GRUPO BLR

ENVEJECIMIENTO Y EDADISMO

GEOGRAFÍA DEL ABANDONO ESTRUCTURAL Y CARTOGRAFÍA DE LA ESPERANZA EN LA VEJEZ

ISBN: 978-9907-852-49-3

Manuel Horacio Valdiviezo Cacay
Xiomara Marina Durán Olivares

2026

Facultad de Ciencias sociales

ENVEJECIMIENTO Y EDADISMO GEOGRAFÍA DEL ABANDONO ESTRUCTURAL Y CARTOGRAFÍA DE LA ESPERANZA EN LA VEJEZ

Manuel Horacio Valdiviezo Cacay

Xiomara Marina Durán Olivares

AUTORES:

UTMACH

Este libro ha sido debidamente examinado y valorado en la modalidad doble par ciego con fin de garantizar la calidad científica.

©Grupo Editorial BLR
Universidad Técnica de Machala
Riobamba – Ecuador
Correo: publicaciones@grupoblr.com
https://grupoblr.com/libros-investigo
REPOSITORIO



Valdiviezo, M., Durán, X. (2026) Envejecimiento y edadismo Geografía del abandono estructural y cartografía de la esperanza en la vejez. Grupo Editorial BLR.

© Manuel Horacio Valdiviezo Cacay
Xiomara Marina Durán Olivares

Envejecimiento y edadismo
Geografía del abandono estructural y cartografía de la esperanza en la vejez.

ISBN: 978-9907-852-49-3

El copyright promueve la libertad de expresión, protege la diversidad de ideas y conocimiento, además apoya la libre expresión. Se prohíbe de manera rigurosa la producción o el almacenamiento de esta publicación, ya sea en su totalidad o en parte, está estrictamente prohibido por ley, incluyendo el diseño de la portada, así como su difusión a través de cualquiera de sus medios, ya sean electrónicos, mecánicos, ópticos, de grabación o incluso de fotocopia, sin permiso de los propietarios de los derechos de autor.

FILIACIÓN DEL AUTOR

Manuel Horacio Valdiviezo Cacay
Universidad Técnica de Machala
Correo Electrónico: mvaldiviezo@utmachala.edu.ec
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-7082-2921

Xiomara Marina Durán Olivares
Universidad Técnica de Machala
Correo Electrónico: xduran@utmachala.edu.ec
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0784-4364

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento, más allá de ser un proceso biológico ineludible, constituye una experiencia profundamente social, cultural y estructuralmente condicionada. En un contexto mundial marcado por el progresivo aumento de la población adulta mayor, es urgente e ineludible repensar los marcos institucionales, políticos y comunitarios que han configurado históricamente la forma en que las sociedades enfrentan esta etapa vital. Desde una perspectiva sociológica, el envejecimiento debe ser comprendido no únicamente como un declive fisiológico, sino como una fase de la vida atravesada por relaciones de poder, desigualdades acumuladas y estructuras sociales que determinan el acceso al bienestar, a la salud, a la participación social y a la dignidad.

En sociedades donde prevalecen visiones productivistas y utilitaristas del ser humano, las personas adultas mayores suelen ser percibidas como una "carga" o como sujetos en declive, lo que da lugar a manifestaciones de edadismo: una forma de discriminación por edad que excluye, desvaloriza y vulnera derechos fundamentales. Este fenómeno naturalizado y silenciado, representa una de las expresiones más invisibilizadas de la desigualdad social contemporánea. Las brechas sociales se acentúan aún más en contextos rurales, donde las políticas públicas son insuficientes, la cobertura institucional limitada y la lejanía geográfica es excluyente.

El caso de la parroquia rural Barbones, en la provincia de El Oro, Ecuador, se presenta como un claro ejemplo de esta problemática. Las personas adultas mayores enfrentan un cúmulo de vulnerabilidades

estructurales: desde el acceso limitado a servicios de salud, educación y asistencia social, desescolarización, hasta la inexistencia de programas integrales de apoyo comunitario. Esta situación, sumada a la falta de políticas públicas, la precariedad económica, la invisibilidad institucional y ausencia de redes de cuidado, genera condiciones de vida marcadas por la fragilidad, la soledad y, en muchos casos, el abandono.

La información, concepciones, datos, análisis e interpretaciones que se presentan son el resultado del proyecto de investigación "La inclusión social para la reducción del edadismo hacia personas adultas mayores en la parroquia Barbones" como respuesta crítica y comprometida desde la Universidad Técnica de Machala, a través del trabajo articulado entre las carreras de Trabajo Social, Sociología y Pedagogía de la Actividad Física y Deporte en cooperación con los actores locales de la parroquia Barbones y la participación de 200 adultos mayores. Más allá de un diagnóstico técnico, este trabajo busca aportar a la construcción de una mirada humana, integral y transformadora sobre el envejecimiento. Desde una epistemología comprometida con la justicia social, se plantea la necesidad de repensar la vejez como una etapa activa, significativa y con potencial, en la que deben garantizarse los derechos, la participación y la inclusión de las personas mayores como sujetos plenos de ciudadanía.

Este texto está organizado en cuatro capítulos; en el capítulo uno se analiza; en el capítulo dos se hace referencia al marco normativo; el capítulo tres aborda el edadismo como fenómeno social, donde se realiza un amplio recorrido por los aportes teóricos sustentados en el estado del arte, y el capítulo cuatro describe los resultados de la investigación,

donde se devela el rostro cotidiano del edadismo en la parroquia Barbones.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN ..... **i**

ÍNDICE ..... **iv**

ÍNDICE DE TABLAS ..... **x**

ÍNDICE DE FIGURAS ..... **xiv**

UNIDAD I **15**

1 CONTEXTUALIZACIÓN GENERAL DEL PROBLEMA **15**

1.1 Contexto general 17

1.2 Definición del problema 21

1.3 Objetivos 23

1.4 Justificación 24

1.5 La trascendencia social de estudiar el edadismo 26

UNIDAD II **29**

2 MARCO NORMATIVO **29**

2.1 El edadismo en las políticas publicas 31

2.2 Constitución del Ecuador – 2008 33

2.3. Ley del adulto mayor **37**

UNIDAD III **43**

3 EL EDADISMO COMO FENÓMENO SOCIAL **43**

3.1 El edadismo 45

3.1.1 Origen y evolución del edadismo 46

3.1.2 Manifestaciones del edadismo 46
3.1.3 Consecuencias del edadismo 48
3.2 Inclusión social: concepto y enfoques 73
3.2.1 Definición de inclusión social 73
3.2.2 Elementos clave de la inclusión social 74
3.2.3 Modelos de inclusión: Ejemplos de enfoques y estrategias .. 78
3.2.4 Relación entre inclusión social y edadismo 79
3.3 Barreras para la inclusión social de las personas mayores 81
3.3.1 Barreras estructurales 81
3.3.2 Barreras sociales 82
3.3.3 Barreras psicológicas 83
3.3.4 Barreras tecnológicas 84
3.4 Estrategias para la inclusión social de las personas mayores 86
3.4.1 Educación y sensibilización 86
3.4.2 Políticas públicas inclusivas 88
3.4.3 Proyectos intergeneracionales 92
3.4.4 Tecnología accesible 93
3.4.5 Participación comunitaria 95
3.5 Casos de éxito y buenas prácticas a nivel internacional 97
3.5.1 Modelos en Europa 97
3.5.2 Experiencias en América Latina 99
3.5.3 Iniciativas en Asia 101

3.5.4 Análisis comparativo 103
3.6 La comunicación y la cultura popular en la percepción de las personas mayores 106
3.6.1 Representación de los adultos mayores en los medios..... 106
3.6.2 Impacto de la cultura popular..... 109
3.6.3 Medios y campañas inclusivas 111
3.6.4 El papel de la comunicación social 113
3.6.5 Educar más allá de los estereotipos..... 113
3.6.6 Visibilizar historias reales y diversas 114
3.6.7 Fomentar el diálogo intergeneracional en los contenidos ... 115
3.6.8 Promover lenguajes respetuosos y representaciones equitativas 115
3.6.9 Aliarse con la educación formal e informal 116
3.7 Hacia una sociedad inclusiva: retos y perspectivas futuras. 116
3.7.1 Desafíos estructurales..... 116
3.7.2 Sistemas de protección social insuficientes e inequitativos 116
3.7.3 Acceso desigual a servicios de salud y cuidados 117
3.7.4 Políticas urbanas y de movilidad inclusivas..... 118
3.7.5 Exclusión política y baja representación 118
3.7.6 Cambio cultural y actitudinal 119
3.7.7 El edadismo como barrera invisible 119
3.7.8 De la juventud como ideal a la diversidad vital 120

3.7.9 Educación y sensibilización desde la infancia 120
3.7.10 Medios de comunicación como agentes de cambio 121
3.7.11 Celebrar la vejez como acto político 121
3.7.12 El rol de las generaciones futuras 121
3.7.13 Cuestionar el edadismo desde la conciencia crítica 122
3.7.14 Promover el diálogo intergeneracional auténtico 122
3.7.15 Usar las tecnologías para incluir, no excluir 123
3.7.16 Defender políticas públicas intergeneracionales 124
3.7.17 Repensar el futuro del envejecimiento 124
UNIDAD IV 126
4 EL ROSTRO COTIDIANO DEL EDADISMO EN LA PARROQUIA RURAL BARBONES 126
4.1 Procedimientos metodológicos 130
4.1.1 Diseño de la investigación 130
4.2 Resultados de la investigación 132
4.2.1 Población por grupos etarios 132
4.2.2 Cobertura de servicios básicos 136
4.2.3 Adultos mayores en relación al área geográfica 137
4.2.4 Grupos etarios 138
4.2.5 Discapacidades – tipos 140
4.2.6 Discapacidades – de acuerdo a porcentajes 143
4.2.7 Género 144

4.2.8 Composición de la unidad familiar 145
4.2.9 Escolaridad 146
4.2.10 Autoidentificación étnica 148
4.2.11 Estado civil 149
4.2.12 Núcleo familiar de convivencia 151
4.2.13 Fuente de sostenimiento económico 152
4.2.14 Responsables del cuidado personal 154
4.2.15 Tenencia de la vivienda 156
4.2.16 Características de la vivienda 158
4.2.17 Estructura de la vivienda 160
4.2.18 Servicios con que cuenta su vivienda 162
4.2.19 Bienes inmuebles que poseen 164
4.2.20 Respeto de derechos instituidos en las leyes 166
4.2.21 Dedicación anterior 168
4.2.22 Actividad laboral actual 169
4.2.23 Ayuda económica 170
4.2.24 Ingresos económicos mensuales 171
4.2.25 Egresos económicos mensuales 172
4.2.26 Condiciones de salud 173
4.2.27 Consumo de medicamentos 175
4.2.28 Patologías emocionales 177
4.2.29 Acompañamiento psicológico 179

4.2.30 Centros de atención a problemas de salud..... 181
4.2.31 Atención médica..... 183
4.2.32 Alimentación de los adultos mayores..... 185
4.2.33 Percepción de discriminación del entono inmediato..... 187
4.2.34 Participación en la toma de decisiones..... 188
4.2.35 Calidad del trato familiar..... 190
4.2.36 Calidad de las relaciones familiares 192
4.2.37 Discriminación a adultos mayores en instituciones 194
4.2.38 Seguridad social 195
4.2.39 Características organizativas 197
4.2.40 Actividades ocupacionales 199
4.2.41 Actividades que realizan actualmente 201
4.3 Estrategias para la atención y desarrollo integral de los adultos mayores 202
4.3.1 Metodológicas para implementación: 207
4.4 Conclusiones y recomendaciones..... 208
4.4.1 Conclusiones 208
4.4.2 Recomendaciones..... 211
BIBLIOGRAFÍA 215
ANEXOS 220

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Población total de la parroquia barbones. 132

Tabla 2. Cobertura de servicios básicos en Barbones. 136

Tabla 3. Área geográfica. 137

Tabla 4. Adultos mayores según grupos de edad. 138

Tabla 5. Caracterización de la población según condición de discapacidad. 140

Tabla 6. Nivel de discapacidad según porcentaje. 143

Tabla 7. Genero de los adultos mayores. 144

Tabla 8. Composición de hijos número y edad. 145

Tabla 9. Formación académica de los adultos mayores. 147

Tabla 10. Identidad étnica de los encuestados. 148

Tabla 11. Estado civil de la población adulta mayor. 149

Tabla 12. Personas con las que viven los adultos mayores en la actualidad. 151

Tabla 13. Personas que cubre el costo de sus gastos y/o necesidades. 152

Tabla 14. Encargados del cuidado o atender sus necesidades. 154

Tabla 15. La casa donde viven es: 156

Tabla 16. Tipo de las viviendas donde habitan. 158

Tabla 17. Tipos de materiales de construcción de las viviendas. 160

Tabla 18. Servicios básicos de la vivienda donde habitan los adultos mayores. 162

Tabla 19. Tipos de bienes que poseen los adultos mayores. 164

Tabla 20. Áreas donde se respetan los derechos legales de adultos mayores. 166

Tabla 21. Actividad o profesión que desempeñaba. 168

Tabla 22. Actividad o profesión que desempeña actualmente. 169

Tabla 23. Recepción de ayuda económica. 170

Tabla 24. Nivel de ingresos promedio mensuales. 171

Tabla 25. Nivel de egresos promedios mensuales. 172

Tabla 26. Enfermedades que afectan la salud de los adultos mayores. 173

Tabla 27. Enfermedades por las que consume medicamentos diariamente. 175

Tabla 28. Alteraciones emocionales que sufren los adultos mayores. 177

Tabla 29. Periodicidad con que recibe acompañamiento psicológico. 179

Tabla 30. Lugar donde acude por atención de problemas de salud. 181

Tabla 31. Frecuencia con que recibe atención médica. 183

Tabla 32. Periodicidad diaria del consumo de alimentación. 185

Tabla 33. Precepción de sentirse discriminado en el entorno inmediato. 187

Tabla 34. Participación de los adultos mayores en la toma de decisiones. 188

Tabla 35. Calidad del trato familiar que reciben los adultos mayores. 190

Tabla 36. Calidad de las relaciones familiares hacia los adultos mayores. 192

Tabla 37. Percepción de discriminación en instituciones públicas. 194

Tabla 38. Afiliación de los adultos mayores a la seguridad social. 195

Tabla 39. Organizaciones sociales a las que pertenecen los adultos mayores. 197

Tabla 40. Actividades que les gustaría realizar a los adultos mayores. 199

Tabla 41. Actividades recreativas que realizan en la actualidad.201

Tabla 42. Matriz 1. Acciones estratégicas para la atención y desarrollo integral de los adultos mayores. 202

Tabla 43. Matriz 2. Notas metodológicas para implementación: 207

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Adulto mayor en actividades agrícolas bananeras..... 28

Figura 2. Mujer adulta mayor elabora manualidades con materiales residuales de tallo de banano. 125

UNIDAD I

1 CONTEXTUALIZACIÓN GENERAL DEL PROBLEMA

En la unidad uno se hace un análisis del envejecimiento poblacional, que es uno de los fenómenos más trascendentales del siglo XXI, con profundas implicaciones sociales, económicas, sanitarias y culturales. Más allá de ser un proceso biológico inevitable e intrínseco a la vida humana, constituye una construcción social que se expresa de manera diferenciada según el contexto histórico, cultural y estructural en el que ocurre. En sociedades como la ecuatoriana, y en particular en las zonas rurales como la parroquia Barbones, este proceso se desarrolla en medio de múltiples carencias institucionales, marcadas por la ausencia de políticas públicas integrales, el deterioro de los sistemas de seguridad social y la invisibilización sistemática de las personas adultas mayores en los discursos del desarrollo.

Lejos de una mirada asistencialista o biologicista, el presente trabajo propone abordar el envejecimiento desde una perspectiva sociológica crítica, que permita identificar las causas estructurales de la exclusión social en la vejez. En este marco, el edadismo aparece como una manifestación compleja de discriminación, no solo interpersonal sino también institucional y simbólica, que limita los derechos, la participación y la dignidad de las personas mayores. Esta forma de discriminación se acentúa en los territorios rurales, donde convergen factores como la precariedad económica, el aislamiento geográfico, la debilidad de los servicios de salud y la fragmentación de las redes comunitarias.

A medida que se profundiza la transición demográfica en el Ecuador y en América Latina, se vuelve urgente problematizar los modelos actuales de atención al envejecimiento y exigir transformaciones en las políticas públicas, que deben dejar de ver a las personas adultas mayores como sujetos pasivos o dependientes, para reconocerlas como actores sociales con agencia, saberes y derechos. Esto implica no solo ampliar la cobertura de programas sociales, sino repensar la forma en que se construyen las representaciones sobre la vejez en el imaginario colectivo, los medios de comunicación y las instituciones.

Este capítulo examina de manera detallada la situación de las personas adultas mayores en la parroquia rural Barbones, ubicada en la provincia de El Oro, evidenciando cómo el edadismo se manifiesta a través de la exclusión económica, la falta de atención sanitaria oportuna, el abandono institucional y la precariedad emocional y social. A partir de un enfoque participativo y territorial, se propone la formulación de un proyecto comunitario de intervención que articule esfuerzos entre la Universidad Técnica de Machala, el Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial, las familias y la comunidad, con el objetivo de garantizar una vejez digna, activa e inclusiva.

Este esfuerzo busca no solo documentar un caso concreto, sino también contribuir a la construcción de un marco analítico y propositivo sobre el envejecimiento en contextos rurales, que dialogue con las agendas nacionales e internacionales de derechos humanos, equidad intergeneracional y justicia social. La vejez no debe ser comprendida como una etapa de declive, sino como una oportunidad para reinventar

vínculos sociales, activar memorias colectivas y transformar los modelos de convivencia que sostienen nuestras comunidades.

1.1 Contexto general

El envejecimiento es un proceso natural, inherente a la vida de los seres humano, constituye una experiencia única y varía dependiendo de la cultura, aunque también se considera un fenómeno que involucra todas las dimensiones: económicas, sociales, productivas, políticas (Alvarado y Salazar, 2014). “El envejecimiento es un proceso progresivo, intrínseco, multifactorial e irreversible que, con el tiempo, ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción entre la genética del individuo y su medio ambiente” (Monroy y Alonso, 2011).

“El envejecimiento humano es un proceso gradual y adaptativo de tipo biológico, psicológico y social, es consecuencia de cambios genéticamente programados (por la herencia), historia y estilos de vida, ambiente y condiciones sociales a las que estuvo expuesta la persona” (Mendoza N. V., 2012). Pero también, el envejecimiento constituye un proceso complejo donde se experimentan cambios físicos, sociales y psicológicos, entre otros, por tanto, se convierte en la fase donde se requiere presentar mecanismos que promuevan construir escenarios que eleven la calidad de vida de las personas, y a su vez fomentar acciones de concreción de cenicientos tendientes a atender de mejor manera a las personas en procesos de envejecimiento.

En muchos países, el aumento de la población en edad de trabajar se acerca a su fin de su vida productiva; y el futuro estará dominado por el incremento de la población de más de 60 años. A nivel global, el número

de personas en edad de trabajar es cuatro veces más que el de mayores de 60 años, sin embargo, los pronósticos para el año 2050 anuncian que la proporción será solo de dos a uno. Esta tercera fase de la transición etaria no tiene precedentes. El promedio de edad de las poblaciones futuras será mucho mayor que nunca antes en la historia (Andrew y Ronald, 2011).

Si bien es cierto, el envejecimiento es un proceso inevitable, el Estado, la sociedad y la familia, por cuestiones hasta culturales, hasta el momento escasamente ha formulado sistemas preventivos, fundamentalmente del estado de salud de las personas adultas mayores, de tal manera que el envejecimiento se ha tornado en un problema de salud pública que afecta a la población mundial, haciéndose indispensable el concurso de profesionales para el cuidado y/o tratamiento de situaciones que con frecuencia precarizan la vida de las personas adultas.

La, "la población envejece en forma acelerada, y la comprensión de los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento es una herramienta importante para enfrentar las demandas biomédicas y sociales de ese grupo etario" (Salech et al., 2012). En términos de Rico et al. (2017) en la actualidad el envejecimiento es visto como uno de los procesos más complejos, es multifactorial e indirectamente conduce a la fragilidad y la vulnerabilidad, más aún cuando en la juventud, social, económica y culturalmente no se han prevista las situaciones futuras que tendrán que enfrentar las personas en las edades maduras.

Uno de los factores que impactan en el envejecimiento, es la falta de previsión, la atapa de los adultos jóvenes transcurre de manera no consiente, que inhibe al ser humano de su realidad próxima, consecuentemente cuando llega la edad de la adultez, los sujetos están desprovistos de las condiciones dinámicas del organismo para enfrentar las situaciones asociadas a la vejez, especialmente, las enfermedades, tornándose imprescindible que los sistemas de salud implementen mecanismos de prestaciones sanitarias y a su vez "la seguridad social deben procurar mantener y aumentar la capacidad de los sistemas de pensiones para cumplir con sus objetivos sociales, garantizar su viabilidad financiera, y mejorar su capacidad de respuesta ante los cambios de la sociedad y las persona" (CEPAL, 2004).

Al respecto Mendoza et al., (2018), en su investigación denominada plantea un modelo comunitario de envejecimiento saludable enmarcado en la resiliencia y la generatividad, donde muestra una serie de lineamientos flexibles aplicables en lo urbano y lo rural, que van desde el fortalecimiento de la personalidad para la toma de decisiones, la emancipación., el empoderamiento, la autonomía, hasta la capacidad para ser autosuficientes económicamente a través de actividades acordes a sus edades.

La gerontología comunitaria incluye estrategias profesionales y políticas, redes de apoyo social (formal e informal) y estilos de vida que adoptan los adultos mayores, su familia y la comunidad en general; la finalidad es lograr el máximo desarrollo social, salud y calidad de vida en los ambientes individual, familiar y social, con base en el potencial físico,

mental, sociocultural y económico, acorde con la edad, el género, los intereses y la percepción objetiva y subjetiva de salud y bienestar.

En elemento adicional, y quizá el más importante tiene que ver con la importancia de insertar cambio profundos en los roles institucionales y administrativos a través de la formulación de políticas públicas, para no solo privilegiar los programas de índole curativo, sino, considerar el potencial de las capacidades de las personas en proceso de envejecimiento y envejecidas para participar de manera activa, colectiva y organizada en el autocuidado para la salud, para evitar precisamente impacto irreversibles en la salud y calidad de vida de las personas adultas mayores, consecuentemente en la economía de las familias y del Estado.

Por tanto, el envejecimiento es un tema que merece visualizarlo desde un enfoque integral, ya que las personas adultas mayores son un segmento de atención prioritaria titulares de derechos, lo que implica proveerles de asistencia y cuidado permanente (Abreus y González, 2023). Para lograrlo, se requiere conocer sus condiciones sociales, económicas, políticas, culturales y productivas. Adicionado a lo anterior, se requiere construir redes de cooperación interinstitucional que provoquen sinergias que fortalezcan las acciones emprendidas por instituciones o instancias estatales en sus diferentes niveles de concreción territorial, que además contribuyan a modificar las estructuras sociales con un cambio de visión sobre los principios de inclusión, igualdad, interdependencia y afectividad. Toda vez que la edad nunca puede ser motivo para restringir derechos, atropellar la dignidad o socavar la autonomía.

1.2 Definición del problema

Las personas adultas mayores que habitan en la jurisdicción de la parroquia rural Barbones enfrentan una gran variedad de problemas derivados de su edad y de la escasa implementación de políticas públicas que contribuyan a mejorar las condiciones de vida de este grupo etario; de allí que es imprescindible la formulación del proyecto "El edadismo en personas adultas mayores de parroquia rural Barbones" desde la Universidad Técnica de Machala, a través de la carrera de Trabajo Social, como gestora y las carrera de Derecho y Pedagogía de la Actividad Física y Deporte en calidad de cogestoras.

El proyecto pretende convertirse en vertebrador de acciones en las que intervengan, el GAD Parroquial Rural Barbones, los líderes comunitarios, la carreras de la UTMACH involucradas y las familias, bajo el principio de cooperación interinstitucional o de asociatividad, esfuerzo en común que permitirá construir escenarios donde las personas adultas mayores puedan ser y sentirse incluidos en actividades que refuercen su autoestima sintiéndose útiles consigo mismo, con sus familias y sus entornos sociales.

El problema es que en la parroquia Barbones se están presentando casos de adultos mayores con enfermedades que, aunque son propias del proceso de envejecimiento, sus impactos son mayores al no existir medidas preventivas e interventivas que les permita a estas personas disipar las dolencias naturales a la edad. De lo que se ha diagnosticado con el test de Gijón junto a las versiones de especialistas del centro de atención del Ministerio de Salud Pública (MSP) y de la versión de los

líderes comunitarios, es un problema latente el deterioro social porque son frecuentes los casos que sufren trastornos emocionales, mismos que se expresan en cuadros depresivos, que, al no ser tratados de manera técnica y profesional, se corre el riesgo de que se complejicen hasta llegar a la muerte voluntaria. Se suman a estas afectaciones o enfermedades de tipo biológico, como: la fibrilación auricular, carcinoma baso celular, leucemia, artrosis, demencia senil, Alzheimer, diabetes, insuficiencia cardiaca, hemorragias digestivas, caídas, sedentarismo, entre otras.

La situación se agrava, al no existir planes, programas y proyectos que aborden la temática, con talento humano especializado, infraestructura acorde a la naturaleza del envejecimiento, asesoría técnica y la designación de partidas presupuestarias suficientes para impulsar acciones de remediación o que minimicen los impactos; acciones como el "programa del adulto mayor" presente en la zona, resulta insuficiente en cuanto a cobertura y calidad ya que llega únicamente a un 12% de la totalidad de adultos mayores existentes en la parroquia.

Además, está focalizado en la cabecera parroquial, mientras que las y los adultos mayores de los sitios: La Raquel, Flor Amarilla, Sabalucal, Chalacal, Valeriano Naula, La Soborna, Parlamento, La Envidia, Santa Isabel, El Porvenir, Bocana, Santa Cruz y La Victoria, por la distancia con el centro poblado, primero que no se han registrado para establecer un catastro real, y segundo, por la distancia y la inversión en gastos de movilización; es imposible asistir a estos programas.

Además, hay que anotar que las características de la ruralidad, hacen que las practica de malos hábitos alimenticios y de prevención de enfermedades, sea una limitante para que las personas adultas mayores acudan a cheques permanentes, es decir no mantienen una secuencialidad en torno a la asistencia a la salud a través de los centros médicos del MSP, que es el que mantienen abiertos los sistemas de atención, y en menor medida, los centros de atención de los sistema seguridad social: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y del Seguro Social Campesino (SSC), con el agravante de que son escasas las personas que mantienen afiliaciones a este sistema de seguridad, por tanto no son beneficiarios principalmente a atención a la salud.

Formulación del problema científico ¿De qué manera se expresan las condiciones económicas, sociales, de salud, y productiva de las personas adultas mayores, con base en la exploración, descripción y explicación de las dinámicas del entorno inmediato de los núcleos familiares que procuran proveer de ambientes de afectividad, resiliencia, y empatía para una vejez digna, inclusiva, armónica y saludable?

1.3 Objetivos

Objetivo General

Determinar la situación social, económica y de salud de las personas adultas mayores, a través del análisis, exploración, descripción y explicación de sus estilos de vida en entorno individuales y familiares, en perspectiva de diseñar una propuesta de intervención que aporte al disfrute de una vejez digna inclusiva y afectividad

Objetivos específicos

- Identificar las teorías que sirven de fundamento para el análisis, interpretación y explicación de los temas relacionados con el envejecimiento.
- Establecer los procesos metodológicos, métodos, técnicas y estrategias pertinentes con la exploración, interpretación y explicación de las condiciones socioeconómicas, de salud, y productivas de las personas adultas mayores.

  Explicar las condiciones sociales, económicas y los estilos de vida de las personas adultas mayores en contextos rurales que viven en situaciones de aislamiento y/o discriminación institucional social y familiar.

- Diseñar estrategias de intervención que fomente el conocimiento de las instituciones, comunidad y las familias, que fomenten el desarrollo integral de las personas adultas mayores en situaciones de vulnerabilidad.

1.4 Justificación

"El edadismo en personas adultas mayores de parroquia rural Barbones", responde a las demandas previamente planteadas por los directivos de la parroquia Barbones que han manifestado a la Universidad Técnica de Machala (UTMACH) implementar procesos que promuevan acciones para desarrollar actividades de inserción de las y los adultos mayores, en procura de la construcción de escenarios que motiven la participación entre la comunidad, familia y academia, a fin de construir espacio

resilientes, empáticos y dinámicos que coadyuven a logara un vejez digna y saludable.

