínculo entre la comunidad universitaria y los ministerios, para que a través de las investigaciones que los estudiantes realicen en las áreas pertinentes tales como: gerontología, nutrición, análisis socio económico de los grupos de atención prioritaria, sirvan de complemento para lograr la calidad de vida del adulto mayor, al mismo tiempo dando apertura para que los jóvenes universitarios realicen sus prácticas profesionales en las instituciones encargadas de ejecutar estos proyectos.

5.5. Alcance

Basado en los resultados obtenidos, las políticas públicas formuladas inicialmente serán aplicables para la provincia del Guayas, debido al tamaño poblacional que posee, una vez que los efectos de la aplicación de estas políticas sean perceptibles y se haya logrado cumplir con las metas planteadas, se procederá con la implementación de las mismas a nivel nacional, priorizando aquellas zonas rurales y urbanas que más lo demanden.

5.6. Cronograma

Las políticas planteadas son de una aplicabilidad de corto plazo, con resultados significativos en el mediano y largo plazo, estimando que aproximadamente en un lapso de 12 meses, con controles trimestrales de los avances, se tendrán listos los lineamientos, procedimientos y conexiones que se requieran para poner en marcha la realización de las actividades pertinentes en pro del bienestar del adulto mayor. Ver anexo 2.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Una vez terminado este trabajo de investigación y conforme a los objetivos propuestos se concluye que:

- La economía del bienestar permite el entendimiento de la relación entre preferencias y presupuesto con la calidad de vida de las personas. A pesar de esto el concepto es limitante ya que no incluye muchos aspectos subjetivos que afectan el bienestar de las personas. Es por esto que nace el concepto de bienestar social el cual ya involucra la percepción del individuo con respecto a su calidad de vida.
- El PIB es el indicador comúnmente utilizado por los países para medir el bienestar, pero no es el más confiable debido a que sólo incluye aspectos cuantitativos, para esto se han creado otros indicadores como el Índice de Desarrollo Humano, Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas que representan de mejor forma el bienestar de una población.
- Según el criterio de muchos expertos, el bienestar no se alcanza con la satisfacción de las necesidades básicas, sino que una vez satisfecha estas surgirán nuevas y más complejas necesidades que serán igual de importantes para el individuo que las básicas y estos requerimientos presentes en su vida los podrá satisfacer con posesiones (capacidades y actitudes propias del individuo) y con intercambios (aquellas que debe conseguir).
- La creación y utilización de herramientas como el cuestionario Calidad de Vida relacionada con Salud, son métodos confiables que permiten determinar

el bienestar del individuo tomando en cuenta aspectos subjetivos y objetivos, herramientas que ya han sido probadas en economías desarrolladas, en personas sanas y con padecimientos de salud.

- La salud y la alimentación son piezas claves en la calidad de vida del adulto mayor, pero estas a su vez dependen de los ingresos y de la asistencia social que reciba el individuo, además de las costumbres alimenticias, porque existen casos en los cuales el adulto mayor no se alimenta adecuadamente no por falta de recursos sino por los hábitos alimenticios que ha desarrollado a lo largo de su vida
- Dentro del desenvolvimiento del adulto mayor resalta el término funcionalidad, el cual encierra la autonomía y la independencia, es decir, la habilidad y capacidad del individuo de realizar sus actividades diarias sin asistencia, así como el de contar con cierta cantidad de recursos económicos que le permitan adquirir bienes o servicios que le produzca placer y distracción.
- Estudios realizados en países latinoamericanos arrojan que los adultos mayores necesitan el apoyo de familia y amigos para mejorar su calidad de vida, una pareja también favorece su bienestar, la realización de actividades de recreativas, reuniones con amigos y el ejercicio son factores que mejoran su estado anímico. El cuidado de la salud es percibido como importante aunque a través de la alimentación les resulte complejo debido a que dependen de terceros para la preparación de sus alimentos.
- La Constitución del Ecuador ampara al adulto mayor, establece sus derechos y sus beneficios, así mismo el Plan Nacional para el Buen Vivir menciona la

inclusión y la igualdad, factores claves para mejorar la calidad de vida de la población en general.

- El estudio econométrico demostró que el nivel de educación tiene una fuerte influencia en la percepción de la calidad de vida por parte del adulto mayor, así mismo aquellos adultos mayores mujeres que residen en áreas urbanas de la provincia se sentían más cómodos y satisfechos con su vida. Las mujeres dieron respuestas más positivas que los hombres. En este caso el estado civil y el grupo étnico no presentó influencia alguna en la percepción. Aquellos adultos mayores que laboraban en relación de dependencia se sentían más satisfechos con su vida que aquellos que laboraban independientemente y los jubilados presentaron mejor percepción de su calidad de vida que aquellos que continuaban laborando. El ser un apoyo económico dentro de la familia favorece la autoestima del adulto mayor y el padecer enfermedades disminuye su calidad de vida.
- Como se ha planteado en la investigación, existen muchos criterios al momento de definir las políticas públicas; en sí una política pública hace referencia a las decisiones, acciones, inacciones u omisiones que un gobierno con la participación de la sociedad en general, ejecute con el fin de resolver aquellos problemas que aquejan a un determinado grupo de la población impidiéndoles alcanzar un estado de bienestar pleno y convivencia social pacífica
- Como se ha expuesto, jurídicamente, dentro de las leyes que rigen en el país, la población de adultos mayores se encuentra ampliamente amparada en sus derechos, sin embargo el cumplimiento de la norma no se da a cabalidad como lo señalan las cifras antes descritas, sea por la ubicación geográfica en que se

sitúen, lo cual dificulta el acceso de la ayuda la persona que lo necesite, o por factores de índole legal en el sentido de cómo se deben seguir los procedimientos por parte de los servidores públicos, la atención del adulto mayor no se cumple según lo descrito en la Constitución.

