



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

Carrera de Economía

“El papel de la organización social del cuidado sobre la percepción de la calidad de vida de un grupo personas adultas mayores en etapa de vejez temprana con enfoque de género para la ciudad de Cuenca en el año 2020.”

Trabajo de titulación previo a la obtención del

Título de Economista

Modalidad: Artículo Académico

Autoras:

Nancy Beatriz Navarro Andrade

C.I: 0106434962

nancybea523@gmail.com

María Emilia Sánchez Sotomayor

C.I: 0301936423

Milasanchez7795@gmail.com

Director:

Diego Fernando Roldán Monsalve, Ph.D.

C.I: 0101693588

Cuenca – Ecuador

02-marzo-2021



RESUMEN

La mayor longevidad no necesariamente implica una vejez saludable. El desarrollo de las ciencias de la salud ha permitido ampliar la esperanza de vida, a pesar de padecer alguna enfermedad permanente, gracias al uso de medicinas y cuidados. La población mundial cada vez vive más años, enfrentándose a mayores posibilidades de desarrollar enfermedades crónicas duraderas y limitaciones físicas y de movilidad, lo que causa una mayor demanda y necesidad de cuidados. Dichos cuidados, tal y como se encuentran estructurados, están atravesando una crisis que requiere atención urgente. Si no se brindan los cuidados requeridos, las consecuencias afectarán notablemente la calidad de vida de las personas adultas mayores. En este contexto, la presente investigación busca medir el nivel de influencia de la organización social del cuidado en la percepción de la calidad de vida de un grupo de personas adultas mayores, en etapa de vejez temprana, en la ciudad de Cuenca, Ecuador, en el año 2020. Los resultados han evidenciado cómo el Estado, el mercado y la familia influyen positivamente como proveedores de cuidados - en la percepción de la calidad de vida de las personas adultas mayores. Por su parte, la comunidad está impactando negativamente. Entender el tipo de cuidado y su calidad brindados por cada proveedor es vital para repensar y reconstruir un nuevo régimen de cuidado que sea más equitativo entre sus partes y permita alcanzar mejores niveles de bienestar de las personas adultas mayores dentro de la sociedad.

Palabras clave: Calidad de vida. Cuidados. Adultos Mayores.

Códigos JEL: B54, I31, J14, J17



ABSTRACT

Longevity does not necessarily mean a healthy old age. The development of health sciences has made it possible to extend life expectancy, despite suffering from a permanent disease, thanks to the use of medicines and care. The world's population is living longer, facing greater chances of developing long-lasting chronic diseases and physical and mobility limitations, which in turn lead to a greater demand and need for care. Provision of care, as it is currently structured, is facing a crisis and requires urgent attention. If the required care is not provided, the consequences will significantly affect the quality of life of older persons. In this context, the present research paper seeks to measure the level of influence of the social organization of care in the perception of the quality of life of a group of older persons, in early old age, in the city of Cuenca, Ecuador, in the year 2020. The results have shown how the State, private providers and the family acting as care providers, have a positive influence in the perception of the quality of life of the elderly. However, the community appears to have a negative impact. Understanding the type of care and the quality of care provided by each provider is vital to rethinking and rebuilding a care regimen that is more equitable among its parts and achieves better levels of well-being for older adults within society.

Keywords: Quality of life. Care. Older adults.

JEL Classifications: B54, I31, J14, J17



CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	9
CONTEXTO ECUATORIANO.....	11
MARCO TEÓRICO	14
REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	23
MÉTODOS.....	26
DATOS.....	26
VARIABLES.....	28
METODOLOGÍA.....	32
RESULTADOS	33
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	39
BIBLIOGRAFÍA.....	45
ANEXOS.....	50

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Componentes del indicador de calidad de vida en la vejez temprana (ICVV)	28
Tabla 2: Componentes de la dimensión de la Organización Social de Cuidado.....	31
Tabla 3: Resultados de los indicadores estimados por Análisis de componentes..... principales con correlaciones policóricas.....	34
Tabla 4: Resultados del modelo General estimado por MCO.....	62
Tabla 5: Resultados del modelo para Mujeres estimado por MCO	63
Tabla 6: Resultados del modelo para Hombres estimado por MCO.....	64

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Evolución de la Pirámide Poblacional del Ecuador.....	11
---	----

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A: Encuesta	50
Anexo B: Análisis de Componentes Principales con correlaciones policóricas.....	56
Anexo C: Descripción de las variables que componen los indicadores de la OSC utilizados como variables independientes para el modelo por MCO	57
Anexo D: Metodología en formato esquemático	60
Anexo E: Resultados del modelo desagregado estimado por MCO.....	62
Anexo F: Protocolo.....	65



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Yo, Nancy Beatriz Navarro Andrade en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "El papel de la organización social del cuidado sobre la percepción de la calidad de vida de un grupo personas adultas mayores en etapa de vejez temprana con enfoque de género para la ciudad de Cuenca en el año 2020", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 02 de marzo del 2021.

Nancy Beatriz Navarro Andrade

C.I: 0106434962



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Yo, María Emilia Sánchez Sotomayor en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "El papel de la organización social del cuidado sobre la percepción de la calidad de vida de un grupo personas adultas mayores en etapa de vejez temprana con enfoque de género para la ciudad de Cuenca en el año 2020", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 2 de marzo de 2021

María Emilia Sánchez Sotomayor

C.I: 0301936423



Cláusula de Propiedad Intelectual

Yo, Nancy Beatriz Navarro Andrade autora del trabajo de titulación "El papel de la organización social del cuidado sobre la percepción de la calidad de vida de un grupo personas adultas mayores en etapa de vejez temprana con enfoque de género para la ciudad de Cuenca en el año 2020", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 02 de marzo del 2021.

Nancy Beatriz Navarro Andrade

C.I: 0106434962



Cláusula de Propiedad Intelectual

Yo, María Emilia Sánchez Sotomayor en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "El papel de la organización social del cuidado sobre la percepción de la calidad de vida de un grupo personas adultas mayores en etapa de vejez temprana con enfoque de género para la ciudad de Cuenca en el año 2020", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 2 de marzo de 2021



María Emilia Sánchez Sotomayor

C.I: 0301936423



INTRODUCCIÓN

El mundo entero, en especial América Latina, se encuentra frente a un fenómeno ineludible: su población envejece y representa un mayor porcentaje de la distribución demográfica con el paso de los años. Las personas viven más años debido a un conjunto de factores culturales, sociales, epidemiológicos y científicos (Aguirre Cuns & Scavino Solari, 2018). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018), por primera vez en la historia mundial, la mayoría de la población tiene una esperanza de vida igual o mayor a los sesenta años. El envejecimiento es una fuente constante de conflictos en temas relacionados con la organización social, el funcionamiento de los sistemas de seguridad social, el desarrollo de políticas públicas, las decisiones en relación con la calidad de vida, entre otros (Aguirre Cuns & Scavino Solari, 2018).

Durante el periodo 2015-2050, el porcentaje de la población mundial mayor de los 60 años casi se duplicará, pasará a representar del 12% al 22% de la población total¹, demostrando que el patrón de envejecimiento de la población es mucho más acelerado que en el pasado. Así pues, todos los países se encuentran frente a retos importantes para garantizar que sus sistemas sanitarios y sociales puedan dar respuestas de calidad a este acontecimiento (Organización Mundial de la Salud, 2018).

En Ecuador, los cambios demográficos de la última década muestran que el país está confrontando una transición hacia un envejecimiento más acelerado de la población. Por ello, las demandas de los/as adultos/as mayores, de no recibir la atención necesaria, producirán una situación de deterioro en sus condiciones de vida (Schkolnik, 2007).

Los indicadores sobre envejecimiento estimados y proyectados para Ecuador por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) revisión 2019, permiten observar la evolución de este fenómeno. En el año 2000 la población mayor de 60 años representaba apenas el 7.1% del total de la población; en el año 2010 se incrementó para representar el 8.6% y se espera que para el año 2030 la población mayor de 60 años llegue a representar el 11%. Este tipo de incrementos a su vez obliga a los Estados a actuar, y de manera específica a Ecuador, a considerar medidas y mecanismos que puedan asegurar una calidad de vida digna para las personas adultas mayores. Si bien hablar de calidad de vida puede tener varios enfoques y ser un tema amplio, esta investigación considera que el cuidado-al ser todas

¹ En términos absolutos, esto significa pasar de 900 millones a 2000 millones de personas, según la OMS (2018).
Nancy Beatriz Navarro Andrade
María Emilia Sánchez Sotomayor



las actividades que se realizan para fomentar el bienestar físico, psíquico y emocional de las personas (Cerri, 2015)- es uno de los principales determinantes.

Históricamente el cuidado ha sido organizado y provisto por varios actores: el Estado, las familias, el mercado y la comunidad, lo que se conoce comúnmente como la organización social del cuidado (Rodríguez Enríquez & Marzonetto, 2015), siendo éstas las dimensiones desde las que se analizará en este estudio el cuidado y su influencia en la percepción de la calidad de vida de los/as adultos/as mayores en etapa de vejez temprana.

El envejecimiento de la población, sumado a otros fenómenos tales como: la creciente incorporación de las mujeres en el mercado formal e informal², la presencia de familias cada vez menos extensas y la persistente división sexual del trabajo³ (Arriagada, 2011), son las principales causantes de que la organización social de cuidado se encuentre atravesando una crisis. Esta crisis de cuidado requiere especial atención, tal y como la pandemia COVID-19 ha visibilizado.

De manera resumida, la problemática que motiva esta investigación se centra en un escenario de una población que cada vez vive más años y, en consecuencia, se enfrenta a mayores posibilidades de desarrollar enfermedades crónicas y de confrontar limitaciones físicas y de movilidad, lo que causa una mayor demanda y necesidad de cuidados. Dichos cuidados, tal como se encuentran estructurados, están atravesando una crisis que requiere atención urgente y, de no brindarla, las consecuencias afectarán notablemente la calidad de vida de este grupo de personas.

La presente investigación tiene como objetivo determinar el papel de la organización social del cuidado sobre la percepción de la calidad de vida de un grupo personas adultas mayores en etapa de vejez temprana, con enfoque de género- al reconocer a esta categoría como un fenómeno interdependiente en la construcción social de la vejez- para la ciudad de Cuenca, Ecuador, en el año 2020. En efecto, la OMS (2018) plantea la necesidad de realizar investigaciones enfocadas en varios indicadores de calidad de vida y cuidado de este segmento de la población, así como elaborar mecanismos de medición y análisis para una amplia gama de temas relacionados con el envejecimiento. Estas recomendaciones, en el contexto

² Reduciendo de esta manera la disponibilidad de tiempo y energía de las mujeres para seguir sosteniendo la reproducción social de la vida y los trabajos de cuidado.

³ Si bien las mujeres han ingresado de manera significativa al mercado laboral, no se ha visto un ingreso en la misma proporción de los hombres en los trabajos de cuidado. Se evidencia una falta de corresponsabilidad de cuidado dentro del hogar.

brevemente explicado y en la escasa existencia de trabajos sobre esta temática en el país, justifican la pertinencia de esta investigación.

Este trabajo se encuentra organizado de la siguiente forma: se parte con la contextualización de la crisis del cuidado en Ecuador, seguido de un breve marco teórico indispensable para el entendimiento del tema a tratar y revisión de la literatura existente. Luego, se desarrolla la metodología empleada con relación a la ciudad de Cuenca, se presenta un análisis de los principales resultados y finalmente se realiza la discusión y las conclusiones.

Es importante mencionar que este estudio ha sido realizado en medio de la pandemia mundial por la COVID-19, lo que ha afectado la metodología y alcance de la misma y ha requerido revisión y modificación. Los detalles y limitaciones se explican en la metodología.

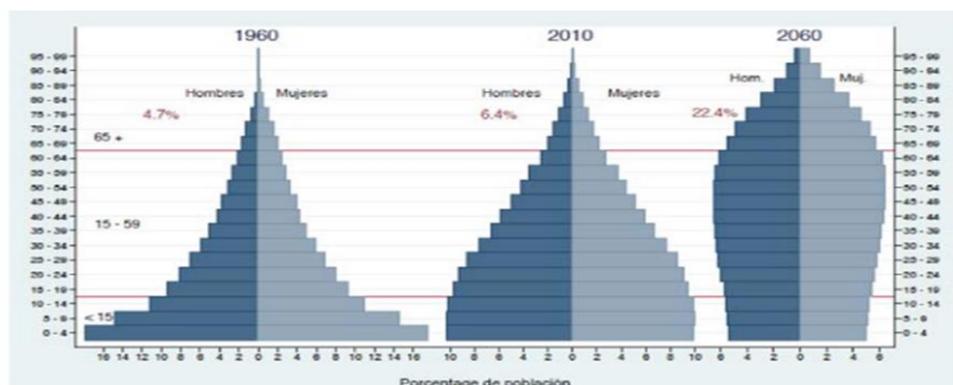
CONTEXTO ECUATORIANO

Crisis de la organización social de cuidados en Ecuador

La crisis de la organización social del cuidado se debe principalmente a 4 factores (Arriagada, 2011):

1. *Envejecimiento de la población*

El gráfico 1 muestra la evolución de la población del Ecuador. Se puede identificar cómo la población de 65 años o más pasa de representar un 4.7% en 1960 a 6.4% en 2010, estimando que este segmento de la población alcance aproximadamente un 22.4% en el año 2060.



Fuente: CEPAL. Proyecciones de población.
Elaboración: INIGER MIES 2011

Gráfico 1: Evolución de la Pirámide Poblacional del Ecuador

Fuente: MIES (2011). *Agenda de igualdad para Adultos Mayores 2012-2013*



Paralelamente, un estudio sobre protección social de la tercera edad en Ecuador realizado por Susana Schkolnik para CEPAL- CELADE en 2007, señala claramente que este fenómeno es caracterizado por, al menos, 3 factores:

1. *La feminización de la población adulta mayor*: a nivel mundial, se ha constatado que las mujeres viven más años que los hombres. En Ecuador, según las proyecciones realizadas por el INEC (2012), la esperanza de vida de las mujeres pasó de 77.8 años en 2010 a 80.1 en 2020, y se espera que para el año 2050 ésta sea de 83.5 años. Por otro lado, los hombres contaban con una esperanza de vida en 2010 de 72.2 años, pasando a 74.5 años en 2020 y se espera que ésta sea de 77.6 años en 2050. Como las cifras evidencian, para 2050 se estima que las mujeres vivan, en promedio, 5.9 años más que los hombres. Esta desigualdad de género en la sobrevivencia, suele venir acompañada por otros tipos de desigualdades económicas y sociales, pues diversos estudios han demostrado que, a pesar de que las mujeres hayan sido económicamente activas a lo largo de su vida y en años previos a su jubilación, sus ingresos son significativamente menores en comparación con los hombres (Schkolnik, 2007).
2. *Incremento de ancianos dentro de este grupo etario*: los subgrupos por edad están envejeciendo en su interior, lo que significa que, las edades avanzadas van adquiriendo mayor peso (Schkolnik, 2007). Observando, por ejemplo, el subgrupo de personas mayores de 70 años, se aprecia con claridad como su peso habría aumentado de 10.6% a 25.4% entre el periodo de 1950 a 2050, según Schkolnik (2007). El Estado debe tener presente estos datos por las implicaciones que suponen en la demanda de servicios de salud y cuidados.
3. *Relaciones entre generaciones*: Según el mismo estudio citado previamente, se ha podido evidenciar que mientras la relación de dependencia de los más jóvenes disminuye persistentemente, la relación de dependencia de los adultos mayores muestra un comportamiento opuesto, es decir, se incrementa progresivamente. Las cifras señalan que, a partir del año 2040, la relación de dependencia comenzará a incrementarse, debido al aumento de la población adulta mayor.

Las cifras y el panorama son claros: las personas han aumentado significativamente su esperanza de vida, sin embargo, lo hacen con la presencia de enfermedades crónicas que suelen complejizar de manera importante su cuidado. De acuerdo a datos respecto a la salud, se ha podido hallar que las enfermedades más comunes dentro de estos grupos etarios son: osteoporosis (19%), diabetes mellitus tipo II (13%), problemas del cardio-vasculares (13%) y



enfermedades pulmonares (8%). El Alzheimer es otra enfermedad importante, que, sin lugar a duda, dificulta el cuidado significativamente. Según estudios realizados en Ecuador, esta enfermedad afecta al 5% de las personas de 65 años, cifra que va creciendo cada cuatro años hasta alcanzar el 30% a los 80 años y el 50% sobre los 90 años. De la misma manera, las enfermedades crónico-degenerativas en la vejez, tales como la osteoporosis, artritis, artrosis o enfermedades cognitivas, son las principales causantes de discapacidad y dependencia física de los adultos y las adultas mayores, ya que éstas son caracterizadas por ser patologías progresivas (Mora & Guamán, 2017).

2. Incremento de las mujeres en el mercado laboral

A comienzos de la década de los años noventa, la participación de las mujeres en el mercado laboral formal/remunerado en el país alcanzó el 35.3%. Esta cifra aumentó en el año de 2011 cuando las cifras alcanzaron el 38.9% (García & Cortez, 2012). Sin embargo, al observar las cifras actualizadas del INEC (2019), podemos ver que la participación femenina en el mercado laboral alcanzó el 42%. Según García y Cortez (2012), esta evolución se debe principalmente al mayor acceso que las mujeres tienen a educación media y superior⁴, así como, por cambios en las realidades económicas del país y dentro de los hogares, que ha llevado a las mujeres a ingresar al mercado laboral remunerado.

3. Transformaciones de las familias

Otro de los factores causantes de esta crisis de cuidado es la transformación en las estructuras familiares que son menos extensas en las últimas décadas, complejizando la continuidad del cuidado como un asunto netamente familiar. De acuerdo a la información presentada por el INEC, la tasa de fecundidad era de 6.39 hijos por mujer en el año de 1965; con el transcurso de los años ha disminuido drásticamente, llegando a representar 2.79 en 2010. Según estimaciones de la misma fuente, en el 2030 el Ecuador estaría frente a una tasa de fecundidad menor a 2. Se proyecta/se estima que las mujeres tendrían, en promedio, menos de dos hijos, lo que es un indicador de que la población se encuentra envejeciendo. En la actualidad se observa la presencia de familias reducidas en Ecuador como en la mayoría de países de Latinoamérica, situación que seguirá un patrón más marcado con el transcurso de los años, trayendo como consecuencia que el modelo “familista” de cuidado (Martínez Franzoni, 2007)- que será tratado más adelante- ya no pueda sostenerse.

⁴ Lo que ha permitido cuestionarse mandatos de género socialmente establecidos, como que las mujeres no deben trabajar porque su rol fundamental es cuidar del hogar.



4. *División sexual del trabajo*

La persistente división sexual del trabajo es otra de las causantes de esta crisis del cuidado. Según las cifras de la Encuesta Nacional sobre Uso de Tiempo⁵ del INEC, las mujeres tienen una carga laboral total (trabajo remunerado+ trabajo no remunerado) de 66:27 horas semanales frente a los hombres que tienen 59:57 horas. De manera desglosada, se puede observar que los hombres trabajan de forma remunerada, en promedio, cinco horas más que las mujeres, mientras que ellas trabajan de forma no remunerada, en promedio, 22 horas más que los hombres. Dentro del trabajo doméstico, se puede observar que las mujeres destinan aproximadamente- 18 horas más que los hombres a estas actividades. Concretamente, para el cuidado de personas, se estima que las mujeres dedican 3 horas y media más que los hombres (INEC, 2012).

El panorama de Ecuador es claro: su población está envejeciendo, las personas adultas mayores viven más años, pero con enfermedades crónicas que complejizan su cuidado; las mujeres han ingresado al mercado laboral remunerado mientras que los hombres no han ingresado en la misma proporción al trabajo no remunerado; las familias son menos extensas y, por último, pero no menos importante, las tareas de cuidado siguen estando en manos de las mujeres. Si se añade a todo esto la falta de trabajos centrados en adultos mayores con perspectiva de género y cuidados, esta investigación resulta esencial.

MARCO TEÓRICO

El envejecimiento como concepto

Cada vez se es socialmente viejo más pronto y biológicamente viejo más tarde.
(Puijalón, 2009)

La definición de envejecimiento poblacional es un instrumento técnico utilizado para indicar el aumento de la edad media de las personas en una población (Pérez Díaz, 2006): cuando se da una disminución en la proporción de niños y jóvenes, inmediatamente aumenta la proporción de los/las adultos/as mayores. Sara Arber y Jay Ginn (1996) afirman que una teoría sociológica adecuada para hablar de edad, debe diferenciar- al menos- tres sentidos diferentes- edad cronológica, edad fisiológica y edad social- e identificar las relaciones existentes entre sí. Las autoras definen cada una de las edades de la siguiente manera:

⁵ Por desgracia, no se cuenta con versiones más actualizadas de esta encuesta, lo que impide hacer un análisis comparativo de la situación de las mujeres respecto a temas de cuidado y uso de tiempo.



- **Edad cronológica:** se encuentra medida en unidades de tiempo, comúnmente por los años cumplidos. Es muy frecuente que sea utilizada en el ámbito burocrático administrativo al ser considerada como un criterio que permite determinar los derechos y responsabilidades
- **Edad fisiológica:** vinculada con las capacidades funcionales, relacionada con el declive ocasionado por la disminución gradual de la densidad ósea y muscular. Indican que la velocidad con la que se producen estos cambios depende del género y clase social de las personas. Es importante recalcar que el tipo de dependencia y el momento en el que aparecen podrían estar correlacionados con la edad cronológica, es decir, puede ser joven de edad cronológica, pero ser viejo/a en edad fisiológica.
- **Edad social:** hace referencia a las significaciones, representaciones y estereotipos creados en torno a lo que se considera “ser viejo/a o ser joven”.

Tradicionalmente, gran parte de las definiciones disponibles sobre envejecimiento carecen de componentes sociales y culturales importantes y se reducen a observar a la población únicamente como seres vivos que nacen, crecen, envejecen y mueren (Cerri, 2015). Ignorar características sociales y culturales en el proceso de envejecimiento, es invisibilizar la diversidad de la población, pues cada individuo presenta diferentes formas de experimentar la vejez, las mismas que, según Algado Ferrer (1997), se encuentran sujetas a factores externos (históricos, ambientales, políticos, sociales, entre otros) y a factores internos (estado de salud, situación familiar, situación laboral y otros). Por lo tanto, es importante mencionar que el envejecimiento no está influenciado únicamente por el proceso de desgaste físico, sino también por un proceso cultural (Cerri, 2015).

De igual manera, autoras como Aguirre y Scavino (2018) recalcan que la vejez no es únicamente un tramo etario que obedece a la edad cronológica, traduciéndole en características biológicas y fisiológicas, sino que también ésta se caracteriza por las construcciones sociales que son cambiantes de acuerdo a cada cultura. Por ello, hablar de vejez implica una comprensión importante de los tres diferentes tipos de edades: cronológica, fisiológica y social (Arber & Ginn, 1996).

Aguirre y Scavino (2018) señalan que la construcción de la vejez se encuentra estrechamente relacionada con otras de las categorías esenciales de las ciencias sociales: el género. Las dos categorías responden a una perspectiva común que permite relacionarlas. Desde esta perspectiva, ser vieja o viejo responde a procesos sociales basados en estructuras de



desigualdad manifestadas en diferencias materiales y simbólicas. A través de las manifestaciones sociales surgen los mandatos que señalan las implicancias de ser viejo con respecto a otros grupos sociales y, a su vez, las implicancias que tiene ser viejo o vieja dentro de este contexto. El género es un fenómeno interdependiente dentro de la construcción social de la vejez.

Calidad de vida del adulto mayor

La calidad de vida es concebida como un constructo complejo formado por una dualidad subjetiva-objetiva. Desde el componente subjetivo, la calidad de vida guarda relación con el bienestar o satisfacción con la vida, mientras que desde el componente objetivo lo hace con el funcionamiento social, físico y psíquico (Tuesca, 2005).

La calidad de vida puede ser definida como el estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que permite a los individuos satisfacer de manera adecuada sus necesidades individuales y colectivas (Rubio Olivares, Rivera Martínez, Borges Oquendo, & Gónzales Crespo, 2015). Los mismos autores recalcan que, al estudiar la calidad de vida, es vital abordarla desde una dimensión subjetiva, es decir, permitir que las personas valoren su vida sin restricción de la dimensión objetiva (considerada como opinión de terceras personas), ya que la calidad de vida implica conocer cómo la gente percibe su propia vida.

La Organización Mundial de la Salud, por su parte, plantea que la calidad de vida es la percepción que las personas tienen de su vida de acuerdo al contexto cultural, a los sistemas de valores en los que viven y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Dicha institución señala que éste es un concepto sumamente amplio con gran influencia por la salud física, el estado psicológico, las creencias personales, las relaciones sociales y la relación de las personas de su entorno (WHO, s.f.).

Al entrar en el proceso de envejecimiento, la probabilidad de sufrir pérdidas funcionales aumenta, lo que genera un temor en los adultos mayores (Aponte Daza, 2015) impactando negativamente en su calidad de vida, pues cualquier tipo de deterioro de orden físico y/o mental, conlleva a que las personas mayores tiendan a aislarle y a reforzar la nocividad de las enfermedades crónicas, incrementando la probabilidad de padecer, por ejemplo, de depresión (Gómez-Cabello, Vicente Rodríguez, Vila-Maldonado, Casajús, & Ara, 2012).



Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (2012) hace mención a que existen principios y lineamientos que permiten mejorar la calidad de vida del adulto mayor. Dentro de éstos se encuentran: la independencia, la participación, el cuidado, la autorrealización y la dignidad. Es así que se puede identificar claramente que el cuidado es uno de los medios que permiten que los adultos/as mayores cuenten con estándares adecuados de calidad de vida.

El cuidado como concepto

Cuidado: lo que permite la sostenibilidad de la vida (Pérez Orozco A. , 2014).

A pesar de las múltiples definiciones de cuidados, hasta la actualidad no se ha llegado a un consenso para determinar un concepto universal (Batthyany, 2015). Sin embargo, se ha podido constatar que las diversas definiciones comparten rasgos en común, pues consideran al cuidado como *todas las actividades indispensables para satisfacer las necesidades de la existencia y reproducción social, mediante la provisión de los elementos físicos y simbólicos que permitan la vida dentro de una sociedad* (Rodríguez Enríquez & Marzonetto, 2015; Pérez Orozco A. , 2014).

Teniendo en mente que los cuidados son todas las actividades que hacen posible la regeneración diaria del bienestar físico y emocional de los seres humanos, su contenido es abarcado por lo siguiente: autocuidado, cuidado directo, precondiciones de cuidado y gestión del cuidado (Rodríguez Enríquez & Marzonetto, 2015; Pérez Orozco & García Dominguez, 2014).

Corina Rodríguez, Gabriela Marzorreto y Amaia Pérez Orozco explican que el cuidado directo puede ser entendido como todas las tareas que requieren una interacción directa de las personas para lograr salud física y emocional⁶. Así mismo, las precondiciones de cuidado hacen referencia a las actividades y tareas que permiten establecer las condiciones materiales que hacen posible los cuidados directos⁷. Por último, la gestión del cuidado se refiere a las tareas de coordinación, planificación y supervisión⁸.

Las actividades y tareas de cuidado se caracterizan por ser de carácter relacional, ya sea fuera o dentro del hogar. Desde el ámbito familiar, el cuidado surge como algo obligatorio, pero regularmente percibido como desinteresado, otorgándole una dimensión moral y emocional.

⁶ Actividad interpersonal de cuidado, con frecuencia dedicado a hijos e hijas, padres, madres, parejas/esposos, familiares con diversidad funcional, familiares con enfermedades crónicas, adultos mayores, entre otros.

⁷ Lavar, limpiar, cocinar, comprar alimentos, entre otros.

⁸ Coordinar horarios, transportar y trasladar a una persona a un hospital, escuela, centro de desarrollo personal, asegurar medicación, otros cuidados en caso de enfermedad, acompañamiento, entre otros.



Mientras que fuera del hogar, el cuidado surge como una relación de servicios, de atención y preocupación por los otros, es decir, es un trabajo que se realiza cara a cara entre dos personas generando lazos de proximidad, en una situación de dependencia. De cualquier forma, lo que se ha encargado de unificar la noción de cuidado, es que ésta se trata de una tarea realizada esencialmente por mujeres, independientemente si se realizan dentro del hogar o mediante la exteriorización por medio de servicios personales (Batthyany, 2015).

La sociedad moderna ha desarrollado la idea de que las personas, al conseguir su autonomía personal, no le deben nada a nadie. María Jesús Izquierdo (2018) los denomina “*selfmade man*”⁹. Según Izquierdo, la importancia de hablar de cuidados es precisamente lo que permite romper con esta idea de que las personas son autosuficientes, idea construida por la falta de socialización del cuidado, que impide entender y reconocer que la persona humana/ los seres humanos son dependientes del cuidado de los demás, pero que también todas las personas están comprometidas con el cuidado de otras personas, cuando éstas así lo demanden.

Se ha desarrollado una concepción de personas como seres autónomos y autosuficientes, bajo una conducta racional en la cual las relaciones con los demás se limitan únicamente a la colaboración o a la competencia. Para mantener esta idea utópica, el individualismo ha de ser compensado dentro de las familias mediante el sentimiento de pertenencia, ya que aquí se oculta el hecho de que todas las personas necesitan cuidados, visibilizando que la existencia misma es el resultado del cuidado de otras personas (Izquierdo, 2018).

Abordar el cuidado como concepto y relacionarlo con la vejez, obliga a repensar la noción moderna que pone de eje central al aspecto corporal, es decir, que considera a los cuerpos como derivados de una estructura social individualista altamente correlacionada con una visión neoliberal que busca separar el vínculo de interdependencia entre las personas para emitir, de esta manera, una señal de autonomía personal; lo que conlleva a una privatización de la existencia y una autosuficiencia en el cuidado (Izquierdo, 2018; López Gil, 2014; Le Breton, 2011). De esta manera, pensar a la autonomía exclusivamente desde la independencia y la autosuficiencia, invisibiliza un factor sumamente importante de la vida humana: todas las personas son esencialmente dependientes (Agich, 2007).

⁹ Es una categoría de análisis utilizada por María Jesús Izquierdo para hablar de la construcción vigente de las personas como autosuficientes.



Organización social del cuidado

La manera en que se organizan los cuidados depende de las sociedades y los contextos propios (Pérez Orozco & García Domínguez, 2014). A través del tiempo, los cuidados han sido organizados y distribuidos entre el Estado, los hogares, el mercado y la comunidad dando lugar a lo que se conoce como la organización social del cuidado- OSC (Rodríguez Enríquez & Marzonetto, 2015).

El papel del Estado se basa principalmente en tres aspectos: a) garantizar las condiciones que permitan a la población mayor libertad de definir la organización de sus tiempos de vida, b) garantizar un nivel adecuado de vida (en especial asegurando ingresos suficientes y estables) así como los medios que faciliten las precondiciones de cuidado y, por último, c) definir cómo deben ser las relaciones entre las esferas de lo público y privado, es decir, la prioridad que se le da a la reproducción (Pérez Orozco & García Domínguez, 2014). Las autoras mencionan de manera general 3 tipos de políticas que los Estados pueden adoptar como parte de su participación en la organización social del cuidado, entre ellas tenemos: prestación de servicios directos (centros diurnos y casas de residencias para adultos mayores, apoyo domiciliario, entre otros), transferencias de prestaciones económicas (pensiones por jubilación, prestación por cuidar a una persona adulta mayor, desgravaciones fiscales por número de personas a cargo) y tiempo remunerado otorgado a las familias para cuidar¹⁰.

A pesar de avances significativos que algunos países de la región han logrado en temas de políticas públicas de cuidado, se sigue evidenciando algunos problemas, como, por ejemplo: los derechos se implementan de manera parcial, es decir, éstos solo cubren a una parte de la población porque suponen barreras de accesos que se encuentran relacionados con otros derechos asociados, por ejemplo, a un trabajo remunerado formal. De manera similar, otro problema frecuente es que se recurre en exceso al trabajo de cuidado no remunerado o mal remunerado. Como último se ha evidenciado que las prestaciones y derechos de cuidado se consideran sectores de gasto público más vulnerables ante medidas de austeridad frente a una crisis, por lo que son las primeras partidas presupuestarias recortadas (Pérez Orozco & García Domínguez, 2014).

¹⁰ Un ejemplo interesante dentro de la región es Uruguay con el sistema de cuidados.
Nancy Beatriz Navarro Andrade
María Emilia Sánchez Sotomayor



En la misma línea, el rol del mercado dentro de la OSC incide principalmente desde dos frentes. Por un lado, este sector influye en tres cuestiones centrales que afectan el cuidado: 1) la manera en que se organizan los tiempos y ritmos de vida de sus trabajadores y trabajadoras¹¹, 2) la existencia de pagos por la reproducción de la mano de obra¹², y 3) la prioridad que tienen las empresas al momento de definir cómo se desenvuelve el conjunto del sistema, es decir, el nivel de protagonismo que tienen sus intereses en la resolución del conflicto entre lo productivo y lo reproductivo (Pérez Orozco & García Domínguez, 2014).

Por otra parte, el mercado desempeña un papel en la provisión de cuidados desde dos canales. El primero responde al mercado de trabajo del hogar, es decir, la oferta de mano de obra para realizar las tareas de cuidado, así como la existencia de empresas mediadoras entre las trabajadoras y las familias demandantes de cuidado. El segundo canal, es la oferta de centros diurnos y casas de residencias para adultos mayores, de carácter privado con costos elevados (Pérez Orozco & García Domínguez, 2014).

La comunidad, dependiendo del contexto, tiene una participación significativa en la provisión de cuidados a través de organizaciones comunitarias, organizaciones de base, organizaciones religiosas u organizaciones del tercer sector, sin fines de lucro (Pérez Orozco & García Domínguez, 2014).

La familia es el escenario crucial desde el que, históricamente, se ha dado respuesta a las necesidades de cuidado. Sin embargo, la realización de los cuidados ha demostrado una profunda desigualdad de género pues las mujeres han sido quienes han asumido estas responsabilidades (Pérez Orozco & García Domínguez, 2014).

La forma en que el Estado, el mercado, los hogares y la comunidad gestionan las respuestas a las demandas de cuidados y definen el protagonismo de cada uno depende principalmente del tipo de régimen de bienestar vigente en cada país (Martínez Franzoni, 2007). Ecuador, según las investigaciones de Juliana Martínez (2007), se considera como un país con un sistema de cuidados “familista”, lo que significa que, la provisión de cuidados depende en su gran mayoría del trabajo no remunerado de las mujeres dentro de los hogares, debido a que la participación del Estado es escasa o inexistente. De la misma manera, el mercado se centra en ofrecer únicamente empleo doméstico o servicios de cuidado- como residencias- que están

¹¹ Es decir, si toman en cuenta las necesidades de autocuidado y las responsabilidades de cuidado.

¹² Si las empresas aportan dinero que puede ser invertido en servicios de cuidado.



al alcance de una porción reducida de la población, debido a sus elevados costos (Pérez Orozco & García Domínguez, 2014).

La corresponsabilidad o responsabilidad colectiva es lo que permite definir, en términos de desarrollo, el modo en el que se articulan estos cuatro sectores. Sin embargo, Amaia Pérez Orozco (2014) recuerda que, para avanzar en una responsabilidad colectiva en la provisión de cuidados, es impostergable un cambio de papel en la manera en la que los mercados están respondiendo ante las demandas de cuidado. Es decir, no se trata de que este actor aumente su protagonismo en la provisión de cuidados, ya que mientras más privatizados y mercantilizados sean los servicios de cuidado, incitan con mayor fuerza a generar fuentes de empleo precarios y el empeoramiento de las condiciones de trabajo, así como la oferta de servicios de baja calidad para quienes no tienen el privilegio de poder costear estos servicios.

Pérez Orozco propone que la corresponsabilidad de los mercados sea producto de al menos dos medidas: 1) la transformación del ideal actual del/a trabajador/a como seres autosuficientes¹³ en una figura de personas que tienen responsabilidades de cuidado, mediante la modificación de jornadas laborales, licencias, etc.; 2) el rol de las empresas en asumir parte del costo de la reproducción social de la fuerza de trabajo a través del pago a seguros sociales que permitan establecer servicios de cuidado. Sin embargo, la misma autora señala que, en el contexto de la globalización neoliberal actual, el escenario es exactamente contrario a la corresponsabilización de las empresas pues una de las estrategias más empleadas para incrementar la competitividad de los países ha sido el abaratamiento de los costos laborales, lo que supone en cierta medida, reducir los aportes empresariales al sistema de seguridad social, a la par de permitir una flexibilización laboral.

En América Latina una amplia evidencia ha demostrado que la organización social del cuidado se encuentra distribuida de una manera inequitativa. Según Rodríguez Enríquez y Marzonetto (2015), esta situación se debe a cuatro factores que ocurren de manera simultánea: la división sexual del trabajo, distribución desigual de las responsabilidades de cuidado¹⁴, falta

¹³ Es decir, personas que tienen plena disponibilidad para las necesidades empresariales.

¹⁴ La distribución desigual se debe, en gran parte, a la naturalización de las capacidades de las mujeres para realizar estas tareas. Sin embargo, ésta es una idea construida socialmente con relación a la capacidad biológica de los sexos. Se considera que la capacidad biológica exclusiva de las mujeres de poder parir y amamantar, también determinaría una capacidad única y superior para actividades de cuidado. Hay que aclarar que, lejos de ser una capacidad natural, esta percepción generalizada más bien se trata de una construcción social sustentada por las relaciones inequitativas de género, que son sostenidas en las valoraciones culturales reproducidas por varios medios como la educación, los quehaceres domésticos diarios, los medios de comunicación, entre otros (Rodríguez Enríquez & Marzonetto, 2015).



de corresponsabilidad de cuidado entre el Estado y las familias¹⁵ y la estratificación socioeconómica del cuidado¹⁶.

El cuidado como parte de la economía

Desde la economía clásica, los cuidados han sido invisibilizados como parte fundamental de la economía. Sin embargo, hablar de cuidados implica hablar de economía por dos razones fundamentales, según la economista Amaia Pérez Orozco (2014). La primera razón está ligada a que los cuidados son la base de la economía mercantil, ya que, para poder producir, primero se debe reproducir a las personas. La segunda razón es que los cuidados en sí son economía, ya que esta ciencia es entendida como los diversos procesos que permiten la satisfacción de las necesidades de los individuos, sean o no monetizados, así pues, los cuidados son una dimensión del bienestar que demanda recursos y es un trabajo que ha de realizarse.

De la misma manera, la autora señala que, para poder comprender la economía de los cuidados, es necesario cambiar el enfoque de la economía tradicional reconociendo que la economía no es únicamente lo que sucede en los mercados, sino también todos los procesos que sostienen la vida o, en otras palabras, todos los procesos de generación, distribución y consumo de recursos que permitan a los seres humanos perseguir los objetivos vitales. Añade además que no todos los trabajadores y las trabajadoras son autosuficientes, sino que son responsables sobre el bienestar de otras personas que pueden influir o condicionar su jornada laboral. Por último, hace énfasis especial en que la cuestión es apreciar a la economía mercantil como posible gracias a la existencia de la economía de cuidados.

La economía de cuidados busca visibilizar la parte no monetaria del sistema económico, las mismas que han sido desconocidas al momento del diseño de las políticas económicas. Todos los trabajos no remunerados han cumplido funciones primordiales para la sociedad y para la economía, como por ejemplo (Pérez Orozco & García Domínguez, 2014): la ampliación de bienestar, expansión del bienestar¹⁷ e interacción con el mercado laboral al garantizar la disponibilidad de la mano de obra regenerada y lista para producir.

¹⁵ Históricamente se ha considerado al cuidado como un asunto privado, responsabilidad de los hogares.

¹⁶ En general, las familias con ingresos medios/altos, tienen la capacidad adquisitiva para adquirir servicios de cuidado en el mercado, mientras que hogares de estrato bajo cuenta con limitaciones económicas para acceder a estos servicios, lo que imposibilitaría la realización de otras actividades, como la participación en el mercado laboral formal.

¹⁷ Respuesta a la dimensión afecto-relacional del bienestar, para así garantizar que al unir los bienes y servicios de mercado y los no mercantiles, permitan reproducir la vida.



En resumen, observar al sistema económico desde los cuidados implica necesariamente poner en el centro el bienestar de todos los seres humanos y cuestionar cómo se construye la desigualdad de género desde la economía.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

El envejecimiento de la población ha motivado el desarrollo de un sin número de investigaciones desde diversas áreas de conocimiento. Varios organismos internacionales como la Organización Mundial de Salud en conjunto con 15 centros de investigación alrededor del mundo, han desarrollado metodologías específicas para evaluar la calidad de vida; con la gran ventaja de que éstas pueden ser utilizadas en diferentes entornos culturales permitiendo que los diferentes resultados de las diversas poblaciones puedan ser comparados (WHO, s.f.). Estas metodologías son conocidas con el nombre de WHOQOL-100 y WHOQOL-BREF.

La estructura de la WHOQOL-100 contiene 6 dimensiones que han sido consideradas por un grupo multidisciplinario como fundamentales para estudiar la calidad de vida: salud física, factores psicológicos, nivel de independencia, relaciones sociales, entorno y espiritualidad, religión y creencias personales¹⁸ (WHO, s.f.). Por su parte, la estructura de la WHOQOL-BREF es similar a la anterior, sin embargo, expertos la han modificado a cuatro dimensiones, ya que consideran que la salud física y el nivel de independencia pueden formar una sola dimensión, al igual que los factores psicológicos y las creencias personales. De esta manera, la calidad de vida puede ser evaluada mediante cuatro dimensiones, a saber: características físicas, psicológicas, relaciones sociales y entorno (WHO, s.f.).

En 2006 la OMS propuso una metodología exclusiva para la calidad de vida de los adultos mayores, tomando como base a las dos anteriores. Esta propuesta específica, se caracteriza por tener las siguientes 6 dimensiones: habilidades sensoriales, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación social, muerte y su proceso e intimidad. Esta metodología es conocida como WHOQOL-OLD (WHO, 2006). Estrada y otros (2011) han aplicado dicha metodología en Medellín, evidenciando que las mujeres presentan peores resultados que los hombres al tener sintomatología depresiva y de ansiedad además de sentirse maltratadas por su familia.

¹⁸ Para información más detallada, revisar: <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/index4.html>



Aleaga (2018), ha aplicado la metodología de WHOQOL-BREF para realizar un análisis de la situación del adulto mayor en Quito para el caso del Hogar de Ancianos Santa Catalina Labouré. En este contexto, se ha demostrado que es una buena herramienta, sin embargo, puede herir susceptibilidades de las personas adultas mayores que no cuenten con una situación anímica y/o física que ellos perciban como adecuada. María Elena Flores, Rogelio Troya, Martha Cruz, Guillermo González y Armando Muñoz de la Torre (2013) también han utilizado esta metodología para evaluar la calidad de vida de los adultos mayores en Guadalajara, Jalisco, México, cuyos resultados demuestran que la calidad de vida está condicionada por la satisfacción que los adultos mayores tienen en relación con las condiciones de vivienda, edad, estado de salud física y emocional propias de esta etapa.

Además de estos indicadores propuestos por la OMS, otros autores han elaborado indicadores de calidad de vida de los adultos mayores. Por un lado, Romero y Montoya (2017) estructuran un índice con variables objetivas y subjetivas, cuyas dimensiones son: bienestar, ingresos, condiciones de vivienda y de salud, para ello utilizan componentes principales. Los resultados señalan que contar con buenas condiciones de vivienda y recibir atención médica adecuada impactan positivamente en la calidad de vida. Por otro lado, la Pontificia Universidad de Chile en conjunto con CAJA-Los Andes (2017), cuenta con un Programa del Adulto Mayor en el cual levantan periódicamente encuestas sobre la calidad de vida en la vejez, a través de la misma realizan el cálculo de un índice de calidad de vida en la vejez, cuyas dimensiones son: condiciones físicas, materiales, relaciones afectivas y bienestar subjetivo.

Otro tipo de investigaciones cuantitativas respecto a la calidad de vida del adulto mayor, como la de Varela y Gallego (2015) en Colombia, señalan que para lograr una buena calidad de vida no depende únicamente de satisfacer sus necesidades básicas, sino que también es vital contar con un entorno adecuado dentro de la comunidad y con el apoyo del Estado, pues concluyen que estas son dos dimensiones elementales para garantizar buenos estándares de vida.

Desde un enfoque cuantitativo, Astorquiza y Chingal (2019) desarrollan una exploración empírica sobre la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores en Colombia para el año 2018, a través de un modelo logit ordinal, cuya variable dependiente es la percepción de la calidad de vida construida mediante una escala Likert¹⁹ y las variables independientes lo agrupan en cuatro categorías: variables demográficas, socioeconómicas,

¹⁹ Escala Likert de la percepción de la calidad de vida: muy buena, buena, regular y mala.
Nancy Beatriz Navarro Andrade
María Emilia Sánchez Sotomayor



vinculación laboral y las percepciones de su entorno. Los hallazgos principales revelan que los adultos mayores perciben tener una buena calidad de vida, pero encuentran una diferencia: las mujeres tienen una mayor probabilidad que los hombres de tener una buena calidad de vida debido a que muestran un mejor autocuidado. Dentro de esta misma línea, Bustamante y otros (2017) buscan medir el nivel de influencia de los factores socioeconómicos en la calidad de vida del adulto mayor en Guayas, Ecuador. Los principales resultados muestran que existe una diferencia entre hombres y mujeres, además que variables sobre el nivel de instrucción tienen impacto positivo, mientras que padecer una enfermedad y tener una edad avanzada impactan negativamente.

Los estudios sobre vejez y género en Ecuador y en la región son escasos, pero existen algunos que, sumados a literatura internacional, permiten generar un acercamiento en la forma en que estos han sido llevados a cabo desde esta perspectiva.

Estudios sociodemográficos recientes muestran que, en varios países de América Latina, el proceso de envejecimiento afecta de manera diferente a hombres y mujeres (Paredes, Ciarniello, & Brunet, 2010; Huenchuan, 2010). Dichas investigaciones, han estudiado el envejecimiento utilizando al género como variable de interés y se evidencia la vulnerabilidad de gran parte de las mujeres, quienes afrontan su última etapa del curso vital con menores recursos a comparación de los hombres, medidos en términos de apoyo familiar, ingresos económicos y bienes disponibles.

Otras investigaciones se han centrado en estudiar la diversidad existente en las maneras de envejecer. Por ejemplo, en México, Gabriel Guajardo y Daniel Huneus (2003), hallan que la participación social en este grupo de personas se articula de acuerdo a las diferencias de género, que están relacionadas con los cursos de vida de hombres y mujeres. Encuentran diferencias de género de la población a partir de los 60 años respecto a la participación en organizaciones sociales y subjetividad de la vejez, entre quienes participan en las mismas y quiénes no. La división sexual del trabajo se hace presente en la participación durante la vejez- las mujeres se han centrado en tareas reproductivas y limitadas a la esfera doméstica y los hombres han liderado los espacios públicos y se han dedicado a las tareas productivas-. De esta manera, los autores han evidenciado que las mujeres no presentan dificultades al momento vincularse con el entorno inmediato. Por el contrario, se ha hallado que los hombres desarrollan un discurso desde un lugar de desolación y aislamiento, presentando la vejez como una pérdida paulatina con el mundo público anterior, descartando la posibilidad de desarrollar nuevos



vínculos con sus pares y con las otras generaciones de su nuevo entorno (Guajardo & Huneus, 2003).

Varias investigaciones respecto a los cuidados en las distintas etapas del ciclo vital se está llevando a cabo- aunque de manera incipiente- en algunos países. Según Rosario Aguirre y Sol Scavino (2018) el cuidado de las personas mayores plantea aspectos importantes en torno a la construcción social del género. Adicionalmente se busca focalizar las relaciones del cuidado en la vejez desde el aporte del trabajo de cuidados remunerado y no remunerado. Por último, señalan que el análisis de las relaciones de género en la vejez debería ser incluidos en la diversidad de estudios sobre envejecimiento y los derechos de las personas mayores, aspirando a que los campos que se han construidos de forma aislada- vejez y género- puedan entrar en dialogo entre sí.

MÉTODOS

DATOS

Estudiar el envejecimiento requiere reconocer su diversidad. Es por ello que Ham (2000) señala la importancia de realizar una clasificación de las vejeces que permita reconocer su diversidad mediante combinación tanto de la edad cronológica como de la fisiológica y social. Para ello propone clasificar la vejez en al menos 3 categorías: **“viejos o viejas jóvenes”**, **“vejez mediana”** y **“viejos o viejas”**. Para el desarrollo de esta investigación nos centraremos únicamente en la primera categoría caracterizada por personas cuya edad cronológica se encuentra en un rango entre 65 a 74 años, son cercanos al mercado laboral-entendiéndose como personas que se han jubilado recientemente-, cuentan con niveles de dependencia moderados, lo que a su vez les permite tener mayor autonomía e independencia. Se procedió con el levantamiento de una encuesta a 200 personas adultas mayores en etapa de vejez temprana dentro de la ciudad de Cuenca para el año 2020. Debido a las limitaciones ocasionadas por la situación de la pandemia por la COVID-19, se ha tomado como referencia únicamente la edad cronológica para la identificación de vejez temprana. Si bien utilizar este como indicador para la clasificación de la vejez, contribuye a una visión uniforme al no permitir dar cuenta de la diversidad presente y de las dimensiones que la constituyen, es vital, reconocer estas limitaciones para tener en cuenta en futuras investigaciones.



La elaboración de la encuesta se basó en el formulario propuesto por el programa del adulto mayor de la Pontificia Universidad Católica de Chile en conjunto con Caja-Los Andes, y la consulta a personas expertas en Ecuador en temas de cuidado y adultos y adultas mayores.

La encuesta se encuentra compuesta por información sociodemográfica, aspectos de bienestar, salud, condiciones económicas y laborales, situaciones sociales, familiares y de cuidado. Estos componentes han permitido indagar y analizar la percepción de la calidad de vida de los adultos y las adultas mayores encuestados y encuestadas (Ver Anexo A). La aplicación de la encuesta de manera presencial y directa se vio significativamente afectada por la emergencia sanitaria debido a la COVID-19 y por el alto riesgo para la salud de las personas adultas mayores que esta enfermedad conlleva. Por esta razón, se utilizaron medios tecnológicos alternativos como correo electrónico.