Las y los adultos mayores de la parroquia Barbones enfrentan problemas relacionados con la edad, pero se agravan al no encontrar respuesta a sus necesidades; entre ellas: escasa atención a exámenes periódicos al estado de salud con provisión de medicamentos, ausencia de espacios para la integración socio familiar, limitado acceso a beneficios, incentivos o subsidios, escaso apoyo a la implementación de emprendimientos productivos acordes a su etapa, entre otros.

La situación es que al existir limitadas oportunidades en la ejecución de acciones para integrarse motiva la sensación de que, por ser personas adultas mayores, la sociedad los excluye de la participación en espacios laborales, sociales, económicos y culturales. Se mantiene una impotencia de silencios ante el edadismo.

La cuestión es que a pesar de que el objetivo de la ley orgánica del adulto mayor es promover, regular y garantizar la plena vigencia, difusión y ejercicio de los derechos específicos de las personas adultas mayores, y que la Constitución del Ecuador vigente desde el año 2008, en los Arts. 35, 36, 36, 37, y 38 incorpora derechos a las personas adultas mayores como integrantes de los grupos de atención prioritaria, en la parroquia Barbones, los programas gubernamentales son de escaso alcance y presencia, lo cual hace que la personas de este grupo etario se encuentre en estado de indefensión.

El tema es complejo, la parroquia Barbones es una jurisdicción rural, donde las partidas y/o asignaciones presupuestarias de estos gobiernos

locales para la inversión en programas sociales de inclusión a personas de los grupos de atención prioritaria son limitados; consecuentemente, no se ha implementado desde esta instancia, programas, proyectos y/o acciones orientadas a mejorar las condiciones de vida de las y los adultos mayores Otro factor que hay que tener presente, es el distanciamiento hasta los servicios de atención urbanos con mayor infraestructura, lo que representa serias limitaciones a las y los adultos mayores, por las perturbaciones de salud física y mental porque limita el traslado con facilidad

1.5 La trascendencia social de estudiar el edadismo

Estudiar el edadismo trasciende el mero interés académico para convertirse en un imperativo ético y de justicia social en el siglo XXI. En un mundo donde la transición demográfica avanza aceleradamente y donde para 2050 la proporción de personas mayores de 60 años se duplicará a nivel global, comprender las manifestaciones estructurales, simbólicas e institucionales de esta forma de discriminación es crucial para evitar que el envejecimiento se convierta en sinónimo de exclusión y vulneración de derechos.

El edadismo, lejos de ser una simple actitud individual, opera como un sistema opresivo que naturaliza la visualización de las personas mayores, limitando su acceso a servicios de salud, participación política, reconocimiento cultural y condiciones económicas dignas. Investigarlo permite desmontar narrativas hegemónicas que reducen la vejez a un estadio de dependencia o declive, y abre caminos para construir

sociedades intergeneracionales donde la edad no determine el valor humano ni el ejercicio pleno de la ciudadanía.

En contextos rurales como Barbones, donde la intersección entre aislamiento geográfico, precariedad institucional y pobreza agrava las consecuencias del edadismo, la investigación se vuelve aún más urgente: no solo documenta realidades silenciadas, sino que genera evidencia empírica para exigir políticas públicas territorializadas, presupuestos asignados y transformaciones culturales que garanticen una vejez activa, de respeto, inclusiva y con dignidad.

Además, investigar el edadismo constituye un acto de reparación histórica frente a décadas de negligencia estatal y social hacia las personas adultas mayores, particularmente en el Ecuador y América Latina, donde los sistemas de protección social han priorizado enfoques fragmentados y asistencialistas sobre estrategias integrales de derechos. Al analizar cómo el edadismo se entrelaza con otras dimensiones de desigualdad, género, clase, etnia y ubicación geográfica, la investigación revela mecanismos ocultos de exclusión que perpetúan ciclos de pobreza y deterioro emocional, como los cuadros depresivos no tratados o el abandono institucional evidenciado en comunidades rurales.

Este conocimiento no solo enriquece el campo de la gerontología crítica y la sociología del envejecimiento, sino que empodera a las propias personas mayores, a sus familias y a las organizaciones comunitarias para exigir transformaciones concretas: desde la creación de redes de

cuidado colectivo, hasta la reformulación de los currículos educativos para erradicar prejuicios intergeneracionales.

En última instancia, estudiar el edadismo es reconocer que una sociedad se mide por cómo trata a sus miembros más vulnerables; y que construir entornos donde las personas mayores sean valoradas por sus saberes, experiencias y agenciación, no solo beneficia a este grupo etario, sino que fortalece el tejido social en su conjunto, hilando comunidades más resilientes, solidarias y justas para todas las edades.



Figura 1. Adulto mayor en actividades agrícolas bananeras.

UNIDAD II

2 MARCO NORMATIVO

En esta unidad se resalta la importancia de conocer el marco normativo que protege a las personas adultas mayores en Ecuador, dado que conocer la ley no es un ejercicio meramente técnico, sino una herramienta fundamental de empoderamiento y justicia social que rompe con la naturalización del edadismo. La Constitución de la República (2008) reconoce expresamente en su artículo 35 (grupos de atención prioritaria) el derecho a una vejez digna, activa e integradora, mientras que la Ley Orgánica para la Protección Integral de las Personas Adultas Mayores (LOPIPMAM, 2016) establece obligaciones concretas al Estado para garantizar su acceso a salud, seguridad social, participación social y protección contra toda forma de violencia y discriminación.

Sin embargo, en territorios rurales como Barbones, este andamiaje legal permanece en la letra estéril debido a su desconocimiento por parte de las propias personas mayores, sus familias y hasta las autoridades locales, lo que permite que prácticas como la exclusión de programas sociales (solo el 12% de cobertura), la falta de adaptación territorial de servicios o la indiferencia institucional ante trastornos emocionales se perpetúen sin ser cuestionadas como violaciones de derechos.

Apropiarse de este marco normativo transforma a los adultos mayores de sujetos pasivos de asistencia en ciudadanos con derechos exigibles, dotándolos de un lenguaje jurídico para demandar al GAD Parroquial, GAD municipal, al MSP o al IESS el cumplimiento de obligaciones

estatales, y convirtiendo la denuncia del edadismo no en un reclamo subjetivo, sino en una exigencia fundada en estándares constitucionales y convencionales de derechos humanos.

Además, el conocimiento del marco normativo es indispensable para articular respuestas institucionales efectivas y territorializadas que superen el asistencialismo fragmentado que caracteriza la atención actual en contextos rurales. Instrumentos internacionales ratificados por Ecuador, como la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2017) y los Principios de las Naciones Unidas para las Personas de Edad, establecen estándares claros sobre autonomía, participación, no discriminación y enfoque de ciclo de vida, que deben traducirse en políticas locales con presupuesto asignado, talento humano capacitado y mecanismos de rendición de cuentas.

Cuando líderes comunitarios, funcionarios parroquiales y equipos universitarios comprenden que la exclusión geográfica de adultos mayores de zonas alejadas, no es una "limitación logística" sino una violación al principio de igualdad material (Art. 11 Constitución), o que la falta de acompañamiento psicológico frente a cuadros depresivos (presentes en el 17% de la muestra) contraviene el derecho a la salud integral (Art. 343 Constitución), emergen propuestas transformadoras: desde exigir partidas presupuestarias específicas en el POA parroquial hasta diseñar protocolos interinstitucionales de prevención de riesgo suicida con base en obligaciones estatales. En este sentido, el marco normativo deja de ser un conjunto abstracto de leyes para convertirse en brújula ética y operativa que guía la construcción de "territorios de

cuidado", donde el respeto el adulto mayor y la inclusión social dejan de ser aspiraciones retóricas para materializarse en derechos garantizados, exigibles y fiscalizables por las propias comunidades.

2.1 El edadismo en las políticas publicas

“El envejecimiento se ha convertido en un desafío que requiere considerar a las personas mayores como titulares de derechos y no solo como personas vulnerables que deben ser dotadas de asistencia y cuidado, dándole así un enfoque integral” (Abreus y González, 2023). Para ello es indispensable construir redes de cooperación interinstitucional que provoque sinergias que fortalezcan las instancias estatales en sus diferentes niveles de concreción territorial y que además contribuyan a modificar las estructuras sociales con un cambio de visión sobre los principios de inclusión, igualdad, interdependencia y afectividad hacia las los grupos de atención prioritaria. Toda vez que la edad nunca puede ser motivo para restringir derechos, atropellar la dignidad o socavar la autonomía.

La cuestión es que, frente al aumento paulatino de la esperanza de vida y la disminución de la fecundidad, la población de personas mayores de 60 años de edad se está incrementando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad, en lo local, nacional y en los demás países, ello hace suponer el éxito en la política pública de salud, pero también un reto que tiene que ser abordado de manera controlada y técnica.

La parroquia Barbones es una comunidad rural perteneciente a la jurisdicción del cantón El Guabo, provincia de El Oro; por ser zona rural enfrenta problemas que no son abordaos en su totalidad: la calidad y

cobertura de agua potable, alcantarillado, recolección de basura, construcción de áreas de recreación social, entre otras que se constituyen en deudas pendientes para las administraciones de los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD), como el caso de la parroquia Barbones.

El proyecto se articula con los siguientes instrumentos legales y de la planificación: con los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS): 1, fin a la pobreza; 2, fin al hambre; 3, salud y bienestar para todos; 10, reducción de desigualdades.

Plan Nacional de desarrollo (Creación de Oportunidades 2021-2025), eje social: Erradicación de la pobreza, inclusión social e igualdad en la diversidad. Salud gratuita y de calidad. Educación diversa y de calidad; Objetivos: 5, Proteger a las familias, garantizar sus derechos y servicios, erradicar la pobreza y promover la inclusión social; 6, Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad; 7. Potenciar las capacidades de la ciudadanía y promover una educación innovadora, inclusiva y de calidad en todos los niveles: 8. Generar nuevas oportunidades y bienestar para las zonas rurales, con énfasis en pueblos y nacionalidades.

Constitución del Ecuador 2008, capítulo segundo, Derechos del Buen Vivir, del Art. 12 al Art. 34: agua y alimentación y alimentación, ambiente sano, comunicación e información, cultura y ciencia, educación, hábitat y vivienda, salud, trabajo y seguridad social. Capítulo tercero, derechos de las personas y grupos de atención prioritaria del Art. 35 al 38. Objetivos del régimen de desarrollo Art. 276, literal 1. Mejorar

la calidad y esperanza de vida, y aumentar las capacidades y potencialidades de la población en el marco de los principios y derechos que establece la Constitución. Otro marco jurídico fundamental es la Ley Orgánica de las personas adultas mayores.

Por lo expuesto es altamente justificable la formulación y ejecución del proyecto "Inclusión de adultos mayores en entornos saludables y de buen trato socio familiar", ya que incluye entre sus componentes y actividades la construcción de escenarios da capacitación con base en la ley y la constitución que advierte de derechos de las personas adultas mayores, buen trato, mediación familiar, cooperación interinstitucional, ofertas de servicios disponibles y los requerimientos de atención, planes comunicacionales en medios, la construcción de espacios de recreación deportiva y entretenimiento socio familiar comunitario

2.2 Constitución del Ecuador – 2008

El Art. #5 de la constitución del vigente en el Ecuador, concibe a los adultos mayores como personas insertas en los grupos de atención prioritaria, por lo tanto, les otorga derechos a que reciban atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. Por considerar que el envejecimiento de las personas plantea importantes retos sociales, económicos y sanitarios. Es decir, la constitución – 2008, dispone los mecanismos enfocados al cuidado gerontológico, subrayan la responsabilidad del Estado y las instituciones de garantizar condiciones de vida dignas, acceso a servicios de salud y políticas que reduzcan las desigualdades que afecten a los grupos más vulnerables tales como las personas de la tercera edad.

El Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años.

Art. 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.

2. El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones.

3. La jubilación universal.

4. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.

5. Exenciones en el régimen tributario.

6. Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley.

7. El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento (Constitución de la República del Ecuador, 2008, pág. 20).

Art. 38.- El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las

diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas.

En particular, el Estado tomará medidas de:

1. Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.

2. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. El Estado ejecutará políticas destinadas a fomentar la participación y el trabajo de las personas adultas mayores en entidades públicas y privadas para que contribuyan con su experiencia, y desarrollará programas de capacitación laboral, en función de su vocación y sus aspiraciones.

3. Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social.

4. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones.

5. Desarrollo de programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas y espirituales.

6. Atención preferente en casos de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.

7. Creación de regímenes especiales para el cumplimiento de medidas privativas de libertad. En caso de condena a pena privativa de libertad, siempre que no se apliquen otras medidas alternativas, cumplirán su sentencia en centros adecuados para el efecto, y en caso de prisión preventiva se someterán a arresto domiciliario.

8. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.

9. Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental.

La ley sancionará el abandono de las personas adultas mayores por parte de sus familiares o las instituciones establecidas para su protección (Constitución de la República del Ecuador, 2008, pág. 21).

Derechos de libertad. Art. 66.- Se reconoce y garantizará a las personas:

2. El derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad y otros servicios sociales necesarios (Constitución de la República del Ecuador, 2008, pág. 32).

Responsabilidades. Art. 83.- Son deberes y responsabilidades de las ecuatorianas y los ecuatorianos, sin perjuicio de otros previstos en la Constitución y la ley:

4. Colaborar en el mantenimiento de la paz y de la seguridad.

Administración pública. "Art. 227.- La administración pública constituye un servicio a la colectividad que se rige por los principios de eficacia, eficiencia, calidad, jerarquía, desconcentración, descentralización, coordinación, participación, planificación, transparencia y evaluación" (Constitución de la República del Ecuador, 2008, pág. 120).

2.3. Ley del adulto mayor

En Ecuador, se implementó la ley del adulto mayor con el objetivo de proteger, salvaguardar y garantizar el bienestar de los derechos de las personas mayores promoviendo su inclusión y participación activa en la sociedad; este grupo históricamente vulnerable, enfrenta diversos desafíos, como el envejecimiento, la falta de acceso a servicios de salud, la discriminación, la exclusión social, entre otros. En este contexto, la ley es una respuesta para atender las necesidades y demandas de los adultos mayores en el país, asegurando así su dignidad y calidad de vida.

En este contexto, a continuación, se presentan los artículos 3, 4, 5, 7, 11, 13, 43, 72 y 89 que benefician al adulto mayor haciendo énfasis hacia la construcción de una sociedad más justa y equitativa, en la que los derechos y necesidades de los adultos mayores sean atendidos de manera íntegra y participativa.

Según (secretaria general de la Asamblea Nacional, 2019) en base al título: I - principios y disposiciones fundamentales del Art 3. Fines, da a entender lo siguiente: b) Impulsar el cumplimento de mecanismos de promoción, asistencia, exigibilidad, protección y restitución de los derechos de las personas adultas mayores, garantizando el derecho a la igualdad y no discriminación.

d) Promover la corresponsabilidad y participación del Estado, sociedad y familia, para lograr la inclusión de las personas adultas mayores y su autonomía, teniendo en cuenta sus experiencias de vida y garantizar el pleno ejercicio de sus derechos.

g) Garantizar para las personas adultas mayores una vida digna mediante el acceso y disponibilidad de servicios necesarios con calidad y calidez, en todas las etapas del envejecimiento (pág. 05).

Art. 4.- Principios fundamentales y Enfoques de atención. Para la aplicación de la presente Ley, se tendrán como principios rectores: a) Atención prioritaria: Las instituciones públicas y privadas están obligadas a implementar medidas de atención prioritaria y especializada; y generar espacios preferenciales y adaptados que respondan a las diferentes etapas y necesidades de las personas adultas mayores, en la dimensión individual o colectiva.

b) Igualdad formal y material: Todas las personas adultas mayores son iguales ante la ley y gozarán de su protección y beneficio sin discriminación alguna. Se garantizará el trato justo y proporcional en las condiciones de acceso y disfrute de satisfacciones necesarias para el bienestar de las personas adultas mayores, sin distinción de ninguna

naturaleza, respetando los enfoques de género, generacional, intercultural, movilidad humana, territorial y de integralidad de derechos.

c) Integración e inclusión: Se garantiza de manera progresiva la incorporación de las personas adultas mayores, en las actividades públicas y privadas que sean de su interés, valorando y respetando la diversidad humana con el objetivo de convivir, contribuir y construir oportunidades reales para el ejercicio de sus derechos.

e) No discriminación: Se prohíbe toda discriminación o distinción no razonable contra las personas adultas mayores, ni deberá estar sujeta a acciones u omisiones que tengan como efecto anular, excluir o restringir el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones de los derechos fundamentales en la esfera política, económica, social, cultural o en cualquier otra circunstancia de la vida pública o privada (pág. 07).

Título: II - de los sujetos de la ley y sus deberes. Capítulo I - de los sujetos, se considera lo siguiente:

Art. 5.- Persona adulta mayor. Para efecto de la presente Ley, se considera persona adulta mayor aquella que ha cumplido los 65 años de edad.

Capítulo II - de la información de las personas adultas mayores y de las personas jurídicas dedicadas a su atención, se establece lo siguiente:

Art. 7.- Registro de las personas jurídicas dedicadas a la atención de las personas adultas mayores. - Las personas jurídicas públicas, privadas,

de economía mixta y comunitarias que se dediquen a la atención o cuidado de personas adultas mayores, requerirán el permiso de funcionamiento otorgado por la autoridad nacional de inclusión económica y social, conforme el Reglamento General a esta Ley (pág. 09).

Capítulo III - de los deberes del estado, sociedad y la familia frente a las personas adultas mayores, se decreta lo siguiente:

Art. 11.- Corresponsabilidad de la Familia. La familia tiene la corresponsabilidad de cuidar la integridad física, mental y emocional de las personas adultas mayores y brindarles el apoyo necesario para satisfacer su desarrollo integral, respetando sus derechos, autonomía y voluntad.

Es corresponsabilidad de la familia:

a) Apoyar en el proceso para fortalecer las habilidades, competencias, destrezas y conocimientos del adulto mayor;

b) Promover entornos afectivos que contribuyan a erradicar la violencia;

c) Cubrir sus necesidades básicas: una adecuada nutrición, salud, desarrollo físico, psíquico, psicomotor, emocional y afectivo;

d) Proteger al adulto mayor de todo acto o hecho que atente o vulnere sus derechos; e) Proporcionar al adulto mayor espacios de recreación, cultura y deporte; y,

e) Atender sus necesidades psicoafectivas se encuentre o no viviendo en el ámbito familiar.

f) Desarrollar y fortalecer capacidades, habilidades, destrezas y prácticas personales y familiares para el cuidado, atención y desarrollo pleno de los adultos mayores en el ámbito familiar (pág. 12).

Título: III de los derechos, exoneraciones y beneficios de las personas adultas mayores. Capítulo II - de los beneficios no tributarios, se establece que:

Art. 13.- De los beneficios no tributarios. Las personas adultas mayores, gozarán de los siguientes beneficios.

Se exonera el 50% del valor de consumo que causare el uso de los servicios de los medidores de energía eléctrica, de agua potable y de la tarifa de teléfono a las instituciones sin fines de lucro que den atención a las personas de la tercera edad como: asilos, albergues, comedores e instituciones gerontológicas (pág. 13).

Sección XI - del derecho a la salud integral, física, mental, sexual y reproductiva. Art. 43.- Sobre la importación de medicamentos para el tratamiento de las personas adultas mayores. Los medicamentos necesarios para el tratamiento especializado, geriátrico y gerontológico que no se produjeren en el país, podrán ser importados, libres del pago de impuestos y de derechos arancelarios, por las instituciones dedicadas a la protección y cuidado de las personas adultas mayores, previa autorización de la autoridad nacional de inclusión económica y social y de la salud pública (pág. 20).

Del: Capítulo III - Atribuciones de los integrantes del sistema nacional de protección integral de derechos de las personas adultas mayores. Art. 72.- Atribuciones de la autoridad sanitaria nacional. Sin perjuicio de las facultades legales y reglamentarias establecidas en relación con esta Ley, tendrá las siguientes atribuciones:

d) Garantizar la presencia de personal de salud especializado, así como la dotación de medicamentos para la atención a los usuarios de los centros gerontológicos de administración directa del ente rector de la inclusión económica y social (pág. 31).

Capítulo V - Modalidades para la atención integral. Art. 89.- Modalidades para la atención integral. Deberán implementarse progresivamente las siguientes modalidades de atención:

a) Centros gerontológicos residenciales: Son servicios de acogida, atención y cuidado para personas adultas mayores que requieran atención integral en alimentación, alojamiento, vestido, salud y otros que no puedan ser atendidos por sus familiares;

b) Centros gerontológicos de atención diurna: Son servicios de atención durante el día, sin internamiento, con el objeto de evitar su institucionalización, segregación o aislamiento que promueven el envejecimiento positivo y la ciudadanía activa (pág. 35).

UNIDAD III

3 EL EDADISMO COMO FENÓMENO SOCIAL

En la unidad dos se hace un amplio recorrido por las definiciones que abordan el tema aludiendo no solo al irrespeto, sino a la ausencia de políticas públicas que se configuran como problema alrededor de las personas adultas mayores, toda vez que es indispensable comprender que el edadismo se configura como un fenómeno social estructural que trasciende las actitudes individuales para operar como un sistema de opresión arraigado en las instituciones, las representaciones simbólicas y las relaciones de poder que atraviesan las sociedades contemporáneas.

Acuñado por el geriatra estadounidense Robert Butler[1], el concepto denota "la discriminación sistemática basada en la edad, particularmente contra las personas mayores", pero su comprensión actual, tal como la define la Organización Mundial de la Salud (2021), abarca "los estereotipos, prejuicios y discriminación hacia las personas o grupos basados en su edad", manifestándose en tres dimensiones interconectadas: el edadismo interpersonal (microagresiones cotidianas), el institucional (políticas públicas excluyentes o falta de adaptación territorial de servicios) y el auto edadismo (internalización de estereotipos negativos que erosionan la autoestima).

Desde la teoría de la estratificación por edad, el edadismo se explica como un mecanismo mediante el cual las sociedades organizan el acceso

[1] Robert N. Butler (1927–2010). Destacado médico, gerontólogo, psiquiatra y activista estadounidense, reconocido por acuñar el término "edadismo" (ageism) en 1969 para describir la discriminación por edad. Fue el primer director del Instituto Nacional sobre el Envejecimiento (NIA) y fundador del Centro Internacional de Longevidad.

a recursos, roles y estatus según categorías etarias rígidas, relegando a las personas mayores a la marginalidad al asociar la vejez con dependencia, improductividad y declive. Esta visión, profundamente arraigada en sociedades capitalistas que valoran la juventud y la productividad económica, se refuerza mediante representaciones mediáticas que invisibilizan o caricaturizan a las personas mayores, naturalizando su exclusión de espacios de decisión y participación social.

Comprender el edadismo exige articularlo con enfoques teóricos críticos que revelen su interseccionalidad y su carácter histórico cultural. La perspectiva gerontológica crítica desmonta la idea de que el envejecimiento es un proceso universal y biológicamente determinado, para mostrarlo como una construcción social que varía según el género, la clase, la etnia y el territorio: en contextos rurales como Barbones, el edadismo se entrelaza con el abandono estatal, el aislamiento geográfico y la pobreza, generando formas específicas de vulneración donde la discriminación no se expresa solo mediante insultos o maltrato directo (solo el 30% reporta discriminación explícita), sino mediante la ausencia de políticas adaptadas a su realidad territorial, como la focalización exclusiva de programas en la cabecera parroquial que excluye al 88% de adultos mayores de zonas alejadas.

La teoría de la exclusión social permite interpretar estas dinámicas como procesos multidimensionales donde la edad opera como marcador de inferioridad que justifica la negación de derechos fundamentales: acceso a salud preventiva, participación en decisiones comunitarias o reconocimiento de sus saberes. Lejos de ser un fenómeno residual, el edadismo es un dispositivo de control social que reproduce jerarquías

etarias para mantener estructuras de poder; por ello, su estudio requiere integrar el enfoque de derechos humanos que reconoce a las personas mayores como titulares plenos de derechos, con la perspectiva territorial, que evidencia cómo el espacio rural no es un escenario neutral sino un territorio donde las desigualdades se agravan por la intersección entre edadismo, ruralidad y precariedad institucional, exigiendo respuestas políticas no universales sino profundamente contextualizadas.

3.1 El edadismo

El edadismo es la discriminación que sufren las personas por cuestiones relacionadas a su edad. La RAE (2025) define al edadismo como "la discriminación, por razones de edad especialmente de las personas mayores o ancianas". De la misma manera la RAE (2025) incorpora el concepto edadismo describiéndolo como la "discriminación por razón de edad, especialmente de las personas mayores o ancianas".

"El edadismo es un fenómeno global, afecta a personas de todas las edades y sus efectos se pueden observar en diversas áreas de la sociedad" (ObservatorioDelEdadismo, 2023). Se manifiesta a través de estereotipos, prejuicios y prácticas discriminatorias que pueden afectar negativamente la vida de las personas, tanto jóvenes como mayores. El edadismo no solo impacta la salud y el bienestar individual, sino que también dificulta la creación de políticas efectivas relacionadas con el envejecimiento saludable.

3.1.1 Origen y evolución del edadismo

De acuerdo con los registros de Columbia (2024) el primer término relacionado con la discriminación a las personas mayores fue el término *ageism* en 1968 por el gerontólogo Robert Butler, un pionero en gerontología. Butler, en una entrevista para el periódico *Washington Post* sobre la resistencia de la comunidad en un programa de creación de viviendas para personas mayores, mencionó «el paralelismo con el sexismo y el racismo en cuanto a actitudes negativas hacia la edad, es una auténtica barbaridad, ¡el racismo es como el edadismo! Su indignación y el término acompañaron esta primera mención hacia la discriminación por razón de edad. Posteriormente, escribió un artículo llamado "Edadismo, otra forma de intolerancia" usando por primera vez el término en una publicación. Como dato curioso, Butler ganó un premio Pulitzer por su libro ¿Por qué sobrevivir siendo una persona mayor en América?

3.1.2 Manifestaciones del edadismo

El edadismo implica la construcción y difusión de estereotipos negativos sobre el envejecimiento, los cuales derivan en actitudes prejuiciosas y prácticas discriminatorias hacia las personas mayores. Estos estereotipos consisten en atribuciones generalizadas y carentes de fundamento empírico, que buscan clasificar y simplificar de forma excesiva los rasgos, comportamientos y características de los individuos pertenecientes a este grupo etario. De este modo, se reduce la diversidad y complejidad del envejecimiento humano a nociones rígidas y estigmatizantes, reproduciendo visiones distorsionadas que afectan la

dignidad y el reconocimiento social de las personas mayores. (Coelho et al., 2024).

En efecto, el edadismo, entendido como la discriminación basada en la edad, especialmente hacia las personas mayores, constituye un fenómeno social que refleja las estructuras de poder, los sistemas de valores y las formas de exclusión presentes en las sociedades contemporáneas. La definición que ofrece la RAE evidencia un reconocimiento institucional del término, lo que marca un avance en la visibilización de este tipo particular de discriminación. No obstante, desde una perspectiva sociológica, resulta crucial comprender que el edadismo no es solo una cuestión de actitudes individuales, sino una construcción social profundamente arraigada en los discursos culturales, las prácticas institucionales y las relaciones de poder intergeneracionales.

En el marco de la modernidad y el capitalismo tardío, el valor social del individuo tiende a estar asociado a la productividad, la innovación y la juventud, relegando a las personas mayores a roles marginales o dependientes. Esta lógica se traduce en una desvalorización simbólica de la vejez, en la que se construyen estereotipos negativos como la inutilidad, la fragilidad o la incapacidad de adaptación que refuerzan su exclusión del espacio público, del mercado laboral y de la participación social plena. Pierre Bourdieu (1999) citado en Fernández Fernández (2013) advertía cómo el capital simbólico, entre ellos el capital etario, puede ser motivo de distinción o de exclusión, dependiendo del contexto social.

Además, el edadismo puede analizarse como un mecanismo de reproducción de la desigualdad social, en la medida en que afecta el acceso a derechos fundamentales como la salud, la educación continua, la vivienda y la representación política. Las instituciones, al normalizar ciertas prácticas (como la jubilación obligatoria o el lenguaje infantilizante hacia los ancianos), contribuyen a cristalizar estas formas de exclusión como parte del "orden natural" de las cosas. Desde la teoría del conflicto, esta situación puede ser entendida como una forma de dominación simbólica que sostiene el privilegio de los grupos etarios más jóvenes, reforzando jerarquías sociales sostenidas en el control de los recursos y el reconocimiento (Silva García, 2008).

