

Coordinación General de Estudios y Datos de Inclusión

Dirección de Estudios y Análisis

Ministerio de Inclusión Económica y Social



Caracterización de la vejez y el envejecimiento, un enfoque desde los servicios de inclusión social y económica del MIES

Documento de trabajo Nro. MIES-CGEDI-DEA-2020-06-DT

Diciembre, 2020



Caracterización de la vejez y el envejecimiento, un enfoque desde los servicios de inclusión social y económica del MIES

Ecuador, 2020.

Autoridades

Vicente Andrés Taiano González
Ministro de Inclusión Económica y Social

Leandro Ezequiel Chalela
Coordinador General de Estudios y Datos de Inclusión



Patricia Elizabeth Sánchez Bravo
Directora de Estudios y Análisis

Autores/as

Santiago Valdivieso
Jesahel Angulo
Alejandro Bonilla
Leandro Chalela
Patricia Sánchez

Agradecimientos:

Se extiende un especial agradecimiento a Camilo Tobar, Subsecretario de Gestión Intergeneracional, Mónica Sánchez, Directora de Población Adulta Mayor y Pamela Guevara, Analista de Dirección de Población Adulto Mayor, por la valiosa colaboración brindada en el transcurso del desarrollo del presente estudio.

Citación recomendada: Valdivieso, S., Angulo, J., Bonilla, A. Chalela, L. & Sánchez, P., Caracterización de la vejez y el envejecimiento, un enfoque desde los servicios de inclusión social y económica del MIES (2020). Ministerio de Inclusión Económica y Social. Quito. Ecuador.

Tabla de Contenidos

Tabla de Contenidos.....	3
Lista de Tablas	4
Lista de Gráficos	4
Lista de Anexos.....	4
Lista de Abreviaturas	5
Resumen	6
1. Introducción	7
2. La vejez y envejecimiento: una mirada desde la teoría.....	8
2.1 La vejez y el envejecimiento	8
2.2 Los enfoques de la vejez y el envejecimiento	8
2.3 Tipos de vejez.....	9
3. Datos e Información	10
4. Metodología	12
4.1 Enfoque biológico.....	12
4.2 Enfoque psicológico	12
4.3 Enfoque social	13
5. Resultados y discusión	14
5.1 Enfoque biológico.....	14
5.1.1 El comienzo de la vejez.....	14
5.2 Enfoque psicológico	17
5.2.1 Bienestar evaluativo	18
5.2.2 Bienestar emocional	20
5.2.3 Autoestima	23
5.2.4 Deterioro cognitivo: usuarios adultos mayores del MIES	23
5.3 Enfoque social	24
5.3.1 Posicionamiento en la sociedad.....	24
5.3.2 Relación con la sociedad	25
5.3.3 Familia, amigos y soporte social	31
5.3.4 Rol social: adultos mayores usuarios del MIES.....	34
6. Reflexiones finales	35

7. Bibliografía.....	37
9. Anexos.....	42

Lista de Tablas

Tabla 2.1: Postulados teóricos de la vejez por tipo de enfoque	10
Tabla 2.2: Tipos de vejez por categoría de edad	10
Tabla 3.1: Bases de datos	11
Tabla 3.2: Muestra cualitativa para entrevistas semiestructuradas	11
Tabla 5.1: Satisfacción la vida por grupo etario, sexo y región ¹	18
Tabla 5.2: Autoestima por grupo etario, sexo, región y nivel de ingresos ¹	23

Lista de Gráficos

Gráfico 5.1: Presencia de malestar físico y su duración por grupo etario y sexo	15
Gráfico 5.2: Determinantes de la satisfacción con la vida por grupo etario ¹	19
Gráfico 5.3: Valoración de los aspectos de la vida ¹	19
Gráfico 5.4: Riesgo de depresión	20
Gráfico 5.5: Depresión (Índice de Yesavage)	21
Gráfico 5.6: Deterioro cognitivo	24
Gráfico 5.7: Posicionamiento relativo en la sociedad de distintos grupos etarios ¹	25
Gráfico 5.8: Relación de los adultos mayores con el mercado laboral	27
Gráfico 5.9: Brecha en la aceptabilidad de tener un jefe de 70 años frente a uno de 30 años ¹ ...	28
Gráfico 5.10: Percepciones respecto a los adultos mayores ^{1,2}	29
Gráfico 5.11: Sentido de pertenencia y participación en la comunidad.....	31
Gráfico 5.12: Felicidad con la familia por grupo de edad.....	32
Gráfico 5.13: Porcentaje de personas que reportan contar con algún amigo o familiar si alguna vez tienen problemas	34

Lista de Anexos

Anexo 1: Operacionalización de variables.....	42
Anexo 2: Composición población por género y por grupo etario	47
Anexo 3: Morbilidad y mortalidad.....	47
Anexo 4: Determinantes de la satisfacción con la vida.....	48
Anexo 5: Posicionamiento de los adultos mayores en Ecuador frente al mundo	48
Anexo 6: Relación entre nivel de ingresos y posicionamiento social	50
Anexo 7: Percepción de los adultos mayores por nivel de ingresos y grupo etario.....	51
Anexo 8: Felicidad con la participación con la comunidad y edad.....	51
Anexo 9: Número de personas en el hogar y soledad	52

Anexo 10: Número de días en que se reportó sentir soledad en los últimos siete días por grupos etarios	53
Anexo 11: Felicidad con la familia por edad	54
Anexo 12: Apoyo por grupo etario, sexo y región	54

Lista de Abreviaturas

- CGEDI:** Coordinación General de Estudios y Datos de Inclusión
DEA: Dirección de Estudios y Análisis
ENEMDU: Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo
INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos
MIES: Ministerio de Inclusión Económica y Social
OMS: Organización Mundial de la Salud
PAM: Personas Adultas Mayores
PEA: Población Económicamente Activa
PEI: Población Económicamente Inactiva
SGI: Subsecretaría de Gestión Intergeneracional



Caracterización de la vejez y el envejecimiento, un enfoque desde los servicios de inclusión social y económica del MIES

Resumen

Una comprensión holística del proceso de envejecimiento es fundamental para una orientación eficaz de la política pública que apunte al bienestar de los adultos mayores. Por ello, el presente trabajo describe la situación de las distintas etapas de la vida, con énfasis en la vejez, en el marco de los principales marcos teóricos que la literatura ha definido: los enfoques biológico, psicológico y social. Para lograrlo, se utilizaron bases de datos representativas a nivel nacional y entrevistas semiestructuradas a adultos mayores usuarios del MIES. Esta información, al complementarse, permitió conocer que la salud comienza a deteriorarse entre los 45 y los 54 años y que los adultos mayores usuarios del MIES caracterizan a la vejez haciendo referencia al desgaste fisiológico. Así también, se encontró que el bienestar psicológico decrece con la edad. Sin embargo, la vejez también puede ser un periodo de relativa tranquilidad. Por su parte, los dominios sociales (comunidad, el medio ambiente, el gobierno, vida social y familia) de la vida son los que más se asocian con el bienestar; mientras que la familia y la salud son los aspectos de la vida valorados como más importantes y, además, son las principales fuentes de preocupación entre las personas adultas mayores entrevistadas. En el ámbito social, se encontró que a pesar de gozar de una buena percepción de los demás, los adultos mayores están peor posicionados socialmente que los adultos y los jóvenes. Esto, posiblemente, se debe a una participación en el mercado laboral escasa y en empleos de baja calidad y/o tecnificación. Fuera del mercado, se vuelve difícil distinguir un rol social, pero cuando se hace, se rescatan los papeles de consejeros y educadores, sacando a la luz la experiencia que han ganado con los años. Finalmente, se halló que la calidad de la vejez depende de variables sociodemográficas, siendo peor para las mujeres y los grupos con bajo poder adquisitivo y mejor en la región insular.

Clasificación JEL: J140, I100, I310

Palabras clave: Vejez, Envejecimiento, Personas Adultas Mayores

1. Introducción

La población ecuatoriana está envejeciendo a un ritmo acelerado, al punto de que se prevé que en 2065 las personas que tienen más de 60 años constituirán el grupo mayoritario del país (Tim & Guevara, 2020). Los problemas asociados al envejecimiento, y específicamente a la vejez, como la pobreza, la discapacidad, la feminización y la soledad (Mateu Gil & et.al., 2007) ya se izan como una de las prioridades del Estado ecuatoriano y, sin duda, se tendrán que replantear con el desarrollo de este fenómeno demográfico. El reconocimiento de los adultos mayores como un grupo prioritario que tiene necesidades específicas en el Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021, así como la implementación del programa Mis Mejores Años son evidencia de la importancia que ido ganando la resolución de estas problemáticas en el terreno de la política pública.

No obstante, conocer a profundidad el problema que se enfrenta es un requerimiento indispensable para poder darle un tratamiento efectivo. Si bien el envejecimiento y la vejez se pueden comprender desde distintos paradigmas (ante los cuales se pueden identificar no solamente obstáculos sino también oportunidades; CEPAL, 2011), la mayoría de los estudios que analizan las distintas etapas de la vida se han limitado a describir la situación sociodemográfica y económica. Examinar las diferentes caras de la vejez desde una aproximación holística, considerando las dimensiones psicosociales de su humanidad, es fundamental para el desarrollo y mejoramiento de políticas que apuntan a mejorar la inclusión y el bienestar de los adultos mayores. Este trabajo está abocado a llenar el vacío en la literatura ecuatoriana en este tema para dar luces que permitan al accionar estatal ser más efectivo en sus esfuerzos.

Concretamente, el objetivo general que busca cumplir este trabajo es identificar las valoraciones, los desafíos y la heterogeneidad de experiencias asociadas a la vejez desde las perspectivas biológica, psicológica y social en el contexto ecuatoriano, con énfasis en las vivencias de los usuarios del MIES. Para cumplirlo, se advierte sobre los rangos de edades en los que el deterioro de la salud comienza y se intensifica, se da luz sobre los efectos del envejecimiento sobre el bienestar psicológico. Asimismo, se analiza la posición social que ocupan los adultos mayores frente a grupos etarios más jóvenes, analizando sus posibles causas y el rol de las relaciones íntimas, se plantea el enfoque predominante bajo el cual los adultos mayores usuarios del MIES reflexionan sobre la vejez y el envejecimiento, se identifican los aspectos de la vida más importantes por grupo etario; y se distinguen diferencias sociodemográficas en la experiencia de la vejez.

Lo que sigue del documento se estructura de la siguiente manera: en la sección 2 se presenta una breve revisión de literatura, en donde se expondrán los postulados teóricos de los enfoques biológico, psicológico y social. Luego, en los apartados 3 y 4 se establecen los datos y la metodología cuantitativa que se utilizaron para los propósitos planteados, respectivamente. Los resultados obtenidos se presentan en el apartado 6 y, finalmente, en el apartado se exponen 7 las reflexiones finales.

2. La vejez y envejecimiento: una mirada desde la teoría

En esta sección se conceptualiza a la vejez y al envejecimiento, se aborda sus implicaciones desde los enfoques biológico-fisiológico, psicológico y social y se presentan las distintas etapas de la vejez.

2.1 La vejez y el envejecimiento

La vejez hace referencia al último curso de la vida humana (Ministerio de Salud-Colombia, s.f.), y, desde una perspectiva cronológica, es considerada como una inevitable consecuencia de la existencia del tiempo (Novak, M., 2012). Su connotación depende del enfoque y el contexto sociocultural en el que tienen lugar la reflexión sobre sus ventajas y desventajas. La calidad de la vejez (que no siempre concuerda con la connotación generalizada del término), por su parte, deriva de la forma en que se vive el envejecimiento o lo que es lo mismo, el proceso de cambios estructurales y funcionales que suceden con el paso del tiempo (Ibargue, Ruiz, & Vargas, 2016). Villa & Rivadeneira (1999), específicamente, notan que en el envejecimiento ocurren transformaciones en las condiciones físicas, la independencia económica y funcional, los roles dentro de la familia, el mercado laboral, el uso del tiempo libre, la autopercepción y la percepción social. Por tanto, una caracterización de este periodo de la vida, requiere de un análisis que considere sus implicaciones (1) biológicas-fisiológicas, (2) psicológicas y (3) sociales (véase tabla 3.1).

2.2 Los enfoques de la vejez y el envejecimiento

Desde la perspectiva biológica-fisiológica, el envejecimiento se observa en el desgaste de los sistemas del cuerpo, que repercute en debilidad, enfermedad, disminución en las funciones biológicas, reducción de la capacidad de adaptación y aumento de la mortalidad (Alvarado & Salazar, 2014; Ünal & Özdemir, 2019; Baltes, 2004; Agar, 2001; Buendía, 1994). En la vejez es común advertir una desmejora de los vasos sanguíneos, el corazón, las células, el riñón, el cerebro, así como aumento de la grasa corporal, problemas sensoriales (sordera y de visión), incontinencias y cambios nutricionales (Salech, Jara, & Michea, 2012).

El enfoque psicológico del envejecimiento, por su parte, se caracteriza por los cambios conductuales que, junto con las influencias del entorno, se reflejan positiva o negativamente en los adultos mayores (Monroy, 2005). Entre los aspectos negativos se encuentran la disminución de la capacidad mental, cambios en el autoconcepto que generalmente deterioran la autoestima, y sentimientos de soledad y tristeza por la pérdida de familiares (Ünal & Özdemir, 2019; Gujardo, Tijoux, & Abusleme, 2015; Deusto Salud, 2020; Serrano, 2013). Debido a estas transformaciones, el adulto mayor tiende a aislarse y a tener una vida sedentaria, a pesar de que mantenerse activo es clave para lograr un buen envejecimiento (Ruiz, 2010). En cuanto a lo positivo, en la literatura se señala el “efecto sabiduría” de la vejez, es decir, la motivación y la elevada capacidad que los adultos mayores tendrían para controlar sus estados emocionales, limitando los negativos y potenciando los positivos (Leipzig, Smith y Little, 2000; Steptoe, Deaton y Stone, 2015).

Finalmente, el enfoque social analiza a la vejez como una construcción intersubjetiva que dependería de las etiquetas y estereotipos que predominen en los distintos grupos sociales y que tienen un impacto real sobre el trato que reciben adultos mayores. De esta manera, dentro de un mismo país, la vejez se experimentaría de forma distinta dependiendo de la situación familiar, estado socioeconómico, género, etnia, marginación, así como de la ética, la política y el lugar de residencia de cada persona (Kehl y Fernández, 2001 ; Paula Aranibar, 2001). Se ha propuesto que, en las sociedades marcadas por la revolución industrial, la participación productiva se constituye como un estratificador social y la experiencia de la vejez se considera obsoleta (Ramos et al., 2009). Por otro lado, visiones más positivas de este enfoque sugieren que la vejez está asociada a mayor sabiduría, conocimiento, respeto, estabilidad y autoridad en la familia (Löckenhoff, C. E., De Fruyt, F., Terracciano, A., McCrae, R. R., De Bolle, M., Costa, P. T., & Allik, J., 2009).

En cualquier caso, el alejamiento del proceso productivo implica un cambio dramático en los hábitos, el ritmo y el rol de los adultos mayores en la sociedad, por lo que el bienestar dependería de la forma en que utilicen su tiempo y de las redes de contacto humano (especialmente la familia) que los rodean, mismas que limitan la exclusión social (Balard, 2015).

El tema de género es transversal a todos los enfoques. Los roles asignados a las mujeres históricamente han producido una menor participación laboral y, consecuentemente, mayores niveles de vulnerabilidad económica y social y menor acceso a todo tipo de bienes, incluidos los relacionados a la salud, por lo que se esperaría que este género tenga una peor condición biológica (Avolio y Di Laura, 2017). Además, existe evidencia de que las mujeres tienen mayores niveles de depresión y afecto negativo, con explicaciones que proponen como causas a las inequidades económicas ya mencionadas, las expectativas sociales y factores biológicos (Batz y Tay, 2018). Este género también tendría menor apoyo de sus cónyuges en la vejez, ya que, por su expectativa de vida más elevada y su tendencia a casarse con hombres mayores, es común que soporten su muerte primero (Suriñach, 2020; Gujardo, Tijoux, & Abusleme, 2015; Seifarth, McGowan & Milne, 2012).

2.3 Tipos de vejez

La vejez puede categorizarse en etapas definidas por distintas vivencias. La OMS sugiere que se considere a la vejez desde los 65 años y propone una división de tres etapas. La primera comprende los 65-74 años y se refiere a la transición de la vida laboral a la jubilación; la segunda cubre el rango de los 75-84 años, caracterizado por un deterioro importante en las

funciones esenciales; y la tercera está definida en las edades de 85 años o más, y sería la etapa en donde la atención y los apoyos especiales comienzan a ser requeridos.

Tabla 2.1: Postulados teóricos de la vejez por tipo de enfoque

Biológico-fisiológico	Psicológico	Sociológico
1. <u>Degradación de las funciones del cuerpo</u> : enfermedades, discapacidades y disminución de la capacidad de adaptación.	Implicaciones positivas y negativas: 1. <u>Positivas</u> : Sabiduría, dominio de las emociones. 2. <u>Negativas</u> : Sentimientos de soledad y deterioro de la capacidad mental y autoestima. Esto lleva al aislamiento.	1. La vejez depende de factores socioeconómicos, culturales y demográficos. 2. La vinculación con el proceso productivo es determinante de la posición social del adulto mayor. 3. El bienestar depende del soporte social.

Fuente: Autores mencionados en la revisión de literatura

Elaborado por: Dirección de Estudios y Análisis

Tabla 2.2: Tipos de vejez por categoría de edad

Vejez joven	Vejez avanzada	Vejez muy avanzada
65-74 años: período de transición de la vida laboral a la jubilación.	75-84 años: período donde comienzan a observarse pérdidas funcionales.	85 años y más: período que requiere atención y apoyo especiales.

Fuente: Ünal & Özdemir, 2019

Elaborado por: Dirección de Estudios y Análisis

3. Datos e Información

Para el presente trabajo se utilizaron tres tipos de fuentes de información: i) bases de datos de encuestas nacionales e internacionales representativas a nivel del Ecuador, ii) bases de datos de registros administrativos y iii) entrevistas semiestructuradas realizadas a personas adultas mayores, usuarias de servicios de MIES.

En cuanto al primer tipo de fuente se emplearon: la Encuesta Nacional de Empleo, Subempleo (ENEMDU), la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV), y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). Cabe mencionar que las ENEMDU de las rondas empleadas, la ECV y la ENSANUT son representativas a nivel nacional, provincial, regional y por sectores (urbano/rural). También se utilizó la Encuesta Mundial de Valores (EMV), misma que es representativa solamente a nivel nacional. Si bien son encuestas de distintos años, son las que contienen la información más reciente disponible las variables de interés. Adicionalmente, se ocupó la base de Logros de los servicios a la Población Adulta Mayor de diciembre de 2019, que contiene información sobre test de valoración gerontológica. En la Tabla 4.1 se detallan las secciones que se utilizaron de cada fuente.

Tabla 3.1: Bases de datos

Fuente	Formulario / Módulo	Universo
Encuestas		
EMV (2013)	(No hay módulo definido. Se utilizarán las preguntas V152-V169)	Personas de 18 años o más.
ECV (2014)	Sección 11: Bienestar psicosocial – Parte B Actitudes Emocionales	Personas de entre 15 y 64 años.
ENEMDU (diciembre-2015)	Sección 10: Auto percepción de los hogares	Jefe de hogar o su cónyuge
ENEMDU (diciembre-2017)	Sección 13: Armonía personal y con la comunidad	Jefe de hogar o su cónyuge
ENSANUT (2018)	Formulario hogar; sección 4: uso de servicios y gastos en salud	Todas las personas
ENEMDU (diciembre-2019)	Sección 1: Información de los miembros del hogar	Personas de 5 años o más
	Sección 2: Información de los miembros del hogar, características ocupacionales y búsqueda de trabajo	Personas de 5 años o más
Registros administrativos		
Base del informe de logros PAM (diciembre 2019)	Test de valoración geriátrica	Adultos mayores usuarios del MIES

Nota: Las siglas de la tabla hacen referencia a: ORC: Oficina del Registro Civil, MSP: Ministerio de Salud Pública.