- Considerando que la población adulta mayor se incrementa actualmente debido al ritmo acelerado de envejecimiento, lo cual traerá ciertas repercusiones significativas tanto económica como socialmente, ya que se reduce el tamaño de la población económicamente activa, aumenta el gasto público en cuanto a seguridad social y demás programas de cuidado y atención a estas personas. Es por eso que la parte de la población que se encuentra en una etapa joven o adulta intermedia debe manejar criterios de responsabilidad social y gratitud hacia sus mayores, contribuyendo voluntariamente en el cambio hacia un país más justo, solidario, equitativo, moral y socialmente responsable que permita la inclusión y participación de cada uno de los sectores poblacionales en que se encuentra dividido el Estado con el propósito de alcanzar las metas propuestas.
- Se recomienda la aplicación del cuestionario de Calidad de Vida Relacionado con Salud, el cual representa una fuente de indicadores confiables de calidad de vida para cualquier grupo etario, sin importar si el adulto mayor posee o no una enfermedad específica, y sin embargo permite un estudio más profundo con aquellos que si las poseen.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar Astorga, & Lima Facio. (Septiembre de 2009). *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. Obtenido de Eumed.com: <http://www.eumed.net/rev/cccss/05/aalf.htm>
- Aguilar Villanueva, L. F. (1993). *Antologías de Política Pública*. México: Editorial Porrúa.
- Alonso Galbán, P., Sansó Soberats, F., Diaz-Canel, A., Carrasco García, M., & Olivia, T. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista Cubana Salud Pública*, 1-17.
- ANDES. (1 de Octubre de 2013). *Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica*. Obtenido de www.andes.info.ec: <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-trabaja-politicas-integrales-e-inclusivas-desarrollo-adultos-mayores.html>
- ANDES. (1 de Octubre de 2013). *Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica*. Obtenido de sitio web de la CEPAL: <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-trabaja-politicas-integrales-e-inclusivas-desarrollo-adultos-mayores.html>
- Andreatta, M. M. (2013). La alimentación y sus vínculos con la salud desde la Teoría de las Representaciones Sociales. *DIAETA*, 42-49.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: Una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 161-164.
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Alfaro.
- Azpiazu Garrido, M., Cruz Jentoft, A., Villagrasa Ferrer, J., Abadanes Herranz, C., García Marín, N., & Alvear Valero de Bernabé, F. (2002). Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Revista Española de salud pública*, 683-699.
- Badia, X., Roset, M., Monserrat, S., Herdman, M., & Segura, A. (1999). La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. *Med Clin*, 79-86.

- Barros, C., & Muñoz, M. (2001). Relaciones e Intercambio familiares del adulto mayor. *IV Congreso Chileno de Antropología* (págs. 495-498). Santiago de Chile: Colegio de Antropólogos de Chile A. G.
- Bazán, C., & Ferrari, L. (2011). Las dietas hipocalóricas y la delgadez como sinónimo de salud en un grupo de mujeres de la ciudad de Buenos Aires y el conurbano bonaerense. *Cuadernos Sociales*, 37-73.
- Birkland, T. (2001). *An introduction to the policy process*. New York: M.E. Sharpe.
- Bishop, G. (1991). *Understanding of illness: Lay disease representations*. New York: J.A. Skelton & R.T. Croyle.
- Boult, C., Kane, R., Louis, T., Boult, L., & McCaffrey, D. (1994). Chronic conditions that lead to functional limitation in the elderly. *Journal of Gerontology*, 28-26.
- Camino, M. C., & Plazas Neira, A. P. (2009). Trabajo de grado para optar por el título de Especialista en Gerencia Social. *Políticas públicas para el adulto mayor*. Bogotá, Colombia: Corporación Universitaria Minuto de Dios, Facultad de Ciencias Empresariales.
- Carrasco, M., Martínez, G., Foradori, A., Hoyle, T., Valenzuela, E., Quiroga, T., . . . Marin, P. (2010). Identificación y caracterización del adulto mayor saludable. *Revista Médica de Chile*, 1077-1083.
- Castanedo, J., & Vicente, N. (2000). Modelo de atención gerontológica en el Consejo Popular ciudad de La Habana. *Revista Electrónica Geriátrica*, 1-8.
- Cejudo Córdoba, R. (2007). Capacidades y Libertad: Una aproximación a la teoría de Amartya Sen. *Revista Internacional de Sociología*, 9-22.
- Celia, D., & Tulsky, D. (1990). Measuring the quality of life today: methodological aspects. *Oncology*, 29-38.
- Chaturvedi, S. (1991). What is important for quality of life to Indians in relation to cancer? *Social Science and Medicine*, 91-94.

- Congreso de Colombia. (27 de Noviembre de 2008). *Instituto Colombiano de Bienestar Familiar*. Obtenido de www.icbf.gov.co:
http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1251_2008.htm
- Congreso de la República del Perú. (19 de Julio de 2006). *Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables*. Obtenido de <http://www.mimp.gob.pe/>:
http://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/diapam/Ley_28803_Ley_del_Adulto_Mayor.pdf
- Congreso Nacional del Ecuador. (2006). *Ley del Anciano*.
- Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional. (29 de Septiembre de 2014). *Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional*. Obtenido de www.igualdad.gob.ec:
<http://igualdad.gob.ec/122-adulto-mayor.html>
- Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional. (29 de Septiembre de 2014). *Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional*. Obtenido de sitio web del Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional: <http://igualdad.gob.ec/122-adulto-mayor.html>
- Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional. (27 de Febrero de 2016). *CNII*. Obtenido de <http://www.igualdad.gob.ec/adulto-a-mayor/cuantos-son-adulto-mayor.html>
- Consortio Colombia Mayor. (2013). *Consortio Colombia Mayor 2013*. Obtenido de colombiamayor.co: <https://colombiamayor.co/index.html>
- Coronado Gálvez, J. M., Díaz Vélez, C., Apoyala Segura, M. A., Manrique González, L. M., & Arequipa Benavides, J. P. (2009). Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. *Acta Médica Peruana*, 230-238.
- Curcio Borrero, C. L. (2008). Soporte social informal, salud y funcionalidad en el anciano. *Hacia la promoción de la salud*, 42-58.
- Duarte, T., & Jiménez, R. E. (2007). Aproximación a la Teoría del Bienestar. *Scientia et Technica*, 305-310.