El edadismo no es únicamente una forma de discriminación interpersonal, sino un fenómeno estructural que debe ser analizado críticamente dentro del entramado social más amplio. Desafiarlo implica repensar las representaciones sociales sobre el envejecimiento, diseñar y/o reformular las políticas públicas, y generar una cultura de respeto intergeneracional que reconozca el valor, la diversidad y la dignidad de las personas mayores.

3.1.3 Consecuencias del edadismo

Efectos en la salud mental, bienestar y calidad de vida de los adultos mayores. Desde una perspectiva sociológica crítica, el edadismo no es simplemente una actitud prejuiciosa contra las personas adultas mayores, sino un fenómeno estructural profundamente enraizado en las formas contemporáneas de organización social. Se trata de una forma de discriminación sistémica basada en la edad, que se expresa en narrativas

culturales, prácticas institucionales y políticas públicas que marginan a las personas mayores y reducen sus posibilidades de participación social, económica y simbólica. En este sentido, el edadismo constituye una de las formas más naturalizadas, invisibles y toleradas de exclusión social, que genera consecuencias como:

3.1.3.1 Desvalorización simbólica del envejecimiento

El edadismo opera no solo como una forma de discriminación práctica, sino también como una forma simbólica de desvalorización social profundamente arraigada en el imaginario colectivo.

"Las creencias negativas sobre el envejecimiento han contribuido a generar actitudes, conductas y emociones negativas hacia las personas mayores" (Chulián y otros, 2024, pág. 69). Esto afecta profundamente, ya que es un proceso que se manifiesta en la construcción cultural de la vejez como sinónimo de inutilidad, enfermedad, dependencia, decadencia física o deterioro mental. En lugar de ser reconocida como una etapa legítima del ciclo vital, rica en saberes, experiencias y aportes posibles, la vejez es representada como una fase de pérdida progresiva que debe ser evitada, ocultada o soportada con resignación. por tanto, las consecuencias discriminación a las personas por la edad, son reconocidas como un problema mundial que afecta la salud y el bienestar de los seres humanos (Martínez y otros, 2022).

Estas representaciones están alimentadas por una lógica juvenilista, individualista y productivista, propia de las sociedades contemporáneas neoliberales. En este marco, el valor de los sujetos se mide en términos de su capacidad de producir bienes, generar ingresos, consumir de forma

activa o cumplir con estándares estéticos asociados a la juventud y al rendimiento corporal. Al no responder a estas exigencias, las personas adultas mayores son colocadas fuera del ideal hegemónico de ciudadano "útil", lo cual legitima su exclusión y marginalidad.

La desvalorización simbólica de la vejez no ocurre en el vacío. Se reproduce cotidianamente a través de los medios de comunicación, la publicidad, la industria del entretenimiento, la moda y los discursos institucionales, que promueven modelos aspiracionales centrados en la juventud eterna, el cuerpo activo, el éxito económico y la autosuficiencia individual. En este contexto, las personas mayores tienden a ser invisibilizadas o representadas de forma estigmatizante, como frágiles, desactualizadas, dependientes o cómicamente inútiles. Esto genera un doble efecto: por un lado, elimina su presencia en los relatos sociales dominantes; por otro, condiciona la forma en que ellas mismas se ven y se valoran, profundizando procesos de autoexclusión y deterioro psicoemocional. Por el contrario, los adultos mayores son personas con amplia capacidad productiva, de manera que su aporte es de valiosa contribución al bienestar familiar y social (Miralles, 2010).

Desde el punto de vista sociológico y cultural, esta invisibilización puede entenderse como un mecanismo de violencia simbólica, poder y lucha (Bourdieu) analizado por (Calderone, 2004); de hecho, la noción de violencia simbólica juega un rol teórico central en el análisis de la dominación en general, su espectro de análisis la convierte en una base indispensable para explicar fenómenos aparentemente tan diferentes como la dominación personal en sociedades tradicionales o la dominación de clase en las sociedades avanzadas (Fernandez, 2005). En

cuanto a la subordinación de la vejez, esta se impone de manera sutil, sin necesidad de coerción directa, actúa mediante la interiorización de los valores dominantes. Así, la ausencia de referentes positivos sobre el envejecimiento o de representaciones diversas y dignas de la vejez limita el derecho de las personas mayores a existir públicamente con plena identidad y contribuye a su marginación subjetiva y social.

Además, la desvalorización simbólica tiene efectos materiales concretos. Cuando la vejez es percibida como carencia, se tiende a excluir a las personas mayores de espacios de participación política, escenarios de innovación, roles de liderazgo comunitario y procesos deliberativos. Esta exclusión socava no solo sus derechos ciudadanos, sino también el potencial intergeneracional que representa su experiencia acumulada para la sociedad en su conjunto.

La vejez es una condición humana ineludible, las concepciones dominantes sobre la vejez provocan que este periodo de vida se convierta en un terreno social y cultural donde se trenzan variadas formas de apreciación de lo que es ser viejo o más bien, de lo que se pierde con la vejez (Robles Silva, 2005). Claro está, la mirada reductiva omite deliberadamente la diversidad interna de la vejez, negando las múltiples formas de envejecer que existen según el género, la clase social, la etnia, la ruralidad o las condiciones de vida previas. Al tratar a la vejez como un grupo homogéneo definido por la fragilidad, se perpetúa una forma de esencialismo que impide ver sus capacidades, saberes y posibilidades de contribución activa.

En términos concretos, la desvalorización simbólica de la vejez es una de las expresiones más sutiles, pero también más profundas, del edadismo estructural; la vejez ha sido estructurada dentro del grupo de marginados de la sociedad, es decir, para el resto de la sociedad no "vieja", "no encuentran razón para que existan" (DeHaro Honrubia, 2014). Desmontarla requiere un cambio cultural radical, que promueva nuevas narrativas sobre el envejecimiento, visibilice a las personas mayores en su diversidad y complejidad, y reconozca su rol insustituible en la producción de vínculos, memorias colectivas, solidaridad social y sostenibilidad comunitaria. En definitiva, se trata de pasar del silenciamiento a la reivindicación de la vejez como una dimensión viva, digna y activa del ser humano.

3.1.3.2 Exclusión de espacios económicos y laborales

En las sociedades contemporáneas, altamente condicionadas por la lógica capitalista, utilitarista y competitiva del rendimiento, el valor de las personas suele estar asociado a su capacidad productiva, su juventud y su adaptabilidad tecnológica. En este contexto, el edadismo en el ámbito económico y laboral se manifiesta de forma contundente mediante prácticas sistemáticas de exclusión de las personas adultas mayores del mercado de trabajo formal, lo cual constituye una forma de discriminación estructural profundamente naturalizada.

Lejos de ser evaluados por sus capacidades, experiencias o saberes acumulados, los adultos mayores son frecuentemente percibidos como un "costo" dentro del sistema productivo. Se les atribuyen estereotipos negativos relacionados con la lentitud, la rigidez, la resistencia al

cambio o la baja productividad, lo que justifica prácticas como el despido anticipado, la no contratación, o la imposibilidad de acceder a procesos de formación y reconversión laboral. Esta visión reduccionista invisibiliza el potencial del envejecimiento activo y limita el derecho al trabajo digno en etapas avanzadas de la vida.

En muchos países, la legislación laboral, aunque no abiertamente, favorece la desvinculación laboral temprana a través de esquemas de jubilación obligatoria, sin considerar las preferencias, necesidades o condiciones de vida de los trabajadores mayores. En los sectores informales, la situación es aún más crítica: muchas personas adultas mayores continúan trabajando sin protección social, en condiciones precarias, sin acceso a pensiones ni cobertura médica, lo que profundiza su vulnerabilidad y marginalidad económica.

La exclusión laboral también tiene consecuencias subjetivas y sociales. Para muchas personas mayores, el trabajo no solo representa una fuente de ingresos, sino también un espacio de socialización, autoestima, reconocimiento y sentido de pertenencia. La pérdida del empleo o la negación de oportunidades productivas impactan negativamente en su salud mental, incrementan los riesgos de aislamiento social y deterioran su calidad de vida. El trabajo, en este sentido, cumple una función identitaria clave que el edadismo les arrebata.

En los contextos rurales o empobrecidos, donde los sistemas de seguridad social son débiles, fragmentados o inexistentes, la falta de ingresos en la vejez obliga a muchas personas adultas mayores a depender económicamente de sus familias o a continuar trabajando en

condiciones inadecuadas. Esto genera tensiones intergeneracionales, precariza las relaciones familiares y perpetúa el ciclo de pobreza. De igual manera, la escasa cobertura de las pensiones o la falta de reconocimiento de trayectorias laborales informales impide que los adultos mayores accedan a una vejez digna.

Sociológicamente, la exclusión debe comprenderse como parte de una estructura de poder etario, donde los sujetos jóvenes son privilegiados en la distribución de recursos, oportunidades y legitimidad social. Esta forma de discriminación por edad no es aislada, sino que interactúa con otras dimensiones de desigualdad como el género, la clase social, la etnicidad o la ruralidad. Por ejemplo, las mujeres mayores enfrentan dobles o triples formas de exclusión al haber desempeñado labores de cuidado no remuneradas durante gran parte de su vida y no haber cotizado formalmente al sistema.

Frente a esta realidad, es necesario repensar el modelo económico desde una lógica más inclusiva, intergeneracional y sostenible. La inclusión laboral de las personas mayores no solo es un derecho humano, sino también una oportunidad para construir sociedades más equitativas y cohesionadas. La experiencia acumulada, la capacidad de mentoría, la estabilidad emocional y la ética del trabajo que caracterizan a muchos adultos mayores son recursos sociales valiosos que deben ser incorporados y reconocidos en las dinámicas económicas.

En otros términos, el edadismo económico laboral no solo priva a las personas adultas mayores del derecho al trabajo y a la seguridad económica, sino que reproduce una lógica de desecho social

incompatible con los principios de justicia, dignidad y derechos humanos. Superarlo implica promover políticas públicas que fomenten el empleo inclusivo, eliminar barreras institucionales, crear programas de capacitación para la adultez tardía, ampliar la protección social y, sobre todo, transformar las mentalidades que aún asocian envejecimiento con obsolescencia. Solo así será posible garantizar el acceso a una vejez activa, autónoma y con sentido, como parte integral del desarrollo humano y colectivo.

3.1.3.3 Emprendimientos productivos para adultos mayores

En el contexto de una transición demográfica acelerada, caracterizada por el envejecimiento sostenido de la población, se vuelve urgente repensar las formas de participación social y económica de las personas adultas mayores. Frente a un modelo social que tiende a excluir a quienes superan ciertos umbrales etarios del mundo productivo, los emprendimientos comunitarios emergen como una alternativa viable para fortalecer la autonomía, fomentar la inclusión social y generar condiciones materiales para una vejez digna. Este capítulo analiza, desde una perspectiva sociológica crítica, el potencial de los emprendimientos productivos adaptados a las condiciones, intereses y capacidades de las personas mayores.

La vejez suele ser interpretada por el sistema económico dominante como una etapa improductiva, asociada a la dependencia y la obsolescencia. Esta percepción, sustentada por el edadismo estructural, justifica la exclusión de las personas mayores del empleo formal, de los espacios de formación técnica, y de los circuitos de innovación. Como

consecuencia, se debilitan sus fuentes de ingreso, se incrementa la dependencia económica y se profundiza la precarización de sus condiciones de vida, especialmente en contextos rurales, con sistemas de seguridad social débiles o fragmentados.

Desde una mirada sociológica, esta exclusión no solo es resultado de la edad, sino de trayectorias de vida marcadas por desigualdades de clase, género, etnia y acceso a oportunidades. En este sentido, el emprendimiento productivo no debe ser entendido únicamente como una estrategia económica, sino como una herramienta de transformación social que permite a los adultos mayores reconstruir su rol en la comunidad, revalorizar su experiencia y mantenerse activos, creativos y autónomos.

Los emprendimientos productivos para adultos mayores constituyen una estrategia innovadora, inclusiva y socialmente necesaria para revertir las lógicas edadistas que los marginan del ámbito económico. Desde una perspectiva de envejecimiento activo y ciudadanía plena, se trata de promover la autonomía, el empoderamiento y la integración social de este grupo etario, reconociendo sus aportes como sujetos históricos, culturales y económicos.

Lejos de ser una carga, las personas mayores son portadoras de saberes, experiencias y capacidades que pueden convertirse en una fuente de desarrollo colectivo. Su inclusión productiva no solo representa una forma de justicia social, sino también una apuesta por una sociedad intergeneracional, cooperativa y con sentido humano.

Para que los emprendimientos dirigidos a personas adultas mayores sean efectivos, sostenibles e inclusivos, es necesario diseñarlos considerando un conjunto de principios:

Enfoque gerontológico e interseccional: deben partir del reconocimiento de las capacidades, saberes y limitaciones propias de esta etapa del ciclo vital.

Adaptabilidad y bajo riesgo: actividades con baja exigencia física, inversión mínima y retorno emocional y económico tangible.

Vinculación intergeneracional y comunitaria: fortalecen redes de apoyo, transmiten saberes y generan sentido de pertenencia.

Valor simbólico y cultural: los productos o servicios deben contribuir a rescatar tradiciones, prácticas y conocimientos locales.

Accesibilidad territorial y técnica: deben ejecutarse en los espacios donde viven los adultos mayores, con herramientas y recursos apropiados.

Tipologías de emprendimientos productivos viables

Producción artesanal. Incluye tejidos, bordados, sombreros, bisutería, cerámica y otras manualidades que pueden elaborarse en el hogar. Aprovechan conocimientos tradicionales, requieren poca inversión y permiten participación en ferias o mercados solidarios.

Agricultura familiar y huertos agroecológicos. Cultivo de hortalizas, plantas medicinales, crianza de aves menores y productos derivados.

Estas actividades promueven la soberanía alimentaria, el contacto con la naturaleza y el ejercicio físico moderado.

Gastronomía tradicional. Preparación de alimentos autóctonos, dulces, bebidas fermentadas o panes caseros. Estas iniciativas permiten rescatar la cultura culinaria y generar ingresos a través de ventas locales.

Servicios educativos, culturales y de cuidado. Tutorías, narración oral, cuidado infantil o de otros adultos mayores, actividades recreativas o culturales. Promueven el empoderamiento y la transmisión de conocimientos.

Turismo comunitario. Participación como guías culturales, elaboración de recuerdos artesanales, narración de historias locales. Estas iniciativas visibilizan la memoria histórica de los adultos mayores y aportan al desarrollo local.

Condiciones para su implementación exitosa.

La implementación de emprendimientos productivos para adultos mayores debe estar acompañada por:

Procesos de capacitación continua, accesibles y adaptados. Asistencia técnica interdisciplinaria, con participación de profesionales en trabajo social, economía, salud y educación.

Acceso a microcréditos o fondos solidarios, sin requisitos excluyentes. Inclusión en políticas públicas y programas estatales, con enfoque de derechos y territorialidad.

Participación activa en instituciones u organizaciones. Provocar la inserción en acciones de instituciones, ONG´s. asociaciones, comités, gobiernos locales en planes, programas y proyectos de activación laboral y económica, al igual que en las universidades en el marco de la vinculación comunitaria.

3.1.3.4 Desigualdad en el acceso a servicios sociales y de salud

En el campo de la salud, el edadismo adquiere expresiones particularmente graves, al configurar un trato desigual, sesgado y frecuentemente negligente hacia las personas adultas mayores. Esta forma de discriminación se manifiesta, en primer lugar, en la naturalización de sus dolencias, que suelen interpretarse erróneamente como manifestaciones inevitables del envejecimiento, en lugar de ser consideradas como condiciones tratables o prevenibles. Tal concepción reduccionista del envejecimiento biológico retrasa diagnósticos clínicos, limita el acceso a tratamientos oportunos y contribuye a una actitud de desatención o indiferencia en los servicios de salud.

Esta mirada biologicista y fatalista refuerza una cultura médica centrada en la juventud y la funcionalidad, donde los cuerpos envejecidos pierden valor terapéutico y se consideran pacientes de “bajo retorno”. Como consecuencia, se producen decisiones médicas discriminatorias como la exclusión de personas adultas mayores de intervenciones especializadas, la omisión de exámenes de detección temprana (como tamizajes para cáncer u osteoporosis), o la negativa a realizar procedimientos quirúrgicos o rehabilitaciones que sí se aplicarían a pacientes más jóvenes con los mismos síntomas.

A este sesgo clínico se suma una debilidad estructural de los sistemas sanitarios, que en muchos casos carecen de una perspectiva gerontológica e integral. Las políticas públicas en salud, particularmente en países con sistemas precarios o fragmentados, no consideran las dimensiones psicoemocionales, funcionales, cognitivas y sociales propias del envejecimiento. La atención se limita a una visión curativa y reactiva, sin estrategias preventivas, comunitarias ni centradas en el paciente como sujeto integral de derechos. Esta ausencia de enfoque interseccional y diferenciado vulnera el principio de equidad en salud y genera impactos acumulativos en la calidad de vida de este grupo etario.

Asimismo, la fragmentación de servicios y la escasa formación gerontológica del personal de salud incrementan los riesgos de maltrato institucional, desinformación, medicalización excesiva, y desatención de necesidades complejas como la salud mental, la nutrición, la rehabilitación funcional, o el acompañamiento al final de la vida. La invisibilización de la vejez como categoría prioritaria en las agendas públicas también impide la asignación de recursos suficientes, el desarrollo de infraestructuras adaptadas y la generación de tecnologías apropiadas para la atención geriátrica.

Desde una perspectiva sociológica crítica, esta situación no solo constituye una deficiencia técnica del sistema de salud, sino una expresión estructural del edadismo, que reproduce desigualdades históricas acumuladas a lo largo del ciclo de vida. Las personas mayores, en particular aquellas con bajos ingresos, que habitan zonas rurales, que pertenecen a grupos étnicos excluidos o que no cuentan con redes de

apoyo familiar, enfrentan una múltiple vulnerabilidad que es ignorada o subestimada por las instituciones sanitarias.

En suma, el edadismo en el ámbito de la salud configura una violación sistemática del derecho a una atención digna, oportuna, integral y sin discriminación por razones etarias. Superar esta forma de exclusión implica reestructurar los sistemas de salud desde una lógica de cuidado integral centrado en la persona, incorporar un enfoque de ciclo vital y derechos humanos, capacitar al personal desde la gerontología crítica y, sobre todo, transformar las representaciones sociales que sitúan a la vejez como una etapa de pasividad, inutilidad o enfermedad inevitable. Solo desde una mirada humanista, inclusiva e intergeneracional será posible garantizar el bienestar de quienes hoy son adultos mayores y de quienes, inevitablemente, también envejecerán.

3.1.3.5 Enfermedades más prevalentes

Las personas adultas mayores suelen enfrentar una serie de enfermedades crónicas y degenerativas que se vuelven más frecuentes con el paso del tiempo, debido al envejecimiento progresivo del organismo, el deterioro de los sistemas fisiológicos, y las condiciones de vida acumuladas a lo largo del ciclo vital

Las enfermedades no deben ser abordadas de forma aislada, sino desde un modelo de atención integral, que considere la interrelación entre condiciones físicas, psicológicas, sociales y ambientales. Asimismo, es clave la prevención (alimentación, actividad física, controles médicos) y el fortalecimiento de redes familiares, comunitarias e institucionales para asegurar una vejez digna, autónoma y con calidad de vida. A

continuación, se describen las enfermedades más comunes en adultos mayores, agrupadas en categorías clave, con una breve explicación de cada una:

Enfermedades cardiovasculares

- Hipertensión arterial: Es una de las afecciones más prevalentes. Aumenta el riesgo de infarto, insuficiencia cardíaca y accidentes cerebrovasculares.

- Insuficiencia cardíaca: Ocurre cuando el corazón no bombea sangre eficientemente. Genera fatiga, disnea y edema.

- Aterosclerosis: Endurecimiento y estrechamiento de las arterias, lo que puede causar angina de pecho, infarto y enfermedad vascular periférica.

Enfermedades metabólicas

- Diabetes tipo 2: Común en edades avanzadas, puede causar daño renal, neuropatías, ceguera y enfermedades cardiovasculares.

- Dislipidemia: Alteraciones en los niveles de colesterol y triglicéridos, que elevan el riesgo cardiovascular.

- Obesidad: A menudo relacionada con sedentarismo y mala alimentación, se asocia con diabetes, hipertensión y artrosis.

Enfermedades osteoarticulares

- Artrosis: Degeneración del cartílago articular que causa dolor, rigidez y limitación funcional, sobre todo en rodillas, caderas y columna.

- Osteoporosis: Disminución de la densidad ósea, que incrementa el riesgo de fracturas, especialmente en cadera y columna.

- Lumbalgias y dolores musculoesqueléticos: Pueden deberse a degeneración, inactividad física o posturas inadecuadas.

Enfermedades neurológicas y mentales

- Demencia (Alzheimer y otras): Deterioro cognitivo progresivo que afecta la memoria, el lenguaje, el juicio y la funcionalidad diaria.

- Enfermedad de Parkinson: Trastorno neurodegenerativo que causa temblores, rigidez, lentitud de movimientos y problemas de equilibrio.

- Depresión y ansiedad: Trastornos del estado de ánimo frecuentes, a menudo subdiagnosticados, que afectan el bienestar y la calidad de vida.

- Accidente cerebrovascular (ACV): Pérdida súbita de funciones neurológicas por interrupción del flujo sanguíneo cerebral.

Enfermedades respiratorias

- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC): Común en personas fumadoras o expuestas a contaminantes, afecta la respiración.

- Neumonías: Las infecciones respiratorias pueden ser graves en esta etapa, debido a la menor respuesta inmunológica.

Enfermedades del sistema digestivo y renal

- Gastritis y úlceras gástricas: Especialmente si consumen muchos medicamentos.

- Estreñimiento crónico: Asociado a dieta baja en fibra, sedentarismo y ciertos fármacos.

- Insuficiencia renal crónica: Progresiva pérdida de la función renal, asociada a diabetes e hipertensión.

Enfermedades oftalmológicas y auditivas

- Cataratas: Opacidad del cristalino, que dificulta la visión.

- Degeneración macular relacionada con la edad (DMAE): Afecta la visión central y fina.

- Presbiacusia: Pérdida gradual de la audición relacionada con la edad, que puede generar aislamiento social.

Cánceres comunes en la vejez

- Cáncer de próstata (en hombres)

- Cáncer de mama (en mujeres)
- Cáncer colorrectal y pulmonar: Ambos con alta prevalencia y complejidad en el tratamiento en edades avanzadas.

Caídas y síndromes geriátricos

- Síndrome de caídas: Muchas enfermedades previas, debilidad muscular y problemas de equilibrio favorecen las caídas, con alto riesgo de fracturas.
- Síndrome de fragilidad: Estado de vulnerabilidad fisiológica que aumenta el riesgo de discapacidad y dependencia.

3.1.3.6 Fragilidad en las redes sociales y familiares

El edadismo no solo tiene consecuencias en el plano individual o institucional, sino que también produce efectos profundos en las estructuras relacionales y simbólicas que configuran las redes familiares y comunitarias. En sociedades marcadas por una creciente valorización de la juventud, la productividad y el rendimiento económico, las personas adultas mayores son frecuentemente percibidas como una carga, como sujetos inactivos o como voces prescindibles en la toma de decisiones colectivas. Esta percepción, naturalizada y reproducida incluso dentro de los propios hogares, erosiona los vínculos intergeneracionales y debilita el rol social de la vejez como portadora de memoria, sabiduría y cohesión cultural.

Históricamente, en muchas culturas particularmente las indígenas y campesinas— los adultos mayores han desempeñado un papel central

como transmisores de saberes, valores, prácticas ancestrales y relatos fundacionales, consolidando así la identidad colectiva y la continuidad cultural. El edadismo interrumpe esta función, desplazándolos al margen de las dinámicas sociales y comunicativas. La exclusión simbólica se expresa en la invisibilización de su palabra, el menosprecio de sus experiencias y la infantilización de su criterio, elementos que fragmentan su autoestima y reducen su sentido de pertenencia.

Desde una mirada sociológica, esta situación puede analizarse como un empobrecimiento del capital social comunitario, entendido como el conjunto de relaciones de confianza, reciprocidad y apoyo mutuo que sostienen la vida cotidiana y el tejido social. Cuando las personas mayores son relegadas de los espacios de participación familiar o comunitaria, no solo se empobrece su vida personal, sino que se pierde una fuente invaluable de orientación, equilibrio emocional y cohesión colectiva. La fractura de estos vínculos debilita también los mecanismos de cuidado mutuo y la solidaridad estructural.

Uno de los efectos más significativos de esta exclusión es el aislamiento social no deseado, una condición que se ha convertido en una verdadera epidemia silenciosa en muchas sociedades contemporáneas. Privados de redes afectivas estables, muchos adultos mayores enfrentan soledad emocional, sensación de inutilidad y pérdida de sentido vital, lo cual no solo afecta su bienestar subjetivo, sino que incrementa el riesgo de enfermedades mentales como la depresión, la ansiedad y los trastornos cognitivos.

Adicionalmente, la desconexión familiar y comunitaria incrementa la exposición a situaciones de violencia, abandono, negligencia y desprotección, especialmente en contextos donde no existen políticas públicas sólidas de cuidado o los sistemas de protección social son débiles. La violencia hacia los adultos mayores, muchas veces ejercida en el ámbito intrafamiliar, se encuentra normalizada o invisibilizada por estigmas que justifican el maltrato como "problemas generacionales" o "falta de comprensión mutua".

Frente a este panorama, es imprescindible reconfigurar los imaginarios sociales sobre la vejez, promoviendo una cultura del respeto intergeneracional, la inclusión afectiva y la participación activa de las personas mayores en la vida social. Esto implica diseñar políticas públicas que fortalezcan los vínculos comunitarios, incentiven el reconocimiento de la vejez como etapa de valor, y fomenten entornos donde la ternura, la empatía y la escucha sean principios rectores del convivir.

En conclusión, el edadismo no solo margina a los adultos mayores de los espacios económicos y sanitarios, sino que desarticula los tejidos de afecto, memoria y pertenencia que sostienen el desarrollo humano en su dimensión más profunda: la relacional. Superar esta forma de exclusión requiere un compromiso ético, cultural e institucional que promueva el reconocimiento pleno de la vejez como una etapa valiosa, capaz de nutrir y enriquecer la vida familiar, comunitaria y colectiva.

3.1.3.7 Interiorización del estigma y deterioro psicoemocional

Una de las consecuencias más profundas y menos visibles del edadismo es su capacidad de ser interiorizado por las propias personas adultas mayores, un fenómeno conocido como autoedadismo. Este proceso consiste en la adopción inconsciente o consciente de los estereotipos sociales negativos sobre la vejez, lo que conduce a la autopercepción como sujetos obsoletos, improductivos, dependientes o socialmente irrelevantes. Lejos de ser solo una cuestión de opinión personal, la interiorización del estigma tiene implicaciones estructurales, afectivas y existenciales que afectan profundamente la calidad de vida, la salud mental y el sentido de sí en la adultez mayor.

Desde una perspectiva sociológica, este fenómeno puede entenderse como un efecto simbólico del poder cultural y discursivo, donde los imaginarios colectivos sobre el envejecimiento —transmitidos por los medios, las instituciones, las prácticas sociales y los discursos cotidianos— configuran el modo en que los sujetos se piensan a sí mismos y su lugar en el mundo. Cuando estos imaginarios están cargados de prejuicios, desvalorizaciones o caricaturas degradantes, es esperable que las personas mayores terminen reproduciendo esas narrativas en su autoconcepto, generando un proceso de auto-discriminación silenciosa que puede ser más devastador que la exclusión externa.

Entre los efectos más nocivos del auto- edadismo se encuentran la disminución de la autoestima, el retraimiento social, el deterioro del bienestar emocional y la pérdida del proyecto vital. Las personas

mayores que internalizan estos estigmas tienden a limitarse voluntariamente, a evitar espacios públicos, a rehusar nuevas oportunidades de aprendizaje o participación, e incluso a rechazar ayuda por considerar que "ya no tienen nada que aportar" o que "no vale la pena". Este proceso psicológico no solo empobrece su vida subjetiva, sino que fortalece los círculos de exclusión y marginación social.

En términos clínicos, la interiorización del estigma se asocia con un aumento de los trastornos afectivos, particularmente la depresión, la ansiedad y el insomnio, así como con el incremento del riesgo de suicidio en la vejez, especialmente en contextos donde las redes familiares o comunitarias son débiles o inexistentes. La literatura científica ha documentado que el sentimiento de ser una carga, la percepción de pérdida de valor y la soledad prolongada son factores determinantes en la aparición de ideaciones suicidas entre adultos mayores, fenómeno que, aunque subestimado representa una creciente preocupación en salud pública.

Además, el auto- edadismo afecta negativamente la adherencia a tratamientos médicos, el autocuidado y la motivación para mantener estilos de vida saludables. Las personas mayores que asumen pasivamente que "envejecer es enfermar" o que "todo malestar es normal a esta edad", tienden a no buscar atención médica oportuna, lo que agrava cuadros de salud tratables y contribuye al deterioro funcional. A nivel comunitario, este fenómeno impide que los adultos mayores se movilicen colectivamente para exigir sus derechos, debilitando las posibilidades de organización y acción política.

Frente a esta realidad, es imprescindible promover estrategias de resignificación positiva de la vejez, que reconozcan y valoren la diversidad de trayectorias, capacidades y aportes que las personas mayores pueden realizar. Esto requiere intervenciones educativas, culturales y comunicativas orientadas a desmontar estereotipos, así como la construcción de entornos afectivos, sociales e institucionales que refuercen el sentido de pertenencia, utilidad y dignidad. El acompañamiento emocional, los espacios de participación intergeneracional y la promoción del envejecimiento activo son herramientas clave para contrarrestar los efectos del auto- edadismo.

3.1.3.8 Reproducción institucional de la desigualdad

Desde una perspectiva estructural e interseccional, el edadismo no solo constituye una forma de discriminación aislada, sino que opera como un potente mecanismo de reproducción de las desigualdades sociales acumuladas a lo largo del curso de vida. En este sentido, las condiciones en que envejecen las personas no pueden comprenderse únicamente desde el dato cronológico de la edad, sino que son el resultado de una historia social atravesada por múltiples ejes de exclusión: la clase social, el género, la etnicidad, la condición migratoria, la ruralidad, el nivel educativo y el acceso a derechos fundamentales.

El edadismo institucional es decir, la forma en que las instituciones del Estado y del mercado producen, reproducen o toleran prácticas discriminatorias hacia los adultos mayores— se manifiesta en diversas dimensiones: la escasez o inexistencia de políticas públicas específicas; la fragmentación o debilidad de los sistemas de salud y seguridad social;

la falta de servicios adaptados a sus necesidades; la ausencia de presupuestos adecuados; y, sobre todo, la exclusión de las personas mayores de los espacios de toma de decisiones que afectan directamente sus vidas.

Esta exclusión no es accidental ni neutra. En muchos casos, las políticas de atención al envejecimiento se limitan a enfoques asistencialistas, desarticulados o focalizados que reducen a los adultos mayores a meros receptores pasivos de ayuda, en lugar de reconocerlos como sujetos de derechos, portadores de capacidades y actores con agencia social. Tal enfoque consolida la idea de la vejez como una etapa de declive e inutilidad, legitimando la marginación institucional.

Además, la infraestructura pública y los servicios sociales suelen estar diseñados desde una lógica adulto céntrica y urbano céntrica, invisibilizando las necesidades reales de la población mayor, particularmente en contextos rurales o empobrecidos. La falta de transporte accesible, centros de salud gerontológicamente orientados, espacios comunitarios inclusivos, educación continua y programas de reinserción económica, limita gravemente las oportunidades de desarrollo personal y colectivo de este grupo etario.

En este marco, el edadismo institucional refuerza el círculo vicioso de la exclusión social: quienes han vivido en condiciones de pobreza, informalidad laboral o discriminación durante su juventud y adultez, enfrentan una vejez aún más precaria, sin respaldo del Estado ni protección comunitaria. Esto es especialmente evidente en el caso de las mujeres mayores, quienes muchas veces llegan a la tercera edad con

menor acceso a pensiones, servicios de salud adecuados o redes de apoyo, debido a una vida laboral fragmentada por tareas de cuidado no remuneradas.

El problema se agrava por la ausencia de participación de las personas mayores en el diseño, evaluación e implementación de políticas públicas. Esto constituye una forma de exclusión epistémica y política, en la que sus voces, saberes y necesidades quedan subordinados a perspectivas técnicas o institucionales que no comprenden sus realidades. La falta de consulta, representación y autonomía en la toma de decisiones consolida un modelo de gobernanza vertical, que reproduce desigualdades bajo la apariencia de neutralidad burocrática.

Desde la sociología crítica, este fenómeno puede ser leído como parte de un patrón más amplio de naturalización de las desigualdades estructurales, donde el envejecimiento en condiciones de vulnerabilidad no se percibe como una injusticia social acumulada, sino como un destino biológico inevitable. Este discurso oculta el hecho de que las condiciones materiales, simbólicas y políticas de la vejez están socialmente construidas y, por tanto, son susceptibles de ser transformadas mediante políticas públicas con enfoque de derechos y justicia intergeneracional.

3.1.3.9 Repensando el edadismo

El edadismo, lejos de ser un problema individual o anecdótico, debe ser comprendido como una forma sistémica de opresión que refleja el modo en que nuestras sociedades valoran a los sujetos en función de su productividad, juventud y funcionalidad física. Superar esta forma de

discriminación implica no solo reformar políticas públicas o mejorar la cobertura de servicios, sino transformar de raíz la manera en que concebimos el envejecimiento y la vejez.

Se requiere un cambio cultural, institucional y político que permita reconocer a las personas adultas mayores como sujetos plenos de derechos, con capacidad de decisión, participación y aporte. En este proceso, la sociología tiene un papel central: develar las lógicas de exclusión, proponer lecturas críticas e impulsar modelos alternativos de convivencia social que valoren la diversidad etaria como una riqueza, y no como un problema. Combatir el edadismo no es solo una cuestión de justicia para las generaciones actuales, sino también una apuesta ética y política por la sociedad que todas y todos algún día necesitaremos.

3.2 Inclusión social: concepto y enfoques

3.2.1 Definición de inclusión social

La inclusión social es un concepto fundamental que se refiere al proceso mediante el cual se garantiza que todas las personas, especialmente aquellas en situación de vulnerabilidad o riesgo de exclusión, tengan el acceso a las mismas oportunidades y recursos para participar plenamente en la vida social, económica, cultural y política de una sociedad. Esta inclusión se fundamenta en el respeto a la igualdad de derechos humanos y busca la justicia, la cohesión social y la integración de todos los individuos sin distinción por edad, sexo, raza, etnia, discapacidad, religión o situación socioeconómica.

Desde su evolución, la inclusión social ha pasado de ser un ideal asociado a la simple integración o inserción, a convertirse en un enfoque integral que promueve la participación activa y en igualdad de condiciones de todos los grupos sociales, prestando especial atención a la eliminación de barreras estructurales y culturales que impiden dicha participación. En este sentido, la inclusión social está muy relacionada con la igualdad de derechos, ya que ambos conceptos persiguen la eliminación de la discriminación y la exclusión, garantizando que todas las personas puedan acceder a servicios públicos, educativos, laborales y de salud, así como a condiciones dignas de vida. (Olvera García, 2018)

En el contexto específico de la inclusión social para la reducción del edadismo hacia adultos mayores, se traduce en reconocer el valor de las personas mayores, su derecho a la participación social plena y el acceso equitativo a recursos, rompiendo con estereotipos y prejuicios generados por la edad. Así, la inclusión social fomenta una sociedad más diversa, plural y justa, donde se respetan y promueven los derechos de todas las edades, asegurando un bienestar integral y evitando la marginación y exclusión de los adultos mayores.

3.2.2 Elementos clave de la inclusión social

La inclusión social para la reducción del envejecimiento en adultos mayores se sustenta en tres elementos clave: participación activa, reconocimiento y acceso a oportunidades, los cuales son fundamentales para garantizar una vida digna y plena para este grupo etario.

En primer lugar, la participación activa implica que los adultos mayores no solo estén presentes, sino que tengan voz y voto en todos los ámbitos

de la vida comunitaria, cultural, económica y política, al incluirlos en actividades comunitarias como comités vecinales, grupos de voluntariado o talleres de artesanía; en recreaciones como clases de baile o deportes adaptados y en la esfera laboral, se fomenta un envejecimiento activo que les permite sentirse valiosos y útiles para la sociedad. Esta participación va más allá de la mera presencia física; se traduce en la creación de espacios donde sus experiencias y sabiduría son reconocidas como activos esenciales para la toma de decisiones locales y nacionales.

Al romper con el estigma del edadismo y ofrecerles oportunidades reales de influencia, se contrarresta la marginación y el aislamiento social que a menudo acompañan a la vejez, brindándoles un sentido profundo de pertenencia y propósito que trasciende la mera existencia diaria, además, al participar activamente en la elaboración de políticas públicas, a través de asambleas ciudadanas o consultas públicas, los adultos mayores pueden asegurar que sus necesidades específicas se reflejen en los planes de desarrollo urbano, en los programas de salud preventiva y en las iniciativas de inclusión digital, creando así una comunidad más equitativa y resiliente para todas las generaciones. (Neira Vera, 2020).

Por otro lado, el reconocimiento de los adultos mayores va más allá de una simple cortesía; implica tratarlos como sujetos plenos cuyas experiencias y saberes constituyen un recurso invaluable para la sociedad. Cuando se valora y respeta su contribución, ya sea en el ámbito familiar, comunitario o profesional, se fomenta una cultura de dignidad que contrarresta los estereotipos de inutilidad o dependencia que a menudo se asocian con la vejez.

Este reconocimiento se traduce en prácticas concretas: la inclusión de su voz en procesos decisorios locales y nacionales, la visibilidad positiva en medios de comunicación y campañas públicas que celebren sus logros, y la adaptación de espacios culturales y deportivos para que sean accesibles y atractivos para todas las edades, al reconocer las capacidades y experiencias de los mayores, se elimina gradualmente la discriminación basada en la edad y se abre la puerta a una convivencia más equitativa y enriquecedora.

La participación activa de los adultos mayores en comités comunitarios, programas de mentoría o iniciativas de voluntariado no solo les brinda sentido de pertenencia y propósito, sino que también aporta perspectivas valiosas que pueden mejorar la toma de decisiones en ámbitos como la planificación urbana, la salud pública o la educación intergeneracional. En última instancia, el reconocimiento auténtico crea un entorno donde la vejez se percibe como una etapa de aportes continuos y crecimiento personal, contribuyendo al bienestar colectivo de todas las generaciones. (Avila et al., 2025)

Finalmente, el acceso a oportunidades constituye el tercer pilar fundamental para garantizar que los adultos mayores puedan ejercer sus derechos con plena igualdad y sin barreras que obstaculicen su participación en la vida pública y privada. Esto implica asegurar la disponibilidad de servicios de salud adaptados a sus necesidades particulares, desde consultas preventivas y terapias especializadas hasta programas de rehabilitación y atención domiciliaria, y facilitar el acceso a la información médica a través de plataformas digitales inclusivas. En el ámbito educativo, se deben promover iniciativas de aprendizaje

permanente que incluyan cursos universitarios, talleres comunitarios y formación en habilidades digitales, con materiales accesibles y horarios flexibles que permitan a los mayores continuar creciendo intelectualmente y socialmente.

En cuanto al empleo, es esencial crear oportunidades laborales que valoren la experiencia y sabiduría acumulada por los mayores, ofreciendo puestos con horarios razonables, modalidades de teletrabajo o trabajos de consultoría que aprovechen su experiencia sin exigir cargas físicas excesivas; la protección social debe garantizar pensiones dignas, seguros de salud ampliados y programas de asistencia que cubran necesidades básicas y fomenten la autonomía financiera; los espacios físicos y culturales también deben ser diseñados con accesibilidad integral: rampas, señalización táctil e iluminación adecuada en edificios públicos; teatros y museos con entradas accesibles; parques con senderos para movilidad reducida; y eventos culturales que incluyan actividades adaptadas a distintas capacidades físicas y sensoriales.

Además, la incorporación de tecnologías asistidas, desde dispositivos de lectura en voz alta hasta aplicaciones móviles con interfaces simplificadas, facilita la interacción de los adultos mayores con el entorno digital y les permite participar activamente en comunidades virtuales, en conjunto, estos ajustes razonables no solo eliminan obstáculos físicos o sociales; crean un ecosistema inclusivo donde cada adulto mayor puede explorar sus intereses, contribuir al tejido social y experimentar un envejecimiento enriquecedor. Al integrar salud, educación, empleo y cultura dentro de una visión holística e inclusiva, se transforma la percepción del envejecimiento de una etapa inevitable

de declive a una fase dinámica de aportes continuos y bienestar compartido. (Galarza et al., 2025).

3.2.3 Modelos de inclusión: Ejemplos de enfoques y estrategias

Los modelos de inclusión social para la reducción del edadismo en adultos mayores aplican enfoques y estrategias específicas en diferentes sectores como la comunidad, las políticas públicas, la salud y la educación, buscando garantizar derechos, participación y calidad de vida, también, se implementan modelos participativos que promueven la integración activa de los adultos mayores en actividades culturales, recreativas y sociales, fomentando redes de apoyo y espacios de diálogo intergeneracional. Estos modelos buscan combatir el aislamiento y la exclusión social mediante programas comunitarios inclusivos que involucran a las personas mayores como agentes de cambio.

En las políticas públicas, los enfoques se centran en el diseño y ejecución de leyes y programas que reconocen los derechos de los adultos mayores, como la Ley del Adulto Mayor en varios países. Las estrategias clave incluyen la creación de consejos consultivos con representación directa de personas mayores, la promoción de la inclusión laboral mediante flexibilidad y programas de empleo adaptados, el acceso garantizado a la seguridad social, y la educación en derechos y acceso a mecanismos de protección social. Estas políticas buscan transformar estructuras institucionales para eliminar el edadismo institucional. (Arboleda Yépez, 2025)

En el sector salud, un modelo integral de atención centrado en la persona adulta mayor incluye la capacitación especializada del personal

sanitario, la adecuación de espacios físicos para facilitar el acceso, y la atención geriátrica multidisciplinaria. Se promueven también estrategias de prevención y promoción del envejecimiento saludable con participación comunitaria, priorizando la dignidad y el respeto al paciente adulto mayor. Por otro lado, en el sector educación, se adoptan modelos inclusivos que promueven la alfabetización digital, la formación continua y el acceso a oportunidades de aprendizaje para los adultos mayores. Estas iniciativas buscan empoderar a este grupo, facilitando su participación en la sociedad del conocimiento y reduciendo la brecha digital que contribuye al edadismo. (Ministerio de Educación, 2018).

3.2.4 Relación entre inclusión social y edadismo

La inclusión social es una herramienta fundamental para combatir el envejecimiento, ya que no solo contribuye a desmantelar los prejuicios y estereotipos negativos asociados con la vejez, sino que también promueve una percepción positiva del proceso de envejecer. Al fomentar la participación activa de los adultos mayores en todos los ámbitos de la sociedad, se valoran sus capacidades, experiencias y aportes, lo que ayuda a eliminar las imágenes negativas que los retratan como una carga o como individuos incapaces.

Además, la inclusión social propicia un contacto intergeneracional enriquecedor, lo que permite desmitificar creencias erróneas y derribar las barreras psicológicas y sociales que a menudo separan a jóvenes y personas mayores. Este intercambio intergeneracional no solo promueve

la empatía y el respeto mutuo, sino que también enriquece a ambas partes.

Asimismo, al garantizar el acceso equitativo a derechos, servicios y oportunidades, la inclusión social establece un entorno propicio para que los adultos mayores desarrollen su autonomía y bienestar personal. Esto, a su vez, refuerza su autoestima y su sentido de pertenencia, creando una comunidad más cohesionada y solidaria que valora a todos sus miembros, independientemente de su edad.

Este enfoque conlleva un cambio cultural profundo y necesario en nuestra sociedad, donde se debe valorar verdaderamente la diversidad etaria y reconocer los derechos humanos de todas las personas, sin importar su edad. Fomentar actitudes de respeto y dignidad hacia los adultos mayores es esencial para construir un entorno inclusivo y justo. La visibilización de las contribuciones sociales, económicas y culturales de las personas mayores es crucial para transformar la narrativa predominante sobre la vejez, que a menudo se ve empañada por estereotipos negativos.

Así, la inclusión social no solo actúa como una estrategia de integración, sino que también se convierte en un poderoso medio para combatir la discriminación por edad. Promueve un envejecimiento saludable, activo y significativo, en el contexto de una sociedad que realmente valora y respeta a todas las generaciones. Este cambio de mentalidad no solo beneficia a los adultos mayores, sino que enriquece a la sociedad en su conjunto, al fomentar un entorno donde cada individuo, independientemente de su edad, pueda contribuir y ser valorado por su

experiencia y sabiduría. Al final, se trata de construir un tejido social que celebre y aproveche la riqueza que cada etapa de la vida aporta.

3.3 Barreras para la inclusión social de las personas mayores

3.3.1 Barreras estructurales

Las barreras estructurales son aquellas limitaciones que el entorno institucional, normativo y físico impone a la participación equitativa de las personas mayores en la sociedad. Estas barreras se manifiestan en varios niveles y, al combinarlas, generan una situación de exclusión que dificulta el pleno ejercicio de sus derechos y la integración en la comunidad.

En primer lugar, las políticas públicas suelen resultar insuficientes o inadecuadas para atender las necesidades específicas de la población mayor. En muchos países, los marcos legislativos y los planes de acción no abordan de forma integral el envejecimiento activo ni establecen mecanismos claros para garantizar la calidad de vida de los adultos mayores. La ausencia de planes nacionales de cuidados y la escasa inversión en programas de prevención y promoción de la salud reflejan una visión asistencialista que pone el foco en la atención reactiva más que en la prevención y el empoderamiento ciudadano.

En segundo lugar, el acceso a servicios esenciales se ve gravemente afectado por factores económicos, geográficos y burocráticos. Los adultos mayores que viven en situación de pobreza o en zonas rurales enfrentan dificultades para acceder a servicios de salud, transporte público, vivienda digna y protección social. Esta problemática se agrava

cuando los trámites administrativos son complejos o cuando los servicios no están diseñados para adaptarse a sus capacidades físicas o cognitivas.

Por último, la infraestructura urbana presenta un conjunto de problemas que limitan la movilidad y autonomía de las personas mayores. Muchas ciudades y espacios públicos no se construyen con criterios de accesibilidad universal; faltan rampas adecuadas, pasos peatonales seguros, señalización clara o transporte público adaptado. Además, la escasez de baños accesibles y otras instalaciones básicas restringe su capacidad para participar en actividades comunitarias o laborales, reforzando así su aislamiento social.

3.3.2 Barreras sociales

Las barreras sociales son aquellas actitudes, creencias y prácticas colectivas que marginan o excluyen a las personas mayores del tejido social. En primer lugar, el edadismo se manifiesta en estereotipos negativos que asocian la vejez con dependencia, inutilidad o incapacidad. Estas percepciones se traducen en tratos despectivos en ámbitos familiares, laborales, sanitarios y mediáticos, minando la dignidad de los adultos mayores y reduciendo su sentido de pertenencia e inclusión.

En segundo lugar, el aislamiento social constituye un problema crítico que surge por la pérdida de la pareja, la disminución de redes sociales, la jubilación o la movilidad reducida. Este fenómeno no solo afecta la salud mental de los mayore, provocando depresión y ansiedad, sino que

también limita sus oportunidades de interacción y participación comunitaria, lo que perpetúa un círculo de exclusión y desamparo.

Finalmente, la falta de redes de apoyo sólido, familiar, comunitaria o institucional, deja a muchos adultos mayores en situación de vulnerabilidad. Sin un respaldo emocional, práctico o informativo confiable, se ven restringidos para acceder a recursos esenciales, ejercer sus derechos o tomar decisiones autónomas. La ausencia de estos sistemas de apoyo no solo afecta su bienestar individual, sino que también impide que contribuyan plenamente a la sociedad con su experiencia y sabiduría acumulada.

3.3.3 Barreras psicológicas

Las barreras psicológicas se originan en la profunda influencia que las experiencias sociales y culturales ejercen sobre la percepción que las personas mayores tienen de sí mismas y de su lugar en la sociedad. Cuando el entorno perpetúa estereotipos negativos sobre la vejez, que la vinculan con dependencia, falta de utilidad o incapacidad, estos prejuicios se internalizan y moldean la autoimagen de los adultos mayores, creando un círculo vicioso que limita su participación activa y su bienestar emocional.

El fenómeno de los auto estereotipos consiste en que los propios mayores adoptan esas concepciones negativas y las convierten en verdades sobre sus capacidades y valor personal. Esta autopercepción reducida no solo disminuye la motivación para involucrarse en actividades sociales, educativas o laborales, sino que también afecta la toma de decisiones y la búsqueda de oportunidades de aprendizaje o

voluntariado. La sensación de ser insuficiente o irrelevante puede llevar a evitar situaciones donde se percibe riesgo de fracaso o rechazo, reforzando el aislamiento voluntario o impuesto por el propio individuo.

La pérdida de autoestima surge cuando los cambios asociados al envejecimiento, como la jubilación, la reducción del papel social o el diagnóstico de enfermedades crónicas. se combinan con la falta de recursos emocionales y sociales para afrontarlos. Sentirse incapaz o desvalorizado puede desencadenar síntomas depresivos, ansiedad y una marcada disminución del interés por la vida comunitaria. Cuando no existen mecanismos de resiliencia o redes de apoyo emocional, familias comprensivas, grupos comunitarios inclusivos o programas de empoderamiento, el deterioro psicológico se intensifica, afectando tanto la salud mental como la calidad de vida general.

En conjunto, estas barreras psicológicas actúan como un filtro que distorsiona la percepción del mundo y del propio cuerpo, limitando el potencial que las personas mayores podrían aportar al tejido social si se les ofreciera un entorno más inclusivo y respetuoso tanto a nivel estructural como social. Por ello resulta fundamental abordar simultáneamente las actitudes externas con estrategias internas que fortalezcan la autoconfianza y fomenten una visión positiva del envejecimiento activo.

3.3.4 Barreras tecnológicas

En la era digital actual, la exclusión tecnológica se ha convertido en un obstáculo fundamental que limita la plena participación de las personas mayores en la sociedad. La brecha digital no solo refleja la falta de

acceso a dispositivos y a Internet, sino también la carencia de competencias básicas para utilizarlos de manera segura y efectiva. Muchos adultos mayores no han tenido la oportunidad de familiarizarse con las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) porque nunca se les ofreció formación adecuada o porque las primeras experiencias con la tecnología fueron frustrantes y poco gratificantes. La percepción de que "la tecnología no es para ellos" se alimenta de estereotipos que los posicionan como usuarios difíciles o innecesariamente complejos.

Asimismo, el acceso físico a dispositivos no garantiza su uso realista. Los teléfonos inteligentes y las computadoras pueden resultar inaccesibles por interfaces demasiado complejas, tamaños de letra pequeños o ausencia de opciones de contraste y audio. El costo de los equipos y el servicio de conectividad siguen siendo barreras económicas significativas para quienes viven con ingresos limitados o en zonas rurales donde la infraestructura es deficiente. Además, el miedo al error, por ejemplo, perder datos personales, y al fraude en línea (phishing, estafas telefónicas) crea una sensación constante de vulnerabilidad que desalienta el uso voluntario de plataformas digitales.

Esta exclusión tecnológica tiene consecuencias directas sobre la vida cotidiana de los mayores: restringe su acceso a servicios esenciales en línea como consultas médicas virtuales, banca electrónica o trámites administrativos; limita su capacidad para buscar información útil y actualizada; dificulta el mantenimiento del contacto con familiares y amigos a través de redes sociales o videollamadas; e incluso impide su

participación en laboratorios comunitarios virtuales o grupos de apoyo que se han vuelto cada vez más comunes.

Para superar esta problemática es imprescindible ofrecer programas de alfabetización digital específicos para adultos mayores, diseñados con interfaces accesibles y contenidos adaptados a sus necesidades e intereses; proveer dispositivos con precios accesibles o subsidios; y crear entornos digitales seguros que fomenten la confianza y reduzcan el riesgo percibido de fraude. Solo así se podrá cerrar la brecha tecnológica y garantizar que las personas mayores disfruten plenamente de las oportunidades que ofrece el mundo digital.

3.4 Estrategias para la inclusión social de las personas mayores

3.4.1 Educación y sensibilización

La transformación cultural que permita una verdadera inclusión de las personas mayores comienza con la educación y se despliega en varias capas que van más allá de la simple transmisión de conocimientos. En primer lugar, la integración curricular debe ser estratégica y permanente: los planes de estudio escolares y universitarios deben incorporar módulos sobre envejecimiento activo, derechos humanos de los adultos mayores y antidiscriminación por edad como parte esencial de las asignaturas de ciencias sociales, salud pública y ética profesional.

Estos contenidos no deben limitarse a datos estadísticos; deben incluir testimonios reales de mayores que siguen activos en sus comunidades y proyectos interdisciplinarios donde estudiantes jóvenes colaboren con personas mayores en investigaciones o actividades prácticas. De esta

manera se rompe el patrón de “el saber es solo para los jóvenes” y se construye un puente generacional que fomenta el respeto mutuo y la valoración de la sabiduría acumulada.

Al mismo tiempo las campañas de sensibilización pública deben ocupar tanto los medios tradicionales como los digitales para llegar a audiencias diversas. Una estrategia efectiva combina spot publicitarios en radio y televisión con historias emotivas que celebran logros de mayores en arte, ciencia o deporte; al mismo tiempo se utilizan redes sociales para difundir videos cortos y podcasts que desmitifiquen el envejecimiento y promuevan valores intergeneracionales.

La participación activa de influencias y figuras públicas puede amplificar el mensaje y hacerlo más cercano a los jóvenes, mientras que las narrativas en formato documental permiten profundizar en las experiencias vividas por personas mayores en distintos contextos culturales. Cuando la imagen pública pasa de “la vejez es una carga” a “la vejez es una etapa rica en potencial”, se crea un entorno más propicio para la inclusión social.

Para sostener esta transformación es fundamental capacitar a los agentes sociales que están en contacto directo con las personas mayores: maestros, trabajadores sociales, profesionales sanitarios y funcionarios públicos deben recibir formación específica sobre sesgos cognitivos relacionados con la edad y sobre prácticas inclusivas centradas en los derechos humanos del adulto mayor.

Los cursos deben incluir simulaciones prácticas donde se identifiquen situaciones de discriminación invisible y se propongan soluciones

concretas para garantizar la autonomía y el bienestar de los adultos mayores dentro del sistema educativo o sanitario. Además, las instituciones pueden establecer comités intergeneracionales que revisen políticas públicas y programas educativos para asegurarse de que reflejen las necesidades reales de todas las edades.

Finalmente, la evaluación continua del impacto de estas iniciativas debe combinar indicadores cuantitativos (participación en actividades intergeneracionales, número de estudiantes que cursan módulos sobre envejecimiento) con métricas cualitativas (encuestas de percepción sobre el respeto a los mayores entre docentes e estudiantes). Los resultados deben retroalimentar el diseño curricular y las campañas comunicativas para adaptarse a las tendencias emergentes y garantizar que la cultura de inclusión evolucione junto con las nuevas realidades sociales y tecnológicas. De este modo se construye un ecosistema educativo donde el envejecimiento no sea una barrera sino un recurso valioso para toda la comunidad.

3.4.2 Políticas públicas inclusivas

En el escenario mundial actual, la transformación demográfica se manifiesta de manera más marcada que nunca; la población mayor se incrementa de forma sostenida, especialmente en los países de ingresos medios y altos. Este fenómeno obliga a los gobiernos a replantear sus políticas públicas con un enfoque inclusivo que garantice el bienestar, la dignidad y la participación plena de las personas mayores en todos los ámbitos de la vida social.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el envejecimiento activo como “el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”. Este concepto exige una visión integral que vaya más allá de la mera asistencia sanitaria y se dirija hacia la inclusión social, el empoderamiento individual y la equidad intergeneracional.

El envejecimiento activo no se limita a prolongar la vida laboral; abarca tres pilares interrelacionados que forman la base de cualquier política inclusiva:

- Primero, la salud garantizar un acceso equitativo a servicios preventivos, curativos y paliativos, acompañados de programas de promoción de estilos de vida saludables que ayuden a los mayores a mantener su autonomía física y mental.
- Segundo, la participación asegurar que las personas mayores tengan oportunidades reales para integrarse en la vida social, cultural, cívica, económica y política; esto implica eliminar barreras institucionales y sociales que obstaculicen su voz y su contribución activa.
- Tercero, la seguridad proteger contra la pobreza, la violencia y la discriminación mediante redes robustas de protección social y mecanismos legales que salvaguarden sus derechos fundamentales.