Respecto de la tercera fuente, se condujeron 28 entrevistas a los adultos mayores usuarios del MIES, con la distribución que se muestra en la tabla 4.2. Los criterios para el establecimiento de la muestra fueron la región de residencia, el sexo, el estado cognitivo (normal, evaluado con la prueba Minimental Folstein,) y el estado psicológico normal (evaluado con la prueba Yesavage) del adulto mayor¹.

Tabla 3.2: Muestra cualitativa para entrevistas semiestructuradas

		Modalidades de los servicios sociales del MIES para personas adultas mayores							
		Atención Domiciliaria		Centro Gerontológico Diurno		Centro Gerontológico Residencial		Espacio de Socialización	
Región	Provincia	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
Costa	Guayas	1	1	1	1	1	1	1	1
Sierra	Pichincha	1	1	1	1	1	1	1	1
Amazonía	Orellana o Pastaza	1	2	1	1	1	2	1	1
Insular	Galápagos	1	1	-	-	-	-	-	-

¹Puede revisar el guion de la entrevista en el siguiente enlace: <https://docs.google.com/document/d/1DDaeP9DDCZKGdBJ0AZed6Ows0700np0nJNhcVrEl2kM/edit?usp=sharing>.

4. Metodología

Los resultados se dividen en función de los tres enfoques revisados en la literatura: biológico, psicológico y social. En todos los casos se realizó una comparación entre grupos etarios definidos por el propósito de cada medición, la disponibilidad de la data y la literatura revisada.

Así, los 15 años se utilizan como la edad mínima (por comparabilidad y propósitos analíticos) y, siempre que sea posible, se expondrá las diferencias entre los 65-74, 75-84 y 85 o más, que corresponden los puntos de corte a postulados por la OMS para definir las distintas etapas de la vejez. También se obtendrán las diferencias entre sexo, región y nivel socioeconómico². En lo que sigue de este apartado se expone el procedimiento metodológico acorde a la estructura de los resultados y la operacionalización de las variables se puede ver en el Anexo 1.

4.1 Enfoque biológico

Con los datos de la ENSANUT (2018), y con el objetivo de conocer la edad en la que la salud comienza a deteriorarse, se analiza descriptivamente las diferencias entre grupos etarios respecto a la proporción de personas de cada rango de edad que reportaron enfermedades, dolores y otros malestares en los últimos 30 días (como proxy de la prevalencia de problemas de salud), y al promedio de la duración de estas complicaciones físicas (como proxy de su severidad). Dado el propósito, para estos dos indicadores los grupos de edad se dividieron en intervalos de 10 años de la siguiente manera: 15-24, 25-34, 35-44, 55-64, 65-74, 75-84 y 85 o más.

4.2 Enfoque psicológico

Se analiza el bienestar psicológico tanto desde su dimensión evaluativa como emocional, y también por medio de la autoestima. Con la ENEMDU (2017) se analiza la tendencia que sigue el reporte subjetivo de la satisfacción con la vida, como proxy del bienestar psicológico evaluativo³. Luego, con la ENEMDU (2015), se analizará la importancia de los distintos aspectos de la vida sobre este último indicador con el siguiente modelo de regresión lineal:

Ecuación 1:

Satisfacción con la vida

$$\begin{aligned} &= \beta_0 + \beta_1 \text{Profesión} + \beta_2 \text{Trabajo} + \beta_3 \text{Situación Financiera} \\ &+ \beta_4 \text{Salud} + \beta_5 \text{Vivienda} + \beta_6 \text{Tiempo libre} + \beta_7 \text{Familia} \\ &+ \beta_8 \text{Educación} + \beta_9 \text{Medio Ambiente} + \beta_{10} \text{Vida social} \\ &+ \beta_{11} \text{Estado civil} + \beta_{12} \text{Participación en la comunidad} \\ &+ \beta_{13} \text{Gobierno} + \text{error}. \end{aligned}$$

Donde la variable dependiente (lado izquierdo de la ecuación) representa la satisfacción con la vida reportada en una escala del 0 al 10 y cada variable independiente (lado derecho de la

² En gráficos, sin embargo, se presentarán únicamente de aquellas que se juzguen relevantes (aunque siempre se mencionará si existen o no discrepancias en estas variables).

³ El bienestar evaluativo o cognitivo se refiere a la evaluación, valoración y juzgamiento de la calidad de la vida propia (Tov, 2018).

ecuación) corresponde a la felicidad reportada con el dominio de la vida (en la misma escala) que lleva su mismo nombre. En el término de error se encuentra toda aquella variación de la satisfacción con la vida que no está explicada por las variables independientes. Es importante señalar que realizar este análisis con un modelo lineal (como el de la ecuación 1) tiene implícito el supuesto utilidad cardinal (la diferencia asociada al bienestar entre un reporte de un 1 y un 2 es la misma que la distancia entre un 5 y un 6, por ejemplo). Los estudios de Van Praag (1995) y Ferrer-i-Carbonell (2004) han comprobado la validez de este supuesto en distintos contextos y Ramírez (2009) y Nicola Orellana y Segovia (2018) han demostrado lo mismo para Ecuador.

Se utiliza la ENEMDU (2015) en lugar de la del año 2017 para la regresión ya que tiene un mayor número de dominios sobre los que se reporta el bienestar de los encuestados. Específicamente, la satisfacción con la familia existe solo en esta base y esta es una variable clave para los propósitos analíticos de este trabajo. Las variables independientes de la ecuación 1 son los reportes de todos los dominios disponibles.

La ECV (2014), por su parte, se utilizará para estudiar el riesgo de depresión, como proxy del bienestar emocional⁴, medido con la escala CES-D. También se obtendrá una medida aproximada del nivel de autoestima con la escala de Rosenberg. Aquí, según la disponibilidad de la data se analizan solo los grupos de las personas de 15-24, 25-44, 45-64 años. Con la base del Informe de Logros de PAM se analizó la evolución de la probabilidad de depresión, que es cuantificada con el índice de Yesavage. Para este indicador, los grupos etarios serán: 65-74, 75-84 y 85 o más. Finalmente, se expusieron los resultados de las entrevistas respecto a las estrategias que los usuarios del MIES utilizan para mejorar sus estados emocionales, así como las percepciones que permiten matizar y dar contexto a los resultados cuantitativos.

4.3 Enfoque social

De la EMV se dispone de información acerca de la posición social en la que los ecuatorianos ubican a las personas de 20, 40 y 70 años, así como de la aceptabilidad de tener un jefe de 70 años y de 30 años y estos indicadores están en una escala del 1-10. Esta data se utilizó para comparar la diferencia en estas percepciones por medio de una comparación de promedios que, al igual que en el caso de la satisfacción con la vida, lleva implícito el supuesto de que las personas interpretan esta escala de manera cardinal.

Para analizar la relación de los distintos grupos etarios con el ámbito económico se utilizó la data de la ENEMDU 2019 y se expusieron las variables de participación global, empleo inadecuado, años de educación, ingreso laboral y total y grupo ocupacional. Aquí también se

incluyó los resultados de las entrevistas acerca de la relación de los adultos mayores con el mercado de trabajo. La data de la ENEMDU 2017, en cambio, permitió exponer la relación con la sociedad y la comunidad por medio de variables que miden el sentido de pertenencia con la

⁴ El bienestar emocional o afectivo un recordatorio o reporte inmediato de las emociones vividas durante un periodo específico (Tov, 2018).

comunidad (variable dicotómica) y su felicidad reportada con su participación dentro de la misma (escala 1-10). Para analizar esta última variable, se utilizó una regresión lineal en donde se controló únicamente por la satisfacción con la vida para evitar problemas de endogeneidad: la posibilidad de que las personas mayores tienden a sentirse insatisfechas con todo. El no controlar por la satisfacción general con la vida no permitiría observar únicamente la tendencia de la felicidad reportada con la participación en la comunidad. Así, se utilizará el siguiente modelo:

Ecuación 2

$$\text{Felicidad con la participación en la comunidad} = \beta_0 + \beta_1 \text{ Grupos de Edad} + \beta_2 \text{ Satisfacción con la vida} + \text{error}$$

Además, se exploraron las relaciones íntimas, comenzando con la información de la ENEMDU 2019 para exponer la evolución del número de personas en el hogar (comparación de promedios) y la proporción de personas que viven solas (en un hogar de una persona) y, para corroborar la problemática, se utiliza la ECV para presentar cómo cambia la tendencia de sentirse solo entre distintos grupos de edad. Luego, para observar si la familia logra suplir el apoyo necesario frente a los desafíos encontrados en la vejez, se analiza la felicidad reportada entre grupos etarios utilizando la ENEMDU 2015 y se complementa esto con la percepción de los entrevistados sobre el tema. Esto, al igual que la felicidad reportada con la participación en la comunidad, podría sufrir del mismo problema de endogeneidad, por lo que también se corre una regresión lineal expresada en la siguiente ecuación:

Ecuación 3

$$\text{Felicidad con la familia} = \beta_0 + \beta_1 \text{ Grupos de Edad} + \beta_2 \text{ Satisfacción con la vida} + \text{error}$$

5. Resultados y discusión

Siguiendo la estructura de la revisión de literatura, esta sección se dividirá en tres subsecciones que abordarán el enfoque biológico, psicológico y social, respectivamente.

5.1 Enfoque biológico

El desgaste del cuerpo es, probablemente, uno de los cambios más evidentes que ocurren con el avance de la edad. Esto, sin embargo, no impide plantearse preguntas interesantes. En esta subsección se tratarán las siguientes: ¿en qué etapa de la vida comienza la vejez desde el punto de vista fisiológico? ¿Qué enfermedades son las más prevalentes entre distintos grupos etarios, regiones y sexos? Y ¿qué consecuencias tiene este deterioro sobre la capacidad de los adultos mayores de hacer frente a sus problemas cotidianos?

5.1.1 El comienzo de la vejez

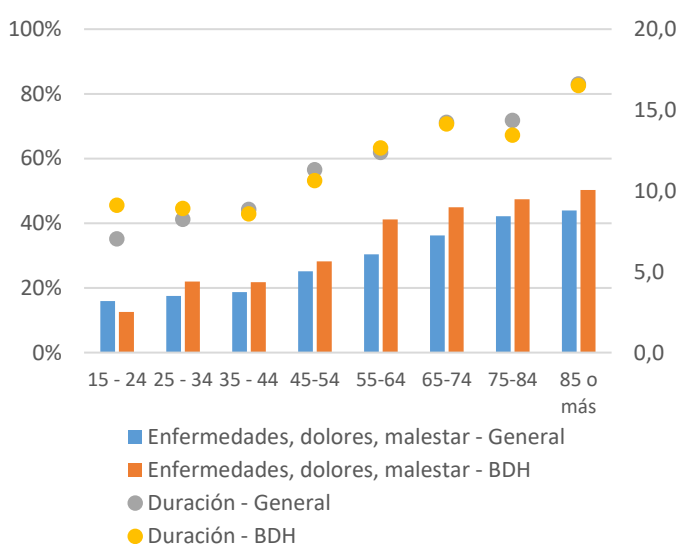
En términos de salud, el punto de quiebre ocurre entre los 45 y los 54 años (gráfico 5.1). Desde el grupo etario más joven (15-25) hasta el más viejo (85 o más), la presencia reportada de enfermedades, dolores o malestar físico aumenta 28 puntos porcentuales (pp) a nivel nacional,

pasando de 15,9% a 45,9%. De este incremento, la primera alza significativa se da entre las etapas de 35-44 y 45-54 años (6.5 pp). De manera similar, la duración reportada del malestar pasa de 9,1 a 16,2 días entre el primer y el último grupo de edad y también encuentra su mayor aumento en la etapa de los 45-54 años, con una variación de 2,5 días con relación al grupo 10 años más joven.

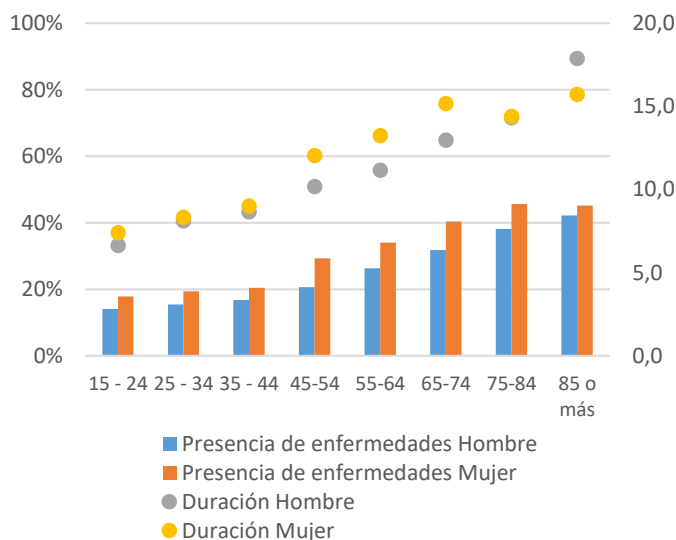
Este deterioro es más dramático entre los beneficiarios del BDH, especialmente entre los 55 y los 64 años. Este grupo poblacional, si bien sufre un incremento en la prevalencia similar al promedio nacional entre los 45-54 años, la diferencia frente al promedio nacional se amplía notablemente entre los 55 y los 64 años, cuando la población de usuarios llega a una prevalencia de 41.2%, nivel que es similar al de la población nacional 20 años mayor (74-85) del promedio nacional. La brecha, sin embargo, comienza a reducirse a medida que la edad avanza. No es difícil pensar en las razones detrás de esta diferencia dado que los beneficiarios del bono, que por criterios de elegibilidad son los que sufren de mayor vulnerabilidad económica, tendrían condiciones de vivienda y de trabajo relacionadas a un mayor riesgo de enfermedades y/o accidentes. Así mismo, la menor educación e ingresos de los usuarios del bono podrían influir en menor conocimiento, acceso y, por ende, uso de servicios de salud preventiva, lo cual tiene sus repercusiones en un envejecimiento más temprano. A pesar de esto, es notable que no existe una diferencia apreciable en términos de la duración del malestar entre el promedio y los usuarios del BDH.

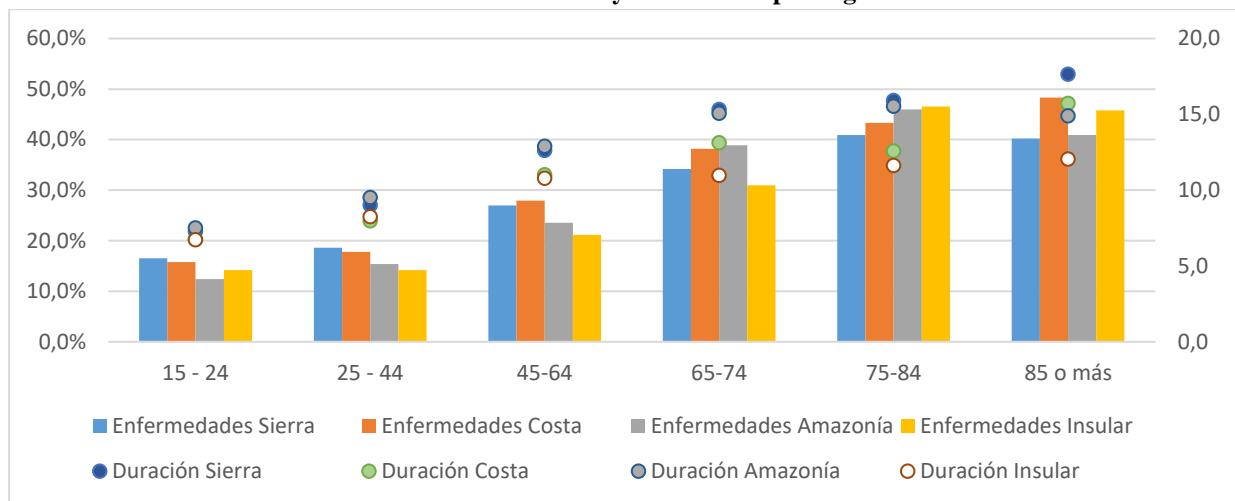
Gráfico 5.1: Presencia de malestar físico y su duración por grupo etario y sexo

Panel A: Malestar físico y duración por nivel socioeconómico



Panel B: Malestar físico y duración por sexo



Panel C: Malestar físico y su duración por regiones


Fuente: ENSANUT (2018)

Elaboración: Dirección de Estudios y Análisis

Las mujeres, por su parte, sufren de una mayor prevalencia en todos los grupos etarios (panel B), pero la brecha se ensancha en el punto de quiebre (45-54 años), con una diferencia de 9,4 pp frente a los hombres. Luego, la diferencia comienza a reducirse en los siguientes grupos de edad. Algo similar ocurre con la duración, aunque la dirección de la brecha se invierte a los 85 años, con los hombres sufriendo de mayor malestar físico durante mayor tiempo. De manera similar al caso del BDH, se podría argumentar que esta brecha de género se debe a la vulnerabilidad económica y social que sufren las mujeres, sobre todo de las cohortes de más edad, en donde las diferencias en términos de educación, participación laboral e ingresos eran más importantes como muestra la experiencia nacional e internacional (Avolio y Di Laura, 2017). La disminución de la diferencia en los grupos etarios de mayor edad podría deberse a que los hombres adultos mayores tienden a tener un peor estado de salud dado por factores genéticos, mayor cantidad de grasa corporal y menor actividad física (Seifarh, McGowan, & Milne, 2012).

A nivel de regiones también se encuentra una variación interesante (panel C⁵), teniendo que las personas de la región insular tienen la mejor vejez, mientras que los de la Costa (en términos de presencia de enfermedades) y los de la Sierra (en términos de la duración de las enfermedades), la peor. Si bien en los grupos más jóvenes de edad las discrepancias son mínimas, a partir de los 45-54 años comienzan a ampliarse las brechas. La presencia de enfermedades es menor en la región insular para todos los grupos etarios hasta los 65-74 y, si bien en los dos grupos etarios de más edad su posición relativa empeora, la duración de las enfermedades sigue siendo significativamente más corta. En la vejez de la Costa, por el contrario, se observa una mayor prevalencia de enfermedades (8 pp más que la Sierra), mientras que la de la Sierra tiene la duración más larga de los malestares.

⁵ En el gráfico se muestran solo las categorías que presentaron más variación en los dos paneles anteriores

En concordancia con el punto de quiebre encontrado, la mayoría de los adultos mayores usuarios del MIES entrevistados reportaron que la vejez comienza a los 50 y todos ellos asociaron al envejecimiento con el deterioro físico. Si bien el rango de respuestas a la pregunta de cuándo comienza la vejez varió entre los 50 y los 70 años, una mayoría señaló los 50. En todos los casos, al indicar la razón para escoger esta edad, se encontró referencias al deterioro y desgaste de las funciones vitales, que supusieron un impedimento para realizar sus actividades diarias. Específicamente, la vejez se asoció frecuentemente con la enfermedad, los dolores, la incapacidad, la debilidad, la falta de energía, el cansancio, el “tener la cabecita blanca” o con “irse poniendo aguadita”. Así, se encontró que el enfoque biológico es el marco de reflexión sobre la vejez predominante entre los usuarios del MIES. Uno de los usuarios ilustra este pensar de la siguiente manera:

“La vejez es la edad que sigue de día en día, es una comparación con un árbol o una planta que cría. De tiernos, la madera los árboles es verdecita, las hojas bien fresquita. Sigue creciendo y pasando el tiempo sigue amarillando las hojas, decayendo las ramas, secando y se muere el árbol; así es nuestra salud, yo digo en mi comparación que la edad le sigue decayendo día tras día la vejez”.

Es importante notar que el punto de quiebre en la salud encontrado (45-54 años) con estas fuentes de información no corresponde con el corte de 65 años, comúnmente utilizado por la mayoría de las instituciones a nivel nacional e internacional para caracterizar a los adultos mayores. Más aún, el hecho de que el cambio más dramático en términos de la prevalencia de los malestares físicos en la población beneficiaria del BDH (presumiblemente los más vulnerables) ocurra entre los 55-64 años llama, por lo menos, a replantearse los estándares utilizados para la elegibilidad de servicios públicos orientados a los adultos mayores en situación de vulnerabilidad. Así mismo, la brecha de género refuerza la idea de que las mujeres deben ser un grupo de atención prioritario. Un análisis de los típicos específicos de enfermedades que tienen mayor prevalencia en cada grupo etario, así como una comparación de las principales causas de muerte puede verse en el Anexo 3.

5.2 Enfoque psicológico

A diferencia del enfoque biológico de la vejez, en el que predominan las consecuencias negativas de la edad debido al deterioro del cuerpo, en el enfoque psicológico no existe un consenso acerca de la relación entre este periodo de vida y el bienestar, dados los cambios con que tendrían lugar en esta etapa y que podrían tener efectos positivos como negativos sobre la calidad de su vida como se revisó en la literatura. Para analizar empíricamente qué efectos estarían predominando, se expone el bienestar psicológico desde la dimensión evaluativa y la emocional. Luego, se presenta la evolución de la autoestima con la edad y se observa el deterioro cognitivo que sufren los adultos mayores usuarios del MIES. Esta sección culmina con las estrategias que los entrevistados reportaron para mejorar sus estados emocionales, así como con algunos relatos que matizan los resultados cuantitativos

5.2.1 Bienestar evaluativo

El promedio de la satisfacción con la vida (en este caso el análisis es limitado a los jefes de hogar) disminuye con la edad y comienza a decrecer a entre los 65 y los 74 años. Como se observa en la tabla 5.1, entre el grupo etario más joven y el más viejo, este indicador cae en un punto (escala 0-10), decrecimiento que no es despreciable dado que solamente un 20% de la variación de la satisfacción con la vida (o 2.2 en esta escala) puede explicarse por variables objetivas como las socioeconómicas y demográficas (Kahneman, Diener y Schwarz, 1999). El punto de quiebre en este caso ocurre entre los 65 y los 74 años, con una disminución de 0.4 respecto al grupo etario anterior.

Como se ha resaltado en la tabla 5.1, lo anterior es cierto para ambos sexos, pero hay diferencias importantes entre regiones y también se distingue una brecha por nivel de ingresos. En la Costa el declive más importante ocurre entre los 75 y los 84 años, mientras que en Galápagos no se encuentra una disminución significativa en la vejez (aunque sí lo hace entre los 25 y los 44 años). También son notables las diferencias por nivel de ingresos, con los del quintil más rico estando un punto por encima de en todos los grupos etarios frente a los beneficiarios del BDH. Sin embargo, la brecha no se amplía significativamente con el avance de la edad.

Tabla 5.1: Satisfacción la vida por grupo etario, sexo y región¹

EDAD	General	Sexo		Región				Nivel de ingresos	
		Hombre	Mujer	Costa	Sierra	Amazonía	Insular	BDH	Quintil 5
15-24	7,4	7,5	7,2	7,1	7,6	7,6	8,7	7,0	7,9
25-44	7,5	7,6	7,3	7,4	7,7	7,4	8,1	6,8	8,2
45-64	7,4	7,4	7,2	7,3	7,5	7,2	7,7	6,5	8,0
65-74	7,0	7,1	6,9	7,0	7,0	7,0	7,5	6,4	7,6
75-84	6,7	6,8	6,6	6,6	6,9	6,6	7,7	6,3	7,5
85 o más	6,5	6,6	6,4	6,6	6,5	6,2	7,5	6,1	7,3

Fuente: ENEMDU (jefes de hogar; 2017)

Elaboración: Dirección de Estudios y Análisis

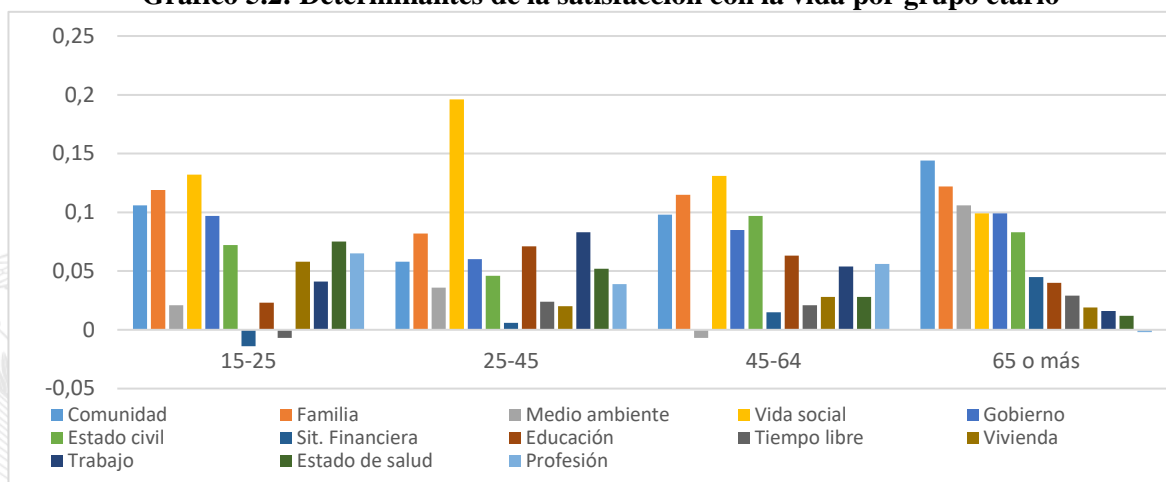
¹ Escala 0-10

Un análisis más profundo, por grupo etario, permitió observar la correlación entre la satisfacción con la vida y la felicidad reportada con ámbitos más específicos de la misma (utilizando para ello una regresión lineal). En general, se pudo observar que las personas que reportan más bienestar son aquellas que están más contentas con su familia, comunidad, vida social, el gobierno y su estado civil (lo que implica relacionamiento con otros). La comunidad, el medio ambiente y el gobierno tienen mayor relevancia entre las personas de más de 65 años. Otros ámbitos de la vida como la felicidad reportada con la educación, la profesión, la situación financiera y la vivienda son menos importantes en todos los grupos etarios. Sin embargo, destaca que la relación de la situación financiera con el bienestar, aumenta con la edad, mientras que la felicidad con el

trabajo, la profesión y la salud dejan de correlacionarse en los grupos etarios 65 años o más (véase gráfico 5.2 y Anexo 4).

Esto concuerda parcialmente con las valoraciones que los encuestados de la ECV otorgan a los distintos aspectos de la vida. Como se observa en el gráfico 5.3, la familia es el ámbito que es calificado como “muy importante” por el mayor número de ecuatorianos en todas las edades (hasta los 64), seguida por la salud, la educación, el trabajo y las relaciones amorosas. En todos los casos, la mayoría de los ecuatorianos valora con este grado de importancia a los dominios sociales. Las diferencias en las valoraciones por grupos etarios se pueden notar en la religión, la vida espiritual y el aspecto físico (aumentan con la edad) y la diversión (disminuyen con la edad).

Gráfico 5.2: Determinantes de la satisfacción con la vida por grupo etario¹

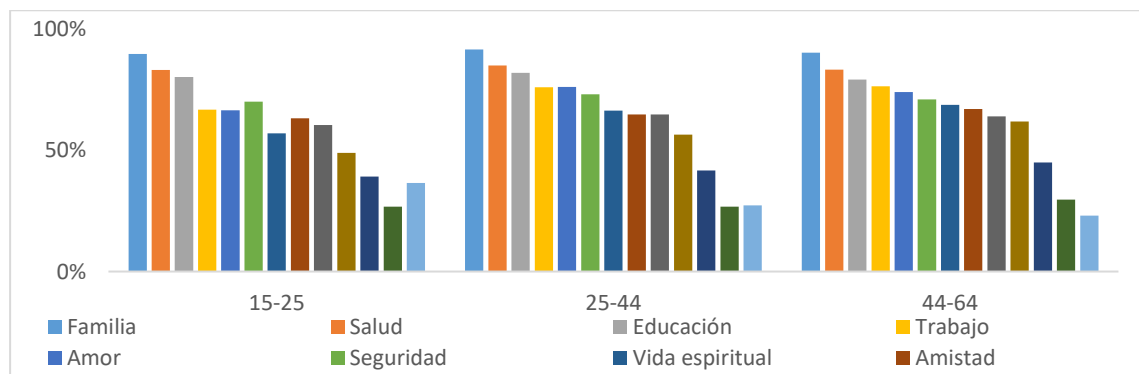


Fuente: ENEMDU (jefes de hogar; 2017)

Elaboración: Dirección de Estudios y Análisis

¹ Para facilitar la ilustración de los resultados, las categorías de edad de mayor edad se agrupan bajo del nombre de “más de 65”. Sin embargo, la tabla de regresión se puede ver en el Anexo 4. El gráfico muestra los coeficientes de la regresión de la ecuación 1, realizada para cada grupo de etario. Todos los dominios están valorados en una escala del 0 al 10.

Gráfico 5.3: Valoración de los aspectos de la vida¹



Fuente: ECV (15-64 años; 2014)

Elaboración: Dirección de Estudios y Análisis

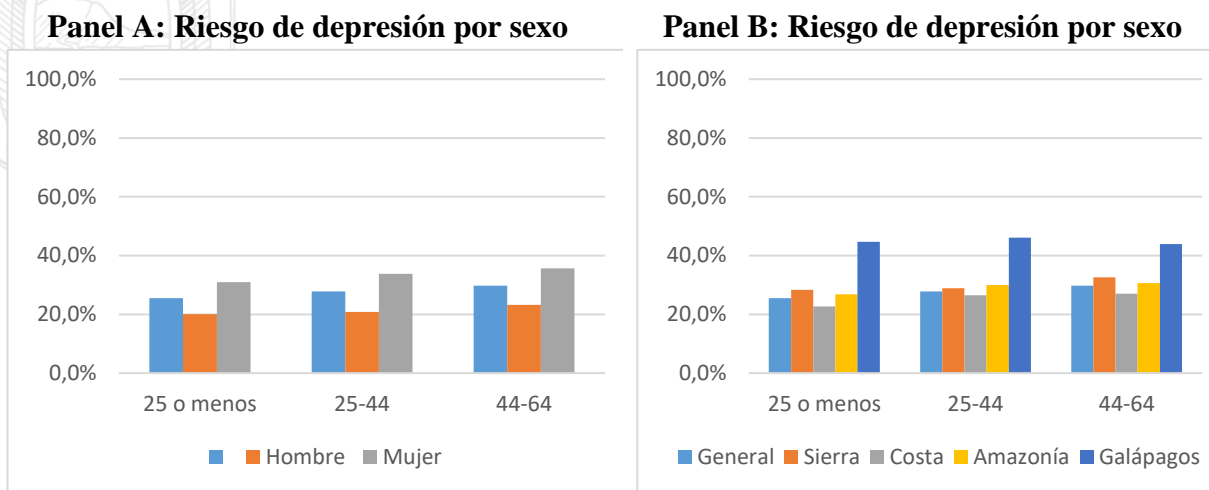
¹ Las barras reportadas corresponden a las personas que consideraron “muy importante” a cada aspecto de la vida (las demás opciones son: “Nada importante” “Poco importante” e “importante”).

5.2.2 Bienestar emocional

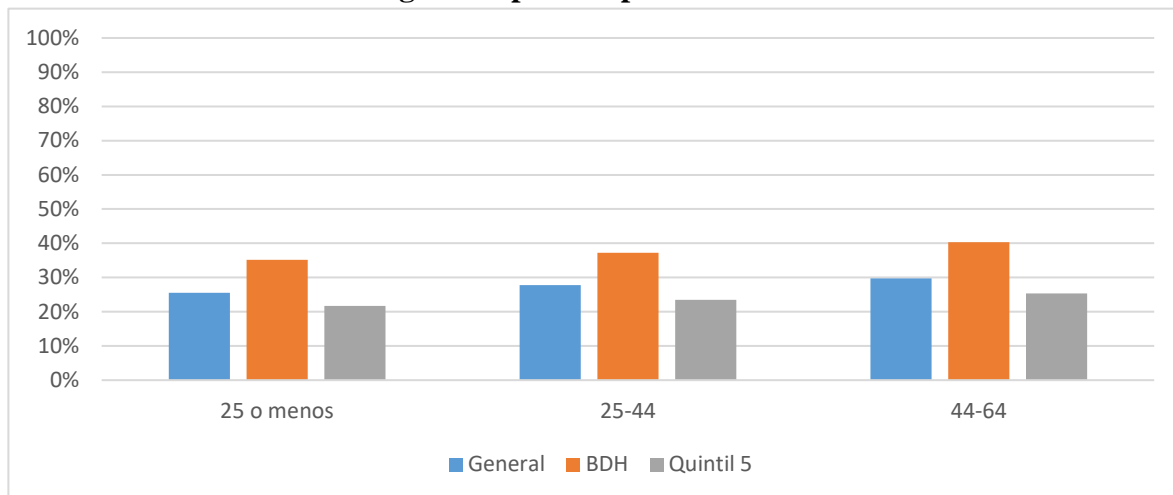
Una edad más avanzada también está relacionada con mayor riesgo de depresión. Según la escala CES-D, que está compuesta por ítems que miden la frecuencia con que los encuestados presentaron estados emocionales positivos o negativos (y que está limitado a la población de menos de 65 años), el riesgo de depresión aumenta en 4,3 pp entre el grupo etario de 25 o menos al de 45-64 (véase gráfico 5.4).

Si bien la tendencia según la edad es similar entre sexos y regiones, es notable que este riesgo es mucho más elevado para las mujeres que para los hombres (aprox. 1,5 veces más en todos los grupos etarios), así como para Galápagos (también aprox. 1,5 más frente a las demás regiones en todos los grupos etarios), territorio que, como se veía antes, también es el que presenta mayores niveles de bienestar evaluativo. Esto último es evidencia de que el bienestar emocional no siempre sigue la misma dirección que el bienestar evaluativo, como argumenta Tov, (2018). Las diferencias por nivel socioeconómico también son importantes y se ven reflejadas en que, frente al promedio, los beneficiarios del BDH tienen aprox.15 puntos porcentuales más de riesgo de depresión en todos los grupos de edad. No obstante, los del quintil más rico no difieren significativamente en comparación con el promedio nacional (diferencias de aprox 4 pp en todas las agrupaciones de edad), lo que podría indicar que, si bien la pobreza es un factor de riesgo, después de cierto punto la riqueza no contribuye a tener mayor bienestar emocional.

Gráfico 5.4: Riesgo de depresión



Panel C: Riesgo de depresión por nivel socioeconómico



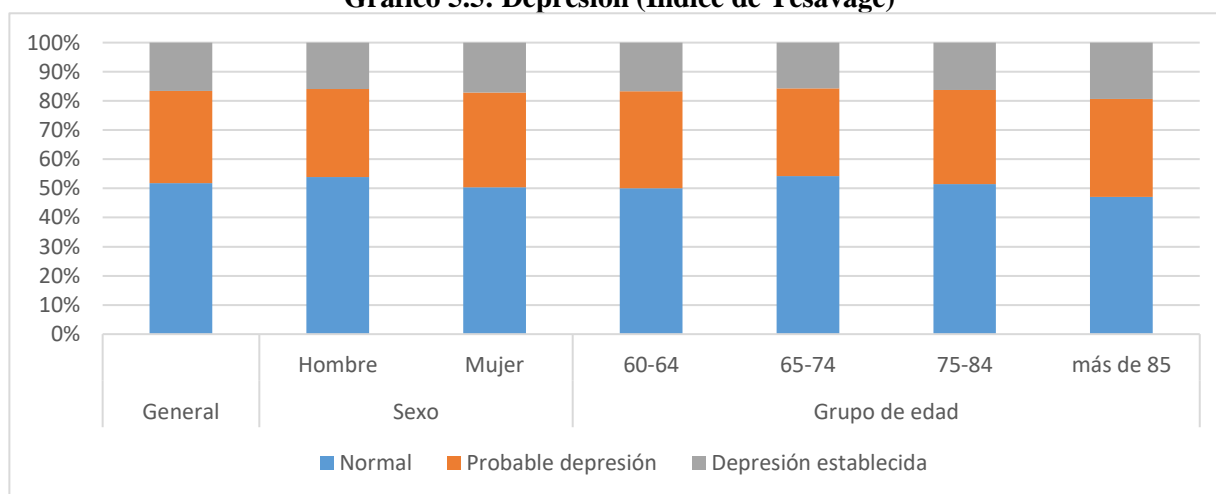
Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida (15-64 años; 2014)

Elaboración: Dirección de Estudios y Análisis

¹ Se utilizó el corte de 16 puntos (sobre 60) de la escala CES-D para considerar al individuo en riesgo de depresión como sugiere la literatura (Vilagut, Forero, Barbaglia y Alonso, 2016)

Entre los adultos mayores usuarios del MIES también se observa una tendencia de la depresión a incrementarse con la edad, aunque el cambio es ligero. Entre el grupo de los 65 y los 74 años y el de 85 o más, la probabilidad de depresión y la depresión establecida (medidas por el índice de Yesavage) aumentan un 3,3 y un 3,6 pp, respectivamente. La variación es positiva pero no muy grande, lo cual es consistente con la tendencia obtenida para los demás grupos etarios con la Encuesta de Condiciones de Vida, reflejando en conjunto un deterioro gradual del bienestar emocional (véase gráfico 5.5).

Gráfico 5.5: Depresión (Índice de Yesavage)



Fuente: Base del Informe de Logros PAM (adultos mayores usuarios del MIES; 2019)

Elaboración: Dirección de Estudios y Análisis

Los adultos mayores entrevistados reportaron que la familia y la salud (pero sobre todo la familia) son las principales fuentes de su preocupación y de pensamientos que no los dejan dormir en las noches. Específicamente, el no recibir llamadas de sus hijos, los problemas que ellos están enfrentando e incluso las disputas o maltratos que han recibido de su parte se expresaron como una causa importante de su malestar emocional. Así, la distancia y la incomunicación, fueron de los factores más mencionados, tal como señala una de las usuarias de la modalidad domiciliar:

“Bueno ahí sí en la noche no puedo dormir porque la cosa es que yo pienso en mis nietos y en mis hijos que están lejos y digo ‘si estuvieran cerca, ya me fuera a verlos’ o mi hijo viniera o mi hija ya estuviera. Es lo único”.

Otra entrevistada, preguntada por qué es lo que le falta para ser feliz, respondió:

“Bueno, yo en estos casos para sentirme feliz bien feliz, sería de ver a mis nietos que no lloren, que no sufran, de verlos a ellos que estén bien cuando vienen”.

La preocupación por la salud también fue reportada con frecuencia, sobre todo haciendo mención al deterioro de las funciones vitales que les impiden realizar sus actividades diarias. En palabras de una usuaria de la Amazonía:

“Y lo último en lo que ahora me preocupo es que he perdido demasiado la vida. Le pido a Dios que me conceda la gracia de por lo menos ver un poquito hasta el último día de mi vida porque eso es lo que más me preocupa”.

Sin embargo, otro hallazgo de las entrevistas es que, para algunos usuarios que reportaron haber tenido una vida llena de sufrimientos, la vejez puede llegar a ser un periodo de descanso. La palabra “tranquilidad” fue mencionada con frecuencia (aunque no en la mayoría de las entrevistas), en varias ocasiones como una causa de orgullo. Un usuario, preguntado por la diferencia entre su vida actual y la anterior declaró:

“Ahorita creo que estoy un poco más tranquilo con la consideración que las señoritas me tienen, me vienen a visitar. No, la vida de antes ni me quisiera acordar porque nada he sacado después de tanto sufrimiento”.