Dada la emergencia sanitaria, con la ayuda de expertos, se optó por elegir el método no probabilístico de bola de nieve²⁰, ya que el escenario imposibilitó tener acceso al grupo poblacional inicial²¹. Gracias a esta adecuación, se realizó el levantamiento de información a 200 personas, 100 hombres y 100 mujeres. Es de suma importancia mencionar que esta muestra no es estadísticamente significativa, por lo que, los resultados obtenidos no pueden ser generalizados. Sin embargo, permiten establecer algunas áreas de investigación adicional para el futuro y abren una perspectiva sobre esta temática de la que se tiene poca investigación en el país.

Debido al cambio en la forma de levantamiento de información, es responsabilidad de las autoras señalar los sesgos que esta investigación presenta. Por un lado, al utilizar el método “bola de nieve” para el levantamiento de información, se asume un sesgo grande por la naturaleza del mismo. Adicionalmente, se trabajó con personas adultas mayores jubiladas, lo que, en un país como Ecuador, con niveles de informalidad sumamente altos, supone un segmento de la población con una situación socio-económica por encima de la media, puesto

²⁰ El muestreo de bola de nieve se realiza de la siguiente manera: la localización de ciertos individuos en la población meta, ese individuo lleva a otras personas formando una cadena hasta obtener suficientes muestras. Es un diseño no probabilístico porque se desconoce la probabilidad de seleccionar diferentes elementos de la población de estudio (Alperin & Skorupka, 2014).

²¹ La población meta inicial estaba constituida por personas adultas mayores en etapa de “vejez temprana” que forman parte del Centro de Atención al Adulto Mayor (CAAM) del Instituto de Seguridad Social del Ecuador. Para este fin, se contaba con todos los permisos y autorizaciones de su Directora con fecha 13 de febrero del 2020, para proceder con el levantamiento de la información. Sin embargo, debido a la declaración del Gobierno de emergencia sanitaria nacional el día 16 de marzo de 2020, y al ser los adultos y las adultas mayores, un grupo vulnerable frente al coronavirus, se dio la orden de cerrar indefinidamente dicho lugar. Por temas de privacidad, se nos fue denegado el permiso para obtener los números telefónicos de las personas, por lo que nos vimos obligadas a escoger una nueva población.



que han podido acceder a una pensión por jubilación. En la misma línea, las personas encuestadas, son ex docentes universitarios, es decir, se encuentran dentro de un estatus socioeconómico medio-alto, lo que, a su vez, podría relacionarse que estamos frente a una muestra con acceso a internet y medios tecnológicos. Así pues, esta investigación debe ser leída cuidadosamente teniendo presente estos sesgos.

VARIABLES

La variable de interés de este estudio es el índice de calidad de vida en la vejez temprana (ICVV), para lo cual se procedió a la construcción de un índice compuesto por 5 dimensiones, los mismos que a su vez están conformados por indicadores, tal como se muestra a continuación:

Tabla 1: Componentes del indicador de calidad de vida en la vejez temprana (ICVV)

Dimensión	Indicadores
1. Bienestar General	Satisfacción con la vida
	Preocupaciones de los adultos mayores
	Sensación ante la vida
2. Participación y actividades sociales	Actividades de ocio y pasatiempo
	Participación social
	Uso de tecnologías
3. Autonomía	Autonomía
4. Condiciones físicas	Percepción de la salud y sexualidad
	Problemas de Salud
	Actividad Física
5. Condiciones económicas	Situación económica
	Nivel de deudas

Fuente: Elaboración propia a partir del libro “*Chile y sus mayores*” de la Pontificia Universidad Católica de Chile y Caja-Los Andes (2017).

A continuación, se realiza una breve descripción de cada dimensión con sus respectivos indicadores:

Bienestar general:

- *Satisfacción con la vida:* este indicador cuenta con información sobre la satisfacción con la vida en general, así como, la satisfacción con necesidades específicas como alimentación, vivienda, afecto, atención a salud, recreación, económica y de transporte.



- *Preocupaciones de los adultos mayores:* considera diferentes preocupaciones que este grupo etario puede tener como: depender de otras personas, fallecimiento de un familiar querido, enfermarse gravemente, ser asaltado en la calle, quedarse solo/a, tener insuficiencia de ingresos económicos y/o que entren a robar en su vivienda.
- *Sensación ante la vida:* se centra en indagar si se ha experimentado situaciones como: problemas económicos, enfermedad de algún pariente o familiar querido, haber estado hospitalizado/a o ha tenido alguna operación, que algún pariente o persona se haya mudado lejos, haber sido asaltado/a gravemente y/o algún problema importante con su vivienda.

Participación y actividades sociales:

- *Actividades de ocio y pasatiempo:* permite conocer qué tipo de actividades de ocio los adultos mayores realizan, tales como: salir de casa, leer, participar en actividades religiosas, asistir a cursos, talleres o seminarios.
- *Participación social:* identificar la participación dentro de organizaciones sociales como: grupo religión, organización del barrio, organización política, organización de adulto mayor.
- *Uso de tecnología e internet:* Permite conocer si la persona tiene aparatos electrónicos (computadoras, teléfono celular, Tablet), así mismo si posee internet dentro de la vivienda. Se pregunta también el uso que se le da al celular (uso de redes sociales, llamadas, mensajes de texto, sacar fotos, entre otros)

Autonomía:

- *Autonomía:* variable importante dentro del bienestar del adulto mayor, para ello se pregunta si se percibe que otras personas: organizan su vida, toman decisiones importantes respecto a su vida, toman decisiones sobre cuestiones cotidianas. Adicionalmente se busca ver si la familia respeta sus decisiones, si puede elegir como pasar su tiempo libre y si la persona puede hacer planes sobre su futuro.



Condiciones físicas

- *Percepción de la salud y sexualidad:* Contiene información sobre como los adultos mayores consideran que se encuentra su estado de salud y si mantienen una vida sexualmente activa.
- *Problemas de salud:* permite conocer cuáles han sido los problemas de salud que esta población ha tenido durante el último año, tales como: problemas de presión, colesterol alto, artritis, diabetes, insomnio, problemas de la vista, ataques cardiacos, otros problemas al corazón, algún tipo de cáncer, Parkinson, entre otros.
- *Actividad física:* permite distinguir la actividad física que las personas adultas mayores realizan, como, por ejemplo: caminar, hacer las tareas domésticas o cualquier otra actividad física.

Condiciones económicas:

- *Situación económica:* engloba la información respecto a la fuente ingresos (jubilación, trabajo, ahorros y otros).
- *Nivel de deuda:* informa sobre la situación de deudas pendientes (préstamos en instituciones financieras, deudas con amigos y/o familiares, otros).

De manera general, el índice de calidad de vida en la vejez temprana se puede definir de la siguiente forma:

$$ICVV = f(D_k) \quad (1)$$

Adicionalmente se ha construido un indicador paralelo para medir el impacto de la organización social del cuidado dentro de la percepción de la calidad de vida de las personas adultas mayores en etapa de vejez temprana. Este servirá como complemento al análisis que se obtenga del modelo econométrico. Para ello, se mantiene fijas las 5 dimensiones mencionadas en la Tabla 1 y se le adiciona una sexta dimensión correspondiente a la OSC elaborada con base en lo propuesto por la economista Pérez Orozco (2014) respecto al protagonismo de cada uno de estos actores en la provisión del cuidado²², tal como indica la siguiente tabla:

²² Los detalles de la participación de cada uno de estos actores, se encuentran de manera detallada en el marco teórico en la sesión de la organización social del cuidado.

**Tabla 2:** Componentes de la dimensión de la Organización Social de Cuidado

Dimensión	Indicadores
6. Organización Social del Cuidado	Estado
	Comunidad
	Hogares
	Mercado

Fuente: Elaboración propia

Organización social del cuidado

- *Estado:* conformado por variables de infraestructura pública, transferencias monetarias, cuidado de la salud.
- *Comunidad:* incluye variables del vínculo social y del trato de la comunidad hacia el adulto mayor.
- *Hogares:* compuesto por gestión del cuidado (acompañamiento al médico), la entrega de apoyo económico y emocional, el recibimiento de apoyo económico y económico, cuidado directo (tareas domésticas y hacerse cargo de un miembro de la familia).
- *Mercado:* constituido por las transferencias monetarias de la empresa, los servicios de salud privados y el trabajo doméstico remunerado.

Por lo tanto, este indicador lo denominaremos el índice de calidad de vida en la vejez temprana con la dimensión de cuidado (ICVVC), lo cual se representa de la siguiente manera:

$$ICVVC = f(D_l) \quad (2)$$

Donde el subíndice l representa las 6 dimensiones: bienestar general, participación y actividades sociales, autonomía, condiciones físicas, condiciones materiales y organización social de cuidado.

Para el cálculo de los índices, se tienen que tomar en cuenta los siguientes pasos:

1. Calcular el indicador para cada dimensión. Posterior a ello, se realiza un promedio ponderado de los indicadores correspondientes a cada una de las dimensiones²³.

²³ Por ejemplo, si quiero obtener el indicador de la dimensión 1 (bienestar general) cálculo los tres sub indicadores que corresponden a esta dimensión y luego realizo un promedio ponderado para obtener el indicador de la dimensión 1 y así se va calculando cada una de las otras dimensiones.



2. Al obtener el indicador de cada una de las dimensiones, el índice se calcula mediante un promedio ponderado de sus dimensiones correspondientes. Es decir, para el ICVV se realiza un promedio ponderado de las 5 dimensiones que se utilizan para su cálculo, mientras que para el ICVVC se realiza el promedio ponderado de sus 6 dimensiones.
3. Finalmente, se procede a normalizar el índice en una escala de 0 a 1 para facilitar la interpretación.

$$\text{Índice}_{normalizado} = \frac{\text{Índice} - \text{Índice}_{min}}{\text{Índice}_{max} - \text{Índice}_{min}} \quad (3)$$

Donde: Índice_{min} y Índice_{max} corresponden al valor mínimo y valor máximo respectivamente del índice calculado.

METODOLOGÍA

Dado que los datos disponibles para el desarrollo de esta investigación son de carácter cualitativo, la metodología de Análisis de Componentes principales que tradicionalmente se utiliza con variables de tipo cuantitativo, no es viable. Por esta razón, autores como Kolenikov y Angeles (2004) y Olsson (1979) proponen utilizar el método de Análisis de Componentes Principales con correlaciones policóricas (PCA_{POLY})²⁴.

En la práctica, la estimación de los indicadores se realiza en 3 etapas (Kolenikov & Angeles, 2004):

1. Se estima los umbrales:

$$\alpha_{i,j} = \Phi^{-1} \left(\frac{-\frac{1}{2} + \#\{x_i \leq j\}}{N} \right), \quad j = 1, \dots, K_i, \quad (4)$$

2. El coeficiente de correlación se estima maximizando la ecuación (5) que está condicionado α .

$$\ln L = \sum_{i=1}^N \ln \pi (x_{i1}, x_{i2}; \rho, \alpha) \quad (5)$$

3. Se combina los pares de correlaciones policóricas estimadas para establecer una matriz de correlaciones de los datos observados, para finalmente con base en estos resultados se realiza el PCA.

²⁴ Véase en Anexo B, para mayor detalle estadístico de esta metodología.



Sin embargo, este procedimiento se ejecuta de manera directa utilizando el comando *polychoricpca* en el paquete estadístico STATA 14.

Por otra parte, se estimó un modelo por Mínimos Cuadrados Ordinarios (MCO) corregidos por errores estándar robustos, para determinar cómo las dimensiones de la Organización Social de Cuidado (OSC) influyeron en la calidad de vida de este grupo etario, siendo la variable dependiente el ICVV. De tal manera, que la especificación del modelo está escrita de la siguiente forma:

$$ICVV = \beta_0 + \beta_i X_i + \varepsilon_i \quad (5)$$

Donde:

ICVV= representa el índice de calidad de vida en la vejez, que fue estimado por PCA_{POLY}.

X_i =representa las variables de la OSC²⁵.

β_i son los parámetros a ser estimados, β_0 es el intercepto y ε_i es el término de error.

Cabe mencionar que las variables sociodemográficas no fueron consideradas en el modelo econométrico, debido a que no aportaban significancia en las estimaciones, por el contrario, afectaban negativamente al modelo.

Para observar si existe una diferencia de género en la percepción de la calidad de vida, se recurrió a calcular y estimar cada cosa de manera general, así como de manera específica para hombres y mujeres. Todos los cálculos han sido realizados mediante el programa estadístico y econométrico STATA 14.

En el Anexo D, se presenta un resumen de forma esquemática de la metodología utilizada en esta investigación.

RESULTADOS

Esta sección incluye cuatro partes. Primero se presentan los resultados obtenidos de las estimaciones de los indicadores para cada una de las dimensiones. Posteriormente, se procede con el análisis de las dimensiones, seguido de la comparación del índice de calidad de vida sin y con las variables de la OSC. Finalmente, se presenta la interpretación de las estimaciones obtenidas con el modelo econométrico que permite observar cómo cada dimensión de la OSC

²⁵ Véase en el Anexo C, las variables de la OSC que se utilizaron como variables independientes.



influye en la percepción de la calidad de vida de las personas adultas mayores en etapa de vejez temprana.

Indicadores

Tabla 3: Resultados de los indicadores estimados por Análisis de componentes principales con correlaciones policóricas

		GENERAL	HOMBRES	MUJERES
Dimensión 1: Bienestar General	Ind_Satisfaccion	0.7147	0.7297	0.5314
	Ind_Preocupaciones	0.3628	0.4213	0.3227
	Ind_Sensacion	0.4100	0.2618	0.4180
Dimensión 2: Participación y actividades sociales	Ind_Actividades	0.4881	0.4474	0.4750
	Ind_Participacion	0.3527	0.5909	0.1606
	Ind_Usotecnologia	0.7177	0.8836	0.6954
Dimensión 3: Autonomía	Ind_Autonomia	0.3256	0.3122	0.3425
Dimensión 4: Condiciones físicas	Ind_Salud	0.5759	0.6407	0.5118
	Ind_Problemasalud	0.3546	0.4645	0.3342
	Ind_Actividadfisica	0.3640	0.2164	0.2640
Dimensión 5: Condiciones económicas	Ind_Situeconomica	0.5413	0.6536	0.4788
	Ind_Deuda	0.1081	0.1224	0.1500
Dimensión 6: OSC	Ind_CEstado	0.5282	0.5363	0.5273
	Ind_CComunidad	0.5666	0.5182	0.6846
	Ind_Cfamilia	0.5928	0.5889	0.6726
	Ind_CMercado	0.3030	0.3913	0.2578
Min		0	0	0
Max		1	1	1
Observaciones		200	100	100

Fuente: Elaboración propia.

El estudio de la calidad de vida requiere tomar en cuenta múltiples dimensiones que engloben diversos aspectos de la vida cotidiana, tal como muestra la tabla 3.

La primera dimensión se refiere al bienestar general, donde se puede observar que el mayor peso, tanto de manera general como para hombres y mujeres, viene explicado por el nivel de satisfacción que las personas mayores tienen con su vida. Los resultados son menores para las mujeres en comparación con los hombres.

La dimensión 2 se encuentra con gran influencia del indicador que mide el uso de la tecnología, como en el caso anterior, las mujeres presentan un resultado menor que los hombres. Se puede evidenciar una gran diferencia de género en el indicador de participación, donde los hombres presentan un valor de 0.59, mientras las mujeres uno de 0.16. En el indicador que mide las actividades de ocio, se puede apreciar valores similares entre hombres y mujeres.



En relación con las condiciones físicas, el indicador de salud es el que mayor influencia tiene de manera general, al igual que los anteriores indicadores, se mantiene una diferencia de género: los hombres se sienten más satisfechos con su estado de salud que las mujeres. Sin embargo, el indicador de problemas de salud es menor para las mujeres que para los hombres, indicando que las mujeres tienen menos problemas de salud.

La parte económica es medida por dimensión 5 y se puede observar que la situación económica es la de mayor peso dentro de esta, y es evidente la diferencia entre hombres y mujeres.

La dimensión 6 que busca captar la OSC muestra resultados interesantes, los pesos se encuentran equilibrados entre Estado, comunidad y familia, mientras el mercado es el que menor peso tiene. Desde la perspectiva de género, se puede observar que las mujeres tienen un indicador más alto en la comunidad y en la familia,

Con una breve aproximación de la importancia que tiene cada indicador dentro de cada dimensión, de manera similar a analizar la relevancia de cada dimensión dentro del indicador general.

Tabla 4: Resultados de dimensiones estimados por Análisis de componentes principales con correlaciones policóricas

	GENERAL	HOMBRES	MUJERES
Dimensión 1: Bienestar General	0.5003	0.5077	0.4792
Dimensión 2: Participación y actividades sociales	0.5866	0.6695	0.5298
Dimensión 3: Autonomía	0.3256	0.3122	0.3425
Dimensión 4: Condiciones físicas	0.4739	0.5429	0.4538
Dimensión 5: Condiciones económicas	0.4087	0.3190	0.4248
Dimensión 6: OSC	0.5802	0.6277	0.5962
Min	0	0	0
Max	1	1	1
Observaciones	200	100	100

Fuente: Elaboración propia.

La dimensión de participación y actividades sociales, así como la de la organización social del cuidado son las que mayor relevancia tienen dentro del índice de calidad de vida en la vejez. Por el contrario, la dimensión de autonomía y condiciones económicas, juegan un rol menor dentro del mismo. Las diferencias de género por cada dimensión no presentan una gran significancia.



Como se mencionó en la parte de la metodología, se calcularon dos índices de calidad de vida en la vejez, que se diferencian uno del otro por la dimensión de la organización social del cuidado. La tabla 5 muestra estos resultados. En general, el ICVV es medianamente bajo con un valor de 0.50 en comparación con los resultados obtenidos en Chile, para ese país el ICVV es de 0.72 (UC-Caja Los Andes, 2017). Cabe recalcar que la información obtenida para el cálculo del índice se levantó durante la cuarentena obligatoria decretada por la emergencia sanitaria en el país a partir del 16 de marzo del 2020 a raíz de la pandemia mundial, lo que podría explicar que la percepción de la calidad de la vida no sea tan buena debido a la situación de aislamiento.

Sin embargo, se puede apreciar que, al incluir la dimensión de cuidados, de manera general este incrementa. Pero de manera específica, existe una disminución de este indicador en hombres y mujeres, siendo éstas muy poco significativas, en especial, el de las mujeres.

Tabla 5: Resultados del índice de Vida en la vejez con y sin dimensión de cuidado.

	GENERAL	HOMBRES	MUJERES
Índice de Calidad de Vida en la vejez (ICVV)	0.5040	0.5500	0.5635
Índice de Calidad de Vida en la vejez con cuidado (ICVVC)	0.5446	0.5324	0.5573
Min	0	0	0
Max	1	1	1
Observaciones	200	100	100

Fuente: Elaboración propia.

A continuación, la tabla 6 contiene los resultados del modelo econométrico que permiten cumplir con el objetivo de medir la influencia que tiene la organización social de cuidados en la percepción de la calidad de vida de las personas adultas mayores. Como la tabla indica, todas las variables utilizadas presentan significancia con diferentes niveles de confianza, a excepción del indicador de la familia para los hombres.

Tabla 6: Resultados de la estimación por MCO

Variable Dependiente: Índice de la Calidad de Vida en la Vejez (ICVV)						
	GENERAL		MUJERES		HOMBRES	
Ind_CEstado	0.2419	***	0.2676	***	0.2601	***
	(0.0476)		(0.0811)		(0.0771)	
Ind_CComunidad	-0.1481	***	0.1774	***	-0.1516	**
	(0.0478)		(0.0774)		(0.0759)	
Ind_CFamilia	0.1569	***	0.2529	***	0.1053	
	(0.0575)		(0.0925)		(0.1004)	
Ind_CMercado	0.4016	***	0.3768	***	0.4531	***
	(0.0445)		(0.0674)		(0.0676)	
Constante	0.2454	***	0.0337	***	0.2498	***
	(0.0547)		(0.0870)		(0.0806)	
Observaciones	200		100		100	
R_cuadrado	0.3736		0.3636		0.3831	
Root MSE	0.1615		0.1859		0.1745	

Nota: *** 1%, ** 5% y * 10%, correspondiente al nivel de significancia. Entre () errores estándar robustos. El modelo utilizado es una regresión lineal corregida por vce (robust).

Fuente: Elaboración propia.

Estado

Conforme los resultados, el Estado tendría una influencia positiva dentro de la percepción de la calidad de vida, es decir, que dada mayor participación se esperaría que el ICVV aumente en 0.24 puntos, manteniendo lo demás constante.

En el Anexo E, se encuentran los resultados por cada variable que conforma el indicador que busca medir el cuidado por parte del Estado. Tomando en cuenta únicamente estas variables, se ha podido hallar que- de manera general- tanto las transferencias monetarias como los servicios de salud son significativos y aumentan la calidad de vida en 0.15 puntos. Para el caso de las mujeres, solo resulto significativa la variable de trasferencias económicas, incrementando el ICVV en 0.17 puntos, mientras el de los hombres aumenta en 0.13. A pesar de que la variable de servicios de salud no sea significativa para las mujeres, esta aumenta apenas 0.07 el ICVV, situación diferente para los hombres, ya que esta variable aumenta en 0.19 su ICVV.

La tercera variable que conforma el indicador del Estado es la referente a la infraestructura pública; ésta no es significativa y su impacto es negativo y mínimo dentro del ICVV.



Comunidad

La comunidad como proveedora de cuidados, según la información obtenida en esta investigación, de manera general tiene un impacto negativo en la percepción de la calidad de vida, es decir, esta disminuye el ICVV en 0.15 aproximadamente, ceteris paribus. De manera similar, se puede observar dicho comportamiento para el caso de los hombres, en el cual la disminución se presentaría en la misma magnitud.

Contrariamente, la comunidad provoca un efecto positivo para las mujeres, aumentando su ICVV en 0.17 puntos.

Familia

Como se ha mencionado en este estudio, el cuidado históricamente ha sido resuelto dentro de las esferas de lo privado, es decir, dentro de los hogares, principalmente a cargo de las mujeres. Al ser en este momento el principal proveedor de cuidados, es coherente que los resultados muestren una relación positiva con la calidad de vida.

De manera general y para las mujeres el cuidado familiar se muestra significativo y positivo, aumentando el ICVV en 0.16 y 0.25 puntos respectivamente. El panorama para los hombres es diferente: esta variable carece de significancia y la magnitud del impacto es mucho menor que para las mujeres, ya que para los hombres- el cuidado familiar- incrementa apenas el 0.10 su ICVV, manteniendo todo lo demás constante.

Los resultados desagregados por variables, presentados en el Anexo 6 reflejan hallazgos importantes a ser considerados. Tanto de manera general como para hombres y mujeres, contar con una persona para acudir a los servicios de salud- gestión de cuidados- disminuye el ICVV en 0.07, 0.08 y 0.09, respectivamente.

Para las mujeres, dar apoyo familiar a sus hijos/as influye positivamente en la percepción de la calidad de vida aumentando su índice en 0.2 puntos, siendo esta una variable significativa, en comparación con los hombres que carece de la misma.

Otra variable importante que ha sido considerada en el modelo es respecto a hacerse cargo del cuidado de algún miembro familiar- en específico- de los/as nietos/as. Los resultados muestran que la diferencia en la disminución del ICVV entre hombres y mujeres es mínimo, pues este reduce en 0.08 y 0.07 respectivamente, sin embargo, dicha variable resulta ser significativa únicamente para las mujeres.



Mercado

Se habla de una creciente mercantilización de los cuidados, debido a las respuestas incipientes del Estado frente a esta función esencial de protección social, así como un colapso dentro de los hogares por la falta de corresponsabilidad de dichas tareas entre sus miembros.

La tabla 6 indica claramente como el mercado es el proveedor de cuidados con más influencia sobre la percepción de la calidad de vida, en comparación con los otros 3-Estado, comunidad y familia-. De manera general podemos ver que, a mayor participación del mercado dentro del cuidado, el ICVV aumenta en 0.40 puntos. Una tendencia similar se evidencia para hombres y mujeres- 0.45 y 0.38-. Adicionalmente se puede observar que son variables significativas para los tres casos.

De acuerdo al modelo desagregado presentando en el Anexo E, se puede observar que, tanto de manera general como para hombres y mujeres, contar con transferencias monetarias de partes de las empresas o instituciones para las cuales las personas encuestadas han trabajado, generan un aumento del ICVV en 0.13, 0.12 y 0.24, evidenciando que para las mujeres tiene mayor impacto. Esta variable es significativa para los tres modelos.

En la misma línea, contar con una trabajadora doméstica genera un incremento del ICVV de manera general al igual que para hombres y mujeres. Contrariamente a estos resultados, se ha podido evidenciar que comprar servicios de salud en centros privados impacta negativamente dentro del ICVV. Esta variable es significativa únicamente para los hombres y las diferencias son mínimas en comparación con las mujeres.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los mercados también dinamizan los procesos que sostienen la vida o, en otras palabras, todos los procesos de generación, distribución y consumo de recursos que permiten que los seres humanos persigan sus objetivos a lo largo de su vida. El cuidado de las personas mayores es, es uno de estos recursos y se organiza a través de cuatro actores principales: el Estado, la familia, el mercado y la comunidad. Cada uno de ellos tiene mayor o menor participación de acuerdo al contexto de cada país o ciudad.



El objetivo de esta investigación fue buscar medir la influencia que cada uno de estos actores tiene en la percepción de la calidad de vida que un grupo de personas adultas mayores que atraviesan la etapa de la vejez temprana- entre 65 a 74 años- en la ciudad de Cuenca. Los resultados han evidenciado diferentes percepciones del impacto de estos actores en la calidad de vida de los hombres y mujeres.

El Estado históricamente ha jugado un rol importante dentro de la organización social del cuidado. Su influencia ha resultado positiva para este grupo de personas, tanto para hombres como para mujeres, acorde a otras investigaciones tales como la de Varela y Gallego (2015). Lo servicios de salud pública y las transferencias monetarias- las pensiones por jubilación- son las que mayor peso han tenido, sugiriendo ser dos factores importantes al tener en cuenta al momento de la formulación de políticas públicas. A pesar de que, la variable de infraestructura pública no se haya mostrado significativa- probablemente porque a este grupo muestral en este momento no les parezca primordial- su signo alerta sobre la importancia que este factor puede tener sobre la calidad de vida de las personas mayores. Expertas en el tema como Rosario Aguirre (2018), señalan que tanto el gobierno central como el gobierno local tienen un rol importante respecto a cómo pensar, planificar y construir las ciudades y espacios públicos desde un enfoque de las vejeces; indica que, con el pasar de los años, la movilización territorial de las personas adultas mayores se va reduciendo, es decir, el entorno por donde se movilizan se centra cada vez más en su barrio, por lo que es indispensable contar dentro del mismo con espacios seguros y completos, que permitan mantener estilos de vida basados en la autonomía.

Las poblaciones envejecen a diferentes ritmos alrededor del mundo, es por ello que los países que han atravesado este fenómeno demográfico antes que otros, han servido de ejemplo para ver la manera de actuar y buscar respuestas efectivas y de calidad por parte del Estado. Algunos casos interesantes a ser mencionados son: Costa Rica²⁶, Chile²⁷, Uruguay²⁸, Suiza²⁹ y Japón³⁰. En septiembre de 2013, el Consejo de Derechos Humanos de la ONU, resolución

²⁶ Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las personas Adultas Mayores en Costa Rica (https://www.conapam.go.cr/mantenimiento/Red_Cuido.pdf)

²⁷ Chile Cuida: Sistema de Apoyos y Cuidados (<https://www.chilecuida.gob.cl/conocenos/>)

²⁸ Sistema Cuidados (<https://www.gub.uy/sistema-cuidados/institucional/creacion-evolucion-historica>)

²⁹ Envejecer en Suiza

(https://assets.ctfassets.net/fclxf7o732gj/6qSbatsn5u2KusGugMaiyQ/feab9794983d22cf51aad69d78b31f7f/GR_AM_esp_1_.pdf)

³⁰ <https://eldiariomy.com/2016/12/12/la-insolita-tecnologia-que-ayuda-a-la-tercera-edad-en-japon-el-pais-con-la-poblacion-mas-vieja-del-mundo/>



24/20, creó un mandato de investigación y documentación de los derechos humanos de las personas mayores, a cargo de un Experto Independiente a nivel mundial³¹.

Así mismo, los Estados miembros de la Organización de los Estados Americanos (OEA) han adoptado instrumentos internacionales para garantizar los derechos humanos de las personas mayores³² en los que se establece la responsabilidad del Estado y la participación de la familia y la comunidad en el cuidado de las personas mayores. Ecuador ha accedido a este instrumento en 2019. La comunidad como proveedor de cuidado, actualmente en esta investigación no juega un papel positivo para la calidad de vida de las personas mayores, sin embargo, experiencias de otros países que se encuentran frente a este fenómeno demográfico, como el caso de España³³ o Suiza, han evidenciado la gran importancia que la comunidad tiene dentro del cuidado de personas mayores. Los mecanismos que diferentes sociedades han identificado y adoptado para dar respuesta y ser parte de la solución, invitan a reflexionar sobre el replanteamiento y la reconstrucción de los vínculos sociales que han perdido su valor y significado por la vigente y creciente privatización de la vida.

La familia- en regímenes de cuidado como el caso ecuatoriano- es el principal proveedor de cuidado. Los resultados obtenidos respecto a este actor permiten desarrollar algunas reflexiones. Si bien todas las personas que han sido encuestadas han trabajado de manera remunerada- por la construcción social que ha feminizado las tareas del cuidado- las mujeres han desarrollado adicionalmente el trabajo de cuidado no remunerado. La diferencia de género evidenciada en término de significancia del cuidado familiar para hombres y mujeres, probablemente podría ser explicada por la mayor participación de las mujeres dentro de estas tareas- en comparación con los hombres. A su vez, estas circunstancias podrían haber provocado en los hombres de este estudio un sentimiento de no merecimiento de los cuidados familiares por no haber desarrollado esos lazos de confianza y cariño, argumento que puede ser justificado con los datos descriptivos que evidencian que la mayoría de hombres prefiere contratar servicios de cuidado en su vivienda mientras que las mujeres prefieren mudarse a casa de una hijo/a para ser cuidadas cuando así lo necesiten.

³¹ Más información: <https://www.ohchr.org/EN/Issues/OlderPersons/IE/Pages/Background.aspx>
<https://www.ohchr.org/en/issues/olderpersons/ie/pages/ieolderpersons.asp>

³² Véase la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores: http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp

³³ Proyecto Radars (<https://ajuntament.barcelona.cat/tempsicures/es/noticia/10-azos-de-proyecto-radars-la-red-vecinal-y-comunitaria-que-vela-por-el-bienestar-y-el-cuidado-de-los-mayores-ya-se-ha-consolidado-en-mzas-de-35-barrios-de-la-ciudad>)



Dentro del cuidado familiar, otro resultado que llamo la atención fue el hecho de que contar con alguien que acompañe al médico disminuye la calidad de vida, lo que a simple vista podría resultar incoherentes, sin embargo, según lo mencionado por Rosario Aguirre en el Curso Internacional de Políticas del Cuidado con perspectiva de género primera cohorte dictado por el Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO)³⁴, contar con algún familiar que acompañe al médico, puede ser percibido como una pérdida de autonomía y a interiorizar los prejuicios sobre la vejez: sentirse una carga y una molestia para la familia. Así mismo, la profesora indica que puede existir una banalización de las situaciones de maltrato, es decir, que este acompañamiento al médico para muchos y muchas puedan tener maltrato implícito que no se reconoce como tal, por la naturalización histórica de la misma. Por lo tanto, se puede evidenciar que existen factores de fondo que pueden justificar este resultado negativo.

Las mujeres en etapa temprana han sido consideradas como cuidadoras de sus nietos/as, por la idea construida de que cuentan con más tiempo disponible y sus tareas son reducidas debido a que han salido del mercado laboral (Aguirre Cuns & Scavino Solari, 2018), sin embargo, los resultados señalan que esta situación disminuye su percepción de calidad de vida, pues posiblemente para muchas mujeres cuidar a niños/as demande gran cantidad de energía que ya no poseen o implique asumir una responsabilidad que no les corresponde, por ello, sería interesante conocer- mediante nuevas investigaciones- más a fondo como se desarrollan estas tareas de cuidado de personas mayores hacia otras personas mayores o hacia niños/niñas.

Por último, el mercado es, para esta muestra, el que mayor influencia positiva tiene dentro la calidad de vida. Una posible explicación ante esta situación podría venir del lado de los sesgos mencionados dentro de la metodología: las personas encuestadas pertenecen a un nivel socioeconómico medio-alto, que les permite contar con los recursos necesarios para comprar servicios de cuidado en el mercado. Por esta razón, se considera fundamental realizar otros estudios con muestras más amplias y que consideren muestras basadas en la diversidad socioeconómica y cultural que existe en el Ecuador. El mayor peso que presentan los hombres dentro de esta variable, en comparación con las mujeres, pudiera deberse a que los hombres perciben mayores ingresos- por una desigualdad estructural-, mientras las mujeres pueden decidir realizar estas actividades por ellas mismo, por sus menores ingresos.

³⁴ Curso desarrollado durante el periodo septiembre 2019 - noviembre 2020.



Con lo encontrado y analizado en esta investigación, se considera en primer lugar que es urgente e impostergable que el Estado lleve a cabo el levantamiento periódico de información de calidad enfocada exclusivamente en personas mayores. Sin información oportuna, clara, desagregada no es viable realizar una planificación adecuada ni adoptar programas y políticas públicas de calidad.

Se considera que el Estado (gobierno nacional y gobiernos locales incluidos) deben elaborar y adoptar políticas públicas con objetivos de corto, mediano y largo plazo, y con suficiente presupuesto para ser implementadas. Estas políticas públicas deben centrarse, al menos, en dos aspectos. Por un lado, es importante que todos los programas, políticas y/o proyectos públicos destinados a este grupo etario persigan la autonomía relacional³⁵, la legitimación de las diversas formas de envejecer, sin imposición de mandatos o actividades que respondan a la perpetuación de paradigmas de envejecimiento basado en aspectos netamente biológicos o corporales. Por otro lado, frente a la creciente mercantilización de los cuidados, es necesario que el Estado, mediante sus políticas públicas, supervise, regularice y garantice la calidad del cuidado ofertado en el mercado, con la finalidad de prevenir abuso y violencia en todas sus formas, estafa, así como precarización laboral u otros, ya que gracias a investigaciones previas se ha corroborado que una adecuada valorización del trabajo de cuidado repercute positivamente en la calidad de cuidado que se ofrecen (Aguirre Cuns & Scavino Solari, 2018).

Como recomendación final, el envejecimiento y el cuidado demandan mayor atención dentro de la academia y en forma interdisciplinaria. Con esta investigación se ha evidenciado la falta de trabajos sobre esta temática en el Ecuador, por lo que consideramos relevante el desarrollo de nuevos estudios desde enfoques de derechos humanos e intersectoriales en la amplia gama que abarca estos tópicos.

A manera de conclusión, se puede decir que los resultados de este estudio han evidenciado cómo cada uno de los actores de la organización social del cuidado influyen - aunque en diferente medida- en la calidad de vida de las personas mayores. Por esta razón es crucial entender el tipo de cuidado y calidad que cada uno de estos actores ofrece con la finalidad de repensar y reconstruir un nuevo régimen de cuidado que persiga mayor equidad entre sus partes, permitiendo mejorar los niveles de bienestar de toda la sociedad. Así mismo, la pandemia ha evidenciado con fuerza la necesidad de dar prioridad a temas como el

³⁵ Entendiendo a este como el vínculo entre dos o más personas que interactúan construyendo seres y haceres que no anulen al otro (Aguirre Cuns & Scavino Solari, 2018)



envejecimiento, la calidad de vida y el cuidado, pues para muchos y muchas, este aislamiento obligatorio- con mayores restricciones para esta población por su vulnerabilidad ante el virus- ha significado un deterioro en su calidad de vida. Por último, hablar sobre la calidad de vida en la vejez lleva a reflexionar qué significa llegar a viejos/as, entender cómo la sociedad ha ido construyendo este concepto a lo largo del tiempo y qué juicios y prejuicios lo engloban. De esta manera, comenzar a entender al envejecimiento como un proceso natural de la vida- al cual todos y todas llegaremos en algún momento de la vida- permitirá dejar de lado los miedos construidos en torno a esta parte del ciclo vital y aceptarla como una etapa igual de valiosa e importante que las etapas previas. Todo esto en su conjunto, impactará positivamente en la manera de cuidar y en la calidad de vida de todas las personas en una sociedad.



BIBLIOGRAFÍA

- Agich, T. (2007). Autonomy as a problem for clinical ethics. In T. Nys, Y. Denier, & T. Vandeveld, *Autonomy and Paternalism. Reflections on the Theory and Practice of Health Care* (pp. 71-92). Lovaina: Peeters.
- Aguirre Cuns, R., & Scavino Solari, S. (2018). *Vejece de las mujeres. Desafios para la igualdad de género y la justicia social en Uruguay*. Doble click.
- Alagado Ferrer, M. T. (1997). *Envejecimiento y sociedad: una sociología de la vejez*. Alicante: Diputación Provincial de Alicante, Instituto Alicantino de Cultura Juan Gil-Albert.
- Aleaga Figueroa, A. C. (2018). Análisis de la situación del adulto mayor en Quito. Caso: Hogar de Ancianos Santa Catalina Labouré, periodo 2017. Quito, Pichincha, Ecuador.
- Alperin , M., & Skorupka, C. (2014). *Métodos de muestreo. Muestreo: técnica de selección de una muestra a partir de una población*. Retrieved from <https://www.fcnym.unlp.edu.ar/catedras/estadistica/Procedimientos%20de%20muestreo%20A.pdf>
- Aponte Daza, V. C. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu*, 152-182.
- Arber, S., & Ginn, J. (1996). "Mera conexión": relaciones entre género y envejecimiento . In S. Arber, & J. Ginn, *Relación entre género y envejecimiento: enfoques sociológicos* (pp. 17-34). Madrid: Narcea.
- Arriagada, I. (2011). *La organización social de cuidados y vulneración de derechos en Chile* . Santo Domingo: ONU MUJERES.
- Astorquiza, B. A., & Chingal, Ó. A. (2019). ¿Cómo están nuestros ancianos? Una exploración empírica de la calidad de vida de las personas mayores en Colombia. *CEPAL N° 129*.
- Batthyany, K. (2015). Los tiempos de cuidado en Uruguay. In K. Batthyany, *Los tiempos del bienestar social* (pp. 87-135). Montevideo: Doble clic.
- Bustamante, M., Lapo, M., Torres, J., & Camino, S. (2017). Factores Socioeconómicos de la Calidad de Vida de ls Adultos Mayores en la Provincia de Guayas, Ecuador. *SciELO*.
- Cerri, C. (2015). Dependencia y autonomía: una aproximación antropológica desde el cuidado de los mayores. *Athenea Digital*, 111-140.



- Durán, M. Á. (2004). La calidad de la muerte como componente de la calidad de vida . *Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 9-32.
- Estrada, A., Cardona, D., Segura, Á. M., Chavarriaga, L. M., Ordóñez, J., & Osorio, J. J. (2011). Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. *Biomédica*, 31(4), 492-502. Retrieved from <https://www.redalyc.org/pdf/843/84322449004.pdf>
- Flores Villavicencio, M. E., Troyo Sanromán, R., Cruz Ávila , M., González Pérez, G., & Muñoz de la Torre, A. (2013). Evaluación de la calidad de vida mediante WHOQOL-BREF en adultos mayores que viven en edificios multifamiliares de Guadalajara, Jalisco. *Revista argentina de clínica psicológica*, XXII(2), 179-192.
- García, J. C., & Cortez, P. (2012). Análisis de la participación laboral de la mujer en el mercado ecuatoriano. *Analitika*, 27-53.
- Gómez-Cabello, A., Vicente Rodriguez, G., Vila-Maldonado, s., Casajús, J., & Ara, I. (2012, Enero-Febrero). Envejecimiento y composición corporal: la obesidad sarcopénica en España. *Nutrición Hospitalaria*, 27(1), 22-30. Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000100004
- Guajardo, G., & Huneus, D. (2003). Las narrativas de la participación social entre adultos mayores: entre la reciprocidad y la desolación . *Notas de Población* , 7-34.
- Ham, R. (2000). Los umbrales del envejecimiento. *Estudios socioológicos*, 661-675.
- Huenchuan, S. (2010). Envejecimiento y género: acercamiento a la situación específica de las mujeres mayores en América Latina y a las recomendaciones internacionales. In K. Batthyany, F. Berriel, M. Carbajal, S. A. Carlos, M. Ciarniello, A. Fassio, . . . A. Miño Worobiej , *Envejecimiento, género y políticas públicas. Coloquio regional de expertos* (pp. 15-32). Montevideo: Núcleo Interdisciplinario de Estudios de Vejez y Envejecimiento (NIEVE)- UDELAR-UNFPA.
- INEC. (2012). *Encuesta de Uso de Tiempo, presentación de principales resultados*. Retrieved from Instituto Nacional de Estadísticas y Censos: https://www.ecuadorencifras.gob.ec//documentos/web-inec/Uso_Tiempo/Presentacion_%20Principales_Resultados.pdf
- INEC. (2012). *Estimaciones de proyecciones de población 2010* . Retrieved from Instituto Nacional de Estadísticas y Censos:



https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Proyecciones_Poblacionales/presentacion.pdf

INEC. (2019, Diciembre). *Indicadores laborales*. Retrieved from <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/empleo-septiembre-2019/>

Izquierdo, M. J. (2018). Consideraciones recientes del debate sobre cuidados . In O. M. MÉXICO, *El trabajo de cuidados: una cuestión de derechos humanos y políticas públicas* (pp. 43-52). Ciudad de México: ONU MUJERES.

Kolenikov, S., & Angeles, G. (2004, Octubre 20). *The Use of Discrete Data in PCA: Theory, Simulations, and Applications to Socioeconomic Indices*. Retrieved from <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/wp-04-85>

Le Breton, D. (2011). *Anthropologie du corps et modernité*. París: PUF.

López Gil, S. (2014). Debates en la teoría feminista contemporánea: sujeto, ética y vida común. *Quaderns de Psicologia*, 16(1), 45-53.

Martínez Franzoni, J. (2007). *Regímenes de bienestar en América Latina*. Retrieved from Fundación Carolina: <http://www.fundacion-carolina.es/wp-content/uploads/2014/08/DT11.pdf>

MIES. (2011). *Agenda de igualdad para Adultos Mayores 2012-2013*.

Mora, V., & Guamán, E. (2017). *PERFIL DE SALUD-ENFERMEDAD DE LOS ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS DEL HOGAR MIGUEL LEÓN. CUENCA, 2017*. Retrieved from <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28697/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>

Olsson, U. (1979, Diciembre). Maximum likelihood estimation of the polychoric correlation coefficient. *Psychometrika*, 44(4), 443-460. doi:10.1007/BF02296207

OPS. (2012, abril 17). *Estrategías de la OPS para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores* . Retrieved from Organización Panamericana de la Salud: https://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&view=article&id=678:estrategias-ops-calidad-vida-adultos-mayores&Itemid=255



- Organización Mundial de la Salud. (2018, febrero 2). *Envejecimiento y Salud*. Retrieved from Organización mundial de la salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Paredes, M., Ciarniello, M., & Brunet, N. (2010). *Indicadores sociodemográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay: una perspectiva comparada en el contexto latinoamericano*. Montevideo: Núcleo Interdisciplinario de Estudios sobre Vejez y Envejecimiento (NIEVE)-UDELAR/UNFPA.
- Pérez Díaz, J. (2006, junio 09). *Demografía y envejecimiento*. Retrieved from Portal mayores: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/5120/1/Perez2006a.pdf>
- Pérez Orozco, A. (2014). *Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*. Madrid: Traficante de Sueños .
- Pérez Orozco, A., & García Domínguez, M. (2014). Cuidados: conceptos básicos . In A. Pérez Orozco, & M. García Domínguez, *Por qué nos preocupamos de los cuidados* (pp. 6-33). Centro de capacitaciones de ONU MUJERES.
- Pérez Orozco, A., & García Domínguez, M. (2014). La organización social del cuidado: identificación de necesidades y escenarios de cuidado. In A. Pérez Orozco, & M. García Domínguez, *Por qué nos preocupamos de los cuidados* (pp. 33-58). Centro de Capacitación de ONU Mujeres.
- Pérez Orozco, A., & García Domínguez, M. (2014). Los cuidados como parte de la economía. In A. Pérez Orozco, & M. García Domínguez, *Por que nos preocupamos de los cuidados*. Centro de capacitación de ONU mujeres .
- Pineda D, J. A. (2018). Trabajo de cuidados: mercantilización y desvalorización. *Revista CS*. doi: <https://doi.org/10.18046/recs.iEspecial.3218>
- Puijalon, B. (2009). Autonomía y vejez: Un contexto cultural, un enfoque político, una propuesta filosófica . In F. V. Lucas, *Autonomía y dependencia en la vejez* (pp. 8-27). Barcelona : Fundació Victor Grífols i Lucas.
- Rodríguez Enríquez , C., & Marzonetto, G. (2015). Organización social del cuidado y desigualdad: el déficit de las políticas públicas en Argentina. *Perspectivas de Políticas Públicas*, 103-134. doi:10.18294/rppp.2015.949



- Rodríguez Enríquez, C. (2015). Economía feminista y economía del cuidado. Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad. *Nueva Sociedad*.
- Romero, Z., & Montoya, B. (2017). Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Papeles de Población*.
- Rubio Olivares, D. Y., Rivera Martínez, L., Borges Oquendo, L., & Gónzales Crespo, F. V. (2015). Calidad de vida en el adulto mayor . *VARONA*, 1-7.
- Schkolnik, S. (2007). *Protección social de la 3era edad en Ecuador*. Quito: CEPAL-CELADE.
- Tuesca, R. (2005). La calidad de vida, su importancia y como medirla. *Revista Científica Salud Uninorte*, 76-86.
- UC-Caja Los Andes. (2017). *Chile y sus mayores*. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile y Caja-Los Andes.
- Varela, L. E., & Gallego, E. A. (2015). Percepción de la calidad de vida a un grupo de adultos mayores de Envigado (Colombia). *Salud Soc. Uptc.*, 7-14.
- WHO. (2006). *WHOQOL-OLD Module-manual*. Copenhagen: World Health Organization .
- WHO. (n.d.). *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. Retrieved from World Health Organization : <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>



ANEXOS

Anexo A: Encuesta



UNIVERSIDAD DE CUENCA
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas
INFLUENCIA DE LA ORGANIZACIÓN SOCIAL DE CUIDADOS EN EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

La presente investigación busca identificar el nivel de influencia que la organización social de cuidados tiene en el bienestar de las personas adultas mayores en la vejez temprana (personas de 65 a 74 años) dentro de la ciudad de Cuenca. Cuando hablamos de organización social de cuidados, nos referimos a como el Estado, la familia, la comunidad y el mercado se organizan y distribuyen las tareas de cuidado (actividades indispensables para sostener la vida).

Toda la información recolectada será de uso exclusivo para fines académicos, se guardará total confidencialidad de la información recolectada.

MUCHAS GRACIAS POR SU VALIOSA COLABORACIÓN.

DATOS GENERALES

1. ¿Cuál es su sexo?

Hombre		Mujer	
--------	--	-------	--

2. ¿Cuál es su edad?

3. Su estado civil es:

Soltero/a	
Casado/a	
Unión libre	
Separado/a	
Divorciado/a	
Viudo	

4. Zona de residencia

Urbana		Rural	
--------	--	-------	--

5. Su nivel de instrucción es:

Ninguno	
Primaria	
Secundaria	
Tercer nivel	
Cuarto nivel	

6. ¿Cuántas personas viven con Ud.?

7. ¿Cuántos hijos/as tiene?

8. ¿Cuántas hijas mujeres tiene?

BIENESTRA GENERAL

En esta sección nos interesa conocer su sensación y satisfacción con la vida, así como las preocupaciones que usted tiene.

9. ¿Cuán satisfecho se ha sentido con su vida durante los últimos 6 meses?

	1	2	3	4	
Nada Satisfecho					Muy Satisfecho

10. ¿Cómo considera Ud. que es su bienestar?

	1	2	3	4	
Nada Satisfecho					Muy Satisfecho



11. En los últimos 6 meses, ¿Qué tan satisfecho/a se siente usted con las siguientes necesidades?

	Muy satisfecho	Satisfecho	Poco satisfecho	Nada satisfecho
Alimentación				
Vivienda				
Afecto y cariño				
Atención médica				
Medicamentos				
Transporte				
Comunicación e información (Teléfono, Internet, periódicos, televisión)				

12. ¿Cuán preocupado/a está usted de que le pueda suceder las siguientes situaciones...?

	Muy preocupado/a	Preocupado/a	Poco preocupado/a	Nada preocupado/a
Depender físicamente de un pariente o persona cercana				
Depender económicamente de un pariente o persona cercana				
Fallecimiento de un familiar querido				
Enfermarse gravemente y no tener la atención médica adecuada				
Ser asaltado/a en la calle				
Tener insuficientes ingresos económicos				
Que entren a robar en su casa				

13. ¿Ha experimentado alguna de las siguientes situaciones durante los últimos 6 meses?

	SI	NO
Problemas económicos		
Enfermedad de un pariente o persona cercana		
Ha estado hospitalizado/a		
Ha tenido una operación		
Algún pariente o persona cercana se ha ido a vivir fuera del país o ciudad		
Algún robo o asalto de importancia		
Algún problema con su vivienda		
Problema familiar grande		
Problema en relación con su pareja		
Ha fallecido su esposo/a o pareja		
Se ha tenido que cambiar de vivienda		
Se ha divorciado o separado de pareja		

14. ¿Con qué frecuencia le ocurre lo siguiente...

	Nada frecuente	Poco frecuente	Frecuente	Muy frecuente
Preferir quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas				
Se aburre				
Se siente inútil o que no vale nada				
Se siente aislado de los demás				
Se siente excluido de los demás				
Siente que le falta compañía				

SITUACIÓN LABORAL



15. En el mes pasado, ¿recibió usted personalmente ingresos por...?

Jubilación	
Trabajo o negocio	
Bono estatal	
Ayuda de familiares	
Pensión de viudez o montepío	
Arriendo de algún bien	
Ahorros o ingresos bancarios	
Remesas	
Por cobro de intereses de préstamos	
Ninguna	
No sabe	
Otros	

16. ¿Tiene usted personalmente algunos de los siguientes tipos de deuda?

Plazos vencidos de tarjetas de créditos o de establecimientos comerciales	
Préstamos de instituciones financieras	
Cuentas vencidas de servicios básicos	
Deudas con amigos o familiares	
Deudas de alquiler	
Deudas por salud	
Ninguna	

17. ¿Cuán satisfecho se siente con su jubilación?

	1	2	3	4	
Muy Insatisfecho					Muy Satisfecho

18. ¿Siente que la jubilación le alcanza para cubrir sus gastos?

SI	
NO	

19. ¿La empresa para la cual ha trabajado le da algún tipo de reconocimiento, por su edad? Por ejemplo, algunas empresas tienen sistema de pensiones internas.

SI	
NO	

20. En caso de si recibir algún reconocimiento, ¿De qué tipo es este?

CONDICIONES DE SALUD

21. Diría que su salud es...

	1	2	3	4	
Muy Mala					Muy Buena

22. En el último año, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas de salud?

Colesterol alto	
Artritis	
Diabetes o azúcar elevado	
Insomnio	
Problemas de la vista	
Problemas al corazón	
Enfermedades pulmonares crónicas	
Algún tipo de cáncer	
Fractura de algún hueso	
Enfermedad vascular	
Problemas de memoria	
Ninguna	
Otra	

23. ¿Cuándo usted se enferma a que institución de salud acude con mayor frecuencia?

Ministerio de Salud Pública	
IESS	
Clínicas/hospitales privados	
No utiliza	

24. ¿Qué tan buena considera que es la atención en los siguientes lugares...?

	Muy mala	Mala	Buena	Muy buena
Ministerio de Salud Pública				
IESS				
Clínicas/hospitales privados				

25. ¿Cuándo tiene una cita médica quien le acompaña?

Nadie, va solo/a	
Familiares	
Amigos/as	
Vecinos/as	
Trabajadora doméstica	
Enfermera privada contratada	

**26. ¿Realiza alguna actividad física?**

Camina	
Hace algún deporte	
Hace usted mismo los quehaceres domésticos	
Ninguno	

27. ¿Tiene una vida sexualmente activa?

SI	
NO	

PARTICIPACIÓN Y ACTIVIDADES SOCIALES**28. ¿Con que frecuencia ha realizado las siguientes actividades en los últimos 6 meses?**

	Nunca	Al menos una vez al mes	Al menos una vez por semana	Siempre
Salir de casa				
Lee revistas, periódicos, libros				
Participa en actividades o ceremonias religiosas				
Practica algún pasatiempo (tejer, pintar, etc.)				
Asiste a cursos, talleres o seminarios				
Va a visitar a personas cercanas o familiares				
Recibe visitas de familiares o amistades				

29. ¿Participa en alguna organización social, tal como?

Algún voluntariado	
Grupo religioso	
Organización política	
Organización de barrio	
Ninguna	

30. ¿Ha percibido algún trato injusto por ser adulto mayor?

	Siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
En consultorios, hospitales, centro de salud				
Por personas de su barrio				
En instituciones públicas				
Por su familia				
En la calle				
En instituciones financieras				
En transporte público				

31. Usted diría que:

	Siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
Otras personas organizan su vida				
Otras personas toman decisiones que son importante para su vida				
Toma las decisiones sobre cuestiones cotidianas				
Su familia respeta sus decisiones				
Elige como pasar su tiempo libre				
Hace planes sobre su futuro				

32. ¿Cómo percibe los siguientes aspectos de la ciudad?



	Muy Bueno	Bueno	Malo	Muy Malo
Cantidad de espacios de recreación				
Accesibilidad a estos espacios para las personas adultas mayores				
Iluminación de las calles donde se transita				
Accesibilidad del transporte público				
Estado de veredas y calles donde transita				
Semáforo con tiempo suficiente para cruzar la calle				

33. Uso de tecnología e Internet

	SI	NO
¿Posee en su casa computador y/o tablet?		
¿Posee Internet en su casa?		
¿Tiene teléfono celular para su uso propio?		
¿Tiene un smartphone?		

34. Durante el último mes, ¿ha usado el celular para...?

Hablar con otra persona	
Comunicarse por mensaje de texto	
Comunicarse por llamadas o video llamadas	
Sacar fotos o hacer videos	
Usar redes sociales	

Leer/ ver noticias	
No ha usado el celular	
No posee celular	

35. ¿Con que frecuencia asiste a misa o servicios religiosos de su iglesia, sin contar con bautizos, matrimonios o velorios?

Todos o casi todos los días	
Al menos una vez a la semana	
Algunas veces al mes	
Algunas veces al año	
Solo en ocasiones especiales	
Casi nunca	
Nunca	

RELACIONES SOCIALES Y FAMILIARES

36. ¿Con quién vive usted?

Solo/a	
Padres/suegros/as	
Hermanos/as	
Nietos/as	
Cuidador pagado (Trabajadora doméstica, enfermera)	
Hijos/as	
Conyugue	
Otros	

37. Constitución familiar

Tiene y vive con la pareja	
Tiene hijos/as vivos/as	
Tiene hermanos/as vivos/as	
Tiene nietos/as vivos/as	
No tiene hijos/as	
No tiene pareja	

38. En los últimos 3 meses, ¿con que frecuencia ha tenido contacto en persona con sus hijos?

Todos los días	
Fines de semana	
Algunas veces al mes	
Casi nunca	

39. En los últimos 3 meses, ¿con que frecuencia ha estado a cargo del cuidado de algún miembro de su familia?

Todos los días	
Algunos días a la semana	
Algunos días al mes	
Casi nunca	



40. Considera usted que es su obligación:

	SI	NO
Cuidar de sus padres cuando no puedan valerse por sí mismo		
Traer a vivir en su casa a sus padres cuando ya no puedan vivir solos		
Dar ayuda económica a sus padres si lo necesitan		
Ayudar en las labores domésticas en la casa de los padres si lo necesitan		
Dar compañía y pasar tiempo con los padres		

41. Considera usted que es obligación

	SI	NO
Permitir que los hijos adultos vuelvan a vivir en la casa de los padres si así lo necesitan		
Cuidar a los nietos		
Dar ayuda económica a los hijos adultos si así lo necesitan		
Dar compañía y pasar tiempo con los hijos		
Ayudar en los quehaceres domésticos en la casa de los hijos si así lo necesitan		

42. Teniendo en cuenta lo que usted da y recibe en sus relaciones, diría que:

Da más de lo que recibe	
Recibe más de lo que da	
Da y recibe más o menos por igual	

43. Cuando usted cuida a alguien, ¿cómo percibe la calidad de la relación con esa persona?

	1	2	3	4	
Muy Mala					Muy Buena

44. En los últimos 3 meses, ¿ha recibido alguno de los siguientes tipos de

apoyo de forma regular de un(a) hijo(a)?

	SI	NO
Apoyo emocional		
Consejos, información		
Ayuda práctica		
Apoyo económico		
Asistencia en cuidado personal		

45. En los últimos 3 meses, ¿ha dado alguno de los siguientes tipos de apoyo de forma regular de un(a) hijo(a)?

	SI	NO
Apoyo emocional		
Consejos, información		
Ayuda práctica		
Apoyo económico		
Asistencia en cuidado personal		

46. ¿Ha entregado voluntariamente apoyo económico en el último mes?

	SI	NO
A sus nietos/as		
A sus hijos/as		
Padre, madre, suegros		
Otras personas		

47. ¿Se siente satisfecho en relación con...?

	SI	NO
La forma en la que puede acudir a su familia cuando algo le preocupa		
Como su familia se comunica con usted y comparte los problemas con usted		
Como su familia acepta y apoya sus de realizar nuevas actividades		
El modo en que su familia le demuestra su afecto y responde a sus emociones tales como: rabia, pena y amor		

48. Si usted necesitará a alguien que le ayude en distintas situaciones, con qué frecuencia tendría a alguien para...

	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
Que le lleve al médico				
Con quién contar en las buenas y en las malas				
Que le prepare comida				
Que le ayude en las tareas domésticas				
A quien amar y hacerle sentir a usted querido				
Que le ayude si tuviera que estar en cama				
Con quien pasar un buen rato				
Quien comprenda sus problemas				
Le aconseje si tuviera que resolver un problema				



49. ¿Qué nivel de responsabilidad considera que la familia debe a la hora de...?

	Alto	Medio-alto	Medio bajo	Bajo
Proporcionar apoyo económico a las personas mayores que lo necesiten				
Proporcionar ayuda en las tareas de la casa				
Proporcionar ayuda con el cuidado personal				

50. ¿Qué nivel de responsabilidad considera que el Estado debe a la hora de...?

	Alto	Medio-alto	Medio bajo	Bajo
Proporcionar apoyo económico a las personas mayores que lo necesiten				
Proporcionar ayuda en las tareas de la casa				
Proporcionar ayuda con el cuidado personal				

51. Teniendo en cuenta sus propias condiciones económicas y familiares, supongamos que usted se encontrará sin pareja y no pudiera vivir de forma independiente y necesitará la ayuda permanente de otra persona. ¿Qué preferiría?

Vivir en casa de un hijo/as	
Vivir con otro pariente o amigo	
Vivir sola/o y contratar a alguien que le cuide	
Vivir en una residencia para adultos mayores	

52. ¿Quién realiza las tareas domésticas en su hogar?

Usted	
Cónyuge	
Tareas compartidas entre el miembro del hogar	
Hijo/a	
Trabajadora doméstica	
Nuera/yerno	
La mayoría del tiempo usted en conjunto con una trabajadora doméstica	

Anexo B: Análisis de Componentes Principales con correlaciones policóricas.

Kolenikov y Angeles (2004) y Olsson (1979), proponen utilizar el método de Análisis de Componentes Principales con correlaciones policóricas (PCA_{POLY}) cuando la naturaleza de sus variables son ordinales, por lo tanto, los mismos han desarrollado esta metodología que se explica a continuación:

Si se tienen dos variables ordinales sean x_1 y x_2 que se obtienen al discretizar dos variables x_1^* y x_2^* ; con distribución normal bivariada, con media cero y varianza unitaria (Olsson, 1979):

$$\begin{pmatrix} x_1^* \\ x_2^* \end{pmatrix} \sim N\left(0, \begin{pmatrix} 1 & \rho \\ \rho & 1 \end{pmatrix}\right), -1 \leq \rho \leq 1$$

$$\text{Cov}(x_1^*, x_2^*) = \rho$$

Dado el conjunto de umbrales $\alpha_{k1}, \dots, \alpha_k, K_{k-1}$:

$$x_k = \begin{cases} r \text{ si } \alpha_{k,r-1} < x_k^* < \alpha_{k,r}, & \text{para } r = 1, \dots, K_{k-1} \\ 0 \text{ en otro caso} \end{cases}$$



Donde: $\alpha_{k,0} = -\infty$ y $\alpha_k, K_k = +\infty$.

Assumiendo que las observaciones son aleatorias, idénticas e independientemente distribuidas (i.i.d.), la función de distribución acumulada se puede escribir como:

$$\Phi_2(s, t; \rho) = \int_{-\infty}^s \int_{-\infty}^t \frac{1}{2\pi\sqrt{1-\rho^2}} \exp\left[-\frac{1}{2\sqrt{1-\rho^2}}(u^2 - 2\rho uv + v^2)\right] dudv$$

Con los umbrales definidos anteriormente, la probabilidad de la observación i y j está dado por:

$$\begin{aligned} \pi(i, j; \rho, \alpha) &= \text{Prob}[x_1 = i, x_2 = j] = \\ &= \Phi_2(\alpha_{1,i}, \alpha_{2,j}; \rho) - \Phi_2(\alpha_{1,i-1}, \alpha_{2,j}; \rho) - \\ &\quad - \Phi_2(\alpha_{1,i}, \alpha_{2,j-1}; \rho) + \Phi_2(\alpha_{1,i-1}, \alpha_{2,j-1}; \rho) \end{aligned}$$

Por consiguiente, se maximiza el logaritmo de la función de verosimilitud:

$$\ln L = \sum_{i=1}^N \ln \pi(x_{i1}, x_{i2}; \rho, \alpha)$$

Así, al maximizar ρ y α se obtiene la correlación policórica (ρ) de x_1 y x_2 , de modo que la estimación de máxima verosimilitud es consistente, asintóticamente normal y asintóticamente eficiente (Kolenikov & Angeles, 2004; Olsson, 1979). Finalmente, al estimar la matriz de correlaciones policóricas se procede a estimar el análisis de componentes principales (PCA).

Anexo C: Descripción de las variables que componen los indicadores de la OSC utilizados como variables independientes para el modelo por MCO

VARIABLES	CÓDIGO	ESCALA DE MEDIDA	DESCRIPCIÓN
Dimensión 6: ORGANIZACIÓN SOCIAL DE CUIDADO			
Indicador Cuidado por parte del Estado (Ind_CEstado)			
Infraestructura pública	Infraestructurapublica	De 1 (Muy Mala) a 4 (Muy Buena)	Hace referencia a como el adulto mayor percibe los aspectos de la ciudad en cuanto a su infraestructura pública: calles, veredas, espacios de recreación, transporte, iluminación, semáforos para cruzar la calle.
Transferencias monetarias	Transferenciasmonetarias	De 1 (Nada Satisfecho) a 4 (Muy Satisfecho)	Hace referencia cuan satisfecho el adulto mayor siente con su jubilación.
Cuidado en Salud	Cuidadosalud	De 1 (Muy Mala) a 4 (Muy Buena)	Hace referencia a como el adulto mayor percibe la atención del MSP y el IEES.
Indicador Cuidado por parte de la Comunidad (Ind_CComunidad)			
Vinculo Social	Vinculosocial	1 (Nada Frecuente) a 4 (Muy Frecuente)	Hace referencia con qué frecuencia los adultos mayores en los últimos 6 meses han realizado actividades como: ir y/o recibir de personas cercanas, amigos o familiares.
Trato que le brinda la comunidad al adulto mayor	Tratocomunidad	De 1 (Muy Mala) a 4 (Muy Buena)	Hace referencia a como el adulto mayor percibe el trato que recibe por parte de la comunidad.
Indicador Cuidado por parte del Hogar (Ind_CHogar)			
Acompañamiento Médico	Acompañamedico	De 1 (Nunca) a 4 (Siempre)	Hace referencia a si el adulto mayor tiene a alguien que le acompañe al médico.
Recibe apoyo por parte de la familia	RApoyofamiliar	De 1 (Nunca) a 4 (Siempre)	Hace referencia a si el adulto mayor recibe apoyo de su familia en aspectos: económicos, emocional, ayuda práctica, consejos e información, asistencia de cuidado.



Da apoyo a su familia	DApoyofamiliar	De 1 (Nunca) a 4 (Siempre)	Hace referencia a si el adulto mayor da apoyo a su familia en aspectos: económicos, emocional, ayuda práctica, consejos e información, asistencia de cuidado.
Relación familiar	Relacionfamiliar	De 1 (Muy Mala) a 4 (Muy Buena)	Hace referencia a si el adulto mayor se siente satisfecho en relación con su familia, a la hora de: acudir a ellos cuando algo le preocupa, cuando tiene problemas y si su familia acepta sus decisiones.
Cuidado familiar	Cuidadofamiliar	1 (Nada Frecuente) a 4 (Muy Frecuente)	Hace referencia con qué frecuencia tiene el adulto mayor a algún familiar que le cuide.
Tarea domestica realizadas por los miembros del hogar	Tareadomestica	1 (Nada Frecuente) a 4 (Muy Frecuente)	Hace referencia con qué frecuencia tiene algún familiar para que le ayude en las tareas del hogar.

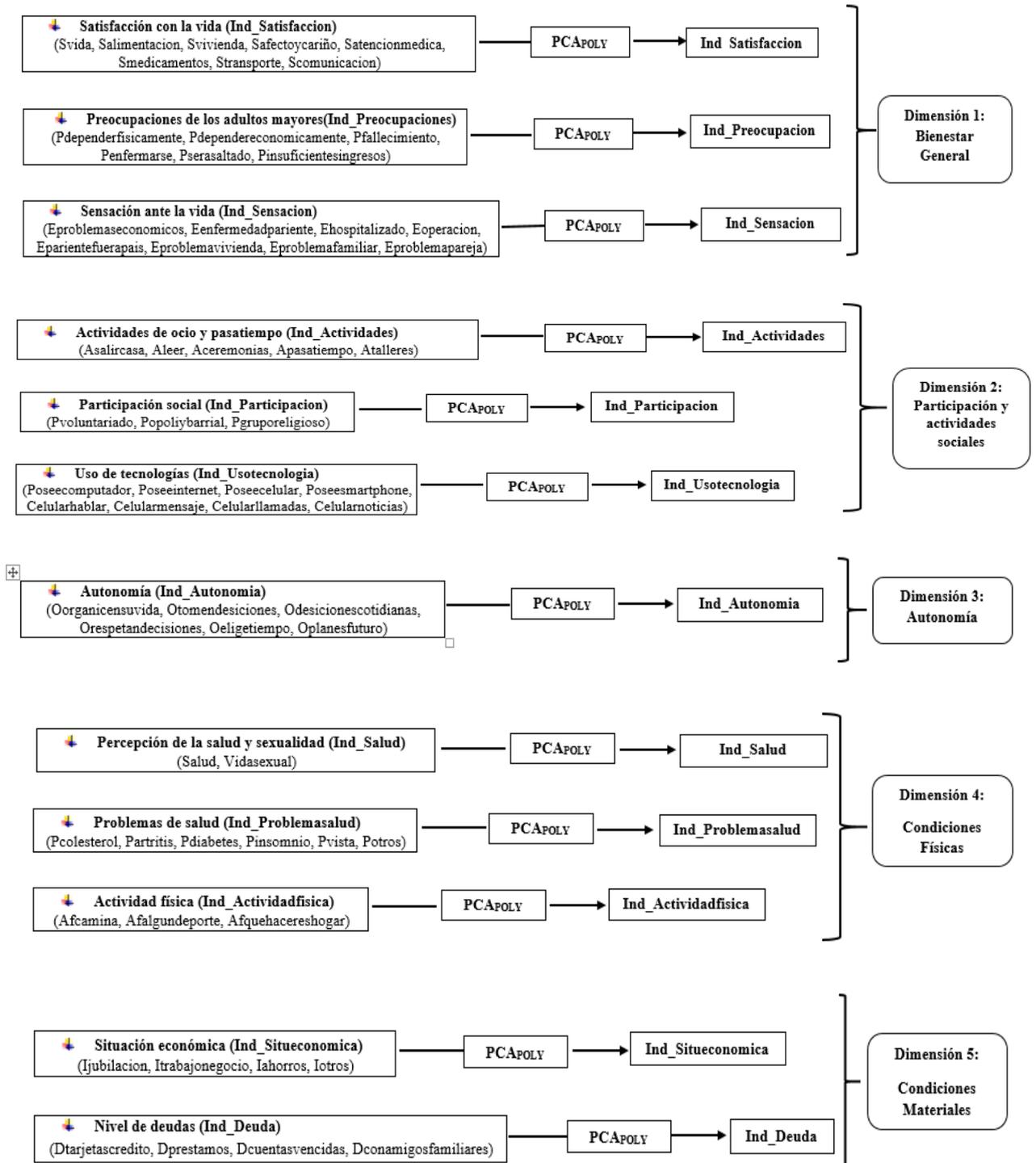
Indicador Cuidado por parte del Mercado (Ind_CMercado)

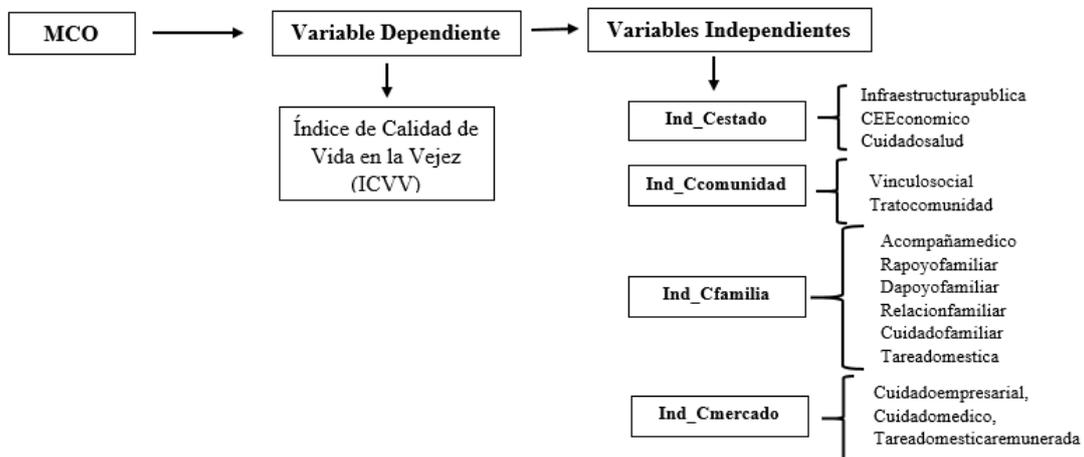
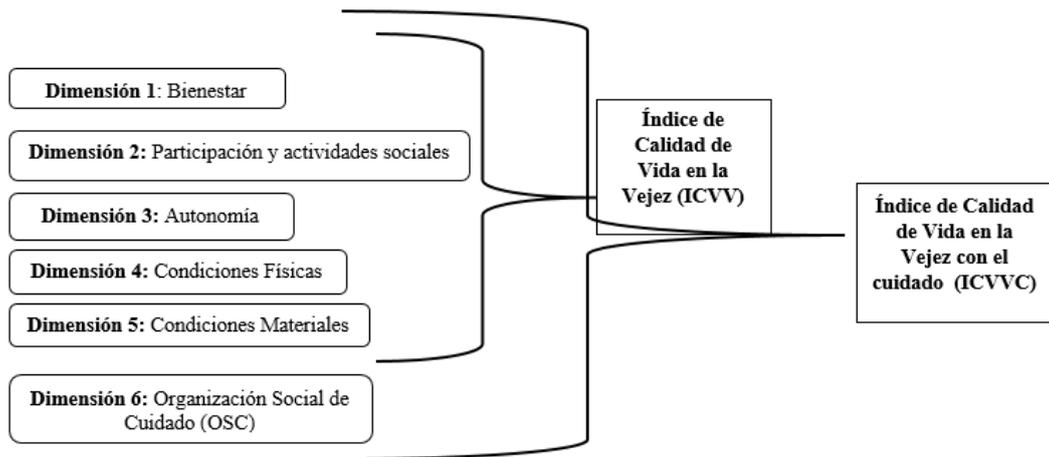
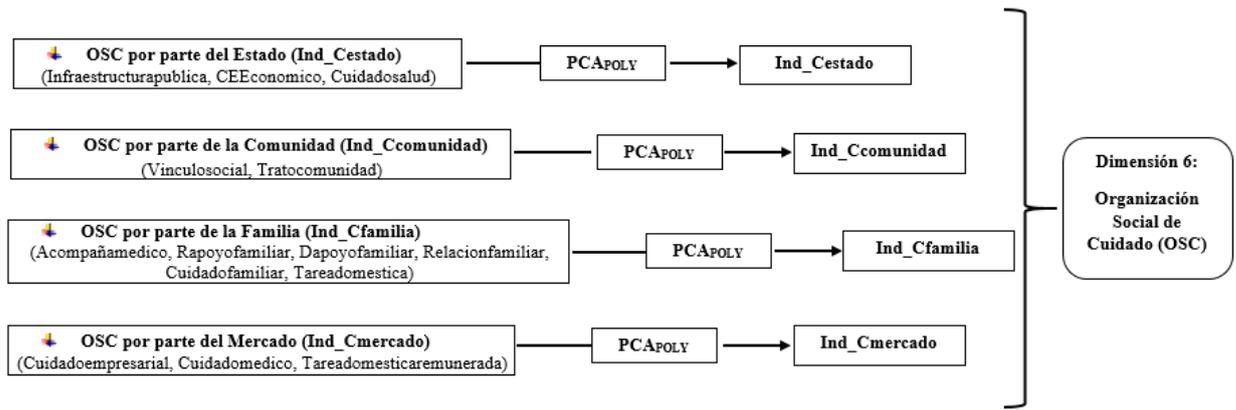
Transferencias monetarias por la empresa	Cuidadoempresarial	0 (Nada) y 1 (Si)	Hare referencia si la empresa para la cual ha trabajado el adulto mayor le da algún tipo de reconocimiento, por su edad.
Cuidado en salud privado	Cuidadomedico	De 1 (Muy Mala) a 4 (Muy Buena)	Hace referencia a si el adulto mayor qué tan buena considera que es la atención en Clínicas/hospitales privados.
Tareas domésticas remuneradas	Tareadomesticaremunerada	1 (Nada Frecuente) a 4 (Muy Frecuente)	Hace referencia con qué frecuencia tiene alguna persona contratada para que le ayude en las tareas del hogar.

Nota: los nombres de los indicadores de la OSC producto de la reducción de dimensiones por PCA_{POLY} se encuentra entre paréntesis, que a su vez conforman las variables independientes.

Fuente: Elaboración propia

Anexo D: Metodología en formato esquemático





Fuente: Elaboración propia



Anexo E: Resultados del modelo desagregado estimado por MCO

Tabla 4: Resultados del modelo General estimado por MCO

	Variable Dependiente: Índice de la Calidad de Vida en la Vejez (ICVV)				
	ESTADO	COMUNIDAD	FAMILIA	MERCADO	OSC
Infraestructurapublica	-0.0311 (0.0276)				-0.0129 (0.0246)
CEEconomico	0.1575 *** (0.0266)				0.1374 *** (0.0244)
Cuidadosalud	0.1540 *** (0.0531)				0.0529 (0.0436)
Vinculosocial		0.0305 (0.0299)			0.0549 ** (0.0261)
Tratocomunidad		-0.0214 (0.0300)			-0.0414 * (0.0249)
Acompañamedico			-0.0746 *** (0.0275)		-0.0266 (0.0241)
RApoyofamiliar			-0.0081 (0.0302)		-0.0034 (0.0266)
Dapoyofamiliar			0.1343 *** (0.0307)		0.0928 *** (0.0274)
Relacionfamiliar			0.0540 (0.0503)		0.0135 (0.0453)
Cuidadofamiliar			-0.0289 (0.0314)		-0.0253 (0.0266)
Tareadomestica			-0.1221 *** (0.0397)		-0.0091 (0.0455)
Cuidadoempresarial				0.1310 *** (0.0287)	0.1182 *** (0.0287)
Cuidadomedicoprivado				-0.1202 *** (0.0443)	-0.1021 *** (0.0393)
Tareadomesticaremunerada				0.1437 *** (0.0281)	0.0961 *** (0.0332)
Constante	0.4251 *** (0.0272)	0.5008 *** (0.0323)	0.5426 *** (0.0743)	0.5435 *** (0.0440)	0.4383 *** (0.0849)
Observaciones	200	200	200	200	200
R_cuadrado	0.1846	0.0075	0.1888	0.2159	0.4117
Root MSE	0.1838	0.2023	0.1848	0.1803	0.1607

Nota: *** 1%, ** 5% y * 10%, correspondiente al nivel de significancia. Entre () errores estándar robustos. El modelo utilizado es una regresión lineal corregida por vce (robust).

Fuente: Elaboración propia.



Tabla 5: Resultados del modelo para Mujeres estimado por MCO

Variable Dependiente: Índice de la Calidad de Vida en la Vejez (ICVV)					
	ESTADO	COMUNIDAD	FAMILIA	MERCADO	OSC
Infraestructurapublica	-0.0375 (0.0462)				-0.0169 (0.0445)
CEEconomico	0.1732 *** (0.0462)				0.1289 *** (0.0418)
Cuidadosalud	0.0784 (0.0888)				-0.1014 (0.0613)
Vinculosocial		0.1085 ** (0.0473)			0.1002 *** (0.0387)
Tratocomunidad		0.0197 (0.0444)			0.0137 (0.0481)
Acompañamedico			-0.0893 * (0.0470)		-0.0589 (0.0376)
RApoyofamiliar			-0.0184 (0.0633)		-0.0014 (0.0525)
Dapoyofamiliar			0.2005 *** (0.0436)		0.1344 *** (0.0424)
Relacionfamiliar			0.0335 (0.0517)		-0.0204 (0.0572)
Cuidadofamiliar			-0.0772 ** (0.0383)		-0.0524 (0.0369)
Tareadomestica			-0.1091 (0.0682)		-0.0648 (0.0729)
Cuidadoempresarial				0.2464 *** (0.0514)	0.2216 *** (0.0556)
Cuidadomedicoprivado				-0.1461 (0.1129)	-0.1429 (0.1152)
Tareadomesticaremunerada				0.1813 *** (0.0471)	0.0792 (0.0504)
Constante	0.4955 *** (0.0307)	0.4732 *** (0.0476)	0.6337 *** (0.0951)	0.6368 *** (0.1127)	0.5995 *** (0.1442)
Observaciones	100	100	100	100	100
R_cuadrado	0.1414	0.0503	0.2852	0.2189	0.4778
Root MSE	0.2148	0.2247	0.1991	0.2048	0.1780

Nota: *** 1%, ** 5% y * 10%, correspondiente al nivel de significancia. Entre () errores estándar robustos. El modelo utilizado es una regresión lineal corregida por vce (robust).

Fuente: Elaboración propia.



Tabla 6: Resultados del modelo para Hombres estimado por MCO

Variable Dependiente: Índice de la Calidad de Vida en la Vejez (ICVV)					
	ESTADO	COMUNIDAD	FAMILIA	MERCADO	OSC
Infraestructurapublica	-0.0204 (0.0432)				0.0083 (0.0369)
CEEconomico	0.1391 *** (0.0417)				0.1318 *** (0.0383)
Cuidadosalud	0.1959 *** (0.0696)				0.0852 (0.0588)
Vinculosocial		-0.0362 (0.0438)			0.0038 (0.0432)
Tratocomunidad		-0.0662 (0.0420)			-0.0873 *** (0.0357)
Acompañamedico			-0.0821 * (0.0451)		-0.0102 (0.0399)
RApoyofamiliar			-0.0122 (0.0489)		-0.0113 (0.0470)
Dapoyofamiliar			0.0627 (0.0475)		0.0580 (0.0485)
Relacionfamiliar			-0.0595 (0.1156)		-0.0389 (0.0807)
Cuidadofamiliar			-0.0871 (0.0543)		-0.0539 (0.0532)
Tareadomestica			-0.2027 *** (0.0586)		-0.0520 (0.0746)
Cuidadoempresarial				0.1165 *** (0.0395)	0.1149 *** (0.0393)
Cuidadomedicoprivado				-0.1618 *** (0.0562)	-0.1306 *** (0.0498)
Tareadomesticaremunerada				0.1769 *** (0.0400)	0.1208 * (0.0666)
Constante	0.4511 *** (0.0482)	0.6184 *** (0.0427)	0.8610 *** (0.1447)	0.5927 *** (0.0576)	0.6400 *** (0.1646)
Observaciones	100	100	100	100	100
R_cuadrado	0.1650	0.0241	0.1889	0.2796	0.4296
Root MSE	0.2019	0.2171	0.2022	0.1875	0.1773

Nota: *** 1%, ** 5% y * 10%, correspondiente al nivel de significancia. Entre () errores estándar robustos. El modelo utilizado es una regresión lineal corregida por vce (robust).

Fuente: Elaboración propia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Anexo F: Protocolo



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
CARRERA: ECONOMÍA

TEMA: “Las dimensiones de la organización social del cuidado en la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores: El caso del Centro de Atención al Adulto mayor de la ciudad de Cuenca, Ecuador para el año 2020”

PROTOCOLO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Modalidad: ARTÍCULO ACADÉMICO

AUTORES:

Nancy Beatriz Navarro Andrade

María Emilia Sánchez Sotomayor

ASESOR:

Diego Roldán, PhD.

Cuenca – Ecuador

2020

Nancy Beatriz Navarro Andrade
María Emilia Sánchez Sotomayor



a. Resumen de la propuesta

Ecuador se encuentra frente a un escenario cuya población cada vez vive más años, y en consecuencia se enfrenta a mayores posibilidades de desarrollar enfermedades crónicas y de confrontar limitaciones físicas y/o de movilidad, generando a su vez una mayor demanda de cuidados. Dichos cuidados, tal y como se encuentran estructurados, están atravesando una crisis que requiere atención importante, ya que, de no recibir una adecuada atención, puede afectar notablemente la calidad de vida de los adultos mayores, al recordar que el cuidado es el medio para alcanzar está.

De esta manera, la presente investigación se centrará en determinar el nivel de influencia que tiene las dimensiones de la organización social del cuidado en la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Atención al Adulto Mayor de la ciudad de Cuenca para el periodo de 2020. Para ello se elaborará un índice de calidad de vida en la vejez mediante una metodología de construcción de indicadores con variables categóricas, es decir, se procederá a la construcción de un índice de calidad en la vejez específico para hombres y mujeres y de manera general para poder captar diferencias específicas de las dimensiones de la organización social del cuidado. Posteriormente, se procederá con el desarrollo de un modelo de regresión, así mismo para mujeres y hombres.

b. Razón de ser del trabajo académico (identificación y justificación)

Un fenómeno ineludible está sucediendo en América Latina: el envejecimiento de su población. Según la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2018), por primera vez en la historia mundial, la mayoría de la población, tiene una esperanza de vida igual o mayor a 60 años.

Durante el periodo 2015-2050, el porcentaje de la población mundial mayor de los 60 años se duplicará, es decir, pasará a representar del 12% al 22% de la población total³⁶, demostrando que el patrón de envejecimiento de la población es mucho más acelerado que en el pasado. Así pues, todos los países se encuentran frente a retos importantes para garantizar que sus sistemas sanitarios

³⁶ En términos absolutos, esto significa pasar de 900 millones a 2000 millones, según la OMS (2018).



y sociales puedan dar respuestas de calidad a este cambio demográfico. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

En Ecuador, los cambios demográficos de la última década muestran que el país está confrontando una transición hacia un envejecimiento más acelerado de la población. Por ello, las demandas de los/as adultos/as mayores, de no recibir la atención necesaria, producirán una situación de deterioro en sus condiciones de vida. (Schkolnik, 2007).

La Agenda para la igualdad para adultos mayores 2012-2013, presentada por el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), muestra cómo el envejecimiento de la población ha sucedido durante varias décadas en el Ecuador. En el año 1960 la población mayor a 65 años representaba apenas el 4.7% del total de la población, para el año 2010 subió a 6.4% y se espera que para el año 2060 está llegue a representar 22.4%. Esta a su vez, obliga a pensar a los Estados, y de manera específica a Ecuador, sobre las formas en que pueden asegurar una calidad de vida que sea digna para las personas adultas mayores. Si bien hablar de calidad de vida puede tener varios enfoques y ser un tema amplio, esta investigación considera que el cuidado-al ser todas las actividades que se realizan para fomentar el bienestar físico, psíquico y emocional de las personas (Cerri, 2015)- es uno de los principales determinantes.

A través del tiempo, el cuidado, ha sido organizado y distribuido entre el Estado, las familias, el mercado y la comunidad, a esto se le conoce como la organización social del cuidado (Rodríguez Enríquez & Marzonetto, 2015), siendo estas las dimensiones desde donde se analizará el cuidado de los adultos mayores para el caso de estudio indicado.

El envejecimiento de la población, sumado a otros fenómenos tales como: la creciente incorporación de las mujeres en el mercado formal e informal³⁷, presencia de familias cada vez menos extensas y la persistente división sexual del trabajo³⁸ (Arriagada, 2011), son las principales causantes de que la organización social del cuidado se encuentre atravesando una crisis, la misma que requiere especial atención.

³⁷ Reduciendo de esta manera la disponibilidad de tiempo y energía de las mujeres para seguir sosteniendo la reproducción social de la vida y los trabajos de cuidado.

³⁸ Si bien las mujeres han ingresado de manera significativa al mercado laboral, no se ha visto un ingreso en la misma proporción de los hombres en los trabajos de cuidado, es decir, se evidencia una falta de corresponsabilidad de cuidado dentro del hogar.



De manera resumida, se puede evidenciar que la problemática que motiva esta investigación se centra en un escenario de una población que cada vez vive más años, y en consecuencia se enfrenta a mayores posibilidades de desarrollar enfermedades crónicas y de confrontar limitaciones físicas y/o de movilidad, lo que genera una mayor demanda de cuidados. Dichos cuidados, tal y como se encuentran estructurados, están atravesando una crisis que requiere atención importante, ya que ésta afectará notablemente la calidad de vida de las personas adultas mayores.

La OMS (2018) frente a estos problemas, plantea la necesidad de realizar investigaciones más centradas, así como mecanismos de medición y métodos analíticos para una amplia gama de temas relacionados con el envejecimiento. Basándonos en estas recomendaciones la presente investigación busca medir el nivel de influencia que tiene las dimensiones de organización social de cuidados sobre la percepción que los adultos mayores tienen sobre su calidad de vida para un caso de estudio en la ciudad de Cuenca que es el Centro de Atención al Adulto Mayor³⁹(CAAM).

c. Breve revisión de la literatura y el estado de arte donde se enmarcará el trabajo académico.

El envejecimiento de la población ha motivado a la comunidad científica a desarrollar un sin número de investigaciones desde diversas áreas de conocimiento. Así organismos internacionales como la Organización Mundial Salud en conjunto con 15 centro de investigación alrededor del mundo han desarrollado metodologías específicas para evaluar la calidad de vida, con la gran ventaja de que estas pueden ser utilizadas en diferentes entornos culturales permitiendo que los diferentes resultados de las diversas poblaciones puedan ser comparados (WHO, s.f.). Estas metodologías son conocidas con el nombre de WHOQOL-100 y WHOQOL-BREF.

La estructura de la WHOQOL-100 contiene 6 dimensiones que han sido consideradas por un grupo multidisciplinario como fundamentales para estudiar la calidad de vida: salud física, factores psicológicos, nivel de independencia, relaciones sociales, entorno y espiritualidad,

³⁹ Este centro pertenece al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, se considera importante mencionar que los adultos mayores asisten como máximo 3 horas con la finalidad de realizar actividades de recreación, no es un centro permanente de cuidado.



religión y creencias personales⁴⁰ (WHO, s.f.). Por su parte, la estructura de la WHOQOL-BREF es similar a la anterior, sin embargo, expertos la han modificado a cuatro dimensiones, ya que consideran que la salud física y el nivel de independencia puede pasar a ser una sola dimensión, al igual que los factores psicológicos y las creencias personales. De esta manera, la calidad de vida puede ser evaluada mediante cuatro dimensiones, a saber: características físicas, psicológicas, relaciones sociales y entorno (WHO, s.f.).

Aleaga (2018) ha aplicado la metodología de WHOQOL-BREF para realizar un análisis de la situación del adulto mayor en Quito para el caso del Hogar de Ancianos Santa Catalina Labouré, en donde ha sugerido que es una buena herramienta pero que puede herir susceptibilidades de los adultos mayores que no cuenten con una situación anímica y/o física en condiciones que ellos lo perciban como adecuada. María Elena Flores, Rogelio Troya, Martha Cruz, Guillermo González y Armando Muñoz de la Torre (2013) ha utilizado esta metodología para evaluar la calidad de vida de los adultos mayores en Guadalajara, Jalisco, cuyos resultados demuestran que la calidad de vida está condicionada por la satisfacción que los adultos mayores tienen en relación con las condiciones de vivienda, edad, estado de salud física y emocional propias de esta etapa.

Posteriormente, la OMS propone una metodología exclusiva para la calidad de vida de los adultos mayores, tomando como base a las dos anteriores. Esta propuesta específica, se caracteriza por tener las siguientes 6 dimensiones: habilidades sensoriales, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación social, muerte y su proceso e intimidad. Esta metodología es conocida como WHOQOL-OLD (WHO, 2006). Estrada y otros (2011) han aplicado dicha metodología en Medellín, evidenciando que las mujeres presentan peores resultados que los hombres al tener sintomatología depresiva y de ansiedad además de sentirse maltratadas por su familia.

Adicional a estos indicadores propuestos por la OMS, otros autores también han realizado indicadores de calidad de vida de los adultos mayores. Por un lado, Romero y Montoya (2017) estructuran un índice con variables objetivas y subjetivas, cuyas dimensiones son: bienestar, ingresos, condiciones de vivienda y de salud, para ello utilizan componentes principales. Los

⁴⁰ Para información más detallada, revisar: <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/index4.html>



resultados señalan que contar con buenas condiciones de vivienda y recibir atención médica adecuada impactan positivamente en la calidad de vida. Por otro lado, la Pontificia Universidad de Chile en conjunto con CAJA-Los Andes (2017), cuenta con un Programa del Adulto Mayor en el cual levantan periódicamente encuestas sobre la calidad de vida en la vejez, a través de la misma realizan el cálculo de un índice de calidad de vida en la vejez, cuyas dimensiones son: condiciones físicas, materiales, relaciones afectivas y bienestar subjetivo.

Otro tipo de investigaciones cuantitativas respecto a la calidad de vida del adulto mayor, como la de Varela y Gallego (2015) en Colombia, encuentran que lograr una buena calidad de vida no depende únicamente de satisfacer sus necesidades básicas, sino que también es vital contar con un entorno adecuado dentro de la comunidad y con el apoyo del Estado, pues concluyen que estas son dos dimensiones elementales para garantizar buenos estándares de vida.

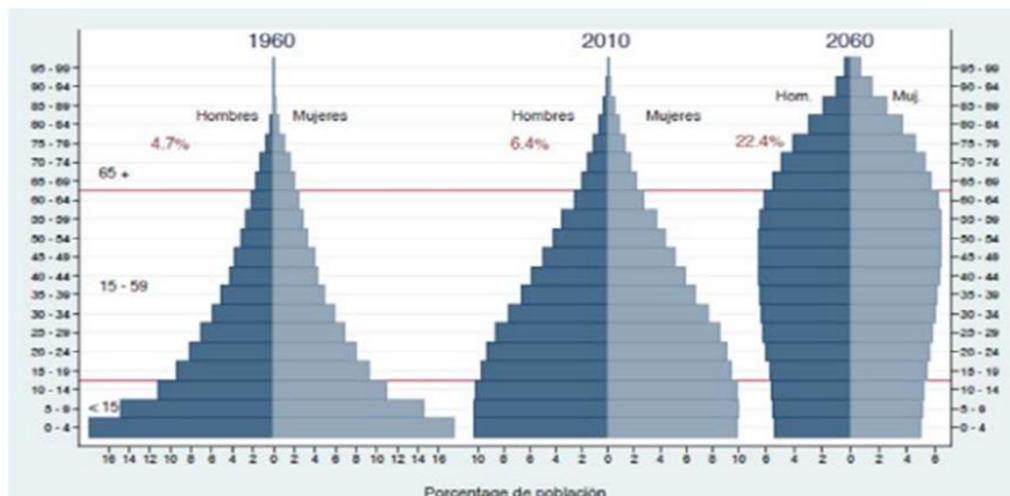
Desde un enfoque cuantitativo, Astorquiza y Chingal (2019) desarrollan una exploración empírica sobre la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores en Colombia para el año 2018, a través de un modelo logit ordinal, cuya variable dependiente es la percepción de la calidad de vida construida mediante una escala Likert⁴¹ y las variables independientes lo agrupan en cuatro categorías: variables demográficas, socioeconómicas, vinculación laboral y las percepciones de su entorno. Los hallazgos principales revelan que los adultos mayores perciben tener una buena calidad de vida, pero encuentran una diferencia: las mujeres tienen una mayor probabilidad que los hombres de tener una buena calidad de vida debido a que muestran un mejor autocuidado. Dentro de esta misma línea, Bustamante y otros (2017) buscan medir el nivel de influencia de los factores socioeconómicos en la calidad de vida del adulto mayor en la provincia de Guayas, Ecuador. Los principales resultados muestran que existe una diferencia entre hombres y mujeres, además que variables sobre el nivel de instrucción tienen impacto positivo, mientras que padecer una enfermedad y tener una edad avanzada impactan negativamente.

⁴¹ Escala Likert de la percepción de la calidad de vida: muy buena, buena, regular y mala.
Nancy Beatriz Navarro Andrade
María Emilia Sánchez Sotomayor

d. Contexto del problema y preguntas de investigación.

Envejecimiento de la población en Ecuador y sus características

El gráfico 1 muestra la evolución de la población del Ecuador, donde claramente se puede identificar como la población de 65 o más pasa de representar un 4.7% en 1960 a 6.4% en 2010, estimando que este alcance aproximadamente un 22.4% en el año 2060.



Fuente: CEPAL. Proyecciones de población.
Elaboración: INIGER MIES 2011

Gráfico 1: Evolución de la Pirámide Poblacional del Ecuador

Fuente: MIES (2011). *Agenda de igualdad para Adultos Mayores 2012-2013*

Paralelamente, un estudio sobre protección social de la tercera edad en Ecuador realizado por Susana Schkolnik para CEPAL- CELADE en 2007, señala claramente que este fenómeno es caracterizado por al menos 3 factores destacables a ser considerados:

4. *La feminización de la población adulta mayor*

La feminización de la población adulta mayor, se refiere a la mayor sobrevivencia de las mujeres en comparación con los hombres. Según las proyecciones realizadas por el INEC (2012), la esperanza de vida de las mujeres pasó de 77.8 años en 2010 a 80.1 en 2020, y se espera que para el año 2050 esta sea de 83.5 años. Por otro lado, los hombres contaban con una esperanza de vida en 2010 de 72.2 años, pasando a 74.5 años en 2020 y se espera que esta sea de 77.6 años en 2050. Como las cifras evidencian, para 2050 se espera que las mujeres vivan, en promedio, 5.9 años más que los hombres.



Es de suma relevancia mencionar que, esta desigualdad de género en la sobrevivencia, por lo general, viene acompañada por otros tipos de desigualdades, como económicas y sociales, a pesar de que las mujeres han sido económicamente activas en años previos, sin embargo, se ha podido constatar que sus ingresos, jubilaciones y pensiones son comparativamente menores que los hombres (Schkolnik, 2007).

5. Incremento de ancianos dentro de este grupo etario

Más allá del aumento de la población de 65 años o más, existe otro efecto: todos los grupos de edades envejecen en su interior, es decir, dentro de cada uno de ellos las edades avanzadas van adquiriendo mayor peso (Schkolnik, 2007).

Por ejemplo, si se observa la proporción de los subgrupos de mayor edad como son los de 70 años o más, se parecía como su peso habrá aumentado de 10.6% a 25.4% entre 1950 a 2050. Información sumamente relevante a tomar en consideración, ya que esto implica cambios significativos en términos de las demandas de salud y de cuidados de las personas que pertenecen a este grupo etario (Schkolnik, 2007).

6. Relaciones entre generaciones

El último aspecto que caracteriza a la transición demográfica de Ecuador, según Schkolnik (2007), es que, mientras la relación de dependencia de los más jóvenes disminuye de manera persistente, dicha relación de los adultos mayores es todo lo contrario. Es decir, se puede observar que, a partir del año 2040, la relación de dependencia comenzará a aumentar, por el incremento de la población de adultos mayores. El significado que esto tiene para el país es importante, ya que esto quiere decir que hasta ese año se contará con un bono demográfico- aspecto favorable-. Mediante este la carga que cada persona en edad económicamente activa tiene por el número de niños y adultos mayores es relativamente más baja que en periodos anteriores y futuros.

Crisis de la organización social del cuidado.

La organización social del cuidado se debe principalmente a 4 factores (Arriagada, La organización social de cuidados y vulneración de derechos en Chile , 2011):

1. Envejecimiento de la población

Los párrafos previos describieron el desarrollo sobre el proceso de envejecimiento de la población en Ecuador, sin embargo, hay que tener presente que, si bien es cierto, los adultos mayores tienden a vivir más años, también lo hacen con la persistencia de enfermedades crónicas que complejizan su cuidado.



En la actualidad existen 1'049.824 adultos mayores (6.5% de la población total) en el país; las enfermedades más comunes que padecen son: Osteoporosis (19%), Diabetes Mellitus tipo II (13%), problemas del corazón (13%) y enfermedades pulmonares (8%). Además, se considera que el Alzheimer afecta al 5% de las personas de 65 años, pero esta cifra se va duplicando cada 4 años hasta alcanzar el 30% a los 80 años y sobre los 90 años se afecta el 50% de las personas. También el padecimiento de Enfermedades Crónico Degenerativas en la vejez como la Osteoporosis, Artritis, Artrosis o Enfermedades Cognitivas, contribuyen de forma notable a la discapacidad y dependencia física del adulto mayor, debido a que estas patologías son progresivas. (Mora & Guamán, 2017)

2. Incremento de las mujeres en el mercado laboral

A comienzos de la década de los años noventa, la participación laboral de las mujeres en el país alcanzó el 35.3%, la misma que aumentó, aunque no de manera enfática, en el año de 2011 cuando las cifras alcanzaron el 38.9% (García & Cortez, 2012). Sin embargo, al observar las cifras actualizadas del INEC (2019), podemos ver que la participación femenina en el mercado laboral alcanzó el 42%, es decir, en 29 años este aumento, aproximadamente, en 7 puntos porcentuales. Según García y Cortez (2012), esta evolución se debe principalmente al mayor acceso que las mujeres tienen a educación media y superior⁴², así como, por cambios en las realidades económicas del país y dentro de los hogares, que obliga a las mujeres a tener un rol productivo.

3. Transformaciones de las familias

Se considera que la transformación de la familia es uno de los factores que provoca una crisis de cuidado, ya que históricamente se ha considerado el cuidado como un asunto privado a resolverse dentro del hogar.

Ecuador no se queda atrás con este fenómeno. Al observar los datos presentados por el INEC, se pudo constatar que en el año de 1965 la tasa de fecundidad fue de 6.39 hijos por mujer, la misma que con el pasar de los años ha ido disminuyendo notablemente hasta llegar en 2010 a representar 2.79 y según estimaciones se esperaría que a partir del 2030, las mujeres comiencen a tener menos de dos hijos, lo que muestra también que la población comenzará a envejecer.

Estas cifras demuestran claramente que con el pasar de los años, ya las familias no van a contar con gran cantidad de hijos quienes se encarguen de repartir el cuidado de sus padres, así como es

⁴² Lo que ha permitido cuestionarse mandatos de género socialmente establecidos, como que las mujeres no deben trabajar porque su rol fundamental es cuidar del hogar.



probable que estos hijos salgan a estudiar y/o vivir fuera de la ciudad o país donde residen sus padres.

4. *División sexual del trabajo*

Ecuador en el año de 2012 levantó su Encuesta sobre Uso de Tiempo⁴³ a través del INEC. Dicha encuesta es de suma importancia para medir y analizar el tema de cuidado, así como mostrar las diversas desigualdades que atraviesan las mujeres en el país, como en este caso: la división sexual del trabajo.

Los datos señalan que las mujeres tienen una carga laboral total (trabajo remunerado+ trabajo no remunerado) de 66:27 horas frente a los hombres que tienen 59:57 horas. De manera desglosada, se puede ver que los hombres trabajan de forma remunerada, en promedio, cinco horas más que las mujeres, mientras ellas trabajan de forma no remunerada, en promedio, 22 horas más que los hombres, es decir, es evidente que las mujeres cumplen su rol de reproducción social, mientras el suyo de “hombre proveedor”.

Dentro del trabajo doméstico, se puede observar que las mujeres destinan-aproximadamente- 18 horas más que los hombres a estas actividades. Así mismo, para el cuidado de personas, las mujeres dedican 3 horas y media más que los hombres (INEC, 2012).

Las cifras presentadas hasta el momento indican claramente como el Ecuador camina hacia un envejecimiento de su población, con mayor esperanza de vida, pero con la persistencia de enfermedades crónicas que complejizan su cuidado. Adicionalmente la información presentada evidencia de manera directa como el cuidado se encuentra atravesando una fuerte crisis, que, de no recibir atención adecuada, puede traer consecuencias graves para la calidad de vida de los adultos mayores.

Preguntas de investigación

- ¿Cómo influye la organización social del cuidado en la percepción de la calidad de los adultos mayores del Centro de Atención al Adulto Mayor de la ciudad de Cuenca?
- ¿La influencia de organización social de cuidado en la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Atención al Adulto Mayor de la ciudad de Cuenca, es igual para hombres y mujeres?

⁴³ Por desgracia, no se cuenta con más versiones actualizadas de dicha encuesta, lo que impide hacer un análisis comparativo de la situación de las mujeres, con herramientas netamente creadas con ese fin.



e. Marco Teórico

El envejecimiento como concepto

Cada vez se es socialmente viejo más pronto y biológicamente viejo más tarde. (Puijalón, 2009)

La definición de envejecimiento poblacional es un instrumento técnico utilizado para indicar el aumento de la edad media de las personas en una población (Pérez Díaz, 2006): cuando se da una disminución en la proporción de niños y jóvenes, inmediatamente aumenta la proporción de los adultos mayores. Cerri (2015), afirma que la mayoría de definiciones presentadas sobre el envejecimiento carecen de componentes sociales y culturales importantes y se reducen a observar a la población únicamente como seres vivos que nacen, crecen, envejecen y se mueren. Ignorar características sociales y culturales en el proceso de envejecimiento, es invisibilizar la diversidad de la población, pues cada individuo presenta diferentes formas de experimentar la vejez, las mismas que, según Algado Ferrer (1997), se encuentran sujetas a factores externos (históricos, ambientales, políticos, sociales, entre otros) y a factores internos (estado de salud, situación familia situación laboral y otros). Por lo tanto, es importante mencionar que el envejecimiento no esta influenciado únicamente por el proceso de desgaste físico, sino también por un proceso cultural (Cerri, 2015).

Calidad de vida del adulto mayor

La calidad de vida es concebida como un constructo complejo formado por una dualidad subjetiva-objetiva. Desde el componente subjetivo, la calidad de vida guarda relación con el bienestar o satisfacción con la vida, mientras que desde el componente objetivo lo hace con el funcionamiento social, físico y psíquico (Tuesca, 2005).

Paralelamente, la calidad de vida puede ser definida como el estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que permite a los individuos satisfacer de manera adecuada sus necesidades individuales como colectivas (Rubio Olivares, Rivera Martínez, Borges Oquendo, & Gónzales Crespo, 2015). Los mismos autores recalcan que al estudiar sobre la calidad de vida, es vital abordarla desde una dimensión subjetiva, es decir, permitir que las personas valoren su vida sin restricción de la dimensión objetiva (considerada como opinión de terceras personas), ya que la calidad de vida implica conocer como la gente percibe su propia vida.



La Organización Mundial de la Salud, por su parte, plantea que la calidad de vida es la percepción que las personas tienen de su vida de acuerdo al contexto cultural, a los sistemas de valores en los que viven y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Dicha institución señala que este es un concepto sumamente amplio con gran influencia por la salud física, el estado psicológico, las creencias personales, las relaciones sociales y la relación de las personas de su entorno (WHO, s.f.).

Al entrar en el proceso de envejecimiento, la probabilidad de sufrir pérdidas funcionales aumenta, lo que genera un temor en los adultos mayores (Aponte Daza, 2015) impactando negativamente en su calidad de vida, pues cualquier tipo de deterioro de orden físico y/o mental, conlleva a que las personas mayores tiendan a aislarle y a reforzar la nocividad de las enfermedades crónicas, incrementando notablemente la probabilidad de padecer depresión (Gómez-Cabello, Vicente Rodríguez, Vila-Maldonado, Casajús, & Ara, 2012).

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2012) hace mención a que existen principios y lineamientos que permiten mejorar la calidad de vida del adulto mayor, dentro de estos se encuentran: la independencia, la participación, el cuidado, la autorrealización y la dignidad. Es así, que se puede identificar claramente, que el cuidado es uno de los medios que permiten que los adultos mayores cuenten con estándares adecuados de calidad de vida.

Aproximación al concepto del cuidado

Cuidado: lo que permite la sostenibilidad de la vida (Pérez Orozco A. , 2014)

A pesar de las múltiples definiciones de cuidados, hasta la actualidad no se ha llegado a un consenso para determinar un concepto universal (Batthyany, 2015), sin embargo, frente a la diversidad de contribuciones se ha podido constatar que estas comparten rasgos en común, ya que consideran al cuidado como todas las actividades indispensables para satisfacer las necesidades de la existencia y reproducción social, mediante la provisión de los elementos físicos y simbólicos que permitan la vida dentro de una sociedad (Rodríguez Enríquez & Marzonetto, 2015; Pérez Orozco A. , 2014).

Entender al cuidado como todas las actividades que permiten la sostenibilidad de la vida, resulta complejo al momento de imaginar de manera detallada cada una de ellas, sin embargo, la contribución de Corina Rodríguez y Gabriela Marzonetto (2015) nos facilitan el entendimiento,



gracias a que presentan los componentes del cuidado, los mismos que son: el autocuidado, el cuidado directo que otras personas realizan para el beneficio de una persona⁴⁴, la provisión de precondiciones necesarias para llevar a cabo el cuidado⁴⁵ y la gestión de cuidado⁴⁶

A su vez, el cuidado entendido desde la perspectiva de la calidad de vida, se puede definir como todas las actividades que se realizan para fomentar el bienestar físico, psíquico y emocional de las personas, es decir, es el medio para alcanzar una adecuada calidad de vida (Cerri, 2015).

Las actividades y tareas de cuidado se caracterizan por tener carácter relacional, ya sea que estas se desarrollen fuera o dentro del hogar. Desde el ámbito familiar, el cuidado surge como algo obligatorio, pero regularmente percibido como desinteresado, otorgándole una dimensión moral y emocional. Mientras que fuera del hogar, el cuidado surge como una relación de servicios, de atención y preocupación por los otros, es decir, es un trabajo que se realiza cara a cara entre dos personas generando lazos de proximidad, en una situación de dependencia. De cualquier forma, lo que se ha encargado de unificar la noción de cuidado, es que esta se trata de una tarea realizada esencialmente por mujeres, independientemente si se realizan dentro del hogar o se lo haga mediante la exteriorización por medio de servicios personales (Batthyany, 2015).

La sociedad moderna ha vendido la idea que las personas al conseguir su autonomía personal no le deben nada a nadie, María Jesús Izquierdo (2018) los denomina como *selfmade man*. Según Izquierdo, la importancia de hablar de cuidados es precisamente lo que permite romper con esta idea de que las personas somos autosuficientes, idea construida precisamente por la falta de socialización del cuidado, que impide entender y reconocernos que somos seres dependientes del cuidado de los demás, pero que también estamos comprometidos con el cuidado de otras personas, cuando estas lo demanden.

Se ha desarrollado una concepción de ciudadano como un ser autónomo y autosuficiente, bajo una conducta racional en la cual las relaciones con los demás se limitan únicamente a la colaboración o a la competencia, así pues, para mantener esta idea utópica, el individualismo ha de ser compensado dentro de las familias mediante el sentimiento de pertenencia, ya que aquí se

⁴⁴ Actividad interpersonal de cuidado, con frecuencia dedicado a hijos e hijas, padres, madres, parejas/esposos, familiares con diversidad funcional, familiares con enfermedades crónicas, adultos mayores, entre otros.

⁴⁵ Lavar, limpiar, cocinar, comprar alimentos, entre otros.

⁴⁶ Coordinar horarios, transportar y trasladar a una persona a un hospital, escuela, centro de desarrollo personal, asegurar medicación, otros cuidados en caso de enfermedad, acompañamiento, entre otros.



oculta el hecho de que todas las personas somos carentes, necesitadas de cuidados, que nuestra existencia se debe al cuidado de otras personas (Izquierdo, 2018).

Al igual que Izquierdo, autores como Silvia López Gil (2014) y David Le Breton (2011) plantean que dar un peso importante al aspecto corporal de los individuos responde a la moción moderna de que los cuerpos son derivados de una estructura social individualista, además esto se correlaciona con una visión neoliberal que busca separar el vínculo de interdependencia entre las personas para emitir la señal de una autonomía personal, y así conseguir una privatización de la existencia y una autosuficiencia en el cuidado. Por lo tanto, plantear a la autonomía en términos netos de independencia y autosuficiencia, deja de lado un factor importante de la vida humana: el que somos esencialmente dependientes (Agich, 2007).

Organización social del cuidado

El cuidado, a través del tiempo, ha sido organizado y distribuido entre el Estado, las familias, el mercado y la comunidad, a esto se le conoce como la organización social del cuidado (Rodríguez Enríquez & Marzonetto, 2015).

María Ángeles Durán (2018) señala la existencia de una relación dinámica entre el cuidado institucional, el provisto por el mercado y el cuidado de los hogares, ya que cualquier cambio en uno de ellos afecta inmediatamente al otro y al conjunto, debido a que provisión de este no ocurre de una manera aislada, por el contrario, Pérez Orozco (2014) plantea que es necesario hablar de redes de cuidado, las mismas que se encuentran formadas por las personas que brindan el cuidado, las personas que lo reciben, las instituciones, los marcos normativos y las regulaciones, y la participación del mercado, así pues, la organización social del cuidado implica obligatoriamente una distribución de responsabilidad de proveer el bienestar entre las familias, el mercado, la comunidad y el Estado (Arriagada & Todaro, 2012).

En América Latina una amplia evidencia ha demostrado que la organización social del cuidado se encuentra distribuida de una manera inequitativa. Según Rodríguez Enríquez y Marzonetto (2015), esta situación se debe a cuatro factores que ocurren de manera simultánea: la división



sexual del trabajo⁴⁷, distribución desigual de las responsabilidades de cuidado⁴⁸, falta de corresponsabilidad de cuidado entre el estado y las familias⁴⁹ y la estratificación socioeconómica del cuidado⁵⁰.

f. Objetivos e hipótesis

Objetivo general

- Determinar la influencia que tiene la organización social del cuidado en la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Atención al Adulto Mayor en la ciudad de Cuenca.

Objetivos específicos

- Crear una propuesta metodológica para la construcción de un indicador de calidad de vida para los adultos mayores basado en variables categóricas.
- Determinar si la organización social del cuidado influye en la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores de diferente manera para hombres y mujeres.
- Realizar un breve diagnóstico de la calidad de vida del adulto mayor para el caso del Centro de Atención al Adulto Mayor de Cuenca.

Hipótesis

- La organización social del cuidado si influye en la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Atención al Adulto Mayor de la ciudad de cuenca.

⁴⁸ La distribución desigual se debe, en gran parte, a la naturalización de las capacidades de las mujeres para realizar estas tareas. Sin embargo, ésta es una idea construida socialmente con relación a la capacidad biológica de los sexos. Es decir, se considera que la capacidad biológica exclusiva de las mujeres de poder parir y amamantar, también determinaría una capacidad única y superior para actividades de cuidado. Hay que aclarar que, lejos de ser una capacidad natural, esta percepción generalizada más bien se trata de una construcción social sustentada por las relaciones inequitativas de género, que son sostenidas en las valoraciones culturales reproducidas por varios medios como la educación, los quehaceres domésticos diarios, los medios de comunicación, entre otros (Rodríguez Enríquez & Marzonetto, 2015).

⁴⁹ Históricamente se ha considerado al cuidado como un asunto privado, es decir, que es responsabilidad de los hogares.

⁵⁰ En general, las familias con ingresos medios/altos, tienen la capacidad adquisitiva para adquirir servicios de cuidado en el mercado, mientras que hogares de estrato bajo cuenta con limitaciones económicas para acceder a estos servicios, lo que imposibilitaría la realización de otras actividades, como la participación en el mercado laboral formal.



- La organización social del cuidado si influye de manera diferente a mujeres y hombres en la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Atención al Adulto Mayor de la ciudad de cuenca.

g. Variables y datos

Obtención de información

Para la selección de la muestra se propone de manera tentativa la aplicación de un MAS (Muestro Aleatorio Simple), sin embargo el cálculo como tal no se ha podido realizar hasta la fecha presentación de este documento, debido a que las condiciones establecidas por el Centro de Atención al Adulto Mayor (CAAM) señalan que se cuenta con el permiso para cualquier levantamiento de información a partir de la primera semana de abril, ya que en los meses previos, ha existido gran cantidad de alumnos realizando encuestas, por bienestar de los adultos mayores y su rechazo a constantes intervenciones, la directora del CAAM restringió el acceso para levantamiento de información hasta finales de marzo. Sin embargo, es importante mencionar, que se cuenta con un permiso escrito y firmado por el CAAM, lo que da tranquilidad para realizar esta investigación (Ver Anexo 2).

Encuesta

La encuesta ha sido elaborada en base a la propuesta del programa del Adulto Mayor de la Pontificia Universidad Católica de Chile en conjunto con Caja-Los Andes, ya que estos cuentan con un grupo multidisciplinario que se ha encargado de la realización de la misma (Ver Anexo 3).

Variables para el índice de calidad de vida del adulto mayor

La variable a explicar en esta investigación es la percepción de calidad de vida de los adultos mayores, para ello proponemos la construcción de un indicador compuesto por las dimensiones y sus indicadores, tal y como se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 1: Componentes del indicador de calidad de vida de los adultos mayores

Dimensión	Indicadores
Bienestar General	Satisfacción con la vida
	Preocupaciones de los adultos mayores
	Sensación ante la vida
Participación y actividades sociales	Actividades de ocio y pasatiempo
	Participación social
	Autonomía
	Uso de tecnologías
	Religiosidad
Condiciones físicas	Percepción de la salud
	Problemas de Salud
	Sexualidad
Condiciones materiales	Situación económica
	Nivel de deudas

Fuente: Elaboración propia a partir del libro “Chile y sus mayores” de la Pontificia Universidad Católica de Chile y Caja-Los Andes (2017)

A continuación, se realiza una breve descripción de cada dimensión con sus respectivos indicadores:

Bienestar general:

- Satisfacción con la vida: este indicador cuenta con información sobre la satisfacción con la vida en general, así como, la satisfacción con necesidades específicas como de: alimentación, vivienda, afecto, atención a salud, recreación, económicas y de transporte.
- Preocupaciones de los adultos mayores: considera diferentes preocupaciones que este grupo etario puede tener como: depender de otras personas, fallecimiento de un familiar querido, enfermarse gravemente, ser asaltado en la calle, quedarse solo/a, tener insuficiencia de ingresos económicos y/o que entren a robar en su vivienda.
- Sensación ante la vida: se centra en indagar si se ha experimentado situaciones como: problemas económicos, enfermedad de algún pariente o familiar querido, haber estado hospitalizado/a o ha tenido alguna operación, que algún pariente o persona se haya mudado lejos, haber sido asaltado/a gravemente y/o algún problema importante con su vivienda.



Participación y actividades sociales:

- Actividades de ocio y pasatiempo: permite conocer qué tipo de actividades de ocio los adultos mayores realizan, tales como: salir de casa, leer, participar en actividades religiosas, asistir a cursos, talleres o seminarios.
- Participación social: identificar la participación dentro de organizaciones sociales como: grupo religión, organización del barrio, organización política, organización de adulto mayor.
- Autonomía: variable importante dentro del bienestar del adulto mayor, para ello se pregunta si se percibe que otras personas: organizan su vida, toman decisiones importantes respecto a su vida, toman decisiones sobre cuestiones cotidianas. Adicionalmente se busca ver si la familia respeta sus decisiones, si puede elegir como pasar su tiempo libre y si la persona puede hacer planes sobre su futuro.
- Uso de tecnología e internet: Permite conocer si la persona tiene aparatos electrónicos (computadoras, smartphone, Tablet), así mismo si posee internet dentro de la vivienda. Se pregunta también el uso que se le da al celular (uso de redes sociales, llamadas, mensajes de texto, sacar fotos)
- Religiosidad: tenemos información sobre la religión a la cual la persona pertenece, así como la frecuencia que a eventos religiosos.

Condiciones físicas

- Percepción de la salud: Contiene información sobre como los adultos mayores consideran que se encuentra su estado de salud
- Problemas de salud: permite conocer cuáles han sido los problemas de salud que esta población ha tenido durante el último año, tales como: problemas de presión, colesterol alto, artritis, diabetes, insomnio, problemas de la vista, ataques cardiacos, otros problemas al corazón, algún tipo de cáncer, Parkinson, entre otros.
- Sexualidad: contiene información sobre si los adultos mayores mantienen una vida sexual activa.



Condiciones materiales

- Este componente se basa principalmente en conocer si las personas están satisfechas con su situación económica y saber el tipo de deudas que tienen.

Variables explicativas para el modelo

Las variables explicativas a utilizarse por cada dimensión son las siguientes:

- El cuidado ofertado por el Estado se encuentra presente a través de diferentes aspectos como: sistema de pensiones, educación, salud, urbanismo, seguridad, transporte, entre otros (Durán M. Á., 2018). Por lo tanto, las variables para medir esta dimensión son:
 - Satisfacción con la jubilación.
 - Si la jubilación es suficiente para cubrir los gastos que tienen las personas adultas mayores.
 - Nivel de calidad de servicios públicos de salud.
 - Percepción de los adultos mayores sobre aspectos de la ciudad (espacios de recreación, iluminación de las calles, acceso al transporte público, semáforos con tiempo suficiente para cruzar la calle)
 - Nivel de responsabilidad que los adultos mayores perciben del Estado en temas como proporcionar ayuda económica a personas mayores que así lo requiera, ayuda en tareas domésticas, ayuda en tareas de cuidado personal.
- Para la comunidad se ha tomado en cuenta lo siguiente:
 - Si se reúne con amistades
 - Si visita o recibe visitas
 - Si algún conocido o vecino acompaña a las citas médicas.
- La medir la dimensión de familia se lo hace a través de las siguientes variables:
 - Percepción de la obligación filial
 - Percepción de la obligación parental
 - Nivel de responsabilidad que los adultos mayores perciben de las familias en temas como proporcionar ayuda económica a personas mayores que así lo requiera, ayuda en tareas domésticas, ayuda en tareas de cuidado personal.



- El mercado en tema de cuidados se presenta de dos maneras, por un lado, tenemos como las empresas asumen el cuidado de sus trabajadores (guardería para los hijos e hijas, sistema interno de jubilaciones). La segunda manera es toda la gama servicios de cuidado que se pueden comprar (trabajadoras domésticas, enfermeras, servicio de viandas). Para estas dimensiones contamos con las variables:
 - La empresa para la cual trabajó le dan algún tipo de ayuda o reconocimiento ahora en su vejez, por ejemplo, si la empresa cuenta con un sistema de pensión interno.
 - Las tareas domésticas son realizadas por una trabajadora doméstica.

h. Descripción de la metodología a utilizar

Como se mencionó anteriormente, la variable dependiente de esta investigación será el índice de calidad de vida en la vejez, de manera similar a la propuesta de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Los datos a levantarse son en su mayoría netamente cualitativos, por lo que las metodologías tradicionales (componentes principales, promedio ponderado, entre otros) no son viables para este caso.

Sin embargo, la creciente presencia de variables cualitativas ha llevado a desarrollar metodologías para la construcción de indicadores con variables cualitativas, una de ellas es la técnica de análisis multivariante de componentes principales para variables categóricas.

El análisis de componentes principales categóricas o método Prinqual se realiza mediante dos etapas. La primera se encarga de cuantificar a las variables cualitativas a través de un procedimiento de escalamiento óptimo, mientras que, en la segunda etapa, al contar con las variables ya cualificadas, se procede a aplicar el análisis de componentes principales clásicos (Grisales & Arbeláez, 2008). Esta es la propuesta metodológica tentativa para la construcción del índice de calidad de vida en la vejez.

Una vez que se cuente con dicho indicador, se procederá a aplicar un modelo regresivo que nos permita identificar el nivel de influencia de las dimensiones de la organización social del cuidado sobre la percepción de la calidad de vida. Es importante mencionar que para captar diferencias específicas de las dimensiones de la organización social del cuidado el índice a calcular y el modelo de regresión se realizará de manera general y de manera separada para mujeres y hombres.



Además, existe la posibilidad que en el Centro de Atención al Adulto Mayor de Cuenca nos brinden información existente recolectada por el mismo centro sobre los adultos mayores, dándonos la posibilidad de incluir variables de control en las estimaciones a realizarse.

Explicación del contenido mínimo

Se seguirá el formato IMRAD

- ❖ Resumen
 - Introducción
 - Marco teórico
 - Estado de arte
- ❖ Métodos
 - Datos
 - Metodología
- ❖ Resultados
- ❖ Discusión
 - Conclusiones y recomendaciones
- ❖ Bibliografía

Bibliografía inicial

- Agich, T. (2007). Autonomy as a problem for clinical ethics. En T. Nys, Y. Denier, & T. Vandeveld, *Autonomy and Paternalism. Reflections on the Theory and Practice of Health Care* (págs. 71-92). Lovaina: Peeters.
- Alagado Ferrer, M. T. (1997). *Envejecimiento y sociedad: una sociología de la vejez*. Alicante: Diputación Provincial de Alicante, Instituto Alicantino de Cultura Juan Gil-Albert.
- Aleaga Figueroa, A. C. (2018). Análisis de la situación del adulto mayor en Quito. Caso: Hogar de Ancianos Santa Catalina Labouré, periodo 2017. Quito, Pichincha, Ecuador.
- Andres, L. (2015). Las mujeres y el derecho laboral ecuatoriano desde el enfoque de género. Una mirada a la ley orgánica para la justicia laboral y el reconocimiento del trabajo del hogar. *Cálamo*, 18-31.
- Aponte Daza, V. C. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu*, 152-182.



- Arita Watanabe, B. (2005). Satisfacción por la vida y teoría homeostática del bienestar. *Psicología y salud* , 121-126.
- Arriagada , I., & Todaro, R. (2012). *Cadenas globales de cuidado: el papel de las migrantes peruanas en la provisión de cuidados en Chile*. Santiago de Chile: ONU Mujeres.
- Arriagada, I. (2011). *La organización social de cuidados y vulneración de derechos en Chile* . Santo Domingo: ONU MUJERES.
- Astorquiza Bustos, B. A., & Chingal, Ó. A. (2019). ¿Cómo están nuestros ancianos? Una exploración empírica de la calidad de vida de las personas mayores en Colombia. *Revista de la CEPAL*(129).
- Astorquiza, B. A., & Chingal, Ó. A. (2019). ¿Cómo están nuestros ancianos? Una exploración empírica de la calidad de vida de las personas mayores en Colombia. *CEPAL N° 129*.
- Batthyany, K. (2015). Los tiempos de cuidado en Uruguay. En K. Batthyany, *Los tiempos del bienestar social* (págs. 87-135). Montevideo: Doble clic.
- Bustamante, M., Lapo, M., Torres, J., & Camino, S. (2017). Factores Socioeconómicos de la Calidad de Vida de ls Adultos Mayores en la Provincia de Guayas, Ecuador. *SciELO*.
- Butler, J. (2004/2006). *Vida precaria. El poder del duelo y la violencia* . Buenos Aires: Paidós.
- Caradec, V. (2010). *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Paris: Armand Colin .
- CEPAL . (2004). Panorama social de América Latina 2004. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Cerri, C. (2015). Dependencia y autonomía: una aproximación antropológica desde el cuidado de los mayores. *Athenea Digital*, 111-140.
- Collière, M.-F. (1982/1993). *Promover la vida*. Madrid: Interamericana.
- Csordas, T. (2000). *Embodiment and experience: the existential ground of culture and self*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Daly, M., & Lewis, J. (2000). The concept of social care an the analysis o contemporary welfare states. *British Journal of Sociology*, 281-298.
- Durán, M. Á. (2018). Alternativas metodologicas en la investigación sobre el cuidado. En O. Mujeres, *El trabajo de cuidados: una cuestión de derechos humanos y políticas públicas* (págs. 24-42). Ciudad de México: ONU Mujeres.
- Durán, M. M. (2010). Bienestar psicológico: el estrés y la calidad de vida en el contexto laboral. *Revista Nacional de Administración* , 1(1), 71-84. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3698512>
- Ekerdt, D. (1986). The busy ethic: moral continuity between work and retirement. *The Gerontologist*, 29(3), 239-244. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1093/geront/26.3.239>



- Espinoza, I., Osorio, P., Torrejón, M. J., Lucas-Carrasco, R., & Bunout, D. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Revista Médica de Chile*, 139, 579-586. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000500003
- Esquivel, V. (2015). El cuidado: conceto analítico a agenda política. *Nueva sociedad*(245), 63-74.
- Esteban, M. (2004). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Estrada, A., Cardona, D., Segura, Á. M., Chavarriaga, L. M., Ordóñez, J., & Osorio, J. J. (2011). Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. *Biomédica*, 31(4), 492-502. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/843/84322449004.pdf>
- Ferreira, M. (2010). De la minus-valia a la diversidad funcional: un nuevo marco teórico-metodológico. *Política y Sociedad*, 47(1), 45-65.
- Fine, M., & Glending, C. (2005). Dependence, independence or interdependence? Revisiting the concepts of 'care' and 'dependency'. *Ageing & Society*, 601-621.
- Flores Villavicencio, M. E., Troyo Sanromán, R., Cruz Ávila, M., González Pérez, G., & Muñoz de la Torre, A. (2013). Evaluación de la calidad de vida mediante WHOQOL- BREF en adultos mayores que viven en edificios multifamiliares de Guadalajara, Jalisco. *Revista argentina de clínica psicológica*, XXII(2), 179-192.
- García Selgas, F. (1994). El «cuerpo» como base del sentido de la acción. *Reis, Revista Española de Investigaciones sociológicas*, 28, 41-83.
- García, J. C., & Cortez, P. (2012). Análisis de la participación laboral de la mujer en el mercado ecuatoriano. *Analitika*, 27-53.
- Garrau, M., & Le Goff, A. (2010). *Care, justice et dépendance. Introduction aux théories du Care*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Gilligan, C. (2013). *La ética del cuidado*. Barcelona: Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- Gómez-Cabello, A., Vicente Rodríguez, G., Vila-Maldonado, s., Casajús, J., & Ara, I. (Enero-Febrero de 2012). Envejecimiento y composición corporal: la obesidad sarcopénica en España. *Nutrición Hospitalaria*, 27(1), 22-30. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000100004
- Han, B.-C. (2010/2012). *La sociedad del cansancio*. Barcelona: Herder Editorial .
- INEC. (2012). *Encuesta de Uso de Tiempo, presentación de principales resultados*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadísticas y Censos: https://www.ecuadorencifras.gob.ec//documentos/web-inec/Uso_Tiempo/Presentacion_%20Principales_Resultados.pdf



- INEC. (2012). *Estimaciones de proyecciones de población 2010* . Obtenido de Instituto Nacional de Estadísticas y Censos: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Proyecciones_Poblacionales/presentacion.pdf
- INEC. (Diciembre de 2019). *Indicadores laborales*. Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/empleo-septiembre-2019/>
- Izquierdo, M. J. (2018). Consideraciones recientes del debate sobre cuidados . En O. M. MÉXICO, *El trabajo de cuidados: una cuestión de derechos humanos y políticas públicas* (págs. 43-52). Ciudad de México: ONU MUJERES.
- Jacobs, J. (1974). *Fun City: An Ethnographic Study of a Retirement Community*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.
- Jenson, J., & Saint-Martin, D. (2003). New routes to social cohesion? Citizenship and the social investment state. *Canadian Journal of Sociology*, 28(1), 77-99.
- Jouan , M., & Laugier, S. (2009). *Comment penser l'autonomie? Entre compétence et dépendances*. París: Puf.
- Lamas, M. (2018). División sexual del trabajo, igualdad de género y calidad de vida . En O. M. MÉXICO, *El trabajo de cuidados: una cuestión de derechos humanos y políticas públicas* (págs. 12-24). Ciudad de México: ONU MUJERES.
- Le Breton, D. (2011). *Anthropologie du corps et modernité*. París: PUF.
- Lemon, B., Bengtson , V., & Peterson, J. (1972). An exploration of the activity theory of aging: Activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community. *Journal of Gerontology*, 27(4), 511-523. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1093/geronj/27.4.511>
- Lenoir, R. (1990). L'invention du troisième âge. *Actes de la recherche en sciences*, 57-82.
- López Gil, S. (2014). Debates en la teoría feminista contemporánea: sujeto, ética y vida común. *Quaderns de Psicologia*, 16(1), 45-53.
- Macías Zambrano, N. M., & Cedeño Zambrano, R. M. (2014). La inserción de las mujeres en el mercado laboral. *ECA Sinergia*.
- Mackenzie, C., & Stoljar, N. (2000). *Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self*. Nueva York: Oxford University Press.
- Marín, G. (2009). “Evaluación del proyecto estatal de intervención para la mejora de la calidad de vida y la reducción de complicaciones asociadas al envejecimiento: ‘Agrega salud a tus años’”. *Elsevier*.
- Mena, A. C. (2015). Análisis multidimensional del bienestar en al población adulta mayor y efecto de las políticas públicas. *MIES*.
- MIES. (2011). *Agenda de igualdad para Adultos Mayores 2012-2013*.



- Mora, V., & Guamán, E. (2017). *PERFIL DE SALUD-ENFERMEDAD DE LOS ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS DEL HOGAR MIGUEL LEÓN. CUENCA, 2017*. Obtenido de <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28697/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
- Moscoso, M. (2009). A propósito de la ley de promoción de la autonomía personal y de ayuda de la dependencia. *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento crítico*, 3(2), 217-221.
- OMS. (1996). ¿Qué calidad de vida? *Foro Mundial de la Salud*, 385-387.
- OMS. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 37(S2), 74-105.
- OPS. (17 de abril de 2012). *Estrategias de la OPS para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: https://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&view=article&id=678:estrategias-ops-calidad-vida-adultos-mayores&Itemid=255
- Organización Mundial de la Salud. (2 de febrero de 2018). *Envejecimiento y Salud*. Obtenido de Organización mundial de la salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Paperman, P., & Laugier, S. (2011). *Le Souci des autres. Éthique et politique du care*. París: École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Peréz Díaz, J. (09 de junio de 2006). *Demografía y envejecimiento*. Obtenido de Portal mayores: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/5120/1/Perez2006a.pdf>
- Pérez Orozco, A., & López Gil, S. (2011). *Desigualdades a flor de piel: cadenas globales de cuidado. Concreciones en el empleo del hogar y políticas públicas*. Madrid: ONU MUJERES.
- Pérez Orozco, A. (2014). *Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*. Madrid: Traficante de Sueños.
- Pérez Orozco, A., & Baeza Gómez, P. (2006). Sobre «dependencia» y otros cuentos. Reflexiones en torno a la Ley de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Lan harremanak-Revista de relaciones laborales*, 15(2), 13-40.
- Pontificia Universidad Católica de Chile. (2017). *CHILE Y SUS MAYORES. 10 años de la Encuesta Calidad de Vida en la Vejez UC- Caja Los Andes*. Chile, Chile: Universidad Católica de Chile.
- Prado, A., & Sojo, A. (2010). *Envejecimiento en América Latina. Sistema de pensiones y protección social integral*. Santiago de Chile: CEPAL.



- Puijalon, B. (2009). Autonomía y vejez: Un contexto cultural, un enfoque político, una propuesya filosofica . En F. V. Lucas, *Autonomía y dependencia en la vejez* (págs. 8-27). Barcelona : Fundació Victor Grífols i Lucas.
- Razavi, S. (2007). *The political and social economy of care in a development context*. Unted Nations research institute for social development.
- Rodríguez Enríquez , C., & Marzonetto, G. (2015). Organización social del cuidado y desigualdad: el déficit de las políticas públicas en Argentina. *Perspectivas de Políticas Públicas*, 103-134. doi:10.18294/rppp.2015.949
- Rodríguez Enríquez, C. (2015). Economía feminista y economía del cuidado. Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad. *Nueva Sociedad*.
- Rodríguez Enriquez, C., & Marzonetto, G. (2015). Organización social del cuidado y desigualdad: el déficit de políticas públicas de cuidado en Argentina. *Revista Perspectivas de Políticas Públicas*.
- Romero, Z., & Montoya, B. (2017). Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Papeles de Población*.
- Rubio Olivares, D. Y., Rivera Martínez, L., Borges Oquendo, L., & Gónzales Crespo, F. V. (2015). Calidad de vida en el adulto mayor . *VARONA*, 1-7.
- San Román, T. (1990). *Vejez y cultura hacia los limites el sistema*. Barcelona: Fundación Caixa de pensions.
- Satorres, E. (2013). Bienestar Psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfaccion vital.
- Schildrick, M. (2005). The disabled body, genealogy and undecidability. *Cultural studies*, 19(6), 755-770. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1080/09502380500365754>
- Schkolnik, S. (2007). *Protección social de la 3era edad en Ecuador*. Quito: CEPAL-CELADE.
- Schper-Hugues, N., & Lock, M. (1987). The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), 6-41. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1525/maq.1987.1.1.02a00020>
- Tronto, J. (1993/2009). *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*. París: Éditions la Découverte.
- Tronto, J. (2005). Cuando la ciudadanía se cuida: una paradoja neoliberal del bienestar y la desigualdad . *Congreso Internacional Sare 2004 ¿Hacia que modelo de ciudadanía?* (págs. 231-253). Vitoria: Instituto Vasco de la Mujer.
- Tronto, J. (2010). Cura e politica democratica. Alcune premesse fondamentali. *La società degli individui*, 38(2), 34-42.



- Tronto, J. (2013). *Caring democracy. Markets, Equality and justice*. New York and London: NEW YORK UNIVERSITY PRESS.
- Tuesca, R. (2005). La calidad de vida, su importancia y como medirla. *Revista Científica Salud Uninorte*, 76-86.
- UC-Caja Los Andes. (2017). *Chile y sus mayores*. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile y Caja-Los Andes.
- Unidad de análisis e información del Ministerio de coordinación social y desarrollo & Consejo Nacional de las Mujeres. (2008). *La situación de las mujeres ecuatorianas: una mirada desde los derechos humanos* . Quito.
- Varela, L. E., & Gallego, E. A. (2015). Percepción de la calidad de vida a un grupo de adultos mayores de Envigado (Colombia). *Salud Soc. Uptc.*, 7-14.
- WHO. (2006). *WHOQOL-OLD Module-manual*. Copenhagen: World Health Organization .
- WHO. (s.f.). *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. Obtenido de World Health Organization : <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>



i. Anexos

Anexo 1: Cronograma de actividades

Fecha	Actividad
1 de abril - 25 de abril/2020	Levantamiento y tabulación de datos
26 de abril – 10 de mayo/2020	Diagnóstico y construcción del indicador de Calidad de la vejez
10 de mayo – 20 de mayo/2020	Análisis descriptivo
20 de mayo – 31 de mayo/2020	Aplicación del modelo
1 de junio – 7 de junio/2020	Elaboración del marco teórico y estado de arte
8 de junio – 14 de junio/2020	Elaboración de los métodos y variables
15 de junio – 20 de junio/2020	Elaboración de los resultados
21 de junio - 25 de junio/2020	Elaboración de la discusión
26 de junio - 30 de junio/2020	Revisión y organización del artículo académico
1 de julio – 5 de julio/2020	Entrega al tutor, revisiones finales
6 de julio 2020	Entrega final del artículo académico a la secretaría de la facultad



Anexo 2: Permiso del Centro de Atención al Adulto Mayor

 INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
CENTRO DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR IESS CUENCA

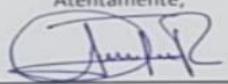
La que suscribe,

Mg. Cira Tapia Rivera
Responsable del Centro de Atención al Adulto Mayor
IESS Cuenca.

INFORMA:

Que las estudiantes María Emilia Sánchez Sotomayor y Nancy Beatriz Navarro Andrade, son **AUTORIZADAS** para realizar el levantamiento de las encuestas para el trabajo titulado "Las dimensiones de la organización social del cuidado y su influencia en percepción de la calidad de vida del adulto mayor. Un caso de estudio en el Centro de Atención al Adulto Mayor de Cuenca para el año 2020".

Atentamente,



Mg. CIRA TAPIA RIVERA
RESPONSABLE DEL CAAM IESS CUENCA

 INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
CENTRO DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR IESS CUENCA

Cuenca, 13 de Febrero de 2020

República y Huayna Capac. Antiguo Hospital del IESS
TELF. 2871800 Cuenca - Ecuador 

Anexo 3: Encuesta

UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

“Las dimensiones de la organización social del cuidado en la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores: El caso del Centro de Atención al Adulto mayor de la ciudad de Cuenca, Ecuador para el año 2020 “

Nota: Toda la información obtenida a través de este medio será de uso exclusivo para el estudio, además, será anónima.

Sección 1: Datos Generales									
1.Sexo		Hombre		Mujer		Edad			
2.Estado civil		Casad o/a		Unión Libre		Viudo/ a		Separado/ a	Soltero/a
3.Nivel de instrucción		Ningu no		Primaria		Secund aria		Tercer nivel	Cuarto nivel
Sección 2: Bienestar General (Satisfacción con la vida, preocupaciones y sensación ante la vida)									
4. ¿Cuán satisfecho(a) se ha sentido con su vida durante los últimos 6 meses?				Muy satisfecho	Satisfecho	Poco satisfecho	Nada satisfecho		
5. En los últimos 6 meses, ¿Qué tan satisfecho considera usted que ha tenido las siguientes				Sus necesidades de alimentación					
				Sus necesidades de vivienda					
				Sus necesidades de afecto y cariño					
				Sus necesidades de atención a la salud					
				Sus necesidades de recreación					
				Sus necesidades económicas					



necesidades ?	Sus necesidades de transporte							
6. ¿Cuán preocupado(a) está usted de que le vayan a suceder las siguientes cosas...?		Muy preocupado/a	Preocupado/a	Poco Preocupado/a	Nada preocupado/a			
	Tener que depender de otras personas							
	Fallecimiento de un familiar querido							
	Enfermarse gravemente							
	Ser asaltado en la calle							
	Quedarse solo/a							
	Tener insuficientes ingresos económicos							
	Que entren a robar en la casa							
7. ¿Ha experimentado alguna de las siguientes situaciones durante los últimos 6 meses?	Problemas económicos	Si	No	Ha tenido algún problema grande en su familia	Si	No		
	Enfermedad de un pariente o persona cercana			Problemas en su relación de pareja				
	Ha estado hospitalizado o ha tenido una operación			Se ha muerto su esposo/a o pareja				
	Algún pariente o persona se ha ido a vivir lejos			Se ha tenido que cambiar de vivienda				
	Algún robo o asalto de importancia			Se ha divorciado/a o se ha separado de alguna relación de pareja				
Algún problema importante con su vivienda								
8. Prefiere quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas		Muy frecuente	Frecuente	Poco frecuente	Nada frecuente			
9. Se aburre								



10. Se siente inútil					
11. Se siente que no vale nada					
12. Se siente aislado de los demás					
13. Se siente excluido o dejado de lado por los demás					
14. Se siente que le falta compañía					
Sección 3: Situación económica y laboral					
15. En el mes pasado, ¿recibió Ud. personalmente ingresos por...? En caso de otros, especifique su respuesta	Jubilación		Arriendo de algún bien		
	Trabajo o negocio		Ahorros o ingresos bancarios		
	Bono estatal		Remesas		
	Ayuda de familiares		Por cobro de intereses de préstamos monetarios a terceros		
	Pensión de viudez o montepío		Otros:		
16. ¿Tiene Ud. personalmente algunos de los siguientes tipos de deudas?	Plazos vencidos de tarjetas de créditos o de establecimientos comerciales		Deudas con amigos o familiares		
	Préstamos a instituciones financieras		Otros		
	Cuentas vencidas de servicios básicos				
17. ¿Qué tan satisfecho está con su jubilación?	Muy satisfecho (a)		Satisfecho(a)	Insatisfecho (a)	Muy insatisfecho (a)
18. ¿Siente jubilación le alcanza para cubrir sus gastos?	Si		No		20. ¿Qué tipo de ayuda?



19. ¿La empresa para la cual usted ha trabajado le da algún tipo de ayuda o reconocimiento ahora en su vejez? Por ejemplo, la empresa tiene sistema de pensiones					
Sección 4: Condiciones de salud					
21. Diría que su salud es...		Muy buena	Buena	Regular	Mala
22. ¿En el último año ha tenido alguno de los siguientes problemas de salud?		Presión alta o hipertensión		Enfermedades pulmonar crónica (bronquitis crónica, enfisema, asma)	
		Colesterol alto		Osteoporosis	
		Artritis, incluyendo osteoartritis o reumatismo		Úlcera de estómago o duodenal, úlcera péptica	
		Diabetes o azúcar elevado		Algún tipo de cáncer	
		Insomnio		Fractura de cadera o femoral	
		Problemas de la vista		Derrame cerebral o enfermedad vascular cerebral	
		Ataques cardíacos u otros		Parkinson	
		Problemas al corazón		Otros	
23. ¿Cuándo usted se enferma a que institución de salud asiste con mayor frecuencia?	Clínicas/Hospitales privados		IESS	Ministerio de Salud Pública	
	Muy buena	Buena	Regular	Mala	



24. ¿Qué tan bueno considera usted que es el servicio de atención médica que recibe en el IESS?								
25. ¿Cuándo tiene que ir a un centro de atención médica quién le lleva?		Familiares		Amigos/vecinos		Persona pagada que le cuida		Solo/sola por sus propios medios
26. Sobre sus hábitos alimenticios		Consumo porotos, lentejas, mote una vez por semana			Le pone más de dos cucharadas al café o al té			
		Consumo pescado al menos una vez por semana			Le agrega sal a la comida cuando está servida en la mesa			
		Consumo verduras al menos 5 porciones al día						
27. ¿Realiza actividad física?		Siempre	Casi siempre	casi nunca	Nunca			
28. ¿Tiene usted una vida sexualmente activa?					Si		No	
Sección 5: Participación y actividades sociales								
29. ¿Con que frecuencia a realizado las siguientes	Salir de casa		Siempre	Algunas veces por semana	Al menos una vez a la semana	Nunca		



actividades en los últimos 6 meses?	Leer revistas, periódico, libros				
	Participa en actividades o ceremonias religiosas				
	Practica algún pasatiempo				
	Asiste a cursos, talleres o seminarios				
	Se reúne con amistades				
	Va a visitar a parientes o personas cercanas				
	Recibe visitas de familiares o personas cercanas				
	Actividades de la iglesia para adulto mayor				
30. ¿Participa en alguna organización social? Tales como:		Alguna organización social		Alguna organización política	
		A un grupo religioso o de alguna iglesia		Organización de barrio o junta de vecinos	
31. ¿Ha percibido algún trato injusto por ser adulto mayor en los siguientes lugares?		Siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
	En consultorios, hospitales, centro de salud				
	Por personas de su barrio				
	En instituciones públicas				
	Por su familia				
32. Usted diría que...	Otras personas organizan su vida				
	Otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida				



	Toma las decisiones sobre cuestiones cotidianas					
	Su familia respeta sus decisiones					
	Elige como pasar su tiempo libre					
	Hace planes sobre su futuro					
33. ¿Cómo percibe los siguientes aspectos de la ciudad?		Muy bueno	Bueno	Malo	Muy malo	
	Cantidad de espacios de recreación					
	Iluminación de las calles donde transita					
	Acceso para la tercera edad en el transporte público					
	Estado de las veredas y calles donde transita					
	Semáforo con tiempo suficiente para cruzar las calles					
34. Uso de tecnología e internet	¿Posee usted en su casa computadora y/o Tablet?	Si	No	¿Tiene un teléfono celular para su uso propio?	Si	No
	¿Posee usted en su casa internet?			¿Tiene un smartphone?		
35. Durante el último mes, ¿Ha usado el celular para...?	Hablar con otra persona			Sacar fotos o hacer vídeos		
	Comunicarse por mensaje de texto			Usar redes sociales (Facebook, Twitter, Instagram, u otros)		
	Comunicarse por mensajes o llamadas de chat (Whatsapp u otros)					
36. ¿Cuál es su religión?	Ninguna religión		Católica	Cristiano	Otra religión	



37. ¿Con que frecuencia asiste a misa o servicios religiosos de su iglesia, sin contar con bautizos, matrimonios o funerales?	Todos o casi todos los días		Algunas veces al año			
	Al menos una vez a la semana		Solo en ocasiones especiales			
	Algunas veces al mes		Nunca o casi nunca			
Sección 6: Relaciones sociales y familiares						
38. ¿Usted vive...? ¿Con quién vive usted?	Solo/a		Acompañado			
	Padres/madres/suegros (as)		Hijos o hijas			
	Hermanos (as)		Cónyuge o pareja			
	Nietos(as)		Otros			
39. Constitución familiar	Tiene y vive con pareja		Tiene hermanos vivos			
	Tiene hijos vivos		Tiene nietos vivos			
40. En los últimos 3 meses, ¿con que frecuencia ha tenido contacto en persona con sus hijos?	Todos los días	Fines de semana	Algunas veces al mes	Casi nunca		
41. En los últimos 3 meses, ¿con que frecuencia ha estado a cargo del cuidado de algún miembro de su familia?	Todos los días	Algunos días a la semana	Algunas veces al mes	Casi nunca		
42. Percepción sobre la obligación filial	Cuidar a los padres cuando no puedan valerse por sí mismos	Si	No	Ayudar en las labores domésticas en la casa de los padres si lo necesitan	Si	No



	Traer a vivir a los padres mayores a la casa de algún hijo cuando no puedan vivir solos				Dar compañía y pasar mucho tiempo con los padres		
	Dar ayuda económica a sus padres si lo necesitan						
43. Percepción sobre la obligación parental	Permitir que los hijos adultos vuelvan a vivir en la casa de los padres si lo necesitan	Si	No	Dar compañía y pasar mucho tiempo con los hijos	Si	No	
	Cuidar a los nietos si lo necesitan			Ayudar en las labores domésticas en la casa de los hijos adultos si lo necesitan			
Dar ayuda económica a sus hijos adultos si lo necesitan							
44. Teniendo en cuenta lo que usted da y recibe en sus relaciones, diría que...	Da más de lo que recibe		Recibe más de lo que da		Da y recibe más o menos por igual		
45. Cuando usted cuida a alguien, ¿cómo percibe la calidad de la relación con esa persona?	Muy buena	Buena	Mala	Muy mala			



46. En los últimos 3 meses, ¿ha recibido alguno de los siguientes tipos de apoyo de forma regular de un(a) hijo(a)	Apoyo emocional	Si	No	Apoyo económico	Si	No
	Consejos, información			Asistencia en cuidado personal		
	Ayuda práctica					
47. En los últimos 3 meses, ¿ha dado alguno de los siguientes tipos de apoyo de forma regular de un(a) hijo(a)	Apoyo emocional	Si	No	Apoyo económico	Si	No
	Consejos, información			Asistencia en cuidado personal		
	Ayuda práctica					
48. Entrega de apoyo económico durante el último mes	¿Entregó parte de sus ingresos a nietos/as?	Si	No	¿Entregó parte de sus ingresos a padre, madre o suegros?	Si	No
	¿Entregó parte de sus ingresos a hijos/as?			¿Entregó parte de sus ingresos a otras personas?		
49. Se siente satisfecho(a) en relación con...	La forma en que puede acudir a su familia por ayuda cuando algo le preocupa	Si	No	El modo en el que su familia le demuestra su afecto y responde a sus	Si	No



				emociones tales como rabia, pena y amor		
		Cómo su familia le conversa de las cosas y comparte los problemas con usted				
		Cómo su familia acepta y apoya sus deseos de realizar nuevas actividades			La manera en que su familia y usted comparten el tiempo juntos	
50. Si usted necesitará a alguien que le ayude en distintas situaciones, con qué frecuencia tendría a alguien para...	Que le lleve al médico	Siempre	Casi siempre	casi nunca	Nunca	
	Con quien podría contar en las buenas y las malas					
	Que le prepare comida					
	Que le ayude en las tareas domésticas					
	A quien amar y hacerle sentir a usted querido(a)					
	Que le ayude si tuviera que estar en cama					
	Con quien pasar un buen rato					
	Que comprenda sus problemas					



	Le aconseje si tuviera que resolver algún problema				
51. ¿Qué nivel de responsabilidad considera que la familia debe a la hora de...?	Proporcionar apoyo económico a las personas mayores que lo necesiten	Alta	Media-alta	Media-Baja	Baja
	Proporcionar ayuda con las tareas de la casa				
	Proporcionar ayuda en tareas de cuidado personal				
52. ¿Qué nivel de responsabilidad considera que el Estado debe a la hora de...?	Proporcionar apoyo económico a las personas mayores que lo necesiten	Alta	Media-alta	Media-Baja	Baja
	Proporcionar ayuda con las tareas de la casa				
	Proporcionar ayuda en tareas de cuidado personal				
53. Teniendo en cuenta sus propias condiciones económicas y familiares, supongamos la situación en que usted se encontrará sin pareja y no pudiera vivir de forma independiente y necesitará la ayuda permanente de otra persona. ¿Qué preferiría?	Vivir en casa de un hijo o hija			Vivir solo (a) contratar a alguien que lo cuide	
	Vivir con otro pariente o con algún amigo			Vivir en un hogar para adultos mayores	
54. ¿Quién realiza las tareas domésticas en su hogar?	Cónyuge			Hijo o hijas	
	Tareas compartidas entre miembros del hogar			Trabajadora doméstica	