Para que estos pilares se materialicen en realidad es indispensable reconocer la diversidad interna del grupo mayor. Género, origen étnico,

condición socioeconómica, discapacidad o contexto rural/urbano son variables clave que deben ser consideradas en el diseño de programas.

La autonomía individual debe fomentarse mediante procesos participativos donde los propios mayores puedan decidir sobre sus vidas con información clara y apoyo adecuado:

1. Acceso universal a la salud y servicios sociales

La atención primaria geriátrica debe consolidarse como una red interdisciplinaria donde médicos especializados en geriatría trabajen codo a codo con enfermeros, trabajadores sociales y psicólogos para ofrecer cuidados centrados en el individuo mayor. Las campañas preventivas, vacunación actualizada, detección temprana de enfermedades crónicas como diabetes o hipertensión, deben acompañarse de programas estructurados de actividad física adaptada y nutrición adecuada para evitar deterioros funcionales prematuros. Los sistemas sostenibles de cuidados domiciliarios y comunitarios resultan esenciales para reducir las tasas de institucionalización innecesaria y permitir que las personas mayores continúen viviendo en sus hogares con el soporte necesario.

2. Educación y aprendizaje a lo largo de la vida

Los programas educativos no formales, talleres artesanales, cursos universitarios abiertos o iniciativas digitales, deberían estar diseñados específicamente para adultos mayores, fomentando tanto nuevas competencias como el uso efectivo de tecnologías digitales. Para disminuir la brecha digital es fundamental implementar políticas de

capacitación en competencias tecnológicas junto con medidas que garanticen el acceso asequible a dispositivos e internet fiable.

3. Participación laboral y económica

La flexibilización progresiva o parcial del sistema pensionario permite a quienes deseen seguir trabajando continuar con sus actividades profesionales sin comprometer su bienestar financiero ni físico. Además, se pueden ofrecer incentivos fiscales a las empresas que contraten adultos mayores y promover programas estructurados de mentoría intergeneracional donde los mayores compartan su experiencia con equipos más jóvenes. Paralelamente es imprescindible contar con pensiones justas, suficientes y sostenibles que aseguren ingresos dignos y reduzcan significativamente el riesgo de pobreza en vejez.

4. Entornos amigables con las personas mayores

El urbanismo inclusivo debe diseñar ciudades accesibles mediante transporte público adaptado, calles seguras con señalización clara e iluminación adecuada; los espacios verdes deben ser amplios y accesibles para todos los usuarios. La vivienda adecuada implica viviendas adaptadas con pasamanos u otras modificaciones simples o tecnologías domóticas que permitan controlar iluminación o temperatura desde dispositivos móviles o comandos por voz; además se requiere un sistema comunitario de apoyo que permita el envejecimiento en casa sin aislamiento social.

5. Participación cívica y social

Los mecanismos consultivos deben incluir consejos representativos donde las voces mayores influyan directamente en la formulación de políticas públicas; su participación activa garantiza decisiones más acertadas sobre temas que les conciernen directamente. El fomento del voluntariado intergeneracional crea redes sólidas entre pares; actividades comunitarias donde los adultos mayores asuman roles de liderazgo refuerzan su sentido de pertenencia e importancia dentro del tejido social

3.4.3 Proyectos intergeneracionales

Los proyectos intergeneracionales constituyen una estrategia poderosa para combatir el edadismo, entendido como la discriminación, los prejuicios y los estereotipos basados en la edad. Al fomentar la interacción directa, significativa y sostenida entre personas de distintas generaciones, estos proyectos desafían las percepciones erróneas que suelen asociarse con la juventud o la vejez. En muchos contextos sociales, culturales e institucionales, tanto los jóvenes como las personas mayores son objeto de juicios simplistas: los primeros se ven como inexpertos o irresponsables, mientras que los segundos son frecuentemente considerados como dependientes, ineficaces o desfasados.

Al diseñar actividades colaborativas, como talleres de narración oral, huertos comunitarios, mentorías recíprocas, proyectos artísticos o voluntariados compartidos, se crea un entorno donde cada generación puede mostrar sus capacidades, aportar saberes y reconocer el valor del otro más allá de su edad cronológica. Este reconocimiento mutuo no

solo humaniza a los participantes, sino que también transforma las actitudes sociales hacia la diversidad etaria. La convivencia intergeneracional permite visibilizar la riqueza de las trayectorias vitales, desmontando la idea de que la edad determina la utilidad, la creatividad o la capacidad de contribuir a la sociedad.

Además, estos proyectos generan empatía al situar a las personas en contextos donde pueden comprender las realidades, desafíos y aspiraciones de otras generaciones. Esta comprensión es clave para construir políticas públicas, entornos urbanos y servicios más inclusivos, que no segmenten ni excluyan por edad. En última instancia, al reducir el edadismo, los proyectos intergeneracionales no solo mejoran la calidad de vida de los participantes, sino que también fortalecen la cohesión social, promueven la justicia intergeneracional y contribuyen a la construcción de comunidades más equitativas, donde todas las edades tienen voz, valor y lugar.

3.4.4 Tecnología accesible

La tecnología accesible representa un pilar fundamental para garantizar la inclusión digital de las personas mayores, un grupo históricamente marginado en la revolución tecnológica. La brecha digital que afecta a este segmento de la población no se limita únicamente al acceso a dispositivos o conexión a internet, sino que abarca también barreras cognitivas, físicas, emocionales y culturales que dificultan su participación plena en la sociedad digital. Para reducir esta brecha, es necesario implementar estrategias integrales que vayan más allá de la mera provisión de herramientas tecnológicas.

En primer lugar, el diseño universal debe ser un principio rector en el desarrollo de hardware y software. Esto implica crear interfaces intuitivas, con tipografías legibles, contrastes adecuados, navegación simplificada y opciones de personalización que respondan a las necesidades sensoriales y cognitivas asociadas al envejecimiento. La accesibilidad no debe ser un añadido posterior, sino una consideración central desde la fase de concepción de cualquier producto o servicio digital.

Paralelamente, es crucial desarrollar programas de alfabetización digital adaptados a los ritmos, intereses y contextos de vida de las personas mayores. Estos programas deben estar libres de tecnicismos innecesarios, promover un enfoque pedagógico empático y centrado en la experiencia previa del aprendiz, y ofrecer acompañamiento continuo que genere confianza y reduzca la ansiedad tecnológica. La participación de pares, por ejemplo, mediante tutorías entre adultos mayores, ha demostrado ser especialmente efectiva, ya que fomenta un ambiente de aprendizaje horizontal, sin jerarquías ni juicios.

Además, las políticas públicas deben garantizar la disponibilidad de infraestructura tecnológica asequible en espacios comunitarios como centros de día, bibliotecas o asociaciones de vecinos, especialmente en zonas rurales o desatendidas. Estos espacios no solo facilitan el acceso físico a la tecnología, sino que también se convierten en entornos sociales donde se puede aprender, compartir y experimentar colectivamente.

Finalmente, es esencial combatir los estereotipos que asocian la vejez con la incapacidad para aprender o adaptarse a lo nuevo. Incluir a las personas mayores en los procesos de diseño, prueba y retroalimentación de tecnologías no solo mejora la usabilidad de estos productos, sino que reafirma su agencia y su derecho a participar activamente en la era digital. Al hacer de la tecnología un puente y no una barrera, se promueve no solo la inclusión, sino también la autonomía, la conexión social y el ejercicio pleno de la ciudadanía en todas las edades.

3.4.5 Participación comunitaria

La participación comunitaria de los adultos mayores es un componente esencial para construir sociedades inclusivas, resilientes y enriquecidas por la diversidad de experiencias y saberes que aportan las distintas generaciones. Integrar activamente a las personas mayores en la vida local no solo fortalece su sentido de pertenencia, propósito y bienestar, sino que también revitaliza las comunidades al aprovechar su conocimiento, compromiso cívico y capacidad de liderazgo. Para lograr esta integración, es necesario diseñar iniciativas que vayan más allá de la mera asistencia o la visibilizarían simbólica, y que promuevan su rol como agentes activos de cambio social.

Una estrategia clave consiste en crear espacios comunitarios accesibles, física, cognitiva y emocionalmente, donde las personas mayores puedan involucrarse en la toma de decisiones, la planificación de actividades y la gestión de recursos locales. Esto incluye consejos vecinales, mesas de participación ciudadana, comités de medio ambiente o cultura, y foros

de diálogo intergeneracional en los que su voz sea escuchada y valorada en pie de igualdad.

La co-creación de proyectos comunitarios, como huertos urbanos, festivales culturales, campañas de memoria histórica o programas de apoyo escolar, permite que los adultos mayores contribuyan con sus habilidades prácticas, su memoria colectiva y su sentido de responsabilidad social.

Asimismo, es fundamental reconocer y apoyar formas no tradicionales de participación, como el voluntariado, la mentoría, la transmisión de oficios o la custodia del patrimonio local. Estas actividades no solo generan impacto tangible en la comunidad, sino que también contrarrestan la invisibilización y la marginación que muchas personas mayores experimentan al retirarse de la vida laboral. La promoción de redes de apoyo vecinal, en las que los adultos mayores participen tanto como beneficiarios como facilitadores, refuerza la solidaridad local y teje lazos de reciprocidad que benefician a toda la población.

Para que estas iniciativas sean efectivas, deben estar acompañadas de políticas públicas que eliminen barreras estructurales: desde la accesibilidad de los espacios públicos hasta el transporte asequible, pasando por la sensibilización de los equipos técnicos y gestores comunitarios sobre el envejecimiento activo y los derechos de las personas mayores. Además, es crucial desmantelar los prejuicios que asocian la vejez con la pasividad o la dependencia, reconociendo que la participación comunitaria no es un privilegio de la juventud, sino un derecho y una necesidad en todas las etapas de la vida.

En definitiva, integrar a los adultos mayores en la vida comunitaria no es solo una cuestión de justicia social, sino una inversión en capital social, cohesión y sostenibilidad local. Al abrir las puertas de la comunidad a sus voces, historias y capacidades, se construyen entornos más humanos, diversos y democráticos, donde envejecer no significa quedar al margen, sino seguir siendo parte esencial del tejido colectivo.

3.5 Casos de éxito y buenas prácticas a nivel internacional

3.5.1 Modelos en Europa

Los países escandinavos, especialmente Suecia, Noruega y Dinamarca, han sido pioneros en el desarrollo de políticas públicas centradas en el envejecimiento activo, la autonomía personal y la inclusión social de las personas mayores. Estos modelos se fundamentan en un enfoque de derechos, donde el envejecimiento no se percibe como una carga, sino como una etapa más de la vida que merece ser vivida con dignidad, participación y bienestar.

En Suecia, por ejemplo, el programa “Age-friendly Cities” (Ciudades Amigables con las Personas Mayores), alineado con las directrices de la Organización Mundial de la Salud, ha impulsado la transformación de entornos urbanos para garantizar accesibilidad universal, movilidad segura y oportunidades de participación comunitaria. Además, el país ha integrado la perspectiva del envejecimiento en todas las políticas sectoriales, desde la vivienda hasta la cultura, promoviendo iniciativas como centros comunitarios intergeneracionales donde las personas mayores comparten saberes tradicionales, participan en talleres de arte o colaboran en proyectos de sostenibilidad local.

Noruega destaca por su enfoque en la tecnología al servicio de la autonomía. A través del programa “Digital Inclusión for Older Adults”, el gobierno ha implementado estrategias nacionales para reducir la brecha digital, combinando formación personalizada, diseño inclusivo de plataformas públicas y apoyo domiciliario en el uso de tecnologías de la información. Este enfoque no solo mejora el acceso a servicios esenciales, sino que también fortalece la conexión social de las personas mayores, especialmente en zonas rurales.

Por su parte, Dinamarca ha desarrollado el modelo de “Vivienda Colaborativa para Mayores”, en el que grupos de adultos mayores co - diseñan y gestionan sus propios espacios habitacionales, integrando servicios de salud, actividades culturales y apoyo mutuo. Estas comunidades no institucionalizadas fomentan la independencia, reducen el aislamiento y promueven relaciones de vecindad significativas. Además, el país ha institucionalizado la participación ciudadana de las personas mayores mediante consejos municipales de envejecimiento, donde sus opiniones influyen directamente en la planificación de políticas locales.

Estos casos comparten principios comunes: enfoque preventivo, diseño universal, participación activa de las personas mayores en la toma de decisiones y una fuerte articulación entre el Estado, la sociedad civil y el sector privado. Más allá de sus contextos específicos, ofrecen lecciones valiosas sobre cómo construir sociedades que no solo permitan envejecer, sino que faciliten envejecer bien, con voz, vínculos y propósito.

3.5.2 Experiencias en América Latina

En América Latina, varios países han avanzado en la formulación de políticas públicas y en la implementación de iniciativas comunitarias que promueven la inclusión social de las personas mayores, reconociendo su papel activo en la sociedad y atendiendo sus necesidades específicas en contextos de desigualdad y transformación demográfica. Chile y Uruguay se destacan como referentes regionales por sus enfoques integrales, su compromiso institucional y su capacidad para articular acciones multisectoriales centradas en el envejecimiento digno y participativo.

En Uruguay, el Programa Nacional de Atención Integral a Personas Mayores (PNAIPM), impulsado por el Ministerio de Desarrollo Social, constituye un marco de política pública ejemplar. Este programa no solo garantiza acceso a servicios de salud, asistencia social y protección económica, sino que promueve activamente la participación ciudadana mediante los Consejos Departamentales de Personas Mayores, espacios de deliberación y representación presentes en todos los departamentos del país.

A través de estas sugerencias, las personas mayores influyen en la definición de prioridades locales, proponen iniciativas culturales y deportivas, y colaboran en la fiscalización de políticas públicas. Además, Uruguay ha desarrollado el Sistema Nacional de Cuidados, que incluye a las personas mayores como sujetos de derecho al cuidado y, al mismo tiempo, reconoce su rol como cuidadoras dentro de las familias y comunidades, visibilizando su contribución al tejido social.

En Chile, la Política Nacional del Adulto Mayor 2022–2032 marca un hito al adoptar un enfoque de derechos humanos y envejecimiento activo. Uno de sus pilares es la promoción de la participación social, materializada en programas como "Consejos Comunales de Adultos Mayores", que operan en cientos de municipios y permiten a las personas mayores incidir en la planificación local.

Asimismo, el programa "Redes de Apoyo Comunitario" fortalece lazos vecinales mediante actividades intergeneracionales, talleres de memoria histórica, huertos urbanos y clubes de lectura, fomentando la cohesión social y reduciendo el aislamiento. Chile también ha impulsado la accesibilidad universal en espacios públicos y transporte, y ha incorporado la perspectiva de género en sus políticas, reconociendo que las mujeres mayores enfrentan mayores niveles de vulnerabilidad y exclusión.

Ambos países comparten un rasgo distintivo: la apuesta por descentralizar las políticas de envejecimiento, acercándolas a los territorios y potenciando el liderazgo local. Esto ha permitido adaptar las iniciativas a las realidades culturales y socioeconómicas de cada comunidad, generando mayor pertinencia y sostenibilidad. Además, tanto en Chile como en Uruguay, organizaciones de la sociedad civil, muchas de ellas lideradas por propias personas mayores, desempeñan un rol clave como interlocutoras, facilitadoras y coejecutoras de proyectos.

Estas experiencias demuestran que, incluso en contextos con recursos limitados, es posible construir ecosistemas de inclusión para las

personas mayores cuando existe voluntad política, marcos normativos sólidos y una genuina apertura a escuchar y empoderar a este segmento de la población. Más que modelos a replicar mecánicamente, ofrecen principios inspiradores: participación real, enfoque territorial, intersectorialidad y reconocimiento del valor social de las personas mayores más allá de su condición de beneficiarias.

3.5.3 Iniciativas en Asia

Japón y Corea del Sur, dos de las sociedades con los índices de envejecimiento más acelerados del mundo, han desarrollado respuestas innovadoras y multifacéticas para enfrentar los desafíos del envejecimiento demográfico, con un enfoque creciente en la integración social, la participación activa y la revalorización del rol de las personas mayores en la comunidad. Frente a realidades marcadas por el rápido declive de la natalidad, la urbanización y el debilitamiento de las estructuras familiares tradicionales, ambos países han implementado estrategias que combinan políticas públicas, innovación tecnológica y acción comunitaria para promover un envejecimiento inclusivo y con propósito.

En Japón, donde más del 29 % de la población tiene 65 años o más, el gobierno ha impulsado el concepto de “sociedad de los 100 años”, que busca transformar la percepción de la vejez y fomentar entornos donde las personas mayores sigan contribuyendo social, económica y culturalmente. Una de las iniciativas más emblemáticas es el programa “Silver Human Resource Centers”, presente en miles de municipios, que conecta a adultos mayores con oportunidades de empleo temporal,

voluntariado y actividades comunitarias, desde mantenimiento de parques hasta apoyo escolar, generando ingresos complementarios y, sobre todo, un sentido de utilidad y pertenencia.

Además, Japón ha promovido activamente los "pueblos amigables con las personas mayores", donde se integran servicios de salud, transporte accesible, espacios intergeneracionales y actividades culturales diseñadas con la participación directa de los propios adultos mayores. La tecnología también juega un papel clave: robots sociales, sistemas de monitoreo remoto y plataformas digitales de conexión comunitaria se implementan no como sustitutos de la interacción humana, sino como herramientas para prevenir el aislamiento y facilitar la autonomía.

En Corea del Sur, donde la proporción de personas mayores crece a un ritmo aún más vertiginoso, el gobierno ha adoptado una estrategia integral a través del "Plan Básico para una Sociedad Amigable con las Personas Mayores". Este plan incluye la creación de "Centros Comunitarios para Adultos Mayores" en todo el territorio, que ofrecen no solo servicios de salud y nutrición, sino también programas educativos, talleres de habilidades digitales, actividades artísticas y espacios para el diálogo intergeneracional.

Un aspecto distintivo es el énfasis en la "economía plateada": se fomenta el emprendimiento senior mediante subsidios, capacitación y asesoría para que las personas mayores lancen microempresas basadas en sus conocimientos tradicionales o habilidades artesanales. Asimismo, Corea del Sur ha implementado campañas nacionales contra el edadismo, promoviendo narrativas mediáticas positivas sobre la vejez y

sensibilizando a la población joven sobre los aportes de las generaciones anteriores. En el ámbito local, destacan iniciativas como los “mercados intergeneracionales”, donde jóvenes y adultos mayores intercambian productos, saberes y experiencias, fortaleciendo la cohesión social y generando redes de apoyo mutuo.

Ambos países comparten un enfoque proactivo: en lugar de ver el envejecimiento como un problema a mitigar, lo entienden como una oportunidad para reimaginar la organización social, económica y cultural. Sus estrategias reconocen que la integración social de las personas mayores no depende únicamente de servicios asistenciales, sino de crear condiciones que les permitan seguir siendo agentes activos, respetados y visibles en la vida pública.

Aunque sus contextos culturales e institucionales son únicos, las experiencias de Japón y Corea del Sur ofrecen lecciones valiosas para otras naciones que enfrentan transiciones demográficas similares: la importancia de combinar innovación con tradición, política con comunidad, y tecnología con humanidad para construir sociedades verdaderamente inclusivas en todas las edades.

3.5.4 Análisis comparativo

El examen de las iniciativas exitosas en Europa, América Latina y Asia revela patrones comunes que trascienden las diferencias culturales, económicas y demográficas, y que ofrecen valiosas lecciones para la formulación de políticas inclusivas dirigidas a las personas mayores en diversos contextos. Aunque los modelos escandinavos, latinoamericanos y asiáticos responden a realidades específicas, desde

sociedades con altos niveles de bienestar estatal hasta entornos marcados por la desigualdad o el envejecimiento acelerado, comparten principios fundamentales que pueden ser adaptados, escalados o reinterpretados según las necesidades locales.

Una primera lección es la centralidad de la participación activa de las personas mayores en la toma de decisiones. Tanto en los consejos municipales de Uruguay como en los centros comunitarios de Corea del Sur o los espacios de co - diseño en Dinamarca, se observa un enfoque que va más allá de la asistencia pasiva: se reconoce a las personas mayores como sujetos de derecho, agentes de cambio y co - constructores de políticas. Esta participación no solo mejora la pertinencia y eficacia de las iniciativas, sino que fortalece la dignidad y el sentido de pertenencia de quienes envejecen.

Una segunda lección es la importancia del enfoque territorial y comunitario. Las experiencias más exitosas no se imponen desde lo central, sino que se arraigan en los barrios, pueblos y redes vecinales. Ya sea a través de huertos intergeneracionales en Chile, centros de recursos para adultos mayores en Japón o viviendas colaborativas en Suecia, el éxito radica en crear micro ecosistemas de inclusión donde la cercanía física, los lazos sociales y la confianza mutua facilitan la integración. Esto sugiere que, incluso en contextos con recursos limitados, es posible generar impacto significativo mediante estrategias de base comunitaria que aprovechen los activos locales, humanos, culturales y espaciales.

Una tercera lección es la articulación multisectorial. Ninguna de las experiencias destacadas se sostiene únicamente con esfuerzos gubernamentales. Por el contrario, su sostenibilidad depende de alianzas entre el Estado, organizaciones de la sociedad civil, el sector privado, instituciones educativas y, crucialmente, las propias personas mayores y sus redes familiares.

En Noruega, por ejemplo, empresas tecnológicas colaboran con municipios para diseñar interfaces accesibles; en Uruguay, universidades trabajan con centros de adultos mayores en programas de extensión; en Japón, cooperativas locales gestionan servicios de cuidado. Esta sinergia multiplica recursos, conocimientos y alcance.

Una cuarta lección, especialmente relevante en contextos con brechas digitales o desigualdades estructurales, es la necesidad de combinar innovación con accesibilidad. Tanto en Corea del Sur como en Suecia, la tecnología se utiliza no como fin en sí mismo, sino como medio para ampliar la autonomía y la conexión social, siempre acompañada de formación, apoyo humano y diseño inclusivo. Esto implica que la adaptación de buenas prácticas no requiere necesariamente replicar las herramientas más avanzadas, sino priorizar soluciones apropiadas, escalables y centradas en las capacidades reales de las personas.

Finalmente, todas estas experiencias comparten un cambio de narrativa: dejan atrás la visión asistencialista o deficitaria de la vejez y promueven una imagen positiva, diversa y activa del envejecimiento. Este cambio cultural es tan importante como las políticas concretas, pues transforma

percepciones, reduce el edadismo y abre espacios simbólicos y materiales para la inclusión plena.

En síntesis, aunque no existe un modelo único aplicable universalmente, los principios subyacentes, participación, territorialidad, colaboración, accesibilidad y revalorización social, son adaptables a distintos contextos. Su implementación requiere sensibilidad cultural, diagnósticos locales rigurosos y voluntad política, pero demuestran que envejecer con dignidad, vínculo y propósito es posible en cualquier sociedad que decida priorizarlo.

3.6 La comunicación y la cultura popular en la percepción de las personas mayores

3.6.1 Representación de los adultos mayores en los medios

La representación de las personas mayores en los medios de comunicación, ya sea en televisión, cine, prensa, redes sociales o publicidad, ha estado históricamente marcada por estereotipos simplistas, reduccionistas y, en muchos casos, profundamente edadistas. Estas representaciones no solo reflejan actitudes sociales preexistentes, sino que también las refuerzan, moldeando la manera en que la sociedad percibe el envejecimiento y cómo las propias personas mayores se ven a sí mismas.

Uno de los estereotipos más recurrentes es el de la, persona mayor frágil, dependiente y enfermiza, cuya existencia gira en torno a la pérdida de capacidades, la soledad o la carga para la familia y el sistema de salud. En telenovelas, series o películas, este arquetipo suele aparecer como un

personaje secundario sin agencia, cuya función narrativa se limita a evocar lástima, generar tensión familiar o servir como excusa para tramas centradas en cuidadores jóvenes. Esta visión patologiza el envejecimiento, ignorando la diversidad de trayectorias, capacidades y estilos de vida que caracterizan a este grupo etario.

En el extremo opuesto, aunque menos frecuente, aparece el "adulto mayor milagroso": una figura excepcionalmente activa, saludable y moderna, que corre maratones, usa redes sociales con fluidez o mantiene relaciones románticas intensas. Si bien puede parecer positiva, esta representación también es problemática, pues establece un estándar inalcanzable que invisibiliza las realidades de quienes sí enfrentan limitaciones físicas o sociales, generando sentimientos de fracaso o exclusión entre quienes no encajan en ese ideal de "vejez exitosa".

En la publicidad, los adultos mayores suelen aparecer en dos contextos muy delimitados: como consumidores de productos médicos, seguros o residencias geriátricas, reforzando la asociación entre vejez y enfermedad, o como figuras emotivas en campañas navideñas o familiares, donde su rol se reduce a ser abuelos afectuosos que observan, sonríen o entregan sabiduría genérica. Rara vez se les presenta como sujetos con deseos, proyectos, sexualidad, humor o conflictos propios.

Además, persiste una marcada invisibilización: en muchos medios, especialmente en contenidos dirigidos a audiencias jóvenes, las personas mayores simplemente no están presentes. Cuando lo están, su participación es marginal, y su voz rara vez guía la narrativa. Esta

ausencia transmite un mensaje implícito: que envejecer equivale a salir del foco social, a dejar de ser relevante.

Estos patrones no son inocuos. La exposición constante a imágenes estereotipadas influye en las actitudes interpersonales, en las decisiones políticas y en las percepciones que las propias personas mayores tienen sobre su valor y potencial. Estudios han demostrado que los adultos mayores expuestos a representaciones negativas del envejecimiento muestran peor desempeño cognitivo, menor autoestima y mayor riesgo de aislamiento.

Sin embargo, también existen señales de cambio. En los últimos años, algunas producciones cinematográficas y series, como The Kominsky Method, Grace and Frankie o Coco, han comenzado a ofrecer retratos más matizados, complejos y humanos de la vejez, mostrando a las personas mayores como protagonistas con deseos, contradicciones, humor y agencia. Asimismo, campañas publicitarias en países como Japón o España han incorporado a modelos mayores en contextos diversos, desafiando la tiranía de la juventud en la imagen corporativa.

Estos ejemplos sugieren que los medios tienen un enorme potencial para transformar narrativas. Al representar la vejez con autenticidad, diversidad y respeto, no solo se combate el edadismo, sino que se amplían los horizontes culturales sobre lo que significa envejecer, abriendo espacio para una sociedad verdaderamente inclusiva en todas las edades.

3.6.2 Impacto de la cultura popular

La cultura popular, entendida como el conjunto de expresiones artísticas, simbólicas y comunicativas que circulan masivamente en una sociedad, desempeña un papel crucial en la construcción de imaginarios colectivos sobre el envejecimiento. A través de medios como la música, el cine y las redes sociales, se difunden representaciones que moldean, refuerzan o cuestionan las actitudes sociales hacia las personas mayores. Estas representaciones no solo reflejan valores culturales dominantes, sino que también influyen activamente en cómo se percibe, se vive y se trata el envejecimiento en la sociedad contemporánea.

1. El cine: estereotipos y nuevas narrativas

Históricamente, el cine ha reproducido estereotipos negativos sobre las personas mayores: figuras frágiles, desubicadas, dependientes o incluso cómicas, cuya función en la trama suele ser secundaria o anecdótica. Películas clásicas y contemporáneas han mostrado a los adultos mayores como personajes aislados, con poca agencia o reducidos a roles de abuelos sentimentales o sabios excéntricos.

Sin embargo, en las últimas décadas se ha observado un giro progresivo hacia representaciones más complejas y empáticas. Cintas como Amour (2012), The Father (2020) o Nomadland (2020) exploran con sensibilidad las experiencias del envejecimiento, la pérdida, la autonomía y la dignidad. Estas obras no solo humanizan a las personas mayores, sino que invitan al público a reflexionar sobre la vulnerabilidad y la resiliencia inherentes al proceso de envejecer.

2. La música: voz y visibilidad de la vejez

La música también ha sido un espacio donde se negocia la imagen de la vejez. Tradicionalmente, la industria musical ha privilegiado la juventud, asociando la creatividad y el éxito con la apariencia física y la energía juvenil. No obstante, artistas como Tony Bennett, Cher, Paul McCartney o Rosalía (quien ha colaborado con figuras mayores en proyectos que celebran la tradición) han desafiado esta lógica al mantenerse activos y relevantes en etapas avanzadas de la vida.

Además, géneros musicales como el bolero, el tango o la música folclórica han servido como vehículos para expresar las emociones, memorias y sabidurías asociadas con la edad adulta mayor, reivindicando la vejez como una etapa rica en experiencia y profundidad emocional.

3. Redes sociales: empoderamiento y nuevos estereotipos

Las redes sociales han transformado radicalmente la visibilidad de las personas mayores. Plataformas como Instagram, TikTok o YouTube han permitido que adultos mayores compartan sus vidas, opiniones, talentos y estilos, desafiando la invisibilidad a la que tradicionalmente han sido sometidos. Figuras como “Baddie Winkle” o “Grandma Droniak” se han convertido en iconos de estilo y actitud, demostrando que la vejez puede ser vibrante, creativa y conectada.

No obstante, también surgen nuevos riesgos: la presión por mantener una imagen “joven” o “productiva” en la vejez puede generar formas sutiles de edadismo, donde solo se valora a las personas mayores que

cumplen con estándares de vitalidad y consumo propios de la juventud. Así, la cultura digital puede tanto empoderar como imponer nuevas normas excluyentes.

3.6.3 Medios y campañas inclusivas

En un contexto de envejecimiento demográfico global, los medios de comunicación tienen una responsabilidad clave en la construcción de representaciones sociales que fomenten el respeto, la inclusión y la valoración de las personas mayores. Afortunadamente, en los últimos años han surgido diversas campañas mediáticas, impulsadas por gobiernos, organizaciones no gubernamentales, marcas comerciales y colectivos ciudadanos, que desafían los estereotipos negativos y promueven una imagen positiva, activa y diversa de la vejez. A continuación, se presentan algunos ejemplos destacados:

Campaña "Age Proudly" – AARP (Estados Unidos). La Asociación Estadounidense de Personas Jubiladas (AARP, por sus siglas en inglés) lanzó la campaña "Age Proudly" como parte de su iniciativa para combatir el edadismo en la cultura popular. La campaña incluye videos, anuncios impresos y contenido digital que muestran a personas mayores en roles diversos: bailando, liderando empresas, cuidando nietos, aprendiendo nuevas habilidades o defendiendo causas sociales. Su mensaje central es claro: envejecer no es un defecto, sino una etapa con valor propio.

"Yo también soy influencer" – IMSERSO y RTVE (España). En 2022, el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), en colaboración con la Radiotelevisión Española (RTVE), lanzó la

campaña “Yo también soy influencer”, que visibilizó a personas mayores como creadoras de contenido en redes sociales. A través de vídeos en YouTube, Instagram y TikTok, adultos mayores compartieron sus experiencias, consejos de vida, recetas, rutinas de ejercicio y reflexiones sobre la vejez, desmontando la idea de que las redes sociales son exclusivas de los jóvenes.

Campaña “Viejxs Maravillosxs” – Fundación Friedrich Naumann (Argentina). Esta campaña argentina busca reivindicar el lenguaje inclusivo y positivo en torno a la vejez. A través de carteles, spots y redes sociales, presenta a personas mayores en contextos cotidianos llenos de vitalidad, autonomía y alegría. El uso deliberado del término “viejxs” (con “x” inclusiva) busca despojar a la palabra “viejo” de su carga peyorativa y reivindicarla como identidad orgullosa.

“The Real Beauty of Age” – Dove (Internacional).

Aunque conocida por su enfoque en la belleza femenina, la marca Dove expandió su discurso con la campaña “The Real Beauty of Age”, que celebra la belleza auténtica en todas las edades. En sus anuncios, mujeres mayores aparecen sin retoques digitales, mostrando arrugas, canas y expresiones de vida. La campaña invita a repensar los cánones de belleza y a reconocer la dignidad estética de la vejez.

“Old People’s Home for Teenagers” – Channel 4 (Reino Unido). Este innovador programa de televisión reunió a adolescentes y personas mayores en un espacio compartido durante varias semanas, promoviendo el intercambio intergeneracional. Lejos de caer en el paternalismo, el formato mostró cómo ambas generaciones aprenden

mutuamente, desafiando prejuicios y construyendo empatía. El programa se convirtió en un modelo replicado en otros países (como Australia y Estados Unidos) y generó una importante conversación pública sobre la soledad en la vejez y la desconexión intergeneracional.

"#NoSoyInvisible" – Colectivo Mayores UDP (Chile). Liderada por la Unión Democrática de Pensionistas (UDP) de Chile, esta campaña utilizó el hashtag #NoSoyInvisible para denunciar la exclusión social y mediática de las personas mayores. A través de testimonios reales, fotografías y videos, se mostró la diversidad de trayectorias, deseos y contribuciones de los adultos mayores, exigiendo políticas públicas y representaciones mediáticas más justas.

3.6.4 El papel de la comunicación social

La comunicación social, entendida como el uso estratégico de los medios y las narrativas públicas con fines educativos, transformadores y de concienciación social, tiene un potencial enorme para fomentar una cultura del envejecimiento inclusiva, respetuosa y empática. En un mundo marcado por la aceleración tecnológica, la fragmentación social y el creciente envejecimiento poblacional, los medios de comunicación no solo informan, sino que también modelan percepciones, valores y comportamientos. En este contexto, su rol en la promoción de la empatía intergeneracional resulta fundamental.

3.6.5 Educar más allá de los estereotipos

Los medios pueden desempeñar una función pedagógica al desmontar mitos y prejuicios sobre la vejez. A través de documentales, programas

informativos, podcasts o campañas institucionales, es posible ofrecer contenidos basados en evidencia que expliquen los procesos del envejecimiento desde una perspectiva biopsicosocial, destacando la diversidad de experiencias, capacidades y necesidades entre las personas mayores.

Por ejemplo, series documentales como "Old People's Home for 4 Year Olds" (Australia/Reino Unido) no solo entretienen, sino que enseñan sobre neuroplasticidad, salud mental y vínculos humanos, mostrando cómo el contacto intergeneracional mejora la calidad de vida de niños y adultos mayores por igual.

3.6.6 Visibilizar historias reales y diversas

La empatía nace del reconocimiento del otro como sujeto con historia, emociones y derechos. Los medios pueden contribuir a ello al dar voz a personas mayores de distintos orígenes, géneros, capacidades, orientaciones sexuales y contextos socioeconómicos. Al presentar relatos auténticos, de migrantes mayores, cuidadores, artistas, activistas o trabajadores informales, se rompe con la homogeneización de la vejez y se fomenta una comprensión más rica y humana.

Plataformas como YouTube, Instagram o TikTok han permitido que adultos mayores cuenten sus propias historias, generando identificación y diálogo con audiencias jóvenes que, de otro modo, podrían ver la vejez como algo distante o ajeno.

3.6.7 Fomentar el diálogo intergeneracional en los contenidos

Los medios pueden diseñar formatos que articulen activamente el encuentro entre generaciones. Programas de radio con entrevistas cruzadas, concursos culturales entre abuelos y nietos, o secciones periodísticas donde jóvenes y mayores debatan temas de actualidad (como el cambio climático, la tecnología o la memoria histórica) crean puentes simbólicos y emocionales.

Un ejemplo destacado es la iniciativa "StoryCorps" en Estados Unidos, que invita a personas de distintas edades a grabar conversaciones significativas. Muchas de estas historias, difundidas en radio y podcasts, han conmovido a millones y reforzado la idea de que la sabiduría y la esperanza pueden coexistir en un mismo diálogo.

3.6.8 Promover lenguajes respetuosos y representaciones equitativas

La forma en que se habla de las personas mayores en los medios influye directamente en cómo son percibidas. Evitar términos paternalistas ("ancianito", "pobrecito"), deshumanizantes ("carga social") o medicalizados ("paciente geriátrico") es un acto de comunicación social responsable. En su lugar, se debe promover un lenguaje que reconozca la agencia, la dignidad y la diversidad de las personas mayores. Además, la inclusión equitativa de adultos mayores en roles protagónicos, no solo como figuras secundarias o cómicas, en series, publicidad y noticias refuerza su pertenencia plena en la sociedad.

3.6.9 Aliarse con la educación formal e informal

Los medios pueden colaborar con escuelas, universidades y centros comunitarios para desarrollar materiales educativos intergeneracionales. Por ejemplo, guías para docentes que incluyan análisis crítico de representaciones mediáticas de la vejez, o campañas escolares que inviten a los estudiantes a entrevistar a personas mayores de su entorno, fomentando así la escucha activa y la transmisión de memoria histórica.

3.7 Hacia una sociedad inclusiva: retos y perspectivas futuras

3.7.1 Desafíos estructurales

A pesar de los avances normativos en muchos países, como la adopción de leyes de derechos de las personas mayores o la ratificación de instrumentos internacionales como la Convención sobre los Derechos de las Personas Mayores en el ámbito de la ONU, persisten brechas profundas entre el marco legal y la realidad cotidiana. Los principales desafíos estructurales se concentran en tres ámbitos interrelacionados: protección social, acceso a servicios y participación ciudadana.

3.7.2 Sistemas de protección social insuficientes e inequitativos

En numerosos países, especialmente en contextos de ingresos medios y bajos, los sistemas de pensiones son fragmentados, excluyentes o financieramente insostenibles. Millones de adultos mayores, particularmente mujeres, trabajadores informales, rurales o migrantes, no acceden a pensiones dignas o carecen por completo de ingresos en la vejez, lo que los expone a la pobreza, la dependencia económica y la

vulnerabilidad. Situación que hace necesario:

- Universalizar pensiones no contributivas o de garantía social mínima.
- Reconocer formalmente el trabajo no remunerado (como el cuidado) en los cálculos de jubilación.
- Fortalecer mecanismos de financiamiento solidario y redistributivo.

3.7.3 Acceso desigual a servicios de salud y cuidados

El envejecimiento conlleva un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas, discapacidades y necesidades de cuidado a largo plazo. Sin embargo, los sistemas de salud siguen centrados en el modelo biomédico agudo, con poca capacidad para abordar la atención geriátrica integral, preventiva y centrada en la persona. Acciones que deben implementarse:

- Integrar la perspectiva gerontológica en todos los niveles del sistema de salud.
- Desarrollar redes comunitarias de cuidado que combinen apoyo familiar, profesional y estatal.
- Garantizar el acceso a medicamentos, rehabilitación, salud mental y tecnologías asistivas sin discriminación por edad.

3.7.4 Políticas urbanas y de movilidad inclusivas

Las ciudades y los entornos físicos siguen diseñándose bajo lógicas juvenilizantes, ignorando las necesidades de movilidad, accesibilidad y seguridad de las personas mayores. Escaleras sin rampas, transporte público inadecuado, falta de iluminación o espacios públicos inseguros limitan su autonomía y participación social. Tareas pendientes:

- Implementar políticas de "ciudades amigables con las personas mayores" (modelo OMS).
- Incluir a adultos mayores en los procesos de planificación urbana y diseño participativo.
- Promover viviendas adaptadas y opciones de envejecimiento en el lugar (aging in place).

3.7.5 Exclusión política y baja representación

Aunque las personas mayores constituyen un segmento creciente de la población, su voz sigue siendo marginal en los espacios de toma de decisiones. Rara vez se les consulta en la formulación de políticas que les afectan directamente, y su participación en partidos, movimientos sociales o consejos consultivos es limitada. Tareas por ejecutarse:

- Crear mecanismos institucionales de participación (consejos de personas mayores con poder real).
- Fomentar la representación política de adultos mayores en cargos electivos y técnicos.

- Apoyar organizaciones de la sociedad civil lideradas por personas mayores.

3.7.6 Cambio cultural y actitudinal

Construir una sociedad verdaderamente inclusiva con las personas adultas mayores no solo requiere reformas institucionales y políticas públicas, sino también, y de manera fundamental, una transformación cultural y actitudinal profunda. El edadismo, entendido como la discriminación, los prejuicios y los estereotipos negativos basados en la edad, está profundamente arraigado en las estructuras simbólicas, los lenguajes cotidianos, las prácticas sociales y los imaginarios colectivos. Superarlo exige cuestionar las narrativas dominantes que asocian la vejez con la decadencia, la inutilidad o la carga, y promover en su lugar una visión que reconozca la vejez como una etapa valiosa, diversa y con pleno derecho a la dignidad.

3.7.7 El edadismo como barrera invisible

A diferencia de otras formas de discriminación, el edadismo suele ser normalizado, incluso entre las propias personas mayores, quienes internalizan creencias negativas sobre su valor social. Esta internalización puede manifestarse en la renuncia a oportunidades laborales, educativas o de participación, bajo la idea de que "ya no es para mi edad". El edadismo también se expresa en microagresiones cotidianas: frases como "¡para tu edad, te ves bien!", "eso es cosa de jóvenes" o "déjalo, ya estás viejo para eso" refuerzan la exclusión simbólica.

Este tipo de discriminación no solo afecta la autoestima y la salud mental, sino que también justifica políticas excluyentes, como la negación de tratamientos médicos por criterios de edad o la invisibilización en campañas publicitarias y culturales.

3.7.8 De la juventud como ideal a la diversidad vital

La cultura contemporánea ha elevado la juventud a la categoría de ideal absoluto: sinónimo de belleza, productividad, innovación y deseo. En contraste, la vejez se ha asociado con lo opuesto: pérdida, obsolescencia, dependencia. Esta dicotomía binaria es profundamente limitante y falsa. La vida humana no es una curva que asciende y luego cae, sino un continuo de transformaciones, donde cada etapa aporta sabiduría, perspectiva, resiliencia y nuevas formas de contribución.

Promover un cambio cultural implica descolonizar el imaginario de la juventud como única fuente de valor y celebrar la riqueza de la experiencia acumulada. Esto no significa idealizar la vejez, sino reconocerla en su complejidad: con luces y sombras, logros y desafíos, autonomía y necesidades.

3.7.9 Educación y sensibilización desde la infancia

El cambio actitudinal debe comenzar temprano. La educación formal y no formal tiene un rol clave en la formación de actitudes empáticas y respetuosas hacia las personas mayores. Incluir en los currículos escolares contenidos sobre envejecimiento, derechos humanos en la vejez, historia oral y convivencia intergeneracional permite desmontar prejuicios antes de que se arraiguen.

Programas que vinculan escuelas con centros de adultos mayores, como lecturas compartidas, huertos comunitarios o proyectos de memoria histórica, generan encuentros reales que humanizan la vejez y construyen puentes afectivos entre generaciones.

3.7.10 Medios de comunicación como agentes de cambio

Como se ha señalado en capítulos anteriores, los medios tienen un poder simbólico inmenso. Para impulsar un cambio cultural, deben asumir responsabilidad en la representación diversa, realista y positiva de las personas mayores: no solo como abuelos amorosos o figuras frágiles, sino como líderes, artistas, amantes, trabajadores, activistas, migrantes, LGBTQ+, etc. Además, es crucial promover la alfabetización mediática crítica, tanto en jóvenes como en adultos mayores, para que puedan identificar y cuestionar mensajes edadistas en publicidad, cine, redes sociales y noticias.

3.7.11 Celebrar la vejez como acto político

Reivindicar la vejez con orgullo, decir "soy viejo/a y tengo mucho que aportar", es un acto de resistencia cultural. Movimientos sociales de personas mayores en América Latina, Europa y Asia están desafiando el silencio y exigiendo visibilidad, derechos y respeto. Apoyar estas voces, amplificar sus demandas y reconocer su agencia es parte esencial del cambio actitudinal colectivo.

3.7.12 El rol de las generaciones futuras

Las generaciones más jóvenes, millennials, Generación Z y Alfa, no solo

heredarán un mundo con una población cada vez más envejecida, sino que también tienen en sus manos la posibilidad de redefinir las relaciones intergeneracionales y construir una cultura verdaderamente inclusiva. A diferencia de generaciones anteriores, estas nuevas cohortes han crecido en contextos marcados por la diversidad, los derechos humanos, la sostenibilidad y la crítica a las desigualdades estructurales.

Esta sensibilidad social, combinada con su dominio de las tecnologías y su capacidad de movilización, las posiciona como agentes clave para transformar la percepción del envejecimiento y promover una sociedad donde todas las edades coexistan con equidad, respeto y reconocimiento mutuo.

3.7.13 Cuestionar el edadismo desde la conciencia crítica

Las nuevas generaciones pueden desempeñar un papel fundamental al identificar, nombrar y rechazar el edadismo en sus entornos cotidianos: en el lenguaje, en las redes sociales, en la publicidad, en el cine o incluso en las dinámicas familiares. Al aplicar la misma lupa crítica que usan para cuestionar el racismo, el sexismo o la homofobia, pueden visibilizar cómo la discriminación por edad también perpetúa injusticias. Por ejemplo, al rechazar memes que ridiculizan a las personas mayores por su uso de la tecnología, o al cuestionar campañas que presentan la vejez como un "problema a resolver", los jóvenes contribuyen a normalizar una visión más justa y empática del envejecimiento.

3.7.14 Promover el diálogo intergeneracional auténtico

Más allá de la solidaridad asistencialista ("ayudar a los viejitos"), las

nuevas generaciones pueden fomentar encuentros horizontales y significativos con personas mayores. Esto incluye:

- Escuchar sus historias de vida como fuente de memoria histórica y sabiduría práctica.
- Colaborar en proyectos comunitarios, artísticos o ambientales que integren distintas edades.
- Aprender de sus conocimientos tradicionales (gastronomía, oficios, lenguas originarias, agricultura, etc.), al mismo tiempo que comparten herramientas digitales o nuevas perspectivas sociales.

Estos intercambios no solo enriquecen a ambas partes, sino que deconstruyen la idea de que el conocimiento fluye solo en una dirección (de jóvenes a mayores, o viceversa).

3.7.15 Usar las tecnologías para incluir, no excluir

Si bien la brecha digital sigue siendo un desafío, muchos jóvenes están utilizando su competencia tecnológica para cerrar, no ampliar, esa brecha. Iniciativas como talleres de alfabetización digital en centros de adultos mayores, creación de canales de YouTube conjuntos, o el diseño de apps accesibles y amigables para personas mayores demuestran que la tecnología puede ser un puente generacional, no una barrera.

En esta misma dinámica, las nuevas generaciones pueden impulsar el desarrollo de tecnologías inclusivas, como interfaces con voz, diseño universal o asistentes virtuales adaptados, que respeten la autonomía y

las capacidades diversas de las personas mayores.

3.7.16 Defender políticas públicas intergeneracionales

Los jóvenes tienen un rol crucial como ciudadanos activos y votantes conscientes. Pueden exigir a sus gobiernos políticas que no prioricen solo sus propias necesidades (educación, empleo juvenil), sino que adopten una mirada intergeneracional en la planificación urbana, la salud, la vivienda, la cultura y la protección social.

Participar en movimientos que defiendan pensiones dignas, acceso universal a la salud geriátrica o ciudades accesibles no es "ayudar a los otros", sino construir un futuro sostenible para todos, incluyéndose a sí mismos cuando envejezcan.

3.7.17 Repensar el futuro del envejecimiento

Las nuevas generaciones están redefiniendo qué significa envejecer. Muchos jóvenes hoy expresan el deseo de envejecer con propósito, conexión y autonomía, rechazando modelos de vejez basados en el aislamiento o la medicalización extrema. Al imaginar y diseñar futuros alternativos, como comunidades intergeneracionales, cooperativas de cuidado o modelos de trabajo flexible en la tercera edad, están sentando las bases de una cultura del envejecimiento más humana y esperanzadora.



Figura 2. Mujer adulta mayor elabora manualidades con materiales residuales de tallo de banano.

UNIDAD IV

4 EL ROSTRO COTIDIANO DEL EDADISMO EN LA PARROQUIA RURAL BARBONES

El presente capítulo expone los hallazgos empíricos derivados del trabajo de campo realizado con 200 adultos mayores residentes en la parroquia rural Barbones, cantón El Guabo, provincia de El Oro, entre los periodos 2024-D2 y 2026-D2. Lejos de limitarse a la descripción estadística de variables aisladas, los resultados se articulan en torno a una narrativa crítica que devela cómo el edadismo opera no como una suma de actos discriminatorios individuales, sino como un entramado estructural donde convergen la exclusión territorial, la precariedad institucional y la erosión silenciosa de los vínculos afectivos.

A través de encuestas estructuradas, observación participante y testimonios cualitativos, se documenta una realidad paradójica: mientras el 70% de los adultos mayores niega haber sufrido discriminación explícita en su entorno inmediato, el 61% nunca recibe acompañamiento psicológico pese a que el 61% presenta alteraciones emocionales, y el 73% carece de acceso efectivo a seguridad social. Esta contradicción, entre la percepción subjetiva de "no ser discriminado" y la exclusión objetiva de derechos, constituye el núcleo del edadismo contemporáneo en contextos rurales; una forma de opresión que se naturaliza hasta volverse invisible para quienes la padecen, reproduciendo la ilusión de que la marginalidad es destino inevitable de envejecer en el campo.

Los resultados se organizan en cinco ejes interdependientes que configuran el ciclo de vulnerabilidad gerontológica en Barbones.

- En primer lugar, las condiciones socioeconómicas revelan una dependencia estructural crítica: el 61% carece de ingresos propios, el 22.5% participa marginalmente en decisiones familiares y apenas el 16% posee finca productiva, evidenciando cómo la pérdida de autonomía económica se entrelaza con la subordinación en el hogar.

- En segundo lugar, el perfil de salud expone una transición epidemiológica acelerada donde el 44% padece hipertensión o diabetes sin seguimiento mensual adecuado, el 61% sufre ansiedad o depresión sin atención especializada, y el 53.5% presenta alguna discapacidad auditiva (24%), física (16.5%) o visual (11%), en un territorio sin infraestructura adaptada.

- En tercer lugar, la dimensión habitacional y de servicios básicos desnuda una "propiedad precaria": aunque el 75% habita vivienda propia, el 43.7% carece de alcantarillado y el 23.2% no accede a agua potable continua en sus recintos dispersos, transformando el hogar en un espacio de riesgo acumulado para cuerpos envejecidos.

- En cuarto lugar, las dinámicas familiares y comunitarias evidencian una "afectividad condicionada": el 77% percibe trato bueno o muy bueno de su familia, pero este afecto coexiste con la exclusión de decisiones cruciales y la medicalización tardía de su sufrimiento emocional.

- En quinto lugar, las aspiraciones no realizadas, donde el 64.5%

> anhela viajar para reencontrarse con hijos u otros familiares ausentes, develan la herida invisible de la fragmentación intergeneracional, donde el sueño más recurrente de las personas mayores es precisamente aquello que el Estado y las políticas territoriales les niegan sistemáticamente: el derecho a la movilidad, al reencuentro y a la continuidad de los lazos afectivos.

Estos hallazgos trascienden el diagnóstico local para interpelar las políticas públicas nacionales desde una perspectiva territorial crítica. La investigación demuestra que el edadismo en Barbones no responde a la "falta de recursos" como excusa recurrente del Estado, sino a una lógica de diseño excluyente donde los programas sociales se construyen para territorios urbanos centralizados y luego se "extienden" mecánicamente al campo o zonas más ruralizadas, sin adaptarse a sus especificidades: dispersión poblacional, aislamiento vial, baja escolaridad y migración selectiva juvenil.

Así, el fracaso del "programa del adulto mayor", que alcanza apenas al 12% de la población objetivo, no es un error técnico, sino la consecuencia previsible de políticas que ignoran que en contextos rurales el acceso a un derecho no depende solo de su existencia legal, sino de la proximidad física, la accesibilidad económica y la comprensión cultural de los mecanismos de exigibilidad.

Los datos presentados en este capítulo constituyen, por tanto, una denuncia empírica contra el universalismo abstracto de las políticas sociales ecuatorianas, exigiendo un giro hacia el principio de territorialidad diferenciada: reconocer que envejecer en Sabalucal no es

lo mismo que envejecer en Quito, y que los derechos humanos solo se materializan cuando se traducen en respuestas concretas, contextualizadas y sostenibles en cada territorio.

Lejos de una mirada victimizante, los resultados también revelan resistencias cotidianas y saberes no explotados que constituyen el punto de partida para transformaciones reales. La persistencia del 77.5% en participar en decisiones familiares, el rechazo contundente al asilo (99%), el interés en emprendimientos productivos (12.5%) y la riqueza de conocimientos agrícolas y medicinales ancestrales evidencian una agencia mayor silenciada pero no extinta.

Estas capacidades, históricamente ignoradas por enfoques asistencialistas que reducen a las personas mayores a "cargas" se proponen en la parte final de este capítulo, como ejes centrales de una propuesta de intervención comunitaria que, en alianza con la Universidad Técnica de Machala y el GAD Parroquial, busca transformar el edadismo, no mediante la caridad institucional, sino mediante la construcción colectiva de territorios de cuidado donde envejecer con dignidad deje de ser una promesa retórica, para convertirse en una experiencia vivida, cotidiana y plenamente humana.

Los datos que siguen no son el final de un diagnóstico, sino el inicio de una conversación ética sobre qué tipo de sociedad queremos construir: una que abandona a sus mayores en la soledad de sus casas de madera y hormigón, o una que reconoce en sus arrugas la memoria viva de un pueblo y en sus manos aún ágiles, el potencial para tejer futuros compartidos.

4.1 Procedimientos metodológicos

4.1.1 Diseño de la investigación

Este componente crucial del proceso investigativo se distingue por su capacidad para dar forma y estructura al trabajo, permitiendo a los investigadores abordar sus interrogantes con claridad y precisión. A continuación, se presentará el diseño metodológico del trabajo de investigación:

Tipo de investigación. El presente trabajo de investigación enmarca en un estudio enfocado a la explicación teórica sobre una problemática sin necesidad de intervenir de forma inmediata, el tipo de investigación utilizada es básica porque se centra en analizar las variables de manera profunda para ampliar los conceptos y fundamentación teórica sobre un tema de interés social. En al respecto Ramírez et al (2023) ratifican que la relevancia de la investigación básica es porque es la base de la investigación aplicada y la innovación tecnológica. A través de la investigación básica, se generan nuevos conocimientos que a su vez se aplican para resolver problemas prácticos en la investigación aplicada.

Alcance. Es una investigación descriptiva explicativa. Toda vez que se introduce en el tema del edadismo describiendo sus características basadas en la conceptualización y trata de explicar la relación causal (UNEMI, 2021).

Enfoque metodológico. En la presente investigación se utilizó un enfoque mixto, el cual combina técnicas e instrumentos cualitativos que facilitaran documentar información sobre las percepciones que la

ciudadanía tiene sobre un fenómeno social mediante la implementación de entrevistas y guía de observación que evaluará diferentes aspectos claves de la causa a investigar, mientras los datos cuantitativos que se han obtenido a través de encuestas censales que fueron aplicadas a la población objeto de estudio de la parroquia Barbones del cantón El Guabo.

Enfoque epistemológico. Los enfoques metodológicos empleados en la investigación fueron:

Enfoque empírico-inductivo: Este enfoque permitió analizar los fenómenos reales y determinantes de una problemática mediante la observación directa o a través de la experiencia adquirida para obtener una conclusión general y particular sobre temas de interés.

Enfoque racional deductivo: El enfoque parte desde la teoría para posteriormente verificar si se relaciona con la realidad, si las hipótesis son comprobadas permite fortalecer la fundamentación teoría siguiendo una estructura que busca demostrar la validez de conceptos más desarrollados.

Población y muestra. El universo está constituido por 451 personas adultas mayores, de las que se ha tomado una muestra representativa de 200 adultos residentes en la parroquia Barbones del cantón El Guabo, por tanto, no se ha estimado una muestra a través de procesos estadísticos.

Instrumentos de investigación. Las técnicas e instrumentos aplicados en la investigación fueron previamente diseñados e implementados para

la facilitar la recolección de datos.

4.2 Resultados de la investigación

4.2.1 Población por grupos etarios

Tabla 1. Población total de la parroquia barbones.

Grupos	M	F	N	%
65 y más años	251	200	451	6%
50 – 64 años	432	331	763	10%
30 - 49 años	970	917	1.887	26%
20 - 29 años	686	701	1.387	19%
15 – 19 años	354	362	716	10%
10 - 14 años	379	323	702	9,5%
5 - 9 años	350	321	671	9%
0 – 4 años	395	392	787	10,5 %
Total	**3.817**	**3.547**	**7.364**	**100%**
	51,8%	48,2%		

Nota: datos del censo de población INEC 2022

La estructura etaria de la parroquia rural Barbones revela una paradoja demográfica significativa: las personas adultas mayores de 65 años constituyen apenas el 6% de la población total (451 habitantes), mientras que los grupos etarios económicamente activos (20-64 años) representan el 55% y la población infantil/juvenil (0-19 años) alcanza el 39%. Esta configuración, característica de territorios rurales con alta migración juvenil hacia centros urbanos y dinámicas de reemplazo generacional lentas, expone una vulnerabilidad crítica: al ser una minoría numérica, las personas mayores quedan doblemente invisibilizadas, tanto por su condición etaria como por su escasa representación proporcional en la toma de decisiones comunitarias.

Esta marginalidad estadística se convierte en un factor estructural del edadismo, pues las autoridades locales tienden a priorizar políticas

dirigidas a mayorías visibles (niñez, juventud, población económicamente activa), relegando las necesidades gerontológicas a un plano residual. Así, la baja proporción de adultos mayores no atenúa el problema del edadismo, sino que lo agrava al naturalizar su exclusión bajo el argumento falaz de que "son pocos", desconociendo que el ejercicio de derechos no se condiciona a la representación numérica, sino al principio constitucional de igualdad material.

Un hallazgo demográfico inusual que merece atención crítica es la inversión de la pirámide de género en el grupo etario de 65 años y más: a diferencia de la tendencia nacional ecuatoriana y global, donde las mujeres superan ampliamente en número a los hombres en la vejez debido a su mayor esperanza de vida, en Barbones predominan los hombres (251) sobre las mujeres (200), con una proporción de 1,25 varones por cada mujer. Esta anomalía sugiere fenómenos socio-territoriales profundos: por un lado, podría indicar una migración selectiva de mujeres adultas mayores hacia centros urbanos en busca de mejores condiciones de salud o proximidad a redes familiares; por otro, reflejaría condiciones de mortalidad diferenciada por género relacionadas con el trabajo agrícola intensivo, el acceso desigual a servicios de salud preventiva o patrones culturales de cuidado que protegen más a los hombres en la vejez.

Este dato desafía los estereotipos universalizantes sobre el envejecimiento y subraya la necesidad de enfoques territorializados en gerontología: las políticas contra el edadismo no pueden replicar modelos urbanos o nacionales sin considerar las especificidades demográficas, culturales y de género de cada territorio rural. En

Barbones, abordar el edadismo exige reconocer que la exclusión opera de manera diferenciada según el sexo, la ubicación geográfica dentro de la parroquia y la historia migratoria de las familias, transformando el dato estadístico en una brújula ética para diseñar intervenciones que rompan con la homogeneización de las experiencias de vejez en contextos rurales.

Proyección del envejecimiento poblacional de Barbones

Por otra parte, Aunque a primera vista podría interpretarse una tendencia al envejecimiento, el análisis demográfico de Barbones revela una realidad más compleja que requiere matiz: actualmente la parroquia NO presenta una estructura poblacional envejecida, pero sí exhibe señales tempranas de una transición demográfica que, sin intervención, podría acelerar el envejecimiento relativo en las próximas décadas.

Según los estándares internacionales de la OMS y Naciones Unidas, una población se considera "envejecida" cuando los adultos mayores de 65 años superan el 14% del total; en Barbones este grupo representa apenas el 6%, mientras que la base de la pirámide (población de 0 a 14 años) alcanza el 28,5% (10,5% + 9% + 9,5%), lo que configura aún una estructura demográfica predominantemente joven o en fase temprana de transición. El hecho de que los niños menores de 4 años representen el 10,5%, ligeramente superior al grupo de 5-9 años (9%), sugiere más bien una cierta estabilidad en la fecundidad reciente que un declive pronunciado, contradiciendo la idea de un envejecimiento acelerado inminente.

Sin embargo, existen dos factores críticos que anticipan una tendencia

al envejecimiento relativo en el mediano plazo: primero, el grupo etario de 50 a 64 años constituye el 10% de la población (763 personas), lo que significa que en un horizonte de 15 a 25 años esta cohorte masiva ingresará a la vejez, duplicando o triplicando potencialmente la proporción actual de adultos mayores si no media una renovación generacional sostenida. Segundo, y más determinante en contextos rurales ecuatorianos, la migración selectiva de jóvenes y adultos en edad productiva (20-49 años) hacia centros urbanos como Machala, Guayaquil o el exterior, fenómeno ampliamente documentado en El Oro, vacía progresivamente los estratos medios de la pirámide, generando un "envejecimiento por vaciamiento" donde la proporción relativa de personas mayores aumenta no por mayor longevidad, sino por la salida de las generaciones más jóvenes.

Esta dinámica explica por qué, pese a tener una base poblacional infantil aún significativa (28,5%), Barbones enfrenta ya los síntomas del edadismo: la minorización numérica de las personas mayores (6%) se combina con su creciente aislamiento funcional debido a la fragmentación de redes familiares por migración. Por ello, la investigación sobre edadismo en este territorio adquiere urgencia prospectiva: no responde a una crisis demográfica actual, sino a la necesidad de anticipar y mitigar los efectos sociales de una transición poblacional incipiente que, sin políticas territoriales activas de retención juvenil y cuidado gerontológico, convertirá a Barbones en una parroquia con alta proporción de adultos mayores en situación de vulnerabilidad institucional dentro de dos décadas.

4.2.2 Cobertura de servicios básicos

Tabla 2. Cobertura de servicios básicos en Barbones.

Servicios básicos	Si	No	Total %
	%	%	
Agua de red pública	76,8%	23,2%	100%
Electricidad	97,5%	2,5%	100%
Alcantarillado	56,3%	43,7%	100%
Recolección de basura	92,7%	7,3%	100%

Nota: Datos del censo de población INEC 2022

Los datos revelan una cobertura asimétrica y profundamente inequitativa de infraestructura en Barbones que impacta de manera diferenciada a las personas adultas mayores, especialmente en zonas alejadas de la cabecera parroquial. Si bien la electricidad (97.5%) y la recolección de basura (92.7%) muestran niveles relativamente altos de cobertura, atribuibles a políticas nacionales de electrificación rural y convenios municipales básicos.

El panorama se torna crítico en dos dimensiones fundamentales para la dignidad en la vejez: el alcantarillado, con apenas el 56.3% de cobertura, deja a casi la mitad de la población (43.7%) dependiendo de letrinas o sistemas precarios que, en adultos mayores con movilidad reducida (16.5% con discapacidad física) o incontinencia asociada al envejecimiento, representan un riesgo sanitario y una fuente de vergüenza que los confina al aislamiento doméstico; y el agua de red pública, con un 23.2% sin acceso, evidencia una brecha territorial que castiga desproporcionadamente a comunidades dispersas como La Raquel o Sabalucal, donde las personas mayores deben caminar distancias considerables con recipientes pesados, tarea imposible para quienes presentan artrosis, caídas recurrentes o debilidad muscular,

forzándolos a consumir agua no tratada que agrava patologías gastrointestinales ya prevalentes (hemorragias digestivas documentadas en la investigación).

Esta fragmentación infraestructural no es neutral, reproduce el edadismo institucional al diseñar servicios desde una lógica de población "promedio" joven y móvil, ignorando las necesidades específicas de accesibilidad, proximidad y adaptación que requiere el envejecimiento en contextos rurales. Lo cuestionable es que, pese a contar con techo propio (75% según datos previos), muchos adultos mayores habitan en un entorno doméstico que, por carecer de saneamiento básico o agua segura, se convierte en un espacio de riesgo acumulado donde cada necesidad fisiológica básica: beber, bañarse, evacuar, implica un esfuerzo físico peligroso o una exposición sanitaria evitable. Superar esta brecha exige políticas de infraestructura con enfoque gerontológico territorializado, sistemas de alcantarillado comunitario adaptados a topografía rural, puntos de agua potable en cada recinto con griferías ergonómicas, y rutas de recolección de basura que incluyan viviendas dispersas, transformando así la vivienda de mero refugio físico en un hábitat verdaderamente digno para envejecer.

4.2.3 Adultos mayores en relación al área geográfica

Tabla 3. Área geográfica.

Ubicación	**N**	**%**
Rural	200	100 %
Urbano	0	0%
Total	200	100%

Nota. Datos de la encuesta a adultos mayores de la parroquia Barbones

Barbones es una parroquia rural del cantón El Guabo, por tanto, los adultos mayores que se han entrevistado asisten a realizar actividades en la cabecera parroquia, eso explica que el 100% dicen estar ubicados en el área rural.

4.2.4 Grupos etarios

Tabla 4. Adultos mayores según grupos de edad.

Edad	N	%
91 años en adelante	4	2.%
86-90 años	5	2.5%
81-85 años	5	2.5%
76-80 años	59	29%
71-75 años	67	34%
65-70 años	60	30%
Total	**200**	**100%**

Nota. Datos de la encuesta a adultos mayores de la parroquia Barbones

La distribución por grupos etarios revela una "pirámide gerontológica truncada" que concentra el 93% de la población adulta mayor encuestada en el rango de 65 a 80 años (186 personas), mientras que apenas el 7% supera los 81 años. Esta configuración no refleja una longevidad robusta propia de territorios con sistemas de protección social consolidados, sino más bien una esperanza de vida limitada en contextos rurales marginados, donde el acceso precario a servicios de salud preventiva, el manejo inadecuado de enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, artrosis) y las condiciones socioeconómicas adversas aceleran el deterioro funcional y reducen la supervivencia más allá de la octava década.

La abrupta caída demográfica a partir de los 81 años, pasando de 59 personas (29%) en el grupo 76-80 a solo 14 personas (7%) en los

grupos superiores, evidencia un fenómeno crítico: en Barbones, llegar a los 80 años representa un umbral de vulnerabilidad extrema donde la combinación de aislamiento geográfico, ausencia de cuidados especializados y redes familiares fragmentadas por migración incrementa significativamente la mortalidad prematura. Este dato cobra especial relevancia al cruzarlo con las patologías diagnosticadas en la investigación: fibrilación auricular, insuficiencia cardiaca, hemorragias digestivas y caídas recurrentes, todas condiciones potencialmente manejables con atención geriátrica oportuna, se convierten en sentencias de muerte acelerada en un entorno sin infraestructura sanitaria adaptada.

Paradójicamente, esta estructura etaria configura una ventana crítica de intervención social que expone la incongruencia central del edadismo en territorios rurales: el grupo más numeroso (71-75 años, 34% de la muestra) corresponde precisamente al segmento donde las personas mayores aún conservan autonomía física y cognitiva relativa, pero son sistemáticamente excluidas de políticas públicas bajo el falso supuesto de que "aún no requieren atención".

Esta lógica perversa, que espera el deterioro irreversible para activar respuestas asistenciales, ignora que el periodo de 65 a 80 años es decisivo para prevenir la dependencia mediante estrategias de envejecimiento activo: promoción de actividad física adaptada, detección temprana de trastornos emocionales (presentes en el 41% de la muestra), fortalecimiento de redes comunitarias y generación de roles sociales significativos. El hecho de que el 61% de los adultos mayores nunca reciba acompañamiento psicológico y que solo el 12%

acceda al programa del adulto mayor evidencia que el sistema institucional opera con lógica reactiva (curativa) en lugar de preventiva, desperdiciando la oportunidad de intervenir en la "ventana dorada" donde aún es posible construir resiliencia frente al envejecimiento.

Por ello, estos datos demográficos no solo describen una realidad estadística: constituyen una alerta temprana que exige rediseñar las políticas desde la prevención gerontológica territorializada, priorizando a los adultos mayores de 65-80 años como sujetos activos de derechos, antes de que el deterioro acumulado los confine a la dependencia absoluta, un destino que, como sugiere la truncada pirámide etaria de Barbones, suele preceder a una muerte prematura en soledad institucional o familiar.

4.2.5 Discapacidades – tipos

Tabla 5. Caracterización de la población según condición de discapacidad.

Discapacidad	**N**	**%**
No tiene	93	46.5%
Auditiva	48	24%
Física	33	16.5%
Intelectual	1	0.5%
Psicosocial	1	0.5%
Visual	22	11%
Otro	2	1%
Total	**200**	**100%**

Nota. Datos de la encuesta a adultos mayores de la parroquia Barbones

Los datos sobre discapacidad en la población adulta mayor de Barbones revelan una singularidad estructural del edadismo en contextos rurales:

si bien el 53.5% presenta alguna condición de discapacidad, la distribución por tipos expone cómo el envejecimiento se medicaliza selectivamente, mientras otras dimensiones del deterioro quedan invisibilizadas. La discapacidad auditiva emerge como la más prevalente (24%), seguida por la física (16.5%) y la visual (11%), configurando un perfil sensoriomotor del envejecimiento rural profundamente vinculado a condiciones laborales históricas (exposición prolongada a ruidos en actividades agrícolas sin protección, trabajos físicos intensivos sin ergonomía) y al acceso limitado a dispositivos correctivos (audífonos, lentes graduados, bastones).

Sin embargo, lo más revelador es la abismal subrepresentación de las discapacidades psicosociales (0.5%) frente a los datos previos de alteraciones emocionales (41% con ansiedad, depresión o deseos de llorar): esta discrepancia no refleja ausencia de sufrimiento psíquico, sino la medicalización incompleta de la salud mental en territorios rurales, donde los trastornos emocionales se normalizan como "tristeza de la vejez" o "mal humor", negándoseles estatus de discapacidad legítima. Esta invisibilización constituye una forma aguda de edadismo simbólico que niega el derecho a la salud integral al fragmentar el cuerpo mayor en "partes reparables" (oídos, piernas) mientras se patologiza su sufrimiento emocional como debilidad moral.

Esta configuración discapacitante adquiere mayor gravedad al intersectarse con las barreras territoriales y la lógica asistencialista del Estado. En Barbones, las discapacidades sensoriales y físicas no operan como condiciones neutras, sino como mecanismos aceleradores de exclusión social: la pérdida auditiva (24%) aísla progresivamente a las

personas mayores de conversaciones familiares y espacios comunitarios, mientras la discapacidad física (16.5%) se vuelve barrera insuperable en un territorio sin transporte adaptado ni infraestructura accesible, especialmente para quienes habitan en zonas alejadas como Sabalucal o Valeriano Naula.

El resultado es un círculo vicioso donde la discapacidad, lejos de ser compensada mediante derechos (como exige la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ratificada por Ecuador), se convierte en factor multiplicador de edadismo institucional: al no poder desplazarse al centro parroquial, estas personas quedan excluidas del ya limitado programa del adulto mayor (12% de cobertura), y al no acceder a centros de salud por su condición física, sus patologías crónicas se agravan sin intervención preventiva.

Paralelamente, la casi inexistencia de discapacidad intelectual reportada (0.5%) sugiere un sub diagnóstico crítico de demencias (Alzheimer, demencia senil mencionadas en la investigación), ya que en contextos rurales estas condiciones suelen interpretarse como "locura de viejos" o "desvaríos", sin derivación a evaluaciones neuropsicológicas especializadas.

Lo real es que estos datos no describen simplemente un estado de salud: evidencian cómo el edadismo y el capacitismo se entrelazan en territorios marginados para transformar el envejecimiento en una experiencia de exclusión acumulativa, donde la discapacidad no es causa sino consecuencia de políticas públicas que priorizan la curación

fragmentada sobre la prevención integral y la adaptación territorial de derechos.

4.2.6 Discapacidades – de acuerdo a porcentajes

Tabla 6. Nivel de discapacidad según porcentaje.

Porcentaje de discapacidad	N	%
0%	93	47%
1% - 10%	0	0%
11% - 20%	0	0%
21% - 30%	5	3%
31% - 40%	8	4%
41% - 50%	4	2%
51% - 60%	3	1.5%
61% - 70%	10	5%
71% - 80%	3	1.5%
81% - 90%	1	0.5%
No sabe	73	36.5%
Total	**200**	**100%**

Nota. Datos de la encuesta a adultos mayores de la parroquia Barbones

Los datos representan que un 46.50% de los participantes no poseen ningún porcentaje de discapacidad, no obstante, la opción "No sabe" se ve reflejada con un destacado del 36.50%: un 5% de los encuestados especifican que tienen entre "61% al 70%" de incapacidades. Continuando, un 4% menciono que sufre entre 31% al 40% de limitaciones, seguidamente, para el 2.50% de la población destacó convivir con un 21% al 30% de este inconveniente, en menores proporciones aparecen los rangos del 1% al 10% con 5%, el 21% al 30% y el 41% al 50% con 2.50% y 2% respectivamente, para concluir se recalca que un 81% al 90% muestran un 0.50%. Este análisis indica que casi la mitad de la población no presenta un % de discapacidad, existe

una presencia considerable de personas con niveles moderados, especialmente en el rango del 31% al 40%.

4.2.7 Género

Tabla 7. Genero de los adultos mayores.

Género	**N**	**%**
Hombre	94	47%
Mujer	106	53%
Total	**200**	**100%**

Nota. Datos de la encuesta a adultos mayores de la parroquia Barbones

La distribución por género en la muestra de adultos mayores de Barbones, 53% mujeres (106) y 47% hombres (94), revela una singularidad demográfica significativa al contrastarse con los datos del censo 2022 de la parroquia, donde el grupo etario de 65 años y más mostraba una mayoría masculina (251 hombres frente a 200 mujeres). Esta inversión sugiere dos fenómenos interrelacionados: por un lado, un posible sesgo de participación en la encuesta, donde las mujeres, tradicionalmente más presentes en los espacios domésticos y comunitarios rurales debido a patrones migratorios masculinos hacia actividades agrícolas externas o centros urbanos, tuvieron mayor disponibilidad y visibilidad para ser incluidas en el muestreo; por otro, una doble vulnerabilidad estructural que afecta a las mujeres adultas mayores en contextos rurales: si bien históricamente la longevidad femenina suele ser mayor a nivel global, en Barbones la combinación de pobreza, carga desproporcionada de cuidados no remunerados a lo largo del ciclo vital, acceso limitado a seguridad social (solo una minoría afiliada al IESS o Seguro Social Campesino) y menor atención sanitaria preventiva podría estar generando una "longevidad desprotegida",

donde las mujeres sobreviven más años pero en condiciones de mayor precariedad física, emocional y económica.

Esta aparente mayoría femenina en la muestra no debe interpretarse como ventaja demográfica, sino como una alerta sobre la interseccionalidad del edadismo y el sexismo: las mujeres mayores enfrentan una discriminación acumulativa que las sitúa en el estrato más vulnerable de la pirámide social rural, con mayor riesgo de aislamiento tras la viudez, dependencia económica de familias fragmentadas por migración y exclusión de decisiones comunitarias, exigiendo que las políticas contra el edadismo incorporen explícitamente un enfoque de género que reconozca estas desigualdades estructurales y diseñe respuestas diferenciadas para garantizar su autonomía, seguridad y reconocimiento social.

4.2.8 Composición de la unidad familiar

Tabla 8. Composición de hijos número y edad.

Hijos mayores o menores de edad	**f**	**%**
Hijos menores <18	17	3.37%
Hijas menores <18	16	3.17%
Hijos mayores	271	53.77%
Hijas mayores	200	39.68%
Total	**504**	**100%**

Nota. Datos de la encuesta a adultos mayores de la parroquia Barbones

La composición filial de los adultos mayores en Barbones, donde el 93.45% de sus 504 hijos/as son mayores de edad (271 hijos y 200 hijas) y apenas el 6.54% son menores de 18 años, evidencia una ruptura crítica en las redes intergeneracionales de cuidado propia de territorios rurales

afectados por la migración juvenil masiva. Esta estructura familiar, aparentemente favorable por la ausencia de cargas de crianza directa en la vejez, en realidad revela una paradoja dolorosa: si bien los adultos mayores no deben atender a nietos o hijos pequeños, sus descendientes adultos, particularmente los varones, que representan el 53.77% de la prole mayor, muy probablemente han migrado hacia centros urbanos (Machala, Guayaquil) o el exterior en busca de oportunidades económicas, tal como ocurre en toda la provincia de El Oro.

El resultado es un aislamiento funcional donde las personas mayores permanecen físicamente en Barbones mientras sus redes de apoyo familiar se desdibujan geográficamente, generando una soledad estructural que explica parcialmente los altos índices de alteraciones emocionales (41%) y la escasa participación en decisiones comunitarias. Esta dinámica transforma la paternidad/maternidad en una experiencia de doble filo: por un lado, los adultos mayores cargan con la nostalgia y la incertidumbre sobre el paradero de sus hijos migrantes; por otro, pierden el rol tradicional de cuidadores de nietos, mecanismo histórico de integración social en comunidades rurales, quedando atrapados en una "orfandad inversa" donde, pese a tener descendencia, enfrentan la vejez sin acompañamiento cotidiano, lo que agrava el edadismo al convertirlos en sujetos "invisibles" incluso dentro de sus propias familias dispersas.

4.2.9 Escolaridad

Tabla 9. Formación académica de los adultos mayores.

Nivel de instrucción	N	%
Primaria	122	61%
Secundaria	51	25.5%
Universitaria	8	4%
Sin instrucción	19	9.5%
Otros	0	0%
Total	**200**	**100%**

Nota. Datos de la encuesta a adultos mayores de la parroquia Barbones

La estructura educativa de los adultos mayores en Barbones, donde el 61% apenas alcanzó la primaria y el 9.5% carece por completo de instrucción formal y solo el 4% accedió a estudios universitarios, no refleja una simple carencia individual, sino la huella histórica de la exclusión rural en el Ecuador profundo, donde generaciones enteras fueron sistemáticamente marginadas del sistema educativo nacional por la combinación de pobreza estructural, trabajo infantil en actividades agrícolas y la ausencia de infraestructura escolar en zonas dispersas.

Esta baja escolaridad constituye un factor multiplicador del edadismo institucional, pues limita drásticamente la capacidad de las personas mayores para navegar sistemas burocráticos complejos (trámites de pensiones, afiliación al Seguro Social Campesino, acceso a programas sociales), comprender sus derechos legales bajo la ley orgánica del adulto mayor o exigir con voz propia mejoras en la atención sanitaria, perpetuando su dependencia de intermediarios familiares o autoridades locales que, en muchos casos, reproducen dinámicas paternalistas.

En paralelo, la escasa formación se entrelaza con la invisibilización simbólica de este grupo: al no dominar códigos letrados ni tecnológicos,

quedan excluidos de espacios de participación ciudadana formal (asambleas parroquiales, consultas públicas) y son percibidos socialmente como "incapaces" de opinar sobre asuntos comunitarios, reforzando el estereotipo edadista que los reduce a sujetos pasivos.

No obstante, esta aparente "falta de educación" encubre una sabiduría práctica silenciada; muchos de estos adultos mayores acumulan décadas de conocimientos ancestrales sobre agricultura, medicina tradicional y gestión comunitaria que el sistema educativo formal nunca valoró, evidenciando cómo el edadismo opera también mediante la jerarquización epistémica que privilegia el saber académico sobre el conocimiento vivido.

Superar esta brecha exige políticas que no busquen "alfabetizar" paternalistamente a las personas mayores, sino crear mecanismos de comunicación accesibles (lenguaje claro, materiales audiovisuales, mediadores comunitarios) que respeten sus formas de aprender y les devuelvan la voz como sujetos de derechos plenos, transformando la baja escolaridad de estigma en punto de partida para construir inclusión desde la diversidad cognitiva.

4.2.10 Autoidentificación étnica

Tabla 10. Identidad étnica de los encuestados.

Autoidentificación	**N**	**%**
Mestizo	179	89.5%
Indígena	11	5.5%
Afroecuatoriano	1	0.50%
Blanco	2	1%

Montubio	7	3.5%
Otros	0	0%
Total	**200**	**100%**

Nota. Datos de la encuesta a adultos mayores de la parroquia Barbones

Con un notorio y sobresaliente 89.50%, se identificó como mestizo, esto se entiende que la mayoría heredó estas mezclas culturales, por otra parte, el 5.50% señalo pertenecer al tipo indígena, mientras que el 3.50% se identificó como montubio; un grupo que tiene sus propias tradiciones y costumbres. De igual manera, la alternativa de blanco con solo el 1%, junto con la opción afroecuatoriana abarcando el 0.50%; lo que demuestra las distintas diferencias étnicas que habitan en esta población.

4.2.11 Estado civil

Tabla 11. Estado civil de la población adulta mayor.

Estado civil	**N**	**%**
Casado	62	31%
Soltero	29	14.5%
Divorciado	6	3%
U/libre	53	26.5%
Viudo	50	25%
Otros	0	0%
Total	**200**	**100%**

Nota. Datos de la encuesta a adultos mayores de la parroquia Barbones

La distribución del estado civil entre los adultos mayores de Barbones, donde las uniones libres (26.5%) y el matrimonio formal (31%) suman el 57.5%, mientras que la viudez alcanza el 25% y los solteros el 14.5%, evidencia una geografía afectiva fragmentada que opera como factor estructural del edadismo emocional en contextos rurales. La alta proporción de viudos (50 personas), sumada a solteros y divorciados,

configura un 42.5% de adultos mayores sin pareja estable, lo que adquiere especial gravedad al cruzarse con los datos de alteraciones emocionales (41% con ansiedad o depresión) y la escasa recepción de acompañamiento psicológico (61% nunca lo recibe), evidenciando cómo la pérdida de redes afectivas primarias se convierte en un detonante silencioso de deterioro psicosocial.

Esta soledad no es azarosa; en territorios rurales como Barbones, la migración de hijos adultos (93.45% de la prole es mayor de edad y probablemente ausente), la brecha generacional acelerada y la falta de espacios comunitarios intergeneracionales transforman la viudez, particularmente femenina, dada la mayor longevidad de las mujeres, en una condena al aislamiento doméstico, donde el adulto mayor pasa jornadas enteras sin interacción significativa más allá de encuentros esporádicos en la vía pública.

concomitantemente, la predominancia de uniones libres (26.5%) sobre el matrimonio formal refleja patrones culturales campesinos donde la institucionalización legal de las parejas ha sido históricamente marginal, pero también expone una vulnerabilidad jurídica encubierta; al no contar con certificados matrimoniales, muchas personas en unión libre enfrentan obstáculos para acceder a pensiones de viudez o derechos sucesorios tras la muerte de su compañero/a, profundizando su precariedad económica en la vejez.

En conjunto, estos datos demuestran que el edadismo en Barbones no opera solo mediante la discriminación explícita, sino a través de la erosión silenciosa de los vínculos afectivos, producto de dinámicas

migratorias, muerte de pares y ausencia de políticas de recreación comunitaria, que convierten a las personas mayores en "islas emocionales" dentro de sus propios territorios, donde la soledad deja de ser una condición personal para convertirse en un síntoma de abandono institucional colectivo.

4.2.12 Núcleo familiar de convivencia

Tabla 12. Personas con las que viven los adultos mayores en la actualidad.

Convivencia actual	**f**	**%**
Solo	39	13%
Esposa (o)	102	33%
Hijos	93	30%
Nietos	65	21%
Hermanos	9	3%
Sobrinos	0	0%
Amigos	0	0%
Total	**308**	**100%**

Nota. Datos de la encuesta a adultos mayores de la parroquia Barbones

La estructura de convivencia de los adultos mayores en Barbones, donde el 33% vive con su cónyuge, el 30% con hijos, el 21% con nietos y el 13% en soledad absoluta, muestra una paradoja de la cohabitación familiar; pese a que el 84% mantiene algún tipo de convivencia familiar, esta no necesariamente se traduce en acompañamiento emocional efectivo ni en protección contra el edadismo cotidiano.

El alto porcentaje de adultos mayores que comparten hogar con nietos (21%) sugiere un rol silencioso de cuidadores sustitutos en contextos de migración parental, donde abuelos y abuelas asumen responsabilidades de crianza mientras sus propios hijos adultos emigran a centros urbanos

en busca de empleo, generando una doble carga que agota sus recursos físicos y emocionales sin reconocimiento social ni apoyo institucional.

Simultáneamente, el 13% que vive solo (39 personas) representa una alerta crítica, pues en territorios rurales sin sistemas de vigilancia comunitaria estructurados, la soledad extrema se convierte en factor de riesgo para emergencias médicas no atendidas, deterioro acelerado por depresión no tratada (presente en el 17% de la muestra) e incluso muerte en el aislamiento, fenómeno documentado como "muerte solitaria" en gerontología rural. La ausencia total de convivencia con amigos o sobrinos (0% en ambas categorías) evidencia la rigidez de las redes de apoyo en contextos campesinos, donde los vínculos se limitan al parentesco consanguíneo o conyugal, excluyendo formas alternativas de solidaridad que podrían mitigar el aislamiento.

Esta configuración demuestra que el edadismo en Barbones no opera solo mediante el abandono explícito, sino a través de una convivencia funcionalizada, donde las personas mayores son integradas al hogar familiar, no por afecto pleno, sino por necesidad instrumental (cuidado de nietos, administración de tierras) o por ausencia de alternativas institucionales, perpetuando su invisibilización emocional incluso bajo el mismo techo que sus familias.

4.2.13 Fuente de sostenimiento económico

Tabla 13. Personas que cubre el costo de sus gastos y/o necesidades.

Cobertura de gastos y/o necesidades	f	%
Ingresos propios	96	39%
Esposa (o)	80	33%
Hijos	58	24%

Nietos	10	4%
Hermanos	0	0%
sobrinos	0	0%
Amigos	0	0%
Otros, ¿cuáles?	0	0%
Total	**244**	**100%**

Nota. Datos de la encuesta a adultos mayores de la parroquia Barbones

La distribución de la cobertura económica de los adultos mayores en Barbones, donde el 39% depende de ingresos propios, el 33% de su cónyuge, el 24% de sus hijos y apenas el 4% de nietos, evidencia una precariedad económica estructural que opera como vector silencioso del edadismo al erosionar la autonomía y la dignidad en la vejez. El hecho de que casi dos tercios (61%) no cuenten con recursos económicos autónomos los sitúa en una posición de dependencia afectiva y material que limita su capacidad de decisión dentro del hogar y la comunidad, reproduciendo la percepción edadista de las personas mayores como "cargas" en lugar de sujetos con derechos económicos plenos.

Esta dependencia se agrava por la naturaleza frágil de los "ingresos propios" del 39%; en contextos rurales como Barbones, estas fuentes suelen provenir de pensiones mínimas no contributivas (Bono de Desarrollo Humano), trabajos ocasionales agrícolas sin protección laboral o la venta esporádica de productos de huertos familiares, generando una seguridad económica ilusoria que colapsa ante cualquier emergencia médica o climática.

Además, la baja proporción de apoyo filial (24%), sorprendentemente reducida considerando que el 93.45% tiene hijos mayores de edad, refleja el impacto devastador de la migración juvenil hacia centros

urbanos o el desinterés de los hijos, que vacía las redes de solidaridad intergeneracional tradicionales del campo ecuatoriano. La ausencia total de apoyo de hermanos, sobrinos o amigos (0% en todas las categorías) desnuda la fragmentación extrema de las redes comunitarias en territorios rurales marginados, donde la solidaridad ya no opera más allá del núcleo conyugal inmediato.

En general, estos datos ratifican que el edadismo en Barbones no se expresa solo mediante el desprecio explícito, sino a través de un abandono económico institucionalizado. La ausencia de pensiones dignas, empleo rural adaptado a capacidades gerontológicas y políticas de ingreso básico para adultos mayores, convierte la vejez en una etapa de vulnerabilidad financiera crónica, donde la supervivencia depende de la benevolencia familiar y no del derecho inalienable a una vejez económicamente segura, perpetuando ciclos de exclusión que naturalizan la pobreza como destino inevitable de envejecer en el Ecuador rural.

4.2.14 Responsables del cuidado personal

Tabla 14. Encargados del cuidado o atender sus necesidades.

Responsables del cuidado	**f**	**%**
Se atiende solo	76	25%
Esposa (o)	85	28%
Hijos	101	33.5%
Nietos	36	12%
Hermanos	1	0.5%
Sobrinos	0	0%
Amigos	0	0%
Empleado/enfermera (o)	4	1%
Otros, ¿cuáles?	0	0%
Total	**303**	**100%**

Nota. Datos de la encuesta a adultos mayores de la parroquia Barbones

La estructura del cuidado en Barbones, donde el 73.5% de los adultos mayores depende exclusivamente de redes familiares (hijos 33.5%, cónyuge 28%, nietos 12%), el 25% se atiende solo y apenas el 1% cuenta con apoyo profesional, desnuda la externalización estatal de la responsabilidad gerontológica hacia el ámbito doméstico, transformando a las familias rurales en amortiguadores invisibles de la negligencia institucional frente al envejecimiento.

Esta sobrecarga familiar adquiere contornos críticos al analizar sus componentes; la elevada proporción de cuidado filial (33.5%) contrasta con la migración masiva de jóvenes documentada en la parroquia, sugiriendo que quienes permanecen asumen una carga desproporcionada, mientras sus hermanos emigrados quedan exentos; el 12% atendido por nietos evidencia la "abuelización invertida", donde personas mayores en proceso de deterioro físico cuidan a menores mientras sus hijos adultos realizan otras actividades, generando una doble explotación afectiva que agota sus recursos sin reconocimiento social; y el 25% que se atiende solo, aunque refleja autonomía, expone a este grupo al riesgo extremo de emergencias no atendidas en un territorio sin sistemas comunitarios de vigilancia.

La ausencia total de cuidado por amigos, sobrinos o redes vecinales (0% en ambas categorías), sumada a la marginal presencia de personal capacitado (1%), revela cómo el edadismo en Barbones opera mediante la familialización obligatoria de la vejez. El Estado se desentiende de garantizar derechos mediante servicios públicos especializados, mientras se naturaliza que el cuidado deba provenir exclusivamente del

parentesco consanguíneo o conyugal, sin capacitación, sin descanso y sin remuneración.

Esta lógica no solo precariza a las personas mayores al condicionar su bienestar a la disponibilidad y voluntad familiar, sino que también reproduce el edadismo simbólico al negarles estatus de ciudadanos con derechos exigibles, reduciéndolos a "beneficiarios" de la caridad doméstica, en lugar de titulares de un sistema integral de cuidados que, como exige la ley, debe articular familia, comunidad y Estado en correspondencia estructurada y financiada.

4.2.15 Tenencia de la vivienda

Tabla 15. La casa donde viven es:

Posesión de vivienda	**Frecuencia**	**%**
Propia	150	75%
Arrendada	20	10%
De sus hijos	30	15%
Nietos	0	0%
Hermanos	0	0%
Sobrinos	0	0%
Amigos	0	0%
Otros, ¿Cuáles?	0	0%
Total	**200**	**100%**

Nota. Datos de la encuesta a adultos mayores de la parroquia Barbones

La alta proporción de adultos mayores que habitan vivienda propia en Barbones (75%), característica histórica de comunidades rurales ecuatorianas con acceso tradicional a tierra, no debe interpretarse como indicador inequívoco de seguridad habitacional, sino como realidad de la propiedad precaria que esconde condiciones del edadismo territorial; si bien la posesión de vivienda evita el desalojo formal, en contextos

rurales marginados la "propiedad" suele corresponder a construcciones de materiales precarios (bahareque, zinc, pisos de tierra), sin acceso garantizado a servicios básicos como agua potable continua o saneamiento adecuado, especialmente en zonas alejadas de la cabecera parroquial como Sabalucal o Valeriano Naula.

Esta aparente estabilidad habitacional se entrelaza con dinámicas de exclusión silenciosa: el 13% que vive solo en vivienda propia (según datos previos) enfrenta un aislamiento geográfico agravado por la distancia a centros de salud y la ausencia de transporte adaptado, mientras que el 15% que reside en vivienda de sus hijos evidencia una dependencia espacial encubierta donde la pérdida de autonomía habitacional refuerza su posición subordinada dentro del hogar familiar, limitando su privacidad y capacidad de decisión.

La ausencia total de adultos mayores en viviendas de nietos, hermanos o redes extensas (0% en todas las categorías) refleja la fragmentación irreversible de los sistemas comunitarios de solidaridad rural, erosionados por el desinterés familiar, o por décadas de migración juvenil selectiva que vació las estructuras familiares ampliadas tradicionales. Paradójicamente, esta tenencia predominantemente propia, lejos de proteger contra el edadismo, lo reproduce mediante la ilusión de la autosuficiencia.

El Estado justifica su abandono institucional argumentando que "tienen casa", desconociendo que la vivienda sin acceso a servicios gerontológicos, sin adaptaciones para discapacidades (auditiva 24%, física 16.5%) y sin redes de vigilancia comunitaria se convierte en una

prisión doméstica donde la vejez transcurre en soledad y vulnerabilidad extrema. Los datos demuestran que el derecho a la vivienda en contextos rurales no se agota en la titularidad del suelo, sino que exige políticas integrales que transformen la mera posesión en un hábitat digno, accesible y conectado a redes de cuidado colectivo que rompan el aislamiento que, incluso dentro de cuatro paredes propias, perpetúa el edadismo como forma de exclusión espacial silenciosa.

4.2.16 Características de la vivienda

Tabla 16. Tipo de las viviendas donde habitan.

Características	**f**	**%**
Casa/villa	148	74%
Media agua	13	6.5%
Chalet	3	1.5%
Rancho	8	4%
Cuarto de inquilinato	7	3.5%
Departamento	7	3.5%
Casa de 2 pisos	11	5.5%
Casa de 3 pisos y más	3	1.5%
Otros, ¿cuáles?	0	0%
Total	**200**	**100%**

Nota. Datos de la encuesta a adultos mayores de la parroquia Barbones

La predominancia de viviendas tipo "casa/villa" (74%) en Barbones, sumada a estructuras precarias como ranchos (4%) y "medias aguas" (6.5%), revela una dualidad habitacional que reproduce el edadismo espacial: si bien la mayoría habita en construcciones formales, estas suelen carecer de adaptaciones gerontológicas esenciales, rampas, pasamanos, iluminación nocturna, baños en planta baja, que, en un contexto donde el 16.5% presenta discapacidad física y las caídas son una patología prevalente, transforman el hogar en un espacio de riesgo

cotidiano donde cada escalón o umbral elevado se convierte en barrera para la autonomía.

Esta precariedad se agrava en las viviendas marginales (ranchos, medias aguas), cuyas estructuras de materiales efímeros (paja, madera sin tratar) ofrecen escasa protección contra las lluvias intensas propias de la zona costera de El Oro, exponiendo a adultos mayores con enfermedades crónicas como insuficiencia cardiaca o hemorragias digestivas a condiciones ambientales que agravan su salud sin acceso a refugios alternativos.

Además, la presencia de "cuartos de inquilinato" (3.5%) y departamentos (3.5%), estructuras atípicas en zonas rurales, sugiere procesos de fragmentación familiar donde adultos mayores son relegados a espacios periféricos o segregados dentro de la misma propiedad, evidenciando cómo el edadismo opera también mediante la marginalización arquitectónica: la asignación de espacios menos dignos (traspatios, cuartos anexos) que, aunque bajo el mismo techo familiar, simbolizan su pérdida de estatus y privacidad.

La casi ausencia de viviendas de tres o más pisos (1.5%) contrasta con la presencia de casas de dos pisos (5.5%), que más allá de evidenciar cierto acomodo económico, se configura una problemática en un territorio, sin ascensores donde adultos mayores con movilidad reducida quedan confinados a una sola planta o, peor aún, obligados a ascender escaleras inseguras sin barandales, incrementando el riesgo de caídas que, según la investigación, constituyen una de las principales causas de hospitalización evitable.

Lo que se demuestra es que la vivienda rural no es un refugio neutral para envejecer, sino un escenario donde la arquitectura no adaptada, la precariedad constructiva y la segregación espacial dentro del hogar familiar se entrelazan para convertir el derecho a un hábitat digno en una promesa incumplida, exigiendo políticas de mejoramiento habitacional con enfoque gerontológico que prioricen adaptaciones de bajo costo (rampas, pasamanos, pisos antideslizantes) como medida preventiva contra la dependencia y la exclusión domiciliaria silenciosa. Estas medidas preventivas deben partir de la regulación a través de ordenanzas municipales.

4.2.17 Estructura de la vivienda

Tabla 17. Tipos de materiales de construcción de las viviendas.

Estructura	**N**	**%**
Madera	30	15%
Hormigón	86	43%
Caña	1	0.5%
Mixta	37	18.5%
Bloque-ladrillo adobe	46	23%
Otros, ¿cuáles?	0	0%
Total	**200**	**100%**

Nota. Datos de la encuesta a adultos mayores de la parroquia Barbones

La distribución de materiales constructivos en las viviendas de Barbones, con hormigón predominando (43%), seguido de bloque/ladrillo/adobe (23%), estructuras mixtas (18.5%) y madera (15%), evidencia una transición habitacional incompleta que reproduce el edadismo mediante la precariedad estructural silenciosa; si bien el hormigón sugiere cierta modernización rural, su mayoría relativa coexiste con un 34% de viviendas construidas con materiales vulnerables (madera, caña y

mezclas inestables) que, en el contexto climático húmedo y lluvioso de la costa ecuatoriana, generan condiciones ambientales adversas particularmente peligrosas para adultos mayores.

Las viviendas de madera (15%) y caña (0.5%), aunque minoritarias, exponen a sus ocupantes a filtraciones constantes, proliferación de hongos y humedad ambiental que agravan patologías prevalentes en la muestra como insuficiencia cardiaca, hemorragias digestivas y enfermedades respiratorias, mientras que las estructuras "mixtas" (18.5%), típicas de mejoras progresivas sin planificación técnica, suelen presentar fallas en sellado de juntas y aislamiento térmico que convierten el hogar en un espacio de estrés fisiológico continuo para organismos envejecidos con termorregulación comprometida.

Esta materialidad precaria se articula con la geografía dispersa de Barbones; en recintos alejados como Sabalucal o Valeriano Naula, donde el Estado no garantiza mantenimiento vial ni respuesta rápida ante emergencias, una vivienda de madera deteriorada por lluvias intensas no solo representa incomodidad, sino una trampa espacial que inmoviliza a adultos mayores con discapacidad física (16.5%) durante meses de invierno, agravando su aislamiento y limitando aún más su ya escaso acceso a servicios de salud. Paradójicamente, incluso las viviendas de hormigón consideradas "seguras", rara vez incorporan adaptaciones gerontológicas básicas (pisos antideslizantes, iluminación perimetral, baños sin escalones), revelando cómo el edadismo opera no solo mediante la pobreza extrema o el irrespeto a la condición de vejez, sino a través de una modernización ciega a la diversidad etaria.

Se construye con materiales "dignos" según estándares urbanos, pero sin considerar que para envejecer con autonomía en el campo se requiere no solo solidez estructural, sino diseño inclusivo que prevenga caídas, garantice temperatura estable y permita la permanencia segura en el territorio propio. Así, estos datos demuestran que la lucha contra el edadismo en contextos rurales debe incluir necesariamente una agenda de hábitat gerontológico que trascienda la mera sustitución de materiales precarios para abordar la vivienda como ecosistema de cuidado donde la arquitectura misma, en sus materiales, distribución y adaptabilidad, se convierta en aliada o en barrera para una vejez digna.

Se requiere superar la inmediatez provocada por la necesidad de tener una casa donde vivir; la construcción de una vivienda debe realizarse con proyección de futuro, consientes que la juventud es efímera y que, en tiempos relativamente cortos, las personas que van a ocupar esa casa, envejecerán y con ello, tendrán que enfrentar las dificultades propias de la edad avanzada; es decir, hace falta un cambio de actitud y una cultura de prevención y proyección para el largo plazo.

4.2.18 Servicios con que cuenta su vivienda

Tabla 18. Servicios básicos de la vivienda donde habitan los adultos mayores.

Servicios básicos	**f**	**%**
Agua potable	191	23%
Luz eléctrica	198	24%
Servicio de alcantarillado	109	13%
Recolección de basura	168	20%
Servicio de internet	115	14%
TV Cable	55	6%
Ninguno	0	0%
Otros Cuáles	0	0%

Total	**836**	**100%**

Nota. Datos de la encuesta a adultos mayores de la parroquia Barbone

La estructura de respuestas múltiples en la Tabla 18, donde los 200 adultos mayores sumaron 836 menciones de servicios, revela una jerarquía de necesidades básicas internalizada por las personas mayores, donde el agua potable (191 menciones, 23% del total de respuestas) y la luz eléctrica (198 menciones, 24%) emergen como servicios percibidos como prioritarios y casi universales (95.5% y 99% de cobertura real en los hogares), mientras que el alcantarillado (109 menciones, 13%) ocupa el último lugar entre los servicios esenciales, evidenciando cómo la precariedad sanitaria se ha naturalizado como condición inevitable de la vejez rural.

Esta jerarquización no es neutral, al contrastar con el censo parroquial (Cuadro 2), donde el alcantarillado apenas alcanza al 56.3% de toda la población, se confirma que casi la mitad de los adultos mayores habita en condiciones de saneamiento crítico, utilizando letrinas o pozos sépticos precarios, situación que adquiere gravedad extrema al cruzarse con la alta prevalencia de discapacidad física (16.5%) y patologías como incontinencia urinaria asociada al envejecimiento, transformando una necesidad fisiológica básica en una fuente de vergüenza, riesgo de caídas nocturnas y aislamiento social.

Paralelamente, la notable presencia de internet (115 menciones, 14% del total; 57.5% de cobertura real) frente a la baja escolaridad del grupo (70.5% con primaria incompleta o sin instrucción) expone una brecha digital estructural; aunque la infraestructura existe en más de la mitad de los hogares, la falta de alfabetización tecnológica impide que los

adultos mayores accedan a trámites digitales del Estado, telemedicina o redes sociales que podrían mitigar su aislamiento geográfico, perpetuando así una exclusión doble donde la tecnología, lejos de ser puente, se convierte en nueva barrera simbólica del edadismo.

Queda demostrado que el acceso a servicios básicos en Barbones opera bajo una lógica selectiva donde lo "visible" (luz, agua) recibe atención institucional, mientras lo "silencioso" (saneamiento, conectividad significativa) queda relegado, reproduciendo el edadismo mediante la normalización de la indignidad cotidiana en el hábitat doméstico de quienes envejecen en el Ecuador rural profundo.

4.2.19 Bienes inmuebles que poseen

Tabla 19. Tipos de bienes que poseen los adultos mayores.

Tipos de bienes en posesión	f	%
Casa	142	54%
Finca	32	12%
Autos	7	3%
Camioneta	25	10%
Autobús	11	4%
Motocicleta	20	8%
Ninguno	25	9%
Otros, ¿cuáles?	0	0%
Total	**262**	**100%**

Nota. Datos de la encuesta a adultos mayores de la parroquia Barbones

La distribución de bienes entre los adultos mayores de Barbones, donde la casa predomina como posesión principal (142 menciones, 54% de las respuestas totales), seguida por camionetas (10%), motocicletas (8%) y fincas (12%), mientras el 9% declara no poseer ningún bien, muestra una economía rural en transición que reproduce el edadismo mediante la fragmentación patrimonial. La alta incidencia de vivienda propia (71%

de los adultos mayores) refleja el legado histórico de acceso a tierra en comunidades campesinas de El Oro, pero la baja proporción de fincas (16% del total de personas) frente a vehículos motorizados sugiere una transformación silenciosa del capital rural tradicional (tierra productiva) hacia activos móviles asociados al comercio o transporte local, dinámica que excluye a quienes, por envejecimiento o enfermedad, ya no pueden operar camionetas o motocicletas como herramientas de subsistencia.

El tema se agudiza con el 9% que no posee bienes (25 menciones de "ninguno"), segmento altamente vulnerable que probablemente incluye adultos mayores viudos, especialmente mujeres, dada la desigualdad en herencias rurales, que tras la muerte de su cónyuge perdieron acceso a la propiedad familiar, o emigrantes retornados sin capacidad de recomprar tierra en un mercado rural cada vez más mercantilizado.

La presencia inusual de autobuses (4% de las menciones) como posesión individual apunta a microempresas familiares de transporte que, al quedar en manos de hijos adultos tras el retiro del mayor, dejan al adulto mayor sin control sobre el activo que históricamente generó ingresos para el hogar, evidenciando cómo el edadismo opera mediante la desposesión funcional; aun conservando titularidad legal sobre bienes, la pérdida de capacidad física o la subordinación intrafamiliar les impide ejercer autonomía económica real.

Lo que demuestran estos datos es que la propiedad en el campo ecuatoriano ya no garantiza dignidad en la vejez; sin políticas que protejan el acceso efectivo a la tierra para personas mayores, sin mecanismos de transmisión intergeneracional equitativos y sin

reconocimiento del valor productivo de saberes campesinos no materializados en bienes registrados, el patrimonio se convierte en un espejismo que oculta una realidad de dependencia creciente, tal como reveló la Tabla 13, donde el 61% depende económicamente de otros, transformando la vejez rural en una etapa de precariedad acumulada donde la pérdida de control sobre los bienes materiales se entrelaza con la erosión del estatus social y la invisibilización comunitaria.

4.2.20 Respeto de derechos instituidos en las leyes

Tabla 20. Áreas donde se respetan los derechos legales de adultos mayores.

Respeto de derechos	**f**	**%**
Transporte público	110	39%
Espectáculos públicos	15	5%
Impuestos prediales	59	21%
Impuestos por compras	17	6%
Devolución IVA	21	7%
Ninguno	62	22%
Otros, ¿cuáles?	0	0%
Total	**284**	**100%**

Nota. Datos de la encuesta a adultos mayores de la parroquia Barbones

La percepción fragmentada del respeto a derechos legales entre los adultos mayores de Barbones, donde el transporte público emerge como el beneficio más reconocido (39% de las menciones), seguido por exenciones de impuestos prediales (21%), mientras que apenas el 5% percibe acceso a espectáculos públicos y el 22% afirma que ningún derecho se respeta, evidencia una brecha crítica entre el marco normativo formal y su materialización efectiva en territorios rurales, donde el edadismo institucional opera mediante la ilusión de derechos

garantizados que, en la práctica, resultan inaccesibles por barreras geográficas, burocráticas y de desconocimiento.

El predominio del transporte público en las percepciones (110 menciones) revela una paradoja: si bien la ley ecuatoriana establece tarifas preferenciales para adultos mayores, en Barbones, donde el transporte colectivo es escaso, irregular y concentra sus rutas en la cabecera parroquial, este "derecho" se vuelve irrisorio para quienes habitan en recintos alejados como Sabalucal o Valeriano Naula, quienes enfrentan costos prohibitivos de movilización que los excluyen de centros de salud y programas sociales, tal como documentó la investigación.

Adicional a esto, la baja percepción de beneficios fiscales (impuestos prediales 21%, devolución IVA 7%) expone cómo la complejidad de trámites administrativos, en un grupo donde el 70.5% tiene baja escolaridad, convierte derechos legales en privilegios para quienes cuentan con intermediarios familiares capacitados, mientras que la casi nula mención de espectáculos públicos (5%) desnuda la ausencia total de políticas culturales territorializadas que reconozcan a las personas mayores como sujetos de recreación y participación simbólica.

El dato más alarmante, es el 22% que declara que "ningún derecho se respeta", lo no refleja ignorancia legal, sino una experiencia vivida de abandono institucional donde la promesa constitucional de una "vejez digna" (Art. 35) se desvanece frente a la ausencia de mecanismos locales de exigibilidad; sin defensorías parroquiales especializadas, sin campañas de divulgación en lenguaje accesible y sin sanciones efectivas

contra instituciones que discriminan (como los subcentros de salud donde el 11% percibe trato discriminatorio), los derechos permanecen como texto muerto, tanto en la ley de adultos mayores, como en la mismo constitución del Ecuador

En síntesis, estos datos demuestran que el edadismo en Barbones no se sustenta en la ausencia de leyes, sino en su desconexión deliberada con la realidad territorial, donde derechos diseñados para contextos urbanos centralizados se imponen como estándar universal sin adaptarse a las condiciones de aislamiento, pobreza y baja escolaridad del campo, transformando la protección legal en una promesa vacía que, lejos de empoderar, profundiza la sensación de invisibilidad y desamparo institucional entre quienes más necesitan del Estado.

4.2.21 Dedicación anterior

Tabla 21. Actividad o profesión que desempeñaba.

Actividad laboral	**f**	**%**
Comerciante	66	30%
Agricultor	87	39%
Dueño de finca o hacienda	4	2%
Dueño de negocio o empresa	11	5%
Empleado público	8	3.5%
Empleado privado	10	4%
Docente	3	1%
Abogado	2	1%
Ama de casa	31	14%
Ninguno	0	0%
Otros ¿cuáles?: costurera	1	0.5%
Otros ¿cuáles?: trabajador de finca	1	0.45%
Total	224	100%

Nota. Datos de la encuesta a adultos mayores de la parroquia Barbones

Los datos sobre la actividad laboral más desempeñada en el pasado por los adultos mayores fueron "agricultor" representado por un 38.84%, seguido por "comerciante" con el 29.46% del total de las encuestas, evidenciando que la población se dedicó a actividades productivas en el sector primario y el comercio formal e informal. En menor proporción se encuentran, "ama de casa" con un 13.84% demostrando un gran porcentaje de habitantes que se dedicaban al trabajo renumerado en el hogar, el 4.91% fueron dueños de negocios o empresas, en un mismo rango con el 4.46% cada opciones se ubican "empleado público" y muy seguido "empleado privado" ocupa el 3.57%, la categoría "dueño e finca o hacienda" obtuvo el 1.79%, en la misma posición las actividades profesionales tales como "docente" con un 1.34% y "abogado" con el 0.89% correspondiente en cada opción; finalmente en la categoría de otros, en donde se menciona 2 ocupaciones más tales como costurera junto con trabajador de finca lo cuales abarcan un 0.45% respectivamente.

4.2.22 Actividad laboral actual

Tabla 22. Actividad o profesión que desempeña actualmente.

Actividad laboral	**f**	**%**
Comerciante	47	22%
Agricultor	60	27%
Dueño de finca o hacienda	3	1%
Dueño de negocio o empresa	7	3%
Empleado público (dónde…...)	0	0%
Empleado privado (dónde…...)	1	0.5%
Docente	0	0%
Abogado	1	0.5%
Ama de casa	48	22%

Ninguno	52	23.5%
Costurera	1	0.5%
Total	220	100%

Nota. Datos de la encuesta a adultos mayores de la parroquia Barbones

Los datos correspondiente a la actividad laboral actual, la categoría "agricultor" se posiciona como la opción con mayor representación con un total del 27.27%, seguido el 23.54% que actualmente no realiza "ninguna" actividad comercial debido a su inactividad laboral, el 21.82% se dedican a ser "ama de casa" evidenciando un gran porcentaje de personas que se dedican a labores del hogar, el 21.36% son "comerciantes" que realizan sus actividades de comercialización de manera formal e informal, mientras el 3.18% son "dueños de negocios o empresas" y el 1.36% son "dueños de fincas o hacienda"; finalmente la opción de empleados privados, docentes junto a la opción de otros en donde aparece la ocupación de costurera ocupan el 0.45%

4.2.23 Ayuda económica

Tabla 23. Recepción de ayuda económica.

Recepción de ayuda económica	f	%
Jubilado del IESS	35	15%
Jubilado del seguro campesino	71	29%
De alguna fundación	7	3%
Del MIES	13	6%
GAD-municipal	6	2%
Gad Parroquial	11	4%
Ayuda de hijos	80	33%
Ayuda de amigos	3	1%
Bonos	1	0.5%
Del esposo	1	0.5%
Ninguno	15	6%

Total	**243**	**100%**

Nota. Datos de la encuesta a adultos mayores de la parroquia Barbones

En relación con la recepción de ayuda económica, los resultados reflejan que la principal fuente de apoyo proviene de "ayuda de los hijos" representando la realidad del 33.92% de los encuestados, demostrando una fuerte dependencia económica, el 29.22% es "jubilado del seguro campesino", seguida por el 14.40% de "jubilado del IESS" que recibe ingresos por medio de sistemas de protección social, el 6.17% manifestó no recibir "ninguna" de ayuda financiera, el 5.35% recibe apoyo de instituciones gubernamentales tales como "MIES" y "GAD Parroquial" cuyo porcentaje es del 4.53%; en el penúltimo puesto el 2.41% de los adultos es beneficiado con aportaciones por parte del "GAD Municipal". Los beneficiarios de bonos solo alcanzan el 0,5%. Y ayudas de los esposos también el 0,5%.

4.2.24 Ingresos económicos mensuales

Tabla 24. Nivel de ingresos promedio mensuales.

Ingresos promedios mensuales	N	%
Más de $851	0	0%
Entre $701 a $850	0	0%
Entre $471 a $700	6	3%
Entre $301 a $470	16	8%
Entre $201 a $300	65	32,5%
Entre $100 a $200	75	37,5%
Menos de $100	23	11.5%
Nada	3	1,5%
No contesta	12	6%
Total	**200**	**100%**

Nota. Datos de la encuesta a adultos mayores de la parroquia Barbones

El 39.89% de los encuestados manifiestan obtener ingresos mensuales entre "$100 a $200", seguido por el 34.57% con "$201 a $300" lo que evidencia que más de las tres cuartas partes de la población vive con ingresos mensuales inferiores a $300. Además, un 12.23% recibe menos de $100, el 8.51% generan entre $301 a $470, el 3.19% $471 a $700 presentan una participación mínima. Estos resultados reflejan una situación de vulnerabilidad económica y limitada en los ingresos mensuales de los altos mayores, sin posibilidades de ahorro.

4.2.25 Egresos económicos mensuales

Tabla 25. Nivel de egresos promedios mensuales.

Egresos o gastos mensuales	N	%
Menos de $100	35	17.5%
Entre $100 a $200	87	43.5%
Entre $201 a $300	48	24%
Entre $301 a $470	21	10.5%
Entre $471 a $700	9	4.5%
Entre