5.2.2.1 Prácticas reportadas para mejorar el estado emocional

En las entrevistas, los usuarios reportaron que el uso del tiempo en actividades que implican movimiento son las más asociadas al bienestar. La mayoría mencionó que se sienten bien al realizar las actividades del hogar, labor agrícola y ganadera, caminar o trabajar, en general. Como comentó una de las entrevistadas al ser preguntada por las actividades que le gusta hacer en su tiempo libre:

“(…), lo que tiene movimiento. Planchar, doblar la ropa eso tiene movimiento por acá, por allá y como escucho mi radio, ni me acuerdo que me duele la cabeza, que me duele la barriga, nada, me siento bien”.

Entre las actividades pasivas, se encontró que los entrevistados les gusta pasar su tiempo con la familia, bordando, pintando, leyendo, jugando baraja o en actos religiosos como rezar o leer la biblia.

5.2.3 Autoestima

La autoestima, por su parte, no presenta diferencias significativas entre grupos etarios. Como se observan en la tabla 5.2, al menos hasta los 64 años (limitante dado por la data disponible), la diferencia entre el grupo de 25 años o menos y aquel que comprende las edades entre 44 y 64, es de 0,1 (escala del 1 al 10) y tampoco existen diferencias entre sexos ni entre regiones. Entre grupos socioeconómicos, por su parte, se puede apreciar una ligera diferencia en términos de autoestima en favor de aquellos que pertenecen al quintil más rico.

Tabla 5.2: Autoestima por grupo etario, sexo, región y nivel de ingresos¹

Edad	General	Sexo		Región Natural				Nivel de ingresos	
		Hombre	Mujer	Sierra	Costa	Amazonía	Galápagos	BDH	Quintil 5
25 o menos	8	8,1	8	8,1	8	7,9	8,4	7,8	8,2
25-44	8,1	8,2	8,1	8,2	8,1	7,9	8,6	7,9	8,5
44-64	8,1	8,1	8	8	8,1	7,9	8,6	7,8	8,4

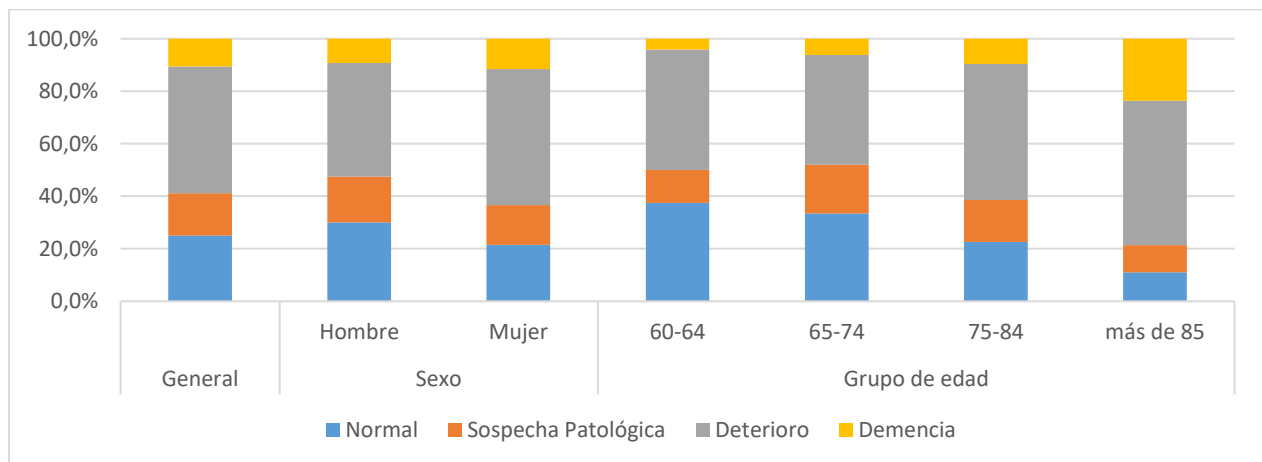
Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida (15-64 años; 2014)

Elaboración: Dirección de Estudios y Análisis.

¹ Si bien la escala original es sobre 40 puntos, en la tabla se presentan los resultados divididos para cuatro con el propósito de facilitar la interpretación

5.2.4 Deterioro cognitivo: usuarios adultos mayores del MIES

Más allá de lo subjetivo, el estudio psicológico de la vejez también se enfoca en el deterioro cognitivo, un factor generalmente explicado por cambios físicos relacionado en el sistema neuronal que impiden su correcto funcionamiento. Como indicador de este deterioro se tiene el Test Mini Mental de Folstein. Así, entre los adultos mayores usuarios del MIES se observa (gráfico 5.6) que entre los 65-74 años y los 85 o más ocurre un incremento de 17,5 pp en la población con demencia, y de un 13,1 pp en la población con deterioro leve. El punto de quiebre en el que comienza el deterioro leve parece ocurrir entre los 75 y los 84 años, mientras que la demencia se intensifica a partir de los 85 años. También es notable la diferencia entre sexos, en la que se puede observar que las mujeres tienen 8,6 pp más de deterioro leve que los hombres, aunque la brecha en términos de demencia no es significativa.

Gráfico 5.6: Deterioro cognitivo


Fuente: Base del Informe de Logros PAM (adultos mayores usuarios del MIES; 2019)

Elaboración: Dirección de Estudios y Análisis

5.3 Enfoque social

Como se observó en la subsección anterior, la felicidad reportada con el ámbito social es un determinante importante del bienestar psicológico (desde la dimensión evaluativa). La felicidad reportada con la participación en la comunidad era más importante para los adultos mayores en relación con los grupos de edad más jóvenes. Sin embargo, y como se mencionaba en la revisión de literatura, el bienestar de los adultos mayores en la sociedad dependería de: el lugar en el que se los posiciona dentro de la sociedad (que está en función de la concepción cultural de la vejez), su nivel de cohesión y participación con ella y, consecuentemente, del rol que se les asigna una vez que transitan del mercado laboral hacia la inactividad, dadas sus limitaciones biológicas. A continuación (1) se revisará la posición relativa en la que se coloca a los adultos mayores, (2) se explorará las causas de su relación económica y social con la sociedad, (3) se analiza el rol de la familia y las relaciones íntimas en el contexto que se describe y (4) se expone el rol que consideran que tienen los adultos mayores, relacionándolo con todos los elementos estudiados hasta el momento.

5.3.1 Posicionamiento en la sociedad

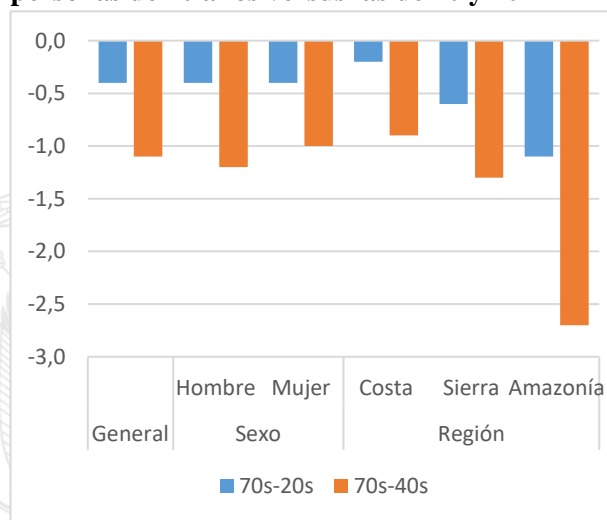
Los ecuatorianos posicionan (en términos relativos y absolutos) a las personas de 70 años mejor que América Latina, pero igual que el mundo (véase Anexo 5) y, en todos los países se observa una brecha que desfavorece a los adultos mayores. Así, a nivel nacional, se advierte que las personas de 40 años son las mejor posicionadas, seguidas por las de 20 y las de 70 años, en ese orden. Por ejemplo, la posición relativa de las personas de 70 años es menor en 1.1 puntos en la escala (del 1 al 10) respecto a las de 40 años (gráfico 5.7). Estas diferencias son ligeramente mayores para los hombres y más amplias en la población de la Amazonía. Este último resultado podría sorprender ya que en la Amazonía existe una población mayoritariamente indígena, misma que tendría un alto respeto por los adultos mayores. Sin embargo, los hallazgos de Waters y

Gallegos (2014) muestran evidencia en contra de esta creencia al encontrar que, en este grupo poblacional, el valor social de los individuos se define en función de sus labores productivos y comunitarios, mismos que se reducen con el deterioro físico que ocurre con los años.

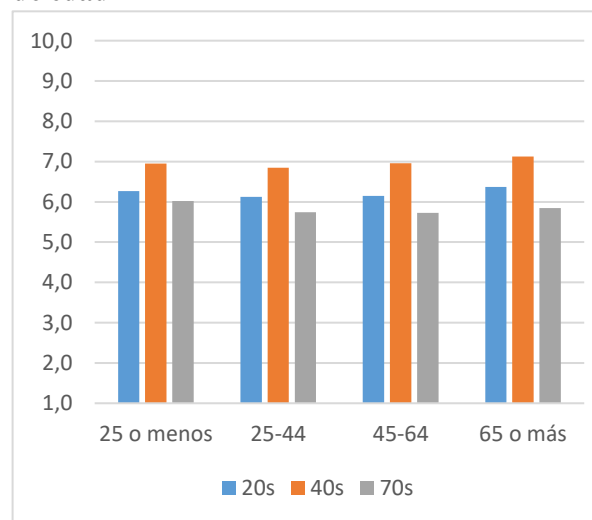
Entre grupos etarios, algo que debe destacarse es que no hay diferencias, es decir, las brechas no ocurren únicamente porque los jóvenes y los adultos perciben que los adultos mayores están peor posicionados, sino que estos últimos también consideran que su grupo etario tiene una posición social menos importante que los demás (véase gráfico 5.7, panel B). En términos del nivel socioeconómicos, si bien existen variaciones, no se observa una relación clara (véase Anexo 6).

Gráfico 5.7: Posicionamiento relativo en la sociedad de distintos grupos etarios¹

Panel A: Brechas en el posicionamiento de las personas de 70 años versus las de 20 y 40



Panel B: Posicionamiento social por grupos de edad



Fuente: Encuesta Mundial de Valores (2013)

Elaboración: Dirección de Estudios y Análisis

¹ Escala del 1 al 10 (donde 1 es posición extremadamente baja en la sociedad y 10 es posición extremadamente alta en la sociedad)

Para explorar las posibles causas de esta brecha, es pertinente hacer una revisión de la situación de los distintos grupos etarios en el mercado laboral, la percepción que la sociedad tiene de los distintos grupos etarios y las relaciones sociales y comunitarias.

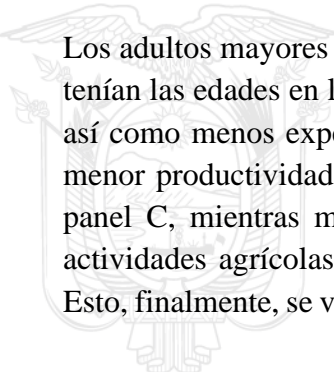
5.3.2 Relación con la sociedad

5.3.2.1 Relación económica

Luego de la inserción laboral que ocurre en los 20s, la participación comienza a decrecer constantemente con la edad y, aquellos adultos mayores que no desertan del mercado son los que tienen peores condiciones de trabajo. Como se observa en el gráfico 5.8, entre los 15-25 y los 24-44 la participación laboral se duplica, para luego caer constantemente hasta el 12,1% entre el

grupo de 85 o más. Esto no sorprende, pues ocurre como se esperaría que se comporte el mercado laboral (inserción después de estudiar y deserción en la edad de jubilación). Sin embargo, es interesante notar que a los 65-74 años, un 49,8% de esta población todavía trabaja, y como se vio en el apartado biológico, este grupo sufre de serias limitaciones en términos de movilidad y capacidad física.

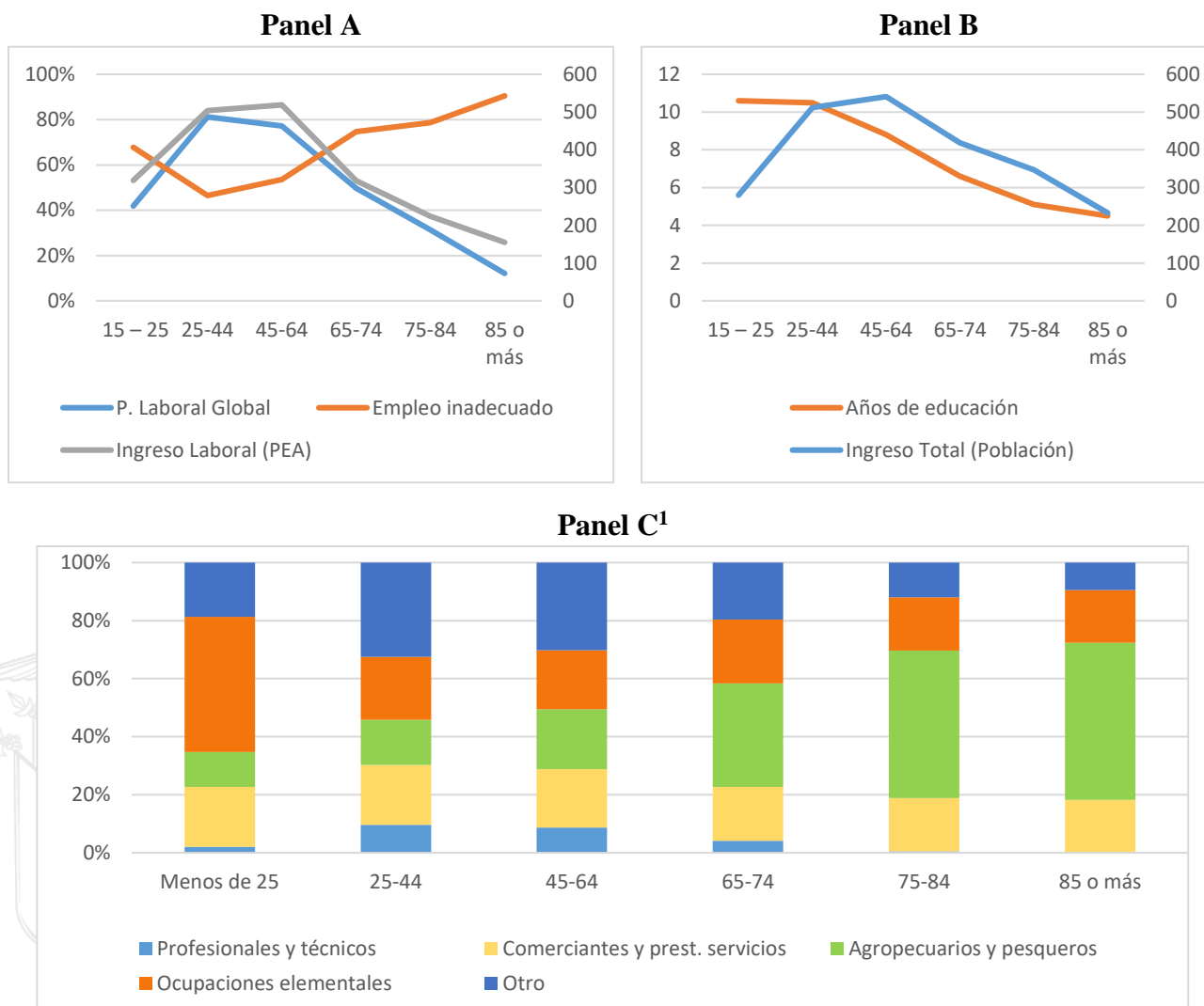
Estos datos, sin embargo, no son indicativos de que una parte importante de la población adulta mayor esté en condiciones de trabajar o de que tenga trabajos que se ajusten a sus condiciones de salud. De hecho, se observa una relación negativa entre participación laboral y el empleado inadecuado a medida que la edad aumenta, así como una merma en los ingresos laborales promedio. Esto implica que aquellos que se mantienen realizando actividades productivas en edades superiores a los 65 son los que tienen los trabajos de peor calidad. Desertar del mercado laboral, sin embargo, no significa quedar desamparado en términos económicos. Esto puede verse en que, en promedio, el ingreso total sigue siendo mayor al laboral, aún a pesar de que una mayoría de los trabajadores de estas edades ya no reciben ingreso por trabajo. Esto solo puede deberse a que las jubilaciones u otro tipo de pensiones/transferencias son mayores que el ingreso laboral de quienes aún se mantienen activos.



Los adultos mayores también tienen una menor educación, probablemente porque, cuando ellos tenían las edades en las que generalmente se estudia, había menos oportunidades para educarse, así como menos expectativas y necesidad para hacerlo. Esto también repercute en trabajos de menor productividad, salarios y beneficios (jubilación, por ejemplo). Así, y como se ve en el panel C, mientras más antigua la cohorte, mayor proporción de esta que está empleada en actividades agrícolas y/o ocupaciones elementales (68,4% en el grupo etario de 75-84 años). Esto, finalmente, se ve reflejado en menores ingresos totales en los grupos etarios de mayor edad.

Ante este panorama, y si tomamos como marco de análisis la teoría de que el valor social de una persona en la sociedad capitalista (marcada por los valores de la revolución industrial) está dado por su aporte al proceso productivo (Ramos et al., 2009), la situación económica de los distintos grupos etarios se dibuja como una buena explicación de la menor posición social que tienen las personas de 20 y de 70 frente a aquellas de 40 años: en ambos casos, su participación en el mercado laboral es baja y, cuando participan (y están más expuestos a la imagen pública), lo hacen en trabajos poco complejos y peor pagados, mientras que los adultos están relativamente más expuestos en la imagen pública en trabajos técnicos y profesionales con actividades que serían más valoradas socialmente.

Gráfico 5.8: Relación de los adultos mayores con el mercado laboral



Fuente: ENEMDU (2019)

Elaboración: Dirección de Estudios y Análisis

¹ Las ocupaciones elementales cubren la venta de mercancías en las calles, servicios de portería y vigilancia de inmuebles y bienes, servicios de limpieza y planchado de ropa, ejecución de tareas manuales relacionadas con la minería, la agricultura o la pesca, la construcción o las obras públicas y las industrias manufactureras

Esto concuerda con el hecho de que los ecuatorianos (sin diferencias por edad) consideran que es más aceptable (midiendo la aceptabilidad en una escala del 1 al 10) tener un jefe de 30 años frente a tener a uno de 70 años, encontrándose una situación similar a la del posicionamiento social: para los hombres es ligeramente menos aceptable tener a un jefe de 70 (-0.2) y en la Amazonía la brecha es importante (-1.4). Cabe distinguir, sin embargo, que aquí la diferencia también es importante en la Sierra (-1.5). No se encontraron diferencias importantes por edad (véase gráfico 5.9).

Si bien esto no es evidencia concluyente de que exista una discriminación hacia los adultos mayores por el mero hecho de ser adultos mayores (la menor aceptabilidad podría ser causada

por la percepción – no tan alejada de la realidad como se ha visto - de que sus capacidades físicas son menores a las de un joven), en las entrevistas a los usuarios del MIES sí se encontraron reportes de la creencia de que existe este fenómeno. En palabras de uno de los entrevistados:

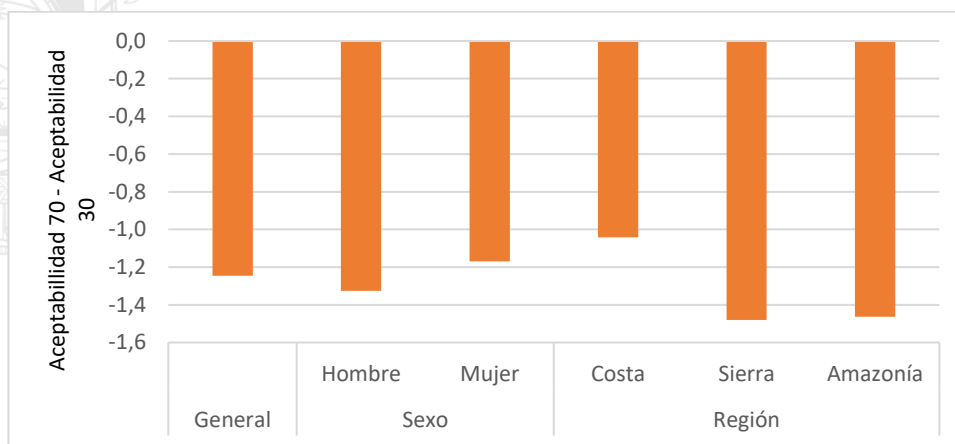
“Yo me siento capaz de desempeñar cualquier trabajo, puedo volver a trabajar a la imprenta, igual que lo hacía en mi juventud, sino que por la edad lo discriminan”

De hecho, la mayoría de los encuestados a pesar de ser conscientes de sus limitaciones físicas reportaron que les gustaría trabajar de existir la posibilidad de hacerlo. Una de las usuarias comentó:

“Sí, su fuera posible sí, porque ahí me sentiría. Por su puesto, con algún trabajo que pueda desempeñar, porque con el problema de la vista es imposible. Más que sea si es de ganar lavando un plato, sí lo puedo hacer, me gustaría”.

Esto es coherente con lo expuesto en la sección anterior acerca de que el uso del tiempo asociado al bienestar implica movimiento, con las actividades de labor agrícola o ganadero siendo frecuentemente mencionadas al hablar del disfrute del tiempo. B

Gráfico 5.9: Brecha en la aceptabilidad de tener un jefe de 70 años frente a uno de 30 años¹



Fuente: Encuesta Mundial de Valores (2013)

Elaboración: Dirección de Estudios y Análisis

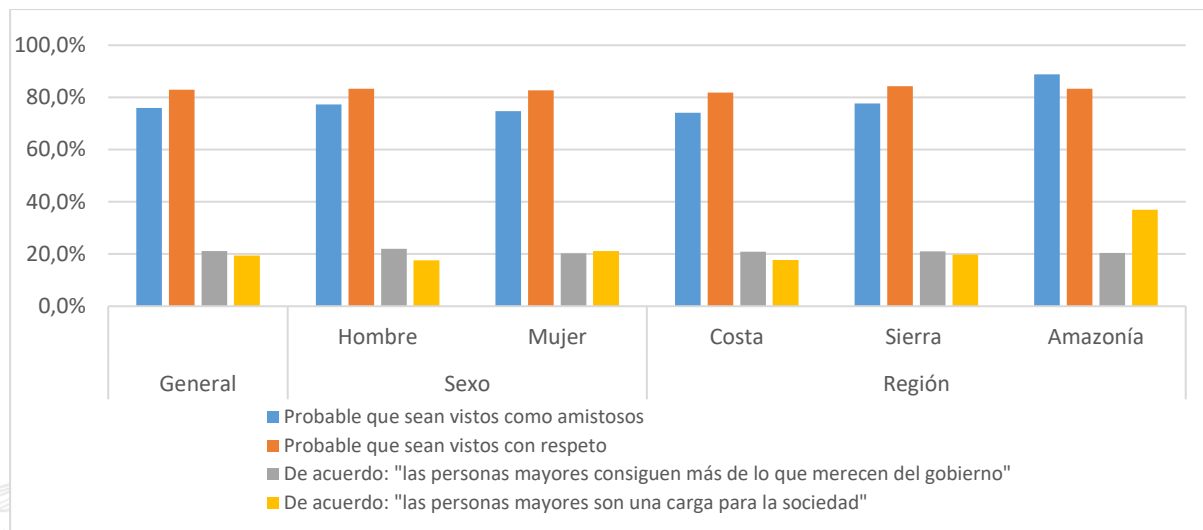
¹ Escala del 1 al 10 (donde 1 es completamente inaceptable y 10 es completamente aceptable).

5.3.2.2 Relación con la comunidad

En el ámbito social, la historia es distinta: los adultos mayores son percibidos positivamente por los demás y tienen una buena relación con la comunidad (véase gráfico 5.10). Una mayoría de los ecuatorianos considera probable que las personas mayores sean vistas con respeto (83%) y como amistosos (73%) y solo una minoría están de acuerdo con que son una carga para la sociedad (19%) y con que reciben más de lo que merecen del gobierno (21%). No existen diferencias significativas entre sexos, aunque, entre regiones, destaca que, en la Amazonía, un

37 % de la población considera que los mayores son una carga para la sociedad (casi un 18% más frente al promedio). Respecto a las diferencias en la percepción por nivel de ingresos, y al igual que en el caso del posicionamiento, no existe una relación clara. En este caso, las diferencias por grupo etario tampoco son relevantes (véase Anexo 7).

Gráfico 5.10: Percepciones respecto a los adultos mayores^{1, 2}



Fuente: Encuesta Mundial de Valores (2013)

Elaboración: Dirección de Estudios y Análisis

¹ Primeras dos barras: de la escala del 1 al 5 en que se hizo la pregunta (donde 1 es nada probable y 5 es muy probable), se muestran las respuestas que reportaron 4 o 5.

² Últimas dos barras: de las categorías posibles ("muy de acuerdo", "de acuerdo", "en desacuerdo" y "muy en desacuerdo"), se muestran las respuestas que reportaron acuerdo.

Además, el sentido de pertenencia con la comunidad, si bien es alto en todos los grupos etarios, es ligeramente mayor en los de edad más avanzada y también entre quienes reciben el Bono de Desarrollo Humano. Así, un 87% de los ecuatorianos comprendidos entre las edades de 25 y 44 años reportan sentirse parte de la comunidad, porcentaje que aumenta a un 90% entre los 45 y los 54 y llega hasta un 94% entre quienes tienen más de 85 (véase gráfico 5.14). Por otro lado, el grupo etario que se siente menos allegado a su comunidad es el 15-25 años. Esto, no obstante, no implica que el avance de la edad provoque un mejor relacionamiento con la comunidad, sino que podría ser un efecto de cohortes, teniendo que los valores de las generaciones más jóvenes tendientes más hacia individualismo y menos en al comunitarismo, más asociado a las generaciones antiguas.

Así mismo, la felicidad reportada con la participación en la comunidad tiende a crecer con el aumento de la edad hasta los 65-74 años, teniendo que una relación que pasa de 0,25 a 0,52 entre los 25-44 y los 65-74 (gráfico 5.14, panel B; controlando por la satisfacción con la vida para evitar problemas de endogeneidad y teniendo al grupo etario de 15-24 años como referencia⁶).

⁶ La tabla de la regresión puede verse en el anexo 11.

Luego, posiblemente por las restricciones que impone el desgaste del cuerpo, la correlación comienza a disminuir hasta llegar a un 0.19 en el grupo de 85 años o más (panel B del gráfico 5.11).

Las entrevistas con los adultos mayores usuarios del MIES, sin embargo, ponen en duda la calidad de esta conexión con la comunidad. Algunos entrevistados reportaron tener una buena relación y, no obstante, dieron indicios de que el nivel de intimidad y/o la confianza no son muy altos. Un usuario de la modalidad diurna, preguntado por si su opinión es tomada en cuenta, contestó:

“(...) nadie más me oye, los que me ven en el día, a ellos no les importa nada que yo paso aquí, de repente converso con alguien cuando salgo a la calle. Yo, llevarme, me llevo bien con todos, pero no me gusta agarrarme a conversar con cualquiera”.

En otra entrevista, una mujer de la Amazonía comentó:

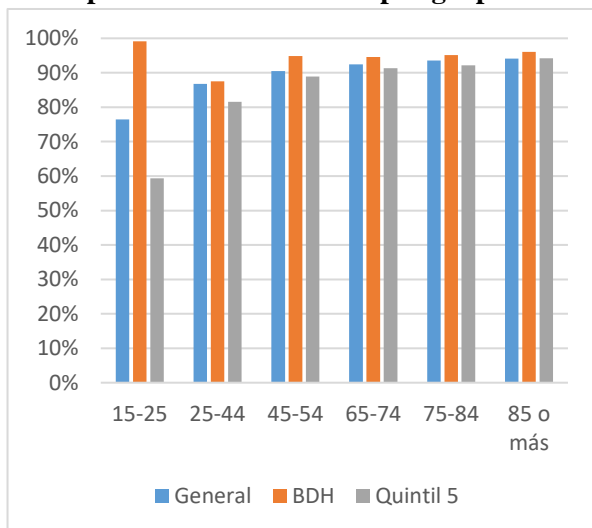
“(...). A mí me gusta ser amable, cariñosa, así de salutación, de ahí saludando. De ahí yo soy bien vergonzosa, no me gusta ir a meterme así en las casas porque me muestran voluntad”.

De esta manera, es posible que no que la comunidad no esté supliendo los espacios necesarios para responder a las necesidades sociales y de interacción humana de los adultos mayores. Para este último propósito, y como se vio en el apartado anterior, lo más probable es que la familia juegue un rol esencial, que es algo que se analizará en la siguiente subsección.

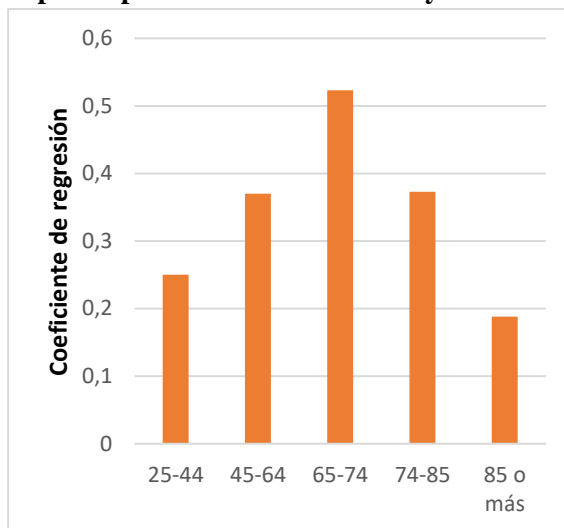
Es importante notar que, a pesar de este último matiz respecto a la profundidad de las relaciones con la comunidad, en el ámbito social/comunitario no se encuentran indicios del origen del peor posicionamiento social encontrado en la primera sección de este enfoque, por lo que su relación económica es, hasta ahora, la mejor explicación disponible.

Gráfico 5.11: Sentido de pertenencia y participación en la comunidad

Panel A: Porcentaje de la población que se siente parte de su comunidad por grupo etario



Panel B: Correlación entre la felicidad con la participación en la comunidad y la edad¹



Fuente: Encuesta Mundial de Valores (2013)

Elaboración: Dirección de Estudios y Análisis

¹ Se está controlando por la satisfacción con la vida y se utiliza al grupo etario de 15-24 años como referencia.

5.3.3 Familia, amigos y soporte social

A medida que avanza la edad, el número de personas con las que se convive en el hogar comienza a disminuir: los hijos forman sus propios núcleos familiares y los cónyuges mueren. En el anexo 9 puede verse que el promedio de personas por hogar disminuye y que el porcentaje de personas que viven solas es significativamente más elevado en los grupos etarios de mayor edad. Esto ocurre en mayor medida en las mujeres y en menor grado en la región insular. Consecuente con esto, se observa una tendencia creciente entre el sentimiento de soledad y la edad, que es más pronunciada entre los beneficiarios del BDH y las mujeres, pero menor en Galápagos (véase Anexo 10).

En este contexto, en el que la relación con la comunidad se vislumbra como insuficiente para cumplir las necesidades sociales y la soledad es un estado más frecuente entre los adultos mayores, el rol de la familia sería clave. Como se veía en la sección anterior, una gran mayoría de los encuestados ubicó a la familia como el aspecto más importante de sus vidas, con un 90% colocándola como en la categoría de “muy importante” y es, además, un determinante importante del bienestar psicológico.

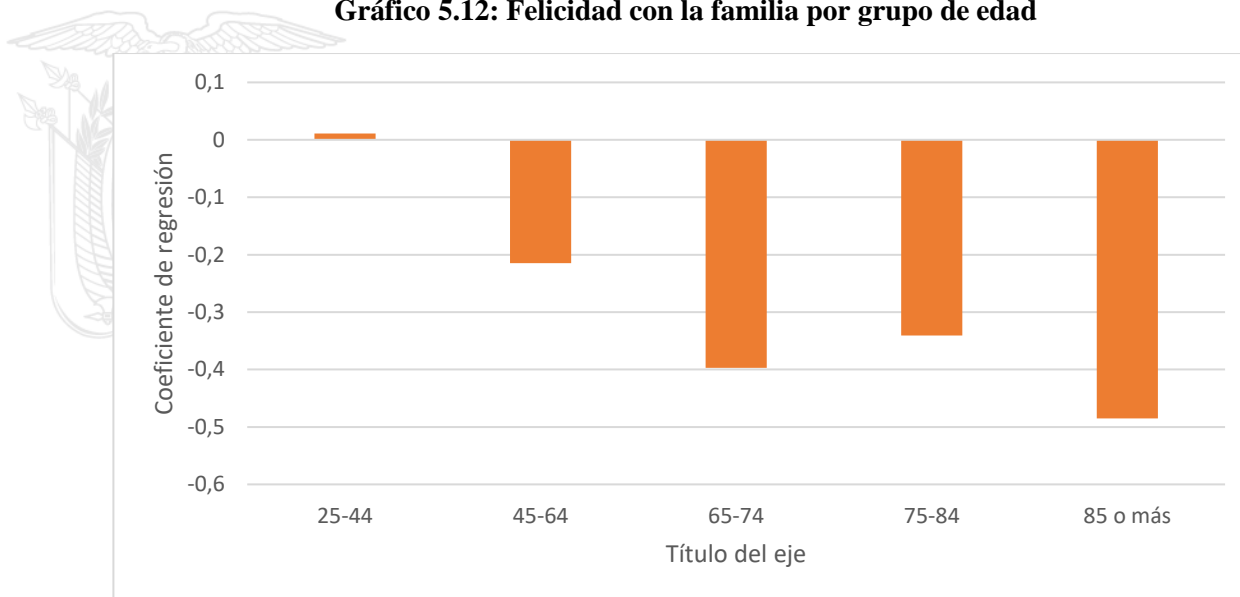
La mayoría de los entrevistados también reconocieron la importancia del apoyo familiar en la vejez. La respuesta de una usuaria que no tiene hijos, al ser preguntada por el significado del envejecimiento, contestó:

“Dicen unos que es lindo, es bueno, pero cuando tienen familiares, hijos, quien les ayude, ¿no? En cambio, para mí, sí me hace bastante triste, dificultoso, preocuparse uno mismo. Y pues, sí hace pensar en la vida”.

Otros, que sí tenían familia y una buena relación con ella, reconocieron su relevancia tanto como apoyo económico (haciéndoles transferencias monetarias o materiales), en términos de inclusión social (invitándolos a reuniones o actividades familiares), cuidado (preocupación por su salud y asistencia cuando ésta se deteriora) y psicosocial (ofreciendo compañía).

No obstante, cuando se analiza la felicidad reportada con la familia, la realidad tampoco no se presenta favorable en este ámbito. Como se observa en el gráfico 5.12, la asociación entre la edad y el bienestar con la familia es decreciente. Controlando por la satisfacción con la vida (para evitar problemas de endogeneidad), se observa que, frente al grupo de 15-24 años, los grupos de 65-74 años y 85 años presentan una menor satisfacción con la familia, -0.3 y -0.5 puntos menos, respectivamente⁷.

Gráfico 5.12: Felicidad con la familia por grupo de edad



Fuente: ENEMDU (2015)

Elaboración: Dirección de Estudios y Análisis

Las respuestas de los entrevistados respecto a la relación que tienen con sus familias fue mixta (sin una mayoría clara): algunos reportaron sentirse queridos, mientras que otros lamentaban el abandono e, incluso, los intentos de aprovecharse de ellos. En este sentido, uno de los entrevistados comentó:

⁷ La tabla de regresión se puede ver en el anexo 11

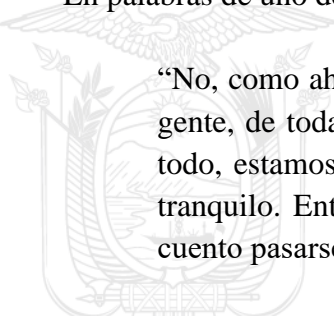
“Ya no es como antes, ya todo está cambiado en la vida. Antes de la complicidad de la familia era buena, estamos en el hogar, no vamos a tomar una jaba de cerveza. Ya no existen”.

Una usuaria, quien mantuvo un litigio legal con sus hijas también contó:

“Mi hija, mis hijas me dijeron ‘tú eres problemática, haces problemas graves, quitándonos terreno’ dice, ‘nos vas a quitar’ y me querían quitar todo el terreno”.

Pero, si bien algunos reportaron tener una mala relación con su familia o simplemente no tenerla porque cortaron contacto, una mayoría respondió que no se le ha hecho sentir como un problema dentro de su hogar.

Un hecho notable es que existió una marcada tendencia de los usuarios de la modalidad residencial a reportarse menos solos y esto a pesar de que están lejos de su familia y la sociedad en general. La relación con los otros adultos mayores de la residencia con el personal que los cuida estaría, probablemente, cumpliendo el rol protector y social que la familia no puede cubrir. En palabras de uno de estos usuarios:



“No, como ahora dando gracias a Dios, ahora me encuentro siempre rodeado de mucha gente, de todas las compañeras cuidadoras digamos no, y todos ustedes como técnicas todo, estamos rodeados, que siempre uno se puede conversar cualquier cosa y se pasa tranquilo. Entonces, no puedo sentirme de que estoy solo, porque solo fuera como le cuento pasarse solito”.

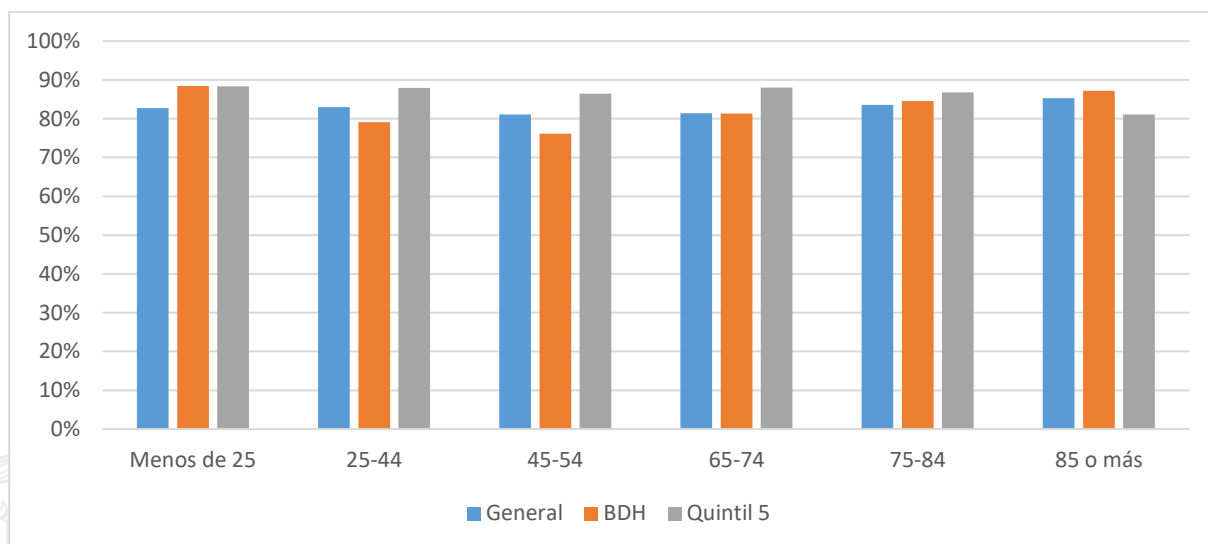
Sin embargo, la mayoría de los adultos mayores no están abandonados y, de hecho, reportan más apoyo que grupos etarios más jóvenes, aunque hay heterogeneidades por grupos socioeconómicos. Como se observa en el gráfico 5.13, un 81% de los adultos mayores entre 65-74 años reporta tener a un amigo o familiar que lo apoyaría en momentos de dificultad. Esta proporción aumenta a un 85% en la población de 85 años o más. En general, las personas del quintil más rico sienten más apoyo que aquellas que reciben el BDH (cuya proporción, además, está por debajo de la proporción del país). Sin embargo, estas brechas comienzan a reducirse a medida que la edad avanza y se revierte a los 85 años, cuando los beneficiarios del MIES superan al quintil 5 y éste último se ubica por debajo del porcentaje nacional.

Esta disminución en las diferencias entre grupos de ingresos, sin embargo, no necesariamente refleja una realidad alentadora. Es posible que exista un efecto composición. Por ejemplo, podría ser el caso de que, para las personas que reciben el BDH (y que, como se vio, tienen un peor estado de salud), el tener apoyo sea un requisito para poder sobrevivir a esta edad.

Entre las diferencias sociodemográficas, destaca que las mujeres tienen, ligeramente, menor apoyo que los hombres y que en la región insular se presenta un apoyo significativamente más

alto que en las demás regiones. Además, y consistente con el hecho de que en la Sierra vive una mayor proporción de adultos mayores solos (véase Anexo 10), los adultos mayores reportan tener menos familiares o amigos que los ayuden en momentos de dificultad frente a las demás regiones (a pesar de que el porcentaje todavía es alto – más de 80%-; véase el Anexo 12).

Gráfico 5.13: Porcentaje de personas que reportan contar con algún amigo o familiar si alguna vez tienen problemas



Fuente: ENEMDU (2017)

Elaboración: Dirección de Estudios y Análisis

5.3.4 Rol social: adultos mayores usuarios del MIES

Hasta ahora se ha visto que, dadas las limitaciones físicas que sufren los adultos mayores por el deterioro de la salud y las lógicas del mercado laboral, su participación productiva y, con ella, su rol como proveedores materiales de sus hogares, se reduce de forma importante. En el ámbito social/comunitario, si bien los demás tienen una buena percepción de ellos, se vislumbra que las relaciones no son íntimas, mientras que las relaciones con la familia se debilitan.

Coherente con este panorama, se encontró que la mayoría de los entrevistados no puede diferenciar entre su rol en lo económico, comunitario, cultural o familiar y que se refieren a su papel en estos ámbitos solamente con términos generales como: ayudar, tener un buen carácter para permitir que los demás los quieran, ser amables con todos o “portarse bien” y “hacer caso a los hijos”. Esto sugiere que no existe un rol definido para los adultos mayores después de su deserción del mercado laboral, lo que podría explicar sus deseos de continuar trabajando aún a pesar de sus limitaciones físicas. Uno de los usuarios, al ser preguntado por si se preocupa por su salud, expresa esta situación en los siguientes términos:

“Un poco porque uno dice que lo que uno respira, ya que Dios lo recoja y se lo lleve, porque ya uno anciano, ¿para qué uno falta? ¿Para qué? Una comparación, si usted tiene

un árbol y no le cosecha... usted dice 'vos tenés que trazar ese árbol porque no cosecha'. Así mismo uno ya anciano, ya viejo, dirá lo mismo, ¿para qué seguir viviendo?

No obstante, una minoría, en algún momento de la entrevista sí mencionó roles específicos, refiriéndose, principalmente, a su papel en como educadores, consejeros. Un entrevistado, al ser preguntado por la diferencia entre la vejez y otras etapas de la vida, reflexionó:

“La diferencia básicamente el mayor de edad tiene mucha experiencia hasta para dar consejos a alguien y la otra etapa de la vida de joven comete muchos errores y no puede aconsejar a alguien porque no tiene la experiencia que tiene un adulto”.

Así mismo, otra usuaria de la modalidad residencial compartió lo siguiente:

“Si es que alguien pide un consejo o una experiencia de mi vida, poder hacer algo por esa persona. Siempre tiene uno esa alegría de ser llamada para ayudar en algo o no se siente feliz o satisfecho porque siente que todavía puede relacionarse con las personas y poder hacer lo que los demás quieren en lo que uno puede desenvolverse o ayudar”.

Tres entrevistados también comentaron que su rol está relacionado a la mediación en los problemas familiares y otros dos hicieron referencia a actividades artísticas en el ámbito cultural (tocar la guitarra, hacer poesía y enseñar cantos shuares, específicamente).

En suma, una parte importante de los adultos mayores usuarios del MIES no identifican un rol claro en la sociedad, sin embargo, la minoría que sí reconoce un papel, en concordancia con la literatura, lo relaciona con su capacidad de aconsejar a los demás, haciendo uso de la sabiduría ganada con los años.

6. Reflexiones finales

El punto de quiebre de la salud en Ecuador ocurre entre los 45 y los 54 años, cuando la prevalencia y la duración de las enfermedades comienzan a ser más severas. Esto es especialmente cierto para los usuarios del BDH, quienes, además de tener un peor estado de salud en todos los grupos etarios, ven una caída mucho más dramática y temprana. Esto concuerda con las percepciones de los usuarios del MIES, que en su mayoría consideran que la vejez tiene su punto de inicio a los 50 años. Además, la unanimidad en la asociación que los usuarios hacen entre la vejez y el envejecimiento con el deterioro del cuerpo, indica que el enfoque biológico es el principal marco referencial ante el que este grupo poblacional reflexiona sobre esta etapa de la vida. No obstante, resalta el contraste con los estándares nacionales e internacionales que consideran a una persona como adulta mayor solamente a partir de los 65 años. En este sentido, el presente trabajo llama a reflexionar sobre la pertinencia de estos criterios.

En el ámbito psicológico, si bien en la literatura no existe un consenso acerca de la relación entre el bienestar y el envejecimiento, el análisis cuantitativo de este trabajo proporciona evidencia de una asociación negativa, observándose una tendencia decreciente de la satisfacción con la vida y el bienestar emocional con los años. Los niveles de autoestima, por otro lado, no varían por grupos etarios. Los adultos mayores entrevistados mencionaron a la familia y la salud como las principales causas de su preocupación. Estos dos dominios de la vida son también los valorados como los más importantes y son determinantes significativos de la satisfacción con la vida. No obstante, es interesante notar que en las entrevistas las palabras “tranquilidad” o “vida tranquila” fueron mencionadas con frecuencia, sobre todo en los usuarios que reportaron haber tenido una vida de sufrimientos (y que encontrarían en la vejez un descanso). Esto último aporta evidencia para la teoría que postula que, de no ser por el deterioro de la salud, los adultos mayores sentirían más bienestar que los grupos poblacionales más jóvenes (Leipzig, Smith y Little, 2000). Por último, respecto a las prácticas relacionadas al bienestar, en las entrevistas se encontró una asociación entre este estado y el uso del tiempo en actividades que implican movimiento (como trabajar) y que se ven limitadas por el deterioro de la salud.

En la dimensión social se observa que, si bien en Ecuador se posiciona a los adultos mayores mejor que en Latinoamérica, todavía existen brechas importantes frente a los demás grupos etarios: los adultos (40 años) están ubicados primeros, seguidos por los jóvenes (20 años) y los adultos mayores (60 años), en ese orden. Esta situación podría deberse a su menor participación en el mercado, ya que tanto jóvenes como adultos mayores tienen una baja participación laboral y, aquellos que trabajan, lo hacen en empleos de baja calidad, peor pagados y que requieren de un bajo nivel de especialización. Esto es especialmente cierto para los adultos mayores.

Jubilados o incapaces de realizar tareas productivas a las que estaban acostumbrados (como la agricultura, que es físicamente agotadora), los adultos mayores, además, se enfrentan al problema de cómo ocupar su tiempo. De hecho, los adultos mayores, aun reconociendo las limitaciones físicas que enfrentan, admiten que aceptarían un trabajo acorde a sus posibilidades y esto es cierto incluso para los entrevistados de edad más avanzada. Sin embargo, se nota que la aceptabilidad de los adultos mayores en el mercado laboral es más baja y los usuarios perciben que existe discriminación en su contra por el solo hecho de ser adultos mayores. En este sentido, un programa que ocupe a este grupo etario en actividades productivas que no sean físicamente demandantes se estima como una buena estrategia para mejorar su calidad de vida.

Por otro lado, la percepción que reciben los adultos mayores de los demás es buena (siendo vistos como amistosos con respeto y no como una carga). Además, tienen un alto sentido de pertenencia con la comunidad y una tendencia a estar más felices con su participación en ella hasta los 65-74 años (aun decreciendo después de ese punto, sigue siendo superior a la de los más jóvenes). No obstante, varios entrevistados dieron indicios de que la relación con la comunidad, a pesar de reportarse como buena, lo sería solo en un sentido superficial. En este contexto, el rol de la familia es esencial, teniendo, como se mencionó, una alta valoración respecto a los demás aspectos de la vida y relevancia para el bienestar. Sin embargo, la felicidad con este aspecto de la vida

disminuye a medida que aumenta la edad, capturando, posiblemente, y como reportaron varios usuarios, sentimientos de alejamiento y/o abandono por parte de la familia. A pesar de esto, se observó que la mayoría de los adultos mayores tienen una red íntima de apoyo en momentos de dificultad y que solo una minoría admitió haber sido víctima de maltrato en su hogar. Bajo este panorama, los usuarios del MIES no supieron identificarse con un rol claro y definido en el ámbito familiar, social, económico ni cultural, aunque, de los pocos que supieron hacerlo, se escucharon referencias a su capacidad de dar consejos en función de su experiencia, su papel de mediadores y algunas expresiones artísticas en lo cultural.

Finalmente, y como transversal a todo lo anterior, se pudo apreciar que el proceso de envejecimiento se vive de manera distinta entre sexos, regiones y nivel socioeconómico. Las mujeres, específicamente, están peor en la mayoría de los indicadores: reportan un peor estado de salud físico y psicológico y tienden a quedarse solas antes que los hombres (dada su mayor esperanza de vida). De manera similar, se encontraron brechas importantes en términos de salud física y psicológica que desfavorecen a los usuarios del BDH frente a las mediciones nacionales y al quintil más rico de ingresos. En cuanto a las diferencias regionales, en Galápagos se reportan mejores niveles de salud y mayor satisfacción con la vida (que no decrecen significativamente en las etapas tardías de la vida en contraste con otras regiones), aunque también sufren de un mayor riesgo de depresión, relativamente. Destacó también el hecho de que en la Amazonía los adultos mayores están peor posicionados en términos sociales y, coherente con ello, tienen una percepción más negativa que en otras regiones.

7. Bibliografía

- Agar, L. (2001). Transición demográfica y envejecimiento en América Latina y el Caribe: hechos y reflexiones sociobioéticas. *Acta bioethica*.
- Aguilar, M. (2001). *La participación comunitaria en salud: ¿mito o realidad?* Madrid: Díaz de Santos.
- Alvarado, A., & Salazar, Á. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokonos*, 57-62.
- Aranibar, P. (2001). *Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina*. Obtenido de CEPAL: <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7157/S01121061.pdf?sequence=1>
- Aréchiga, H., & Cerejido, M. (1999). *El envejecimiento: sus desafíos y esperanzas*. México: UNAM.
- Avolio, B. E., & Di Laura, G. F. (2017). Progreso y evolución de la inserción de la mujer en actividades productivas y empresariales en América del Sur. *Revista cepal*.
- Balard, F. (2015). Old Age: Definitions, theory, and history of the concept.
- Baltes, P. (2004). Behavioral health and aging: Theory & research on selective optimization with compensation. *The Gerontologist*.
- Birren, J., & Schaie, K. (1996). Handbook of the psychology of aging. *Academic Press*.
- Buendía, J. (1994). *Proposiciones y propuestas sobre el buen envejecer*. Siglo XXI de España.

- Cárdenas Rubio, J. A. (2013). El impacto de la participación femenina en el mercado laboral de los hombres en Colombia desde 1984 hasta 2012 (Doctoral dissertation, Universidad del Rosario).
- Cardona, D. (2010). *El envejecimiento poblacional en el siglo XXI: factor determinante en el desarrollo*. Obtenido de FIAPAM: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/08/Conferencia-Magistral.Doris-Cardona-Arango.pdf>
- Cardona, M., & Peláez, E. (2012). *Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones*. Obtenido de Revista Científica Salud Uninorte: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/1570>
- Cecchini, S., Filgueira, F., & Robles, C. (2014). *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe*. Obtenido de CEPAL: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36831/1/S2014250_es.pdf
- Cubero, R. (2005). Elementos básicos para un Constructivismo Social. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 43-61.
- DeChile. (2020). *Envejecimiento*. Obtenido de Etimologías Chile: <http://etimologias.dechile.net/?envejecimiento#:~:text=la%20palabra%20ENVEJECIMIENTO-,ENVEJECIMIENTO,instrumento%2C%20medio%20o%20resultado.>
- DeConceptos. (s.f.). *Concepto de Vejez*. Obtenido de <https://deconceptos.com/ciencias-naturales/vejez>
- Deusto Salud. (07 de abril de 2020). *Características de la tercera edad: ¿cómo son nuestros mayores?* Obtenido de DEUSTOSALUD: <https://www.deustosalud.com/blog/teleasistencia-dependencia/caracteristicas-tercera-edad#:~:text=Los%20cambios%20que%20se%20pueden,enfermedades%20>
- Enciclopedia Británica. (s.f.). *Envejecimiento*. Obtenido de <https://www.britannica.com/search?query=aging>
- Erikson, E. (1981). *La Adulthood en el Mundo Antiguo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Erikson, E. (2000). El ciclo vital completado. *Paidós*, 66-71.
- Fernandez, E. (2000). *Explicaciones sobre el Desarrollo Humano*. Madrid: Pirámide.
- Fernández, L. (1999). *El envejecimiento, ¿Un fenómeno de nuestros tiempos?* Escuela Abierta.
- Figueroba, A. (s.f.). *Tipos de envejecimiento (primario, secundario y terciario)*. Obtenido de Psicología y mente: <https://psicologiaymente.com/salud/tipos-envejecimiento>
- García, J. (2003). *La vejez El grito de los olvidados*. Plaza y Valdes.
- García, S. (diciembre de 2017). *Bienestar emocional*. Obtenido de GAES: <https://www.gaes.es/gaestecuida/noticias/detalle/importancia-relaciones-familiares-tercera-edad>
- Gómez, J. .. (2002). Valoración integral del anciano sano. *Artes gráficas Tizan*, 500.
- Gonzales, C., & Ham-Chande, R. (2007). Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Salud Pública Mex*, 448-458.
- Guevara, R. (2016). El estado del arte en la investigación: ¿análisis de los conocimientos acumulados o indagación por nuevos sentidos? *Folio*, 165-179. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3459/345945922011.pdf>

- Gujardo, G., Tijoux, M., & Abusleme, M. (2015). *La construcción social de las demencias en las personas adultas mayores de la región Metropolitana, Chile*. Santiago de Chile: FLACSO-CHILE.
- HUENCHUAN, S. (2011). Los derechos de las personas mayores. Materiales de estudio y divulgación. Módulo 1. Hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. Santiago de Chile: CEPAL. Recuperado de: <http://www.cepal.org/cgibin/getProd.asp>.
- Ibargue, A., Ruiz, O., & Vargas, F. (2016). *Plan de Intervención para los niveles de sedentarismo en el adulto mayor de la comuna 12 de la ciudad de Santiago de Cali*. Obtenido de Fundación Universitaria Católica: <https://repository.unicatolica.edu.co/bitstream/handle/20.500.12237/720/FUCLG0016810.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- INEC. (2016). *Fichas metodológicas*. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Sitios/Pobreza_Multidimensional/assets/ipm-ficha-del-indicador.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Censo. (2011). *Proyección por edades 2010-2020*. Quito: INEC.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2008). *La Población Adulta Mayor en la Ciudad de Quito-Estudio de Situación Sociodemográfica y Socioeconómica*. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Socio-demograficos/Poblac_Adulto_Mayor.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (s.f.). *Proyección por edades Provincias 2010-2020 y nacional*. Quito: INEC.
- Judgments of Life Satisfaction. *Psychological Science*, 9(5), 340–346.
- Kehl, S., & Fernandez, M. (2001). La construcción social de la vejez. *Cuadernos de Trabajo Social*, 125-161.
- Mateu Gil, M., Panisello Chavarria, M., Lasaga Heriz, M., & Bonfill Accensi, E. (2007). Desigualdades sociales en la salud de las personas mayores. *Gerokomos*, 18(1), 30-33.
- Ministerio de Salud-Colombia. (s.f.). *Envejecimiento y Vejez*. Obtenido de Envejecimiento y Vejez: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>
- Miller, Tim, and Iván Mejía-Guevara. "El envejecimiento de la población en Ecuador."
- Monje, C. (2011). *Metodología de la Investigación cualitativa y cuantitativa*. Neiva: Universidad Surcolombiana. Obtenido de <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf>
- Monroy, A. (diciembre de 2005). *Aspectos psicológicos y psiquiátricos del adulto mayor*. Obtenido de AMAPSI: <https://amapsi.org/web/index.php/articulos/196-aspectos-psicologicos-y-psiquitricos-del-adulto-mayor#:~:text=La%20teor%C3%ADa%20psicol%C3%B3gica%20del%20envejecimiento,negativamente%20en%20los%20adultos%20mayores.&text=La%20vejez%2C%20m%C3%A1s%20que%20un,c>
- Novak, M. (2015). *Issues in aging*. Routledge.

- Organización de las Naciones Unidas. (1978). *Factores determinantes y consecuencias de las tendencias demográficas*. Nueva York: ONU.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el Envejecimiento y la salud*. Biblioteca OMS.
- Ortiz, D. (2015). El constructivismo como teoría y método de enseñanza. *Sophia, Colección de Filosofía de la Educación*, 93-110.
- Osorio, P. (2007). Construcción Social de la Vejez y Expectativas ante la Jubilación en Mujeres Chilenas. *Revista Universum*, 194-212.
- Oxford English Dictionary. (s.f.). *Vejez*. Obtenido de Oxford English and Spanish Dictionary: <https://www.lexico.com/es/definicion/vejez>
- Padilla, C. (noviembre de 2017). *Caracterización de la Calidad de Vida en la Vejez en Chile*. Obtenido de Universidad del Desarrollo: <https://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/2023/Documento.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pinillos, Y., & Quintero, M. (2017). *Envejecimiento y vejez: del concepto y la teoría a la funcionalidad del adulto mayor*. Universidad Simón Bolívar.
- Quecedo, R., & Castaño, C. (2003). Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Revista de Psicodidáctica*, 5-40.
- Ramos, J., Meza, A., Iraam Maldonado, M. O., & Hernández, M. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*, 47-57.
- Rice, P. (1997). *Desarrollo Humano. Estudio del Ciclo Vital*. México: Prentice-Hall.
- Rodríguez, K. (enero de 2011). *Vejez y Envejecimiento*. Obtenido de Universidad del Rosario: <https://core.ac.uk/download/pdf/86442423.pdf>
- Ruiz, D. (2010). *Psicología Social del Envejecimiento*. Revista Colombiana de Psicología.
- Salamanca, A., & Martín-Crespo, C. (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure Investigación*.
- Salech, F., Jara, R., & Michea, L. (2012). *CAMBIOS FISIOLÓGICOS ASOCIADOS AL ENVEJECIMIENTO*. Obtenido de Revista Médica Clínica Las Condes: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864012702699>
- Santos, I. (s.f.). Envejecimiento Demográfico-Diferencias por género. *REIS*, 177-190.
- Sanz, J. (2011). *La metodología cualitativa en la evaluación de políticas públicas*. Cataluña: Ivàlua.
- Seifarth, J. E., McGowan, C. L., & Milne, K. J. (2012). Sex and life expectancy. *Gender medicine*, 9(6), 390-401.
- Serrano, J. (2013). *El papel de la familia en el envejecimiento activo*. Instituto Internacional del Estudio sobre la Familia.
- Servia, J. (2007). Diseño, muestreo y análisis en la investigación cualitativa. *Universidad Nacional de Lomas de Zamora*, 123-146.
- Steffe, L., & Gale, J. (1995). Constructivism in education. *Lawrence Erlbaum*, 17-39.
- Suriñach, M. (febrero de 2020). *Vejez*. Obtenido de Colegio Oficial de Enfermería: https://www.infermeravirtual.com/esp/situaciones_de_vida/vejez#evoluciosocial

- Sung, K. T. (2001). Elder respect: Exploration of ideals and forms in East Asia. *Journal of aging studies*, 15(1), 13-26.
- Torres, A., & Jiménez, A. (2004). La construcción del objeto y los referentes teóricos en la investigación social. *Universidad Pedagógica Nacional*.
- Tov, W. (2018). Well-being concepts and components. In E. Diener, S. Oishi, & L. Tay, *Handbook of well-being*. Salt Lake: DEF Publishers.
- Ünal, E., & Özdemir, A. (2019). Old Age and Aging. *Uludag University*.
- Vaillant, G., & Mukamal, K. (2001). Successful Aging. *Psychiatry*. Obtenido de Successful Aging
- Velasco, R. (2019). *Las fisuras del Bienestar en España*. Madrid: Catarata.
- Villa, M., & Rivadeneira, L. (1999). *El proceso de envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe: una expresión de la transición demográfica*, Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad. Santiago: CEPAL.
- Vilagut, G., Forero, C. G., Barbaglia, G., & Alonso, J. (2016). Screening for depression in the general population with the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D): a systematic review with meta-analysis. *PloS one*, 11(5), e0155431.





9. Anexos

Anexo 1: Operativización de variables

Concepto	Variable(s) proxy	Descripción	Fuente
Enfoque biológico			
Prevalencia de problemas de salud	Reporte de presencia de problemas de salud en los últimos 30 días	Enfermedades, accidentes, dolor de muela, oído o algún otro malestar aunque éste haya sido pasajero reportados en los últimos 30 días.	ENSANUT (2018)
Severidad de los problemas de salud	Duración de la enfermedad	Número de días que el encuestado ha estado con la enfermedad durante los últimos 30 días.	ENSANUT (2018)
Prevalencia de enfermedades específicas	Reporte del tipo de problemas de salud que ha sufrido el encuestado	Tipo de problema de salud reportado en los últimos 30 días.	ENSANUT (2018)
Causas de muerte	Causas de muerte de las defunciones registradas oficialmente	Causas de muerte reportadas en el Ministerio de Salud Pública, Ministerio del Interior (muertes violentas),	Registro de defunciones generales (2019)
Nivel de dependencia	Valoraciones obtenidas con el Índice de Barthel	Grado de dependencia con que el adulto mayor puede realizar las siguientes actividades: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina. La medición se realiza mediante observación y en la siguiente escala: 0=incapaz, 1=necesita ayuda, 2=independiente. Se multiplica por cien y se clasifica el grado de dependencia como (1) dependencia total si el índice está en	Base del Informe de logros PAM (2019)



		el rango 0-20, (2) dependencia severa si está entre 21-60, dependencia moderada si está entre 61-90 e independencia si está entre 91-99.	
Enfoque psicológico			
Bienestar psicológico evaluativo	Satisfacción con la vida	Reporte subjetivo de satisfacción con la vida en una escala del 0 al 10.	ENEMDU (2017)
Bienestar en dominios específicos	Felicidad reportada con los dominios más importantes de la vida	Reporte subjetivo de la felicidad en una escala del 0 al 10 en el/la: profesión, trabajo, situación financiera, estado de salud, vivienda, tiempo libre, familia, educación, medio ambiente, vida social, estado civil, participación en la comunidad y gobierno.	ENEMDU (2017)
Bienestar emocional	Escala CES-D	Porcentaje de personas que tuvieron un puntaje igual o superior a 16 en la Escala CES-D	ECV(2014)
	Índice de Yesavage		ECV(2014)
Autoestima	Escala de Rosenberg	Puntaje obtenido en la Escala de Rosenberg dividido para 4.	Base del Informe de logros PAM (2019)
Deterioro cognitivo	Test Mini Mental de Folstein		Base del Informe de logros PAM (2019)
Enfoque social			
Posicionamiento social de los adultos mayores	Percepción del posicionamiento social de las personas de 70 años	Percepción del posicionamiento social de las personas de 70 años en el entorno del encuestado en una escala del 1-10	EMV (2013)
Posicionamiento social de las personas de 40 años	Percepción del posicionamiento social de las personas de 40 años	Percepción del posicionamiento social de las personas de 40 años en el entorno del encuestado en una escala del 1-10	EMV (2013)

Posicionamiento social de las personas de 20 años	Percepción del posicionamiento social de las personas de 20 años	Percepción del posicionamiento social de las personas de 20 años en el entorno del encuestado en una escala del 1-10	EMV (2013)
Participación en el mercado laboral	Participación global	Población económicamente activa / Población en edad de trabajar	ENEMDU (2019)
Calidad del trabajo	Empleo inadecuado	Constituyen la sumatoria de las personas en condición de subempleo, otro empleo inadecuado y empleo no remunerado.	ENEMDU (2019)
Ingreso del trabajo	Ingreso laboral reportado	Cualquier retribución a las actividades productivas en forma de pagos en dinero, en especie o en servicios. Para los trabajadores independientes, se considera los ingresos monetarios netos (tanto de la actividad principal como de la secundaria), es decir, descontado los gastos para el funcionamiento del negocio. Para los trabajadores asalariados el ingreso monetario incluye el ingreso disponible, el monto por cuenta de impuestos directos y los aportes a la seguridad social.	ENEMDU (2019)
Ingreso total	Ingreso total reportado	Ingreso laboral reportado más ingresos reportados por transacciones de capital, jubilaciones, donaciones, remesas, bono de desarrollo humano, bono Gallegos Lara	ENEMDU (2019)
Años de educación	Años de educación reportados	Suma de años en función con la terminación de cada nivel de instrucción teniendo las siguientes valoraciones: - Centro de alfabetización: 2 años	ENEMDU (2019)
Grupo ocupacional	Grupo ocupacional reportado	Actividad laboral dada por las siguientes categorías: -Personal directivo/administrativo pública y empresas -Profesionales científicos e intelectuales	ENEMDU (2019)

		<ul style="list-style-type: none"> -Técnicos y profesionales de nivel medio -Empleados de oficina -Trabajad. de los servicios y comerciantes -Trabajad. calificados agropecuarios y pesqueros -Oficiales operarios y artesanos -Operadores de instalación de máquinas y montado -Trabajadores no calificados, ocupaciones elementales -Fuerzas Armadas 	
Aceptación laboral de las personas de 70 años	Percepción de la aceptabilidad de un jefe de 70 años	Promedio de la aceptabilidad otorgada a tener un jefe de 70 años en una escala del 1 al 10	EMV (2013)
Aceptación laboral de las personas de 30 años	Percepción de la aceptabilidad de un jefe de 70 años	Promedio de la aceptabilidad otorgada a tener un jefe de 70 años en una escala del 1 al 10	EMV (2013)
Percepción positiva de los adultos mayores	Percepción reportada de la probabilidad de que los mayores sean vistos como amistosos	Personas que otorgaron una probabilidad de que los adultos mayores sean vistos como amistosos de 4 o 5 en una escala del 1-5 (donde 1 representa poco probable y 5 representa muy probable).	EMV (2013)
	Percepción reportada de la probabilidad de que los mayores sean vistos con ingreso	Personas que otorgaron una probabilidad de que los adultos mayores sean vistos con respeto de 4 o 5 en una escala del 1-5 (donde 1 representa poco probable y 5 representa muy probable).	EMV (2013)
Percepción negativa de los adultos mayores	Acuerdo con la creencia de que los mayores son una carga para la sociedad	Porcentaje de personas que respondieron estar “de acuerdo” o “muy de acuerdo” con la aseveración “las personas mayores son una carga para la sociedad”	EMV (2013)

	Acuerdo con la creencia de que los mayores reciben más de lo que merecen del gobierno	Porcentaje de personas que respondieron estar “de acuerdo” o “muy de acuerdo” con la aseveración “las personas mayores reciben más de lo que merecen del gobierno”	EMV (2013)
Pertenencia con la comunidad	Sentido de pertenencia con la comunidad reportado	Porcentaje de personas que respondieron “sí” a la pregunta: 8. “¿siente usted que es parte de este barrio o comunidad?”	ENEMDU (2017)
Satisfacción con la participación en la comunidad	Satisfacción con la participación con la comunidad reportada	Promedio de la satisfacción reportada en una escala del 0-10 con la participación en la comunidad	ENEMDU (2017)
Cantidad de personas que conviven diariamente	Promedio reportado de personas en el hogar	Promedio del número de personas que los hogares reportaron que viven en su seno	ENEMDU (2019)
Cantidad de personas que viven solas	Porcentaje de personas que viven en un hogar de una persona	Porcentaje de personas que viven en un hogar de una persona	ENEMDU (2019)
Sentimiento de soledad	Promedio de días en los que los encuestados reportaron sentirse solos	Promedio de días en los que los encuestados reportaron sentirse solos	ECV (2014)
Satisfacción con la familia	Felicidad reportada con la familia	Felicidad reportada con la familia en una escala del 0 al 10	ENEMDU (2015)
Apoyo de familiares y amigos	Apoyo reportado de familiares y amigos	Porcentaje de personas que respondieron “sí” a la pregunta: “Si Usted estuviera en problemas, ¿cuenta con familiares o amigos para que le ayuden siempre que los necesita?”	ENEMDU (2017)



Anexo 2: Composición población por género y por grupo etario

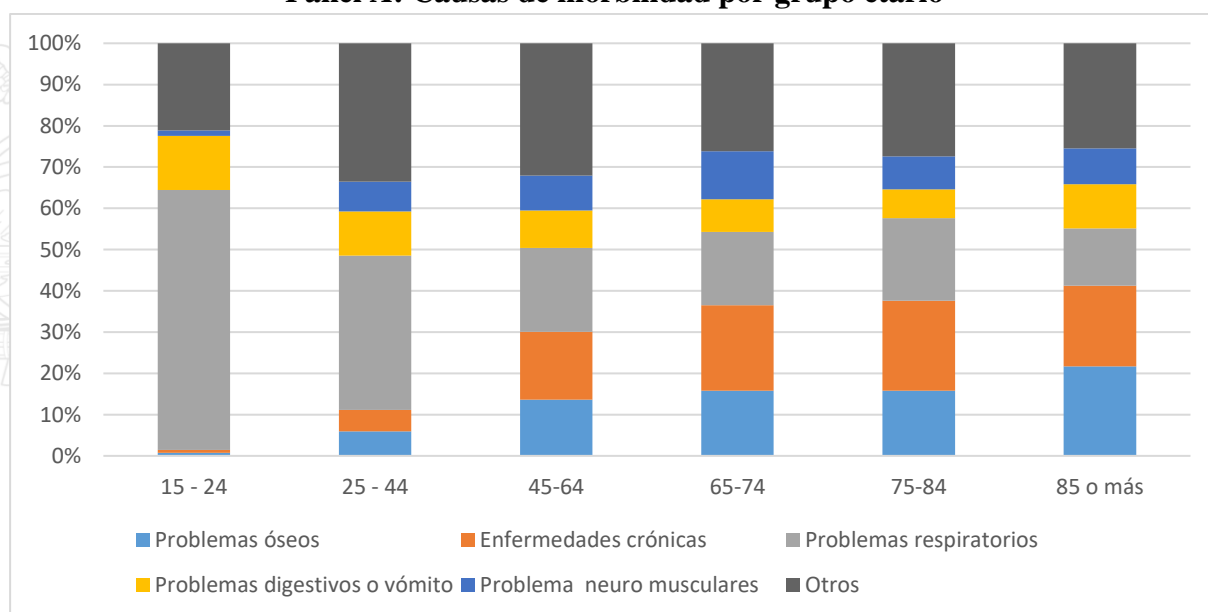
Edad	Sexo	
	Hombre	Mujer
15 - 24	52,4%	47,6%
25-44	47,6%	52,4%
45-64	47,7%	52,3%
65-74	49,5%	50,5%
75-84	47,7%	52,3%
85 o más	44,9%	55,1%

Fuente: ENEMDU (2019)

Elaboración: Dirección de Estudios y Análisis

Anexo 3: Morbilidad y mortalidad

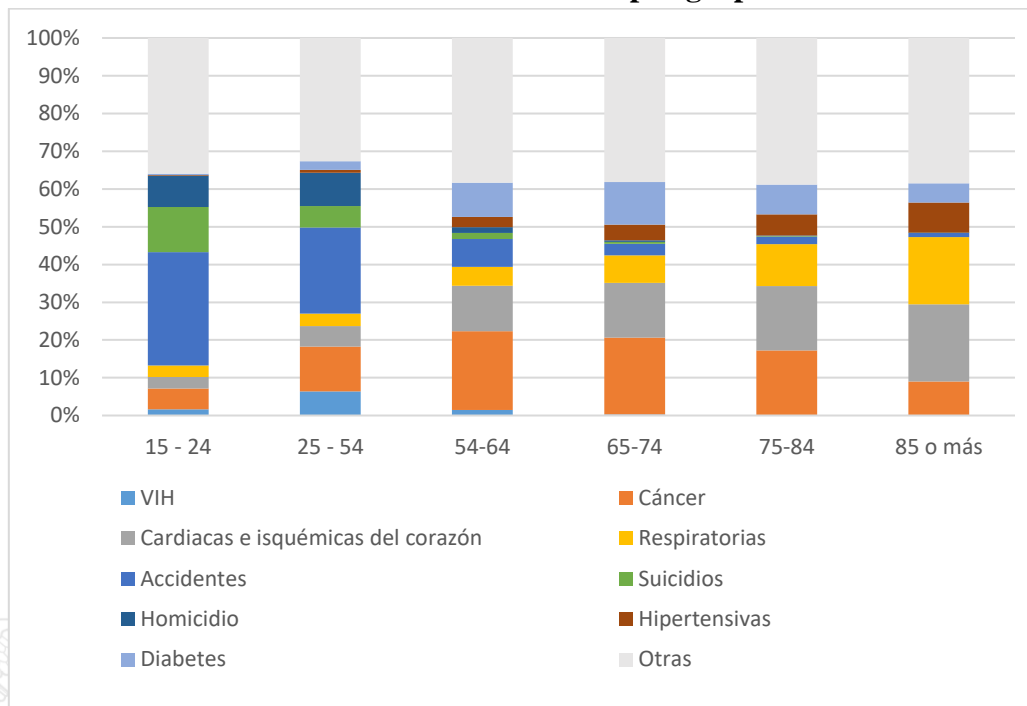
Panel A: Causas de morbilidad por grupo etario



Fuente: ENSANUT (2018)

Elaboración: Dirección de Estudios y Análisis

Panel B: Causas de mortalidad por grupo etario



Fuente: Registro de defunciones (2019)

Elaboración: Dirección de Estudios y Análisis

Anexo 4: Determinantes de la satisfacción con la vida

Dep. Var:	15-24	25-44	45-64	65-74	75-84	85 o más
Satisfacción con la vida						
Profesión	0.065***	0.039*	0.056**	-0.017	-0.080**	0.067*
Trabajo	0.041*	0.083***	0.054**	0.047	0.015	-0.061
Sit. Financiera	-0.014	0.006	0.015	0.060**	0.047	0.017
Salud	0.075***	0.052***	0.028	0.007	0.038	0.047
Vivienda	0.058***	0.020	0.028	0.115***	-0.050	-0.054
Tiempo libre	-0.007	0.024	0.021	0.006	0.061	0.009
Familia	0.119***	0.082***	0.115***	0.070*	0.233***	0.099**
Educación	0.023	0.071***	0.063***	0.005	0.125***	-0.029
Medio ambiente	0.021	0.036*	-0.007	0.063*	0.110**	0.184**
Vida social	0.132***	0.196***	0.131***	0.110**	0.039	0.164***
Estado civil	0.072***	0.046***	0.097***	0.084***	0.023	0.142***
Comunidad	0.106***	0.058***	0.098***	0.180***	0.165***	0.084
Gobierno	0.097***	0.060***	0.085***	0.104***	0.130***	0.049
_cons	1.812***	1.879***	1.800***	1.602***	1.369***	2.014***
	(0.222)	(0.238)	(0.183)	(0.268)	(0.359)	(0.458)
Obs.	3099	4354	3539	1068	642	390
R-squared	0.410	0.431	0.436	0.526	0.461	0.423

Standard errors are in parenthesis

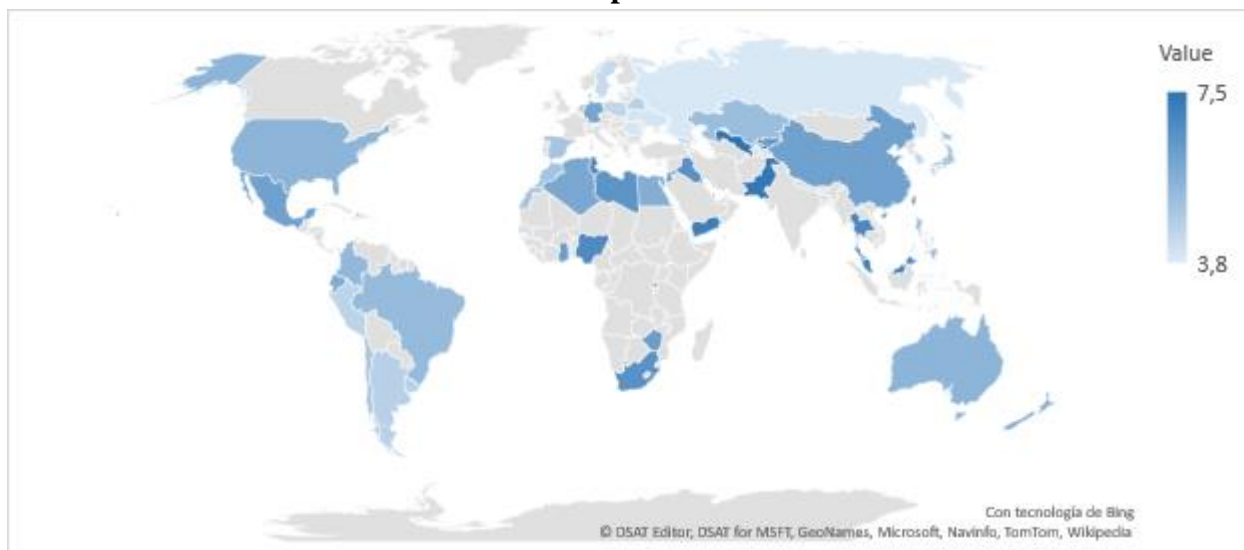
*** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$

Fuente: ECV (2014)

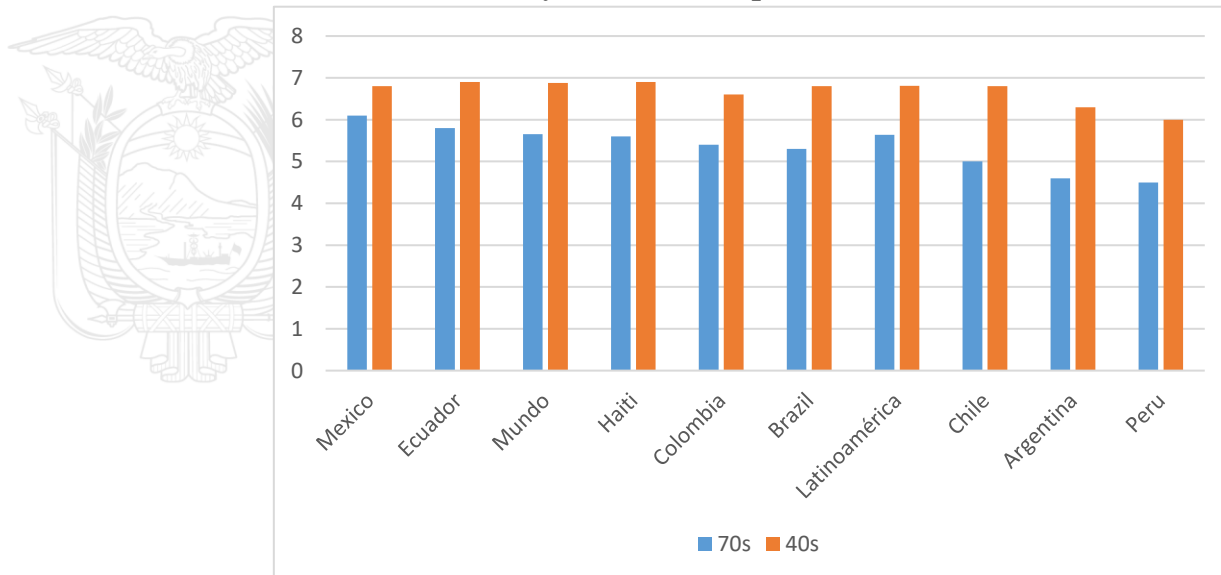
Elaboración: Dirección de Estudios y Análisis

Anexo 5: Posicionamiento de los adultos mayores en Ecuador frente al mundo

Panel A: Posicionamiento de las personas de 70 años en el mundo



Panel B: Posicionamiento y brechas en el posicionamiento social en América Latina

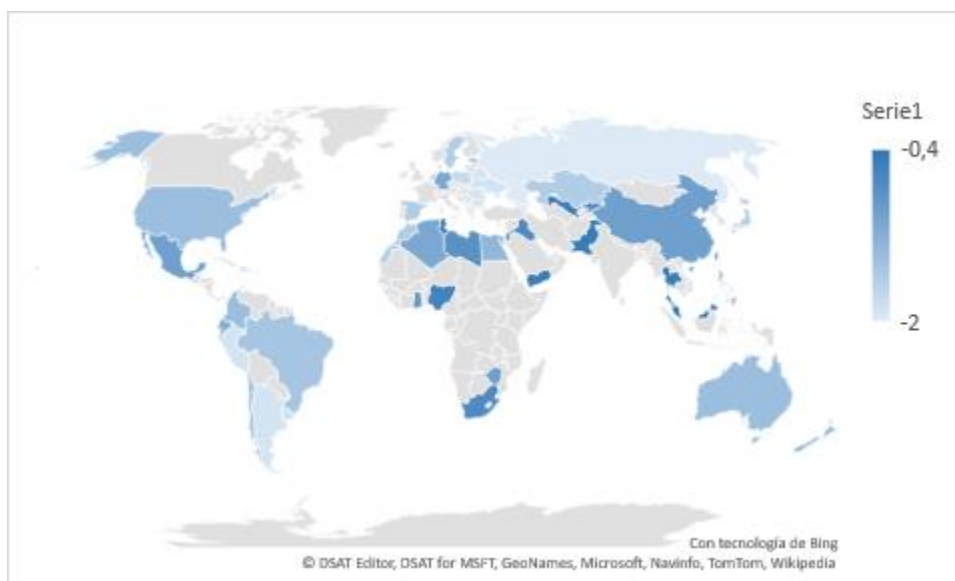


Fuente: Encuesta Mundial de Valores (2013)

Elaboración: Dirección de Estudios y Análisis

¹ Escala del 1 al 10 (donde 1 es posición extremadamente baja en la sociedad y 10 es posición extremadamente alta en la sociedad)

Panel C: Brechas entre las personas de 70 y las de 40 respecto a su posicionamiento social²



Fuente: Encuesta Mundial de Valores (2013)

Elaboración: Dirección de Estudios y Análisis

¹ Posicionamiento reportado en una escala del 1-10

² El gráfico muestra la diferencia en los promedios del posicionamiento (en una escala del 1-10) entre las personas de 70 y las de 40.

Anexo 6: Relación entre nivel de ingresos y posicionamiento social

Escala de ingresos	Posición social: 20s	Posición social: 40s	Posición social: 70s
1	6,7	7,4	6,0
2	6,4	6,9	5,9
3	6,1	6,8	5,7
4	5,8	6,9	5,8
5	6,6	6,8	5,9

Fuente: Encuesta Mundial de Valores (2013)

Elaboración: Dirección de Estudios y Análisis

Anexo 7: Percepción de los adultos mayores por nivel de ingresos y grupo etario
Panel A: Nivel de ingresos

Escala de ingresos	Probable que sean vistos como amistosos	Probable que sean vistos con respeto	De acuerdo con que son una carga para la sociedad	De acuerdo con que son una carga para la sociedad
1	83,5%	83,5%	30,7%	21,7%
2	81,7%	85,2%	15,6%	13,8%
3	72,4%	81,7%	23,3%	19,2%
4	72,8%	80,8%	20,2%	21,9%
5	62,9%	91,4%	22,9%	57,1%

Panel B: Grupo etario

Edad	Probable que sean vistos como amistosos	Probable que sean vistos con respeto	De acuerdo con que son una carga para la sociedad	De acuerdo con que son una carga para la sociedad
15-25	78,5%	84,6%	18,9%	15,5%
25-44	74,1%	82,2%	20,9%	19,4%
45-64	76,2%	83,5%	22,4%	22,9%
65 o más	79,8%	81,8%	23,7%	18,4%

Fuente: Encuesta Mundial de Valores (2013)

Elaboración: Dirección de Estudios y Análisis

Anexo 8: Felicidad con la participación con la comunidad y edad

Felicidad participación en la comunidad	Coef.	St.Err.	t-value	p-value	[95% Conf Interval]	Sig
1b.edad	0.000
2.edad	0.279	0.064	4.37	0.000	0.154 0.404	***
3.edad	0.420	0.067	6.29	0.000	0.289 0.550	***
4.edad	0.523	0.068	7.69	0.000	0.389 0.656	***
5.edad	0.373	0.073	5.10	0.000	0.230 0.516	***
6.edad	0.188	0.096	1.97	0.049	0.001 0.375	**
AR01G	0.565	0.007	85.27	0.000	0.552 0.578	***
Constant	2.355	0.077	30.39	0.000	2.203 2.507	***
Media de la var. dependiente		6.834	Des. est. var. dependiente			2.126
R-cuadrado		0.242	Número de obs.			29942.000
Prueba F		1244.517	Prob > F			0.000
Akaike crit. (AIC)		121865.658	Bayesian crit. (BIC)			121923.807

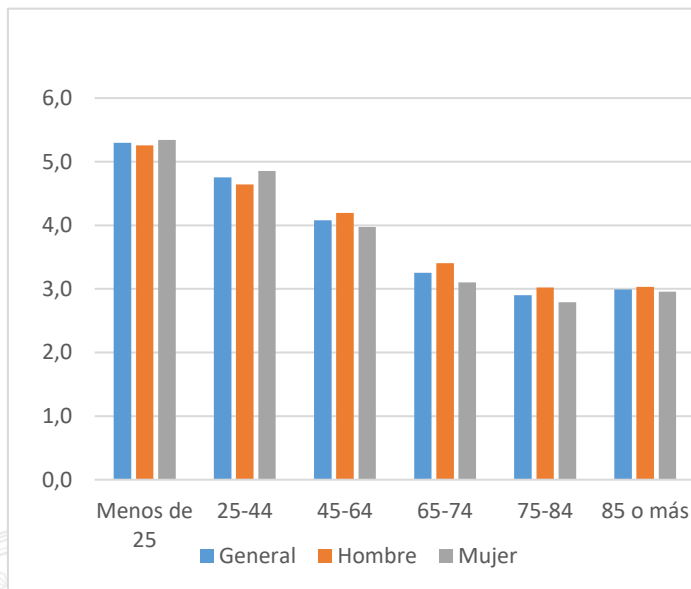
*** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$

Fuente: ENEMDU (2015)

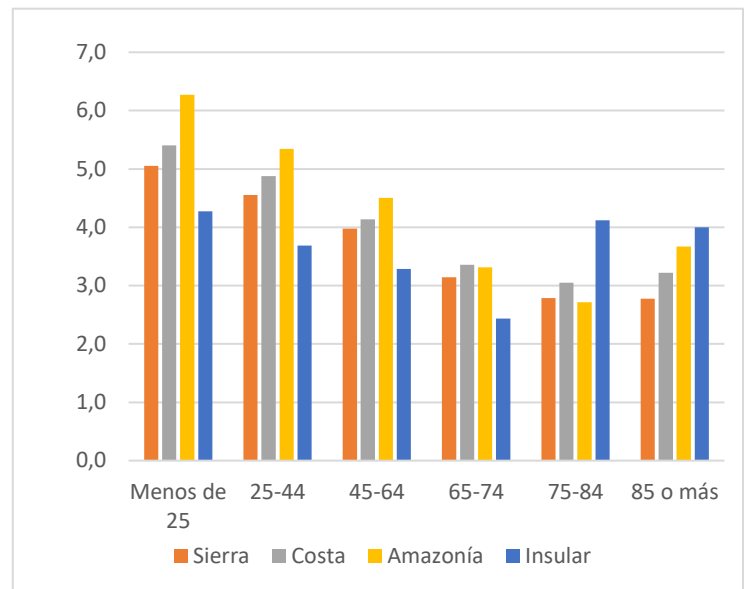
Elaboración: Dirección de Estudios y Análisis

Anexo 9: Número de personas en el hogar y soledad

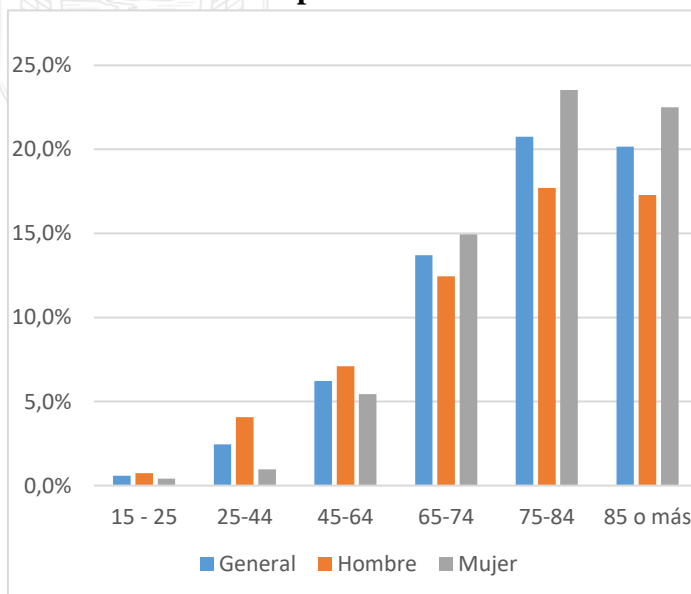
Panel A: Número de personas en el hogar por sexo



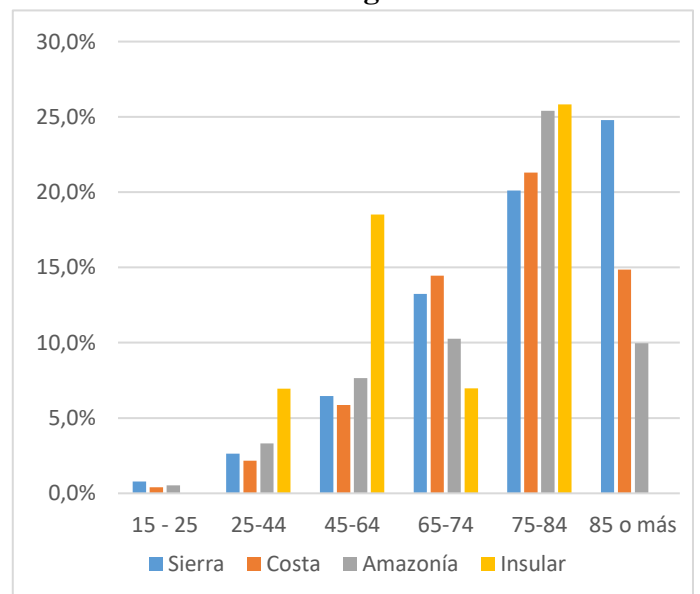
Panel B: Número de personas en el hogar por región



Panel C: Porcentaje de personas que viven solas por sexo



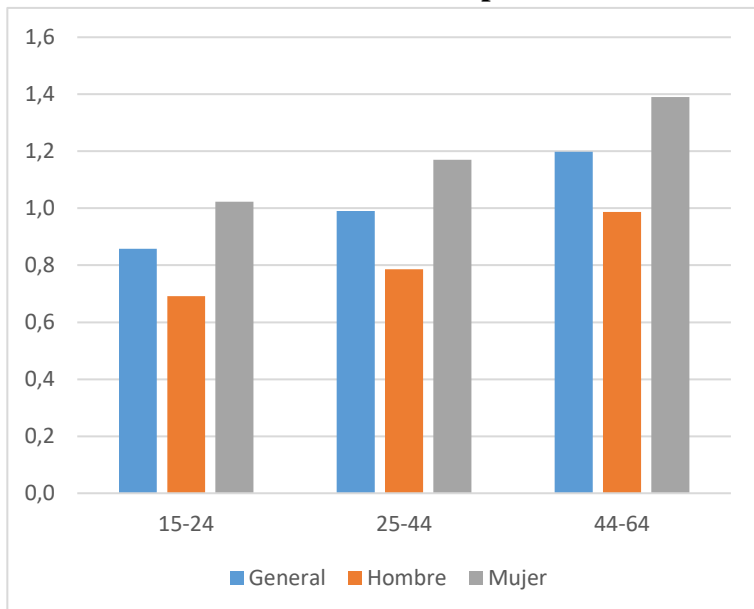
Panel D: Porcentaje de personas que viven solas por región



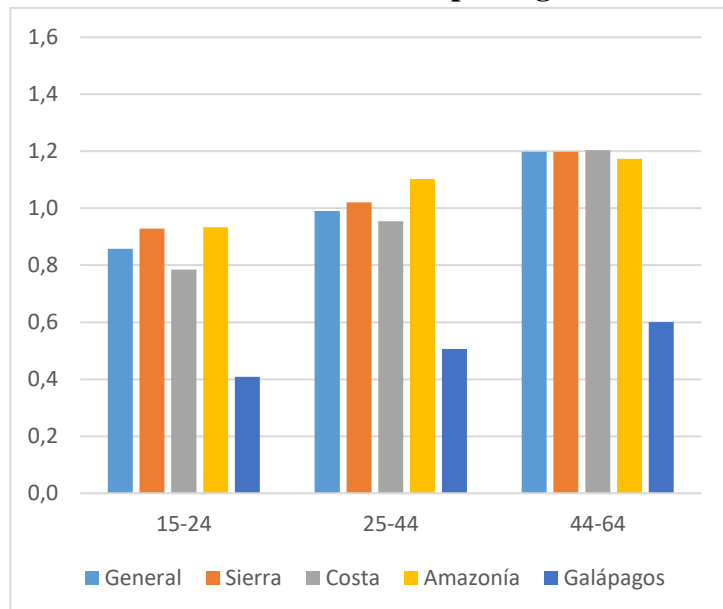


Anexo 10: Número de días en que se reportó sentir soledad en los últimos siete días por grupos etarios

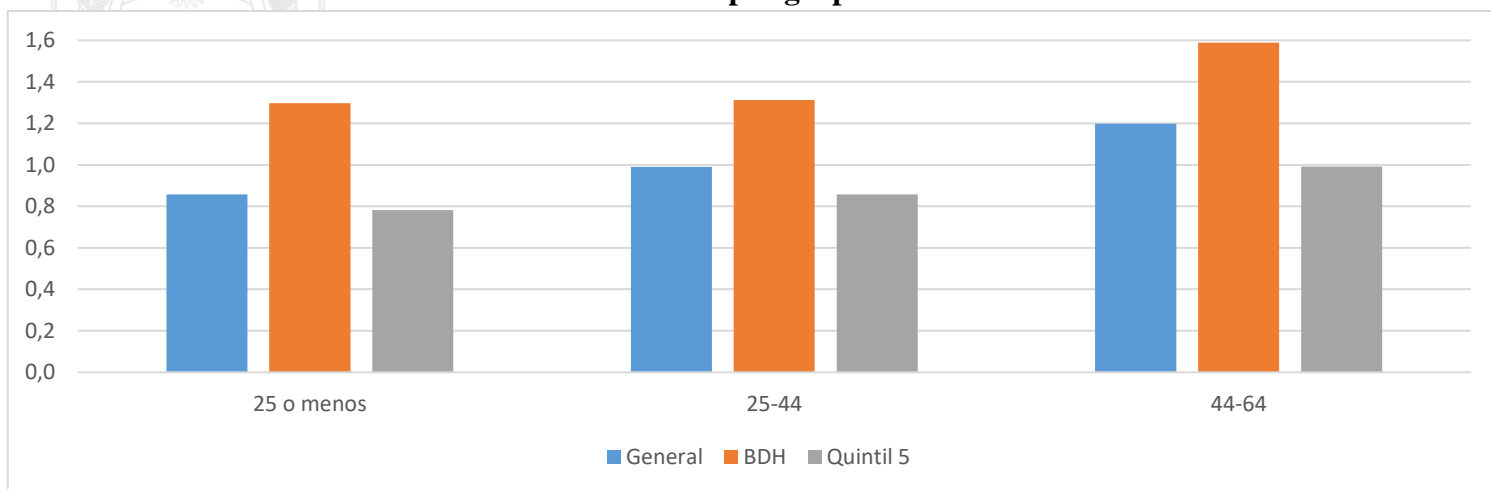
Panel A: Días soledad por sexo



Panel B: Días soledad por región



Panel C: Días soledad por grupo socioeconómico



Fuente: ECV (menos de 65 años; 2014)

Elaboración: Dirección de Estudios y Análisis

Anexo 11: Felicidad con la familia por edad

Felicidad con la familia	Coef.	St.Err.	t-valor	p-valor	[95% Conf	Interval]	Sig
1b.edad	0.000						
25 - 44	0.011	0.036	0.30	0.765	-0.060	0.082	
45-64	-0.215	0.038	-5.62	0.000	-0.290	-0.140	***
65-74	-0.397	0.065	-6.13	0.000	-0.524	-0.270	***
75-84	-0.341	0.071	-4.78	0.000	-0.480	-0.201	***
85 o más	-0.485	0.100	-4.84	0.000	-0.681	-0.289	***
Satisfacción con la vida	0.440	0.010	45.88	0.000	0.421	0.459	***
Constant	5.283	0.077	68.26	0.000	5.131	5.435	***
Media de la var. dependiente		6.834	Des. est. var. dependiente			2.126	
R-cuadrado		0.242	Número de obs.			29942.000	
Prueba F		1244.517	Prob > F			0.000	
Akaike crit. (AIC)		121865.658	Bayesian crit. (BIC)			121923.807	

*** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$

Anexo 12: Apoyo por grupo etario, sexo y región

Edad	General	Sexo		Región			
		Hombre	Mujer	Costa	Sierra	Amazonía	Insular
15 - 24	82,8%	83,5%	81,2%	88,0%	78,2%	85,8%	92,8%
25 - 44	83,0%	83,3%	81,8%	84,1%	81,8%	82,7%	88,1%
45-64	81,1%	82,0%	78,8%	80,7%	81,4%	81,4%	89,3%
65-74	81,4%	80,8%	82,6%	82,6%	80,1%	82,3%	94,0%
75-84	83,6%	82,9%	84,5%	87,5%	80,5%	78,2%	100,0%
85 o más	85,3%	87,2%	82,5%	90,8%	81,5%	83,8%	100,0%

Fuente: ENEMDU (2019)

Elaboración: Dirección de Estudios y Análisis