- Frohock, F. (1974). Políticas Públicas, una resurrección de la ciencia de policía. En O. Guerrero, *Normative political theory*. Prentice-Hall.
- García Falconí, J. (14 de Junio de 2011). *Revista Judicial de LA HORA*. Obtenido de derechoecuador.com:
<http://www.derechoecuador.com/articulos/detalle/archive/doctrinas/derechoconstitucional/2011/06/14/los-derechos-de-los-adultos-mayores>
- García Falconí, J. (14 de Junio de 2011). *Revista Judicial de LA HORA*. Obtenido de sitio web derechoecuador.com:
<http://www.derechoecuador.com/articulos/detalle/archive/doctrinas/derechoconstitucional/2011/06/14/los-derechos-de-los-adultos-mayores>
- Gobierno de Chile. (13 de Febrero de 2015). *Gobierno de Chile*. Obtenido de www.gob.cl:
<http://www.gob.cl/2015/02/13/adultos-mayores-los-beneficios-para-la-tercera-edad-en-la-guia-de-proteccion-social/>
- González, C., & Ham-Chande, R. (2007). Funcionalidad y salud: Una tipología del envejecimiento en México. *Salud pública de México*, 448-458.
- Greene, W. (2003). *Econometric analysis*. New York: Prentice Hall.
- Guedes Alcofarado, I., & Martínez Ballesteros, V. H. (2010). Apuntes sobre: The problem of the social cost. *eGesta*, 46-59.
- Herrera, M. S., & Kornfeld, R. (Junio de 2008). *Fundación Henry Dunant*. Obtenido de www.fundacionhenrydunant.org:
[http://www.fundacionhenrydunant.org/images/stories/biblioteca/derechos-personasmayores-ppublicas/Universidad%20de%20Chile%20\(2008\)Construyendo%20pol%C3%ADticas%20p%C3%ABlicas%20para%20una%20sociedad%20que%20envejece.pdf](http://www.fundacionhenrydunant.org/images/stories/biblioteca/derechos-personasmayores-ppublicas/Universidad%20de%20Chile%20(2008)Construyendo%20pol%C3%ADticas%20p%C3%ABlicas%20para%20una%20sociedad%20que%20envejece.pdf)
- Inglehat, R. (2000). *Modernización y postmodernización: El cambio cultural, económico y político*. Madrid: Siglo XXI.

- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (s.f.). *Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social*.
Obtenido de www.iess.gob.ec: <http://www.iess.gob.ec/es/web/pensionados/programa-del-adulto-mayor>
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (s.f.). *Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social*.
Obtenido de sitio web del IESS:
<http://www.iess.gob.ec/es/web/pensionados/programa-del-adulto-mayor>
- Knoepfel , P., Larrue, C., & Varone, F. (2012). *Análisis y gestión de políticas públicas*.
Barcelona: Editorial Ariel.
- Laframboise, H. (1973). Health Policy: Breaking the problem down in more manageable segments. *Canadian Medical Association Journal*, 388-393.
- Lapo Maza, M. D. (12 de Diciembre de 2014). Análisis comparativo de la calidad de vida de los adultos mayores en Chile-Ecuador. Guayaquil, Guayas, Ecuador.
- Levy, L., & Anderson, L. (1980). *La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida*. México: Manual Moderno.
- Ley Orgánica de Comunicación. (25 de Junio de 2013). *Presidencia de la República del Ecuador*. Obtenido de www.presidencia.gob.ec: <http://www.presidencia.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/08/LeyDeComunicacion-espaniol.pdf>
- Ley Orgánica de Comunicación. (25 de Junio de 2013). *Presidencia de la República del Ecuador*. Obtenido de sitio web de la Presidencia de la República del Ecuador:
<http://www.presidencia.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/08/LeyDeComunicacion-espaniol.pdf>
- López García, E., Banegas, J., Graciani Pérez, A., Gutiérrez Fisac, J., Alonso, J., & Rodríguez Artalejo, F. (1999). Valores de referencia de la versión española del cuestionario de salud en población adulta de 60 años. *Med Clin*, 37-38.
- Maddala, G. (1983). *Limited-dependent and quality variables in econometrics*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Majone, G. (1989). Evidencia, argumentación y persuasión en la formulación de políticas. *Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública, A. C. y Fondo de Cultura Económica.*
- Martínez Sánchez, I., Cardoso Vidal, Y., & Quintero Rodríguez, H. (1999). El adulto mayor en la familia. Su relación con los más jóvenes. *Revista Cubana de Enfermería*, 44-50.
- Maslow, A. (1991). *Motivación y personalidad*. Madrid: Diaz de Santos S.A.
- Mathé, T., Pilorin, T., Hébel, P., & Denizeau, M. (2008). Du discours nutritionnel aux représentations de l'alimentation. *CRÉDOC Cahier de recherche* 252, 41-53.
- Medellín, P. (2004). La política de las políticas públicas: propuesta teórica y metodológica para el estudio de las políticas públicas en países de frágil institucionalidad. *CEPAL(93), Políticas Sociales.*
- Mendes de Leon, C., Gold, T., Glass, T., Kaplan, L., & George, L. (2001). Disability as a function of social networks and support in elderly African Americans and Whites. The Duke EPESE. *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 179-190.
- Meny, Y., & Thoenig, J.-C. (1992). *Las políticas públicas*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Ministerio de Desarrollo Social. (18 de Mayo de 2012). *Ministerio de Desarrollo Social*. Obtenido de www.desarrollosocial.gob.ar:
<http://www.desarrollosocial.gob.ar/informes/argentina-un-modelo-regional-en-politicas-para-adultos-mayores/>
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (15 de Abril de 2012). *Comisión Económica para América Latina y el Caribe*. Obtenido de www.cepal.org:
<http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/46849/ecuador.pdf>
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (15 de Abril de 2012). *Comisión Económica para América Latina y el Caribe*. Obtenido de sitio web de la CEPAL:
<http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/46849/ecuador.pdf>
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (s.f.). *Ministerio de Justicia y Derechos Humanos*. Obtenido de www.jus.gob.ar: <http://www.jus.gob.ar/atencion-al-ciudadano/guia-de-derivaciones/tercera-edad.aspx>

- Miranda, V. (7 de Octubre de 2014). *El Ciudadano*. Obtenido de www.elciudadano.gob.ec: <http://www.elciudadano.gob.ec/el-proyecto-de-ley-para-la-proteccion-del-adulto-mayor-se-analiza-en-la-asamblea/>
- Miranda, V. (7 de Octubre de 2014). *El Ciudadano*. Obtenido de sitio web de El Ciudadano: <http://www.elciudadano.gob.ec/el-proyecto-de-ley-para-la-proteccion-del-adulto-mayor-se-analiza-en-la-asamblea/>
- Mora , M., Villalobos, D., Araya, G., & Ozols, A. (2004). Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa. *Revista MHSalud*, 1-12.
- Morlot, R., Laurin, R., Lacassage, M., & Millot, I. (2010). Activité physique et consommation de fruits et légumes: représentations sociales en fonction de l'âge. *Santé Publique*, 417-424.
- Mussoll, J. (2002). Resultados de la aplicación en atención primaria de un protocolo de valoración geriátrica integral en ancianos de riesgo. *Revista Española Geriátrica Gerontológica*, 249-253.
- Nicholson, W. (2003). *Teoría Microeconómica: Principos básicos y ampliaciones*. Octava edición.
- Organización Mundial de la Salud. (8 de Noviembre de 2015). *WHO*. Obtenido de <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (8 de Noviembre de 2015). *WHO*. Obtenido de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Organización Mundial del la Salud. (8 de Noviembre de 2015). *WHO*. Obtenido de <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>
- Parales Quenza, C. (2006). Representaciones sociales del comer saludablemente: un estudio empírico en Colombia. *Univ Psychol Bogotá*, 613-626.
- Peters, B. (1999). *American public policy: Promise and performance*. Pittsburgh: Universidad de Pittsburgh.

- Plant, P., McEwen, J., & Prescott, K. (1996). Use of Nottingham Health Profile to test the validity of census variables to proxy the need for health care. *J. Public Health Med*, 313-320.
- Prada Gómez, G., Gamboa, E., & Jaime García, M. (2006). Representaciones sociales sobre alimentación saludable en población vulnerable. *Salud UIS*, 39-41.
- ProNEAS. (Julio de 2013). *Ministerio de Salud*. Obtenido de www.msal.gov.ar:
http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/programas/pdf/2013-07_programa-nacional-envejecimiento-activo-salud.pdf
- Restrepo, S. L., Morales, R. M., Ramírez, M. C., López, V., & Varela, L. E. (2006). Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en la salud. *Revista chilena de nutrición*, 33-44.
- Reyes, O., & Oslund Rains, F. (2014). Teoría del Bienestar y el Óptimo de Pareto como problemas microeconómicos. *REICE*, 217-234.
- Rodríguez Mañas, L. (2001). Envejecimiento y enfermedad: manifestaciones y consecuencias. *Gerontología Social*, 153-165.
- Rodríguez Mañas, L., & Solano Jaurrieta, J. (2001). Bases de la atención sanitaria al anciano. *Sociedad Española de Medicina Geriátrica*, 15-55.
- Rojas Julca, J. (2013). *Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables*. Obtenido de www.mimp.gob.pe:
http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_07_dvmpv.pdf
- Roth, A. (2006). *Políticas Públicas: Formulación, Implementación y Evaluación*. Bogotá.
- Salazar Vargas, C. (1995). *Las Políticas Públicas*. Bogotá - Colombia: Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá.
- Sen, A. (1981). *Poverty and famines*. Oxford: Oxford University Press.
- Sen, A. (1985). *Commodities and capabilities*. Amsterdam: Elsevier Science.
- Sen, A., & Nussbaum, M. (1996). *La Calidad de Vida*.

- Senplades. (2013). *Plan Nacional para el Buen Vivir*. Quito.
- Spitzer, W., Dobson, A., Hall, J., Chesterman, E., Levi, J., Shepherd, R., . . . Cathlove, B. (1981). Measuring quality of life of cancer patients a concise QL-index for use by physicians. *J. Chronic Dis*, 585-587.
- Strawbridge, W., Cohen, R., Shema, S., & Kaplan, G. (1996). Successful aging: Predictors and associated activities. *American Journal of Emidemiology*, 135-141.
- Subirats, J. (1989). *Análisis de políticas públicas y eficacia de la administración*. Madrid: INAP.
- Tamayo, M., & Agranoff, R. (1991). The Basic Social Services Agreed Plan: A preliminary IGM. En R. Bañón, & E. Carrillo , *La Nueva Administración Pública* (pág. Capítulo 11). Madrid.
- Tuesca Molina, R. (2005). La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Salud uninorte*, 76-86.
- Uribe López, M. (2009). Metas blandas y metas duras en el enfoque de Desarrollo Humano. *Polis, Revista de la Universidad Bolivariana*, 181-193.
- Vargas Velásquez, A. (1999). *Notas sobre el Estado y las Políticas Públicas*.
- Velásquez, R. (2009). Hacia una nueva definición del concepto "política pública". *Desafíos*, 149-187.
- Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 284-290.
- Viveros Madariaga, A. (2001). *Proyecto Regional de Población CELADE-FNUAP*. Santiago de Chile: Publicaciones CEPAL.

Anexos

Encuesta

Nº de cuestionario: _____
Fecha de aplicación: _____
Cantón: _____

ENCUESTA CALIDAD DE VIDA ADULTOS MAYORES PROVINCIA DEL GUAYAS

BUENOS DÍAS (TARDES)

EL PRESENTE CUESTIONARIO ESTUDIA LA CALIDAD DE VIDA SUBJETIVA DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA PROVINCIA DEL GUAYAS. USTED DEBE SABER TAMBIÉN QUE SUS RESPUESTAS AL CUESTIONARIO SÓLO SERÁN CONOCIDAS POR EL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN Y SERÁN ANALIZADAS CIENTÍFICAMENTE DENTRO DEL CONJUNTO TOTAL DE RESPUESTAS ENTREGADAS POR LOS PARTICIPANTES QUE CONTESTEN ESTE CUESTIONARIO, SIN HACER REFERENCIA A LA INFORMACIÓN DADA POR NINGUNA PERSONA EN PARTICULAR. LE SOLICITO CONTESTAR BASÁNDOSE EN SU PROPIA EXPERIENCIA DE VIDA.

1. En forma aproximada, me puede indicar que cantidad de dinero gasta mensualmente en alimentos para su hogar.

\$ _____

2. ¿Cuál(es) de los siguientes grupos de alimentos se consume en su hogar? y ¿con qué frecuencia se consume? (Marque sólo una frecuencia por cada alimento).

	S I	N O	Diaria- mente	2-3 veces a la seman a	1 vez a la seman a	Ocasi onal- mente	Otra frecuencia ¿Cuál?
Pan	1	0					
Cereales, pastas							
Carne (pollo, vacuno, cerdo, etc.)							
Pescado y marisco							
Leche, queso y huevos							
Aceites, mantequilla y margarina							
Fruta							
Verduras y tubérculos (papas, zanahorias, etc.)							
Azúcar, café, te							
Bebidas, jugos, etc.							
Gastos en restaurantes							
Vino							
Cerveza							
Otras bebidas alcohólicas (pisco, whisky, ron, etc.)							

3. ¿Cuáles de las siguientes enfermedades ha tenido en su vida? (puede indicar más de una opción).

<input type="checkbox"/>	Hipertensión
<input type="checkbox"/>	Diabetes
<input type="checkbox"/>	Enfermedad al corazón
<input type="checkbox"/>	Golpe
<input type="checkbox"/>	Cáncer
<input type="checkbox"/>	Enfermedad respiratoria
<input type="checkbox"/>	Reumatismo / artritis
<input type="checkbox"/>	Enfermedad al hígado o vesícula
<input type="checkbox"/>	Desórdenes gastrointestinales
<input type="checkbox"/>	Enfermedad al riñón

4. ¿Qué alimentos restringe Ud. por motivos de salud o de prevención (**Marque sólo una respuesta por cada fila**).

	No	Si
Azucares		
Productos de repostería (postres dulces, tortas)		
Sal		
Grasas y frituras		
Pastas, arroz o papas		
Carnes rojas		
Alcohol		
Café		
Otro. ¿Cuál? _____		
Otro. ¿Cuál? _____		

5. Indique las alternativas que más se relacionen con su estado de salud (Marque sólo una respuesta por cada fila).

	Muy mala	Regular	Buena	Muy buena	Excelente
Considera que su salud, en general, es:	1	2	4	6	7

Ahora, pensando sobre su salud física, que incluye enfermedades físicas y heridas ¿por cuánto tiempo durante los últimos 30 días su salud física no estuvo bien?	_____ días
--	------------

Ahora, pensando sobre su salud mental emocional, que incluye estrés, depresión y problemas emocionales ¿por cuánto tiempo durante los últimos 30 días su salud mental no estuvo bien?	_____ días
---	------------

Durante los últimos 30 días ¿por cuánto tiempo no pudo realizar actividades comunes, tales como trabajo o recreación, debido a su condición de salud?	_____ días
---	------------

6. Indique el grado de importancia que usted da a cada una de las siguientes conductas (marque sólo una respuesta por cada pregunta).

	Nada importante	Ligeramente importante	Importante	Muy importante	Extremadamente importante
Elegir alimentos y platos que disfruta comer					
Mantener una dieta saludable					
Variar su menú y tener una amplia variedad de alimentos y platos					
Comer sus comidas diarias en entornos agradables					
Organizar las compras y preparar comidas de manera de no necesitar ayuda de otras personas					
Mantener sus gastos en alimentos lo más bajo como sea posible					
Comer sus comidas en compañía de otras personas					
Mantener las tradiciones culturales de su país o región con respecto a alimentos y comidas					

Controlar su peso a través de su elección de los alimentos					
Poder cocinar para otras personas					
Elegir alimentos y platos que sean rápidos y fáciles de preparar					

7. Para lograr sus metas en relación a alimentos y comidas, está de acuerdo o en desacuerdo de que tiene la capacidad de... (nombrar recurso)

	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
Poder oler y saborear bien					
Acceder a alimentos que son rápidos y fáciles de preparar					
Acceder a medios de transporte convenientes ya sea público o privado					
Acceder a un buen servicio de proveedores de alimentos					
Acceder a alimentos y marcas de alta calidad					
Acceder a nuevos y diferentes tipos de alimentos					
Acceder a alimentos orgánicos					
Tener conocimiento general acerca de los alimentos y nutrición					
Ser capaz de recibir apoyo de autoridades u organizaciones privadas					
Tener buen apetito					
Tener habilidades para cocinar					

Tener buena salud dental						
Tener facilidades para almacenar alimentos, como congelador, refrigerador o despensa						
Tener buena salud						
Tener ingresos adecuados						
Tener implementos y equipamiento de cocina apropiados para cocinar más fácilmente						
Acceder a alimentos a bajos precios						
Ser capaz de movilizarse a pie						
Compartir sus comidas con otras personas, además de su pareja						
Vivir cerca de los lugares donde compra sus alimentos						
Tener miembros de su familia que lo ayuden cuando lo necesite						
Tener vecinos o amigos cercanos que lo ayuden cuando sea necesario						

8. Para cada una de las siguientes afirmaciones y/o preguntas, por favor marque el punto en la escala que mejor describe su sentir (Marque sólo una respuesta por cada pregunta).

	Una persona no muy feliz			Una persona muy feliz			
En general se considera;	1	2	3	4	5	6	7

Menos feliz	Más feliz
-------------	-----------

Comparado en la mayoría de sus pares, se considera;	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

	Para nada			Totalmente			
Algunas personas son muy felices. Ellos disfrutan la vida a pesar de lo que suceda sacándole provecho a casi todo. ¿En qué medida esta caracterización le describe?	1	2	3	4	5	6	7

	Para nada			Totalmente			
Algunas personas no son muy felices. Aunque no están deprimidos, nunca parecen tan felices como podrían estarlo. ¿En qué medida esta caracterización le describe?	1	2	3	4	5	6	7

9. Indique el grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones respecto a su vida (Marque sólo una respuesta por cada fila).

	En desacuerdo			De acuerdo		
	Compl etamente	Bastan te	Un poco	Un poco	Bastan te	Compl etamente
En muchos aspectos, su vida se acerca a su ideal						
Sus condiciones de vida son excelentes						

Está satisfecho con su vida						
Hasta ahora ha obtenido las cosas importantes que ha deseado en su vida						
Si pudiera vivir su vida de nuevo, no cambiaría nada						

10. Indique el grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones respecto a su alimentación (Marque sólo una respuesta por cada fila).

	En desacuerdo			De acuerdo		
	Completamente	Bastante	Un poco	Un poco	Bastante	Completamente
Los alimentos y comidas son elementos muy positivos en su vida						
Usted está muy complacido con su alimentación						
Su vida en relación a los alimentos y comidas se acerca al ideal						
Respecto a los alimentos, su condición de vida es excelente						
Los alimentos y comidas le proporcionan gran satisfacción en su vida diaria						

11. ¿Ud. es la persona encargada de realizar las compras de alimentos para su hogar? Si__ No__ (pasar a la pregunta 13)

12. Si respondió Si en la pregunta 11, por favor conteste la alternativa que más se relaciona con su conducta habitual de compra de alimentos (Marque sólo una respuesta por cada fila).

	No lo hace	A Veces	Siempre
Hace una lista de los alimentos que necesita comprar			
Selecciona los alimentos según su calidad			
Para distribuir su dinero, ordena los alimentos según su importancia antes de comprar			
Selecciona los alimentos según su precio			
Compara precios entre alimentos de distintas marcas			
Compara precios en distintos locales de venta			
Lee las etiquetas de todos los alimentos			
Mira el peso neto			
Averigua la fecha de vencimiento de los alimentos			
Compra alimentos en el comercio ambulante (la calle)			
Planifica todas sus compras de alimentos			
Generalmente gasta más de lo que tenía presupuestado en alimentos			
Examina detalladamente todos los alimentos que compra			
Si solicita crédito para comprar alimentos, pregunta por las tasas de interés y el incremento del precio final			
Si compra a crédito, compara las tasas de interés en distintos locales de venta de alimentos			
Compra habitualmente alimentos a crédito			
Dispone de poco tiempo para hacer las compras de sus alimentos			

13. A continuación le solicito me indique el grado de importancia de los siguientes aspectos de un alimento al momento de comprarlo (**Marque sólo una respuesta por cada fila**).

	Nada importante	Poco importante	Indiferente	Importante	Muy importante
Color					

Sabor					
Tamaño					
Olor					
Frescura					
Textura					
Contenido nutricional					
Que sea beneficioso para la salud					
Facilidad de preparación					
País de origen					
Región de Ecuador donde fue producido					
Respeto del medio ambiente durante la producción					
Forma de producción (orgánica o convencional)					
Sanidad					
Envase					
Etiqueta					
Marca					
Sello que garantice la calidad					
Precio					
Facilidad para obtenerlo					
Rapidez para obtenerlo					
Otro. ¿Cuál? _____					
Otro. ¿Cuál? _____					

14. Indique el grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones respecto a su alimentación (**Marque sólo una respuesta por cada fila**).

	En Desacuerdo			Neu tro	De Acuerdo		
	Compl eta- mente	Bast ante	Un po co		Un po co	Bast ante	Compl eta- mente
Los niños u otros miembros de la familia, siempre ayudan en la cocina, por ejemplo, pelando papas o cortando vegetales.							
Sólo compra alimentos que le son familiares.							
Comprar alimentos no le interesa para nada.							
Las recetas ya conocidas, son las mejores.							
Usan bastantes alimentos precocinados su cocina.							
Cenar con amigos en casa, es una parte importante de su vida social.							
Le agrada mantener sus hábitos alimenticios.							
Prefiere productos frescos por sobre los enlatados o congelados.							
En su casa, picotear ha reemplazado las horas de comida.							
Busca formas nuevas de preparar comidas.							
Salir a comer fuera es parte de sus hábitos alimenticios regulares.							
Planifica lo que van a comer, con un par de días de anticipación.							
Un plato familiar le da una sensación de seguridad.							
Le gusta experimentar recetas de otras culturas.							
Disfruta de comer en restaurantes con familia y amigos. (No lo considera un lujo).							

Se deja llevar por lo que la gente dice respecto a un producto alimenticio.							
Ser reconocido por sus habilidades de cocina, es muy importante para su auto-estima.							
Los alimentos congelados son una parte importante de su despensa. (Usa productos congelados en su cocina).							
Le encanta comprar alimentos.							
Es un excelente cocinero/a.							
Le gusta compartir con amigos disfrutando de una comida.							
Prefiere comprar productos naturales (por ej. sin preservantes).							
La información de los anuncios le ayuda a tomar mejores decisiones de compra.							
Usa bastantes mezclas preparadas, por ejemplo, masas para hornear y sopas instantáneas.							
Le gusta cocinar.							
Siempre trata de conseguir la mejor calidad por el mejor precio.							

**15. Complete las siguientes aseveraciones según corresponda a su sentir. “Yo quiero ser...”
(Marque sólo una respuesta por cada fila).**

	Como soy	Algo mejor de cómo soy	Bastante mejor que como soy	Mucho mejor que como soy
A nivel intelectual (inteligencia, capacidad, memoria)				
A nivel físico (peso, deportes, etc.)				

A nivel físico (belleza y atractivo)				
A nivel social (amigos, familia, etc.)				
A nivel personal (como persona en general)				
A nivel emocional (sentimientos, emociones)				
A nivel económico (dinero, estatus, prestigio)				

16. Indique el grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones respecto a su aceptación hacia alimentos nuevos (Marque sólo una respuesta por cada fila).

	En desacuerdo			De acuerdo		
	Compl eta- mente	Bastan te	Un poco	Un poco	Bastan te	Compl eta- mente
Constantemente prueba alimentos nuevos y diferentes						
No confía en los alimentos nuevos						
Si no sabe con qué está hecho un alimento no lo prueba						
Le gustan los alimentos de diferentes culturas y países						
Alimentos de culturas o países diferente a Ecuador son demasiado extraños para comerlos						
En reuniones sociales prueba alimentos nuevos						
Le da miedo comer alimentos que nunca ha probado						

Ud. es muy selectivo o exigente en relación a los alimentos que come						
Ud. come casi cualquier cosa	6	5	4	3	2	1
Le gusta ir a lugares donde sirven comidas de otros países y culturas	6	5	4	3	2	1

17. Indique el grado de acuerdo respecto a si los siguientes aspectos constituyen la principal fuente de su felicidad (**marque sólo una opción por fila**).

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
Trabajo					
Familia					
Amigos					
Ocio					
Alimentación					

18. **Respecto a su situación económica durante la niñez, Ud. fue** (Respuesta única por fila).

Muy pobre	Bajo el promedio	Clase media	Sobre el promedio	Rico

19. **Respecto de su actual situación económica, usted en general está** (Respuesta única por fila).

Completamente insatisfecho	Bastante insatisfecho	Un poco insatisfecho	Un poco satisfecho	Bastante satisfecho	Completamente satisfecho

--	--	--	--	--	--

20. Respecto a su propia alimentación, usted está en general: **(Marque sólo una respuesta por cada fila).**

Completamente insatisfecho	Bastante insatisfecho	Un poco insatisfecho	Un poco satisfecho	Bastante satisfecho	Completamente satisfecho

21. Respecto a su propia vida, usted está en general: **(Marque sólo una respuesta por cada fila).**

Completamente insatisfecho	Bastante insatisfecho	Un poco insatisfecho	Un poco satisfecho	Bastante satisfecho	Completamente satisfecho

22. Indique el grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones (Marque sólo una respuesta por cada fila).

	En desacuerdo			De acuerdo		
	Completamente	Bastante	Un poco	Un poco	Bastante	Completamente
Es importante para mi tener cosas bonitas						
Me gustaría ser lo suficientemente rico para comprar todo lo que quiera						
Yo sería más feliz si pudiera darme el lujo de comprar más cosas						
A veces me molesta no poder comprar todas las cosas que me gustan						
Las personas ponen demasiado énfasis en las cosas materiales						

Es cierto que el dinero compra la felicidad						
Las cosas que poseo me dan un gran placer						

<p>23. Su estado civil actual es: _____ Soltero(a), Separado(a), Divorciado(a) o Viudo(a). _____ Casado(a) o Vive en pareja.</p>	<p>24. Respecto a su edad, Ud. tiene _____ años.</p>
<p>25. Género: _____ Masculino _____ Femenino</p>	<p>26. ¿Cuál es el número de integrantes de su hogar? _____</p>
<p>27. ¿Cuántos niños viven en su casa? _____.</p> <p>28. ¿Cuántos de estos niños son hijos suyos? _____</p> <p>29. ¿Cuántos de estos niños son nietos suyos? _____</p>	<p>30. Indique el rango de edad de los niños que viven en su hogar.</p> <p><input type="checkbox"/> No viven niños en casa</p> <p><input type="checkbox"/> Menores de 5 años</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 5 y 12 años</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 13 y 17 años</p> <p>Mayores de edad</p>

31. ¿Con qué frecuencia Ud. come acompañado por otras personas? (Marque sólo una respuesta por cada fila).

	Diariamente	2-3 veces a la semana	Sólo los fines de semana	Ocasionalmente	Otra frecuencia ¿Cuál?
Desayuno					
Almuerzo					

Cena					
------	--	--	--	--	--

32. Por favor, indique su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones respecto a su familia (Marque sólo una respuesta por cada fila). Escala de importancia de la familia.

	En desacuerdo			De acuerdo		
	Compl eta- mente	Bastan te	Un poco	Un poco	Bastan te	Compl eta- mente
No puedo imaginar que mi vida sea absolutamente satisfactoria sin mi familia						
Yo puedo ser feliz viviendo solo						
Las recompensas asociadas a tener mi familia son más importantes que cualquier otra cosa						
Las necesidades de los miembros de mi familia son más importantes que mis propias necesidades						
Las relaciones realmente importantes están en mi familia						
Las comidas en familia son las actividades más importantes del día.						

33. Ud. reside: (Marque sólo una respuesta).

<input type="checkbox"/>	En una gran ciudad
<input type="checkbox"/>	En una pequeña ciudad
<input type="checkbox"/>	En un pueblo rural

	En el campo
--	-------------

34. ¿Es Ud. la persona que aporta el ingreso principal en su hogar? (Marque sólo una respuesta).

	Si
	No

35. ¿En qué trabaja Ud.? (Marque sólo una respuesta).

	Trabaja por cuenta propia (trabajador independiente)
	Es empresario (a)
	Es empleado particular
	Es empleado público
	Está jubilado
	Está buscando trabajo
	Está en otra situación (especificar) _____

36. ¿Cuál es su nivel de educación? (Marque sólo una respuesta).

	Sin estudios
	Básica incompleta
	Básica completa

	Bachillerato incompleto
	Bachillerato completo
	Universitaria completo
	Universitaria incompleto
	Técnica incompleto
	Técnica completo
	Tecnológico incompleto
	Tecnológico completo

37. ¿Qué bienes de los que le nombro a continuación posee en su hogar? (Puede indicar más de una opción).

	Ducha
	TV color
	Refrigerador
	Lavadora
	Microondas
	TV Cable o Satelital
	PC (computador)
	Internet
	Vehículo

38. Considerando la ascendencia de sus padres y abuelos, ¿Ud. se considera una persona de origen...? (Marque sólo una respuesta).

	Mestizo
	Afroamericano
	Montubio
	Indígena

Otro (especifique cual)

39. A continuación le nombraré algunas actividades de la vida diaria, por favor indique si puede hacerlas sin dificultad, si puede hacerlas con poca dificultad, si es muy difícil hacerla o no puede hacerla. (Respuesta única por fila).

	No puede hacerlo	Muy difícil de hacerlo	Con poca dificultad	Puede hacerlo sin dificultad
Comer				
Vestirse				
Movilizarse				
Bañarse				
Pasear (caminar en lugares cercanos a su hogar)				
Ir al baño				

40. Por favor, me puede indicar su estatura y peso en forma aproximada:

Estatura: ___ metro y ___cm

Peso: _____ kg.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

CRONOGRAMA

Fase	Actividad	Duración	Responsables
Creación de centros de rehabilitación para adultos mayores.	Construcción de los Centros de Rehabilitación para los Adultos Mayores en los Cantones Provincias del Guayas	Desde Enero hasta Junio	MIDUVI
			Ministerio de Obras Publicas
			Prefectura
Atención y Cuidados a los Adultos mayores en los Cantones de la provincia del Guayas	Atenciones de salud gratuitas Entrega de víveres Desarrollo de actividades físicas	Desde Junio hasta Diciembre	Ministerio de Salud Universidades Ministerio de inclusión económica y social
	Talleres de aprendizaje comunitario	Desde Junio hasta Diciembre	Universidades
	Campañas de nutrición y guías alimentación	Desde Junio hasta Agosto	Ministerio de Salud Universidades
	Terapias y rehabilitación para adultos mayores	Desde Junio hasta Diciembre	Ministerio de Salud Universidades



**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, Torres Reyes José Daniel, con C.C: # 0926551672 autor/a del trabajo de titulación: Análisis de las determinantes de la calidad de vida de los adultos mayores de la provincia del Guayas sector urbano. Año 2015 previo a la obtención del título de **ECONOMISTA** 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, 26 de marzo de 2016

f. _____

Nombre: Torres Reyes José Daniel

C.C: 0926551672



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



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

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Análisis de las determinantes de la calidad de vida de los adultos mayores de la provincia del Guayas sector urbano. Año 2015		
AUTOR	Torres Reyes, José Daniel		
REVISOR/TUTOR	Lapo Maza María Del Carmen		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas		
CARRERA:	Economía		
TÍTULO OBTENIDO:	Economista		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	Marzo de 2016	No. DE PÁGINAS:	125
ÁREAS TEMÁTICAS:	Economía de la Salud, Calidad de Vida, Políticas Públicas		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	ADULTO MAYOR, CALIDAD DE VIDA, BIENESTAR, POLITICAS PUBLICAS, ENEVEJECIMIENTO, SALUD, ALIMENTACION, FUNCIONALIDAD		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>En la actualidad, a nivel mundial, ha aumentado la esperanza de vida, lo que implica que la población vive por más tiempo y por ende se incrementa la población de adultos mayores. Son pocos los países que se preocupan por el bienestar de los mismos y siendo este un segmento poblacional que continúa creciendo es necesario que se realicen mayores estudios acerca de sus necesidades y expectativas. Este proyecto investigativo en su parte teórica y conceptual muestra conexión existente entre la economía, la sociología y la psicología en la calidad de vida y bienestar de todos los individuos que conforman una sociedad, además analiza al adulto mayor y el envejecimiento individual relacionado con la naturaleza de la evolución de la edad y las afectaciones que esta conlleva, así como el envejecimiento poblacional referido al aumento en el número de adultos mayores en una población. Como segunda parte hace uso de estudios realizados en diversos países de América Latina para acercarse a los aspectos que influyen en la calidad de vida del adulto mayor en Ecuador y conocer las políticas públicas aplicadas en otros países que son dirigidas a mejorar la calidad de vida del adulto mayor. En su tercera parte expone los resultados de una encuesta dirigida a determinar la autocalificación del adulto mayor respecto a su calidad de vida en la provincia del Guayas. Como parte final presenta sugerencias y recomendaciones acerca de políticas de salud, alimentación y funcionalidad para que sean implementadas y promuevan el bienestar del adulto mayor.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4-2551445 / 0989418890	E-mail: jose.torres06@cu.ucsg.edu.ec / dannyto182@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN: COORDINADOR DEL PROCESO DE UTE	Nombre: Torres Reyes, José Daniel		
	Teléfono: +593-4- 2200804 / ext. 1620		
	E-mail: jorge.garcia08@cu.ucsg.edu.ec / garcia.regalado123@gmail.com		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/123456789/3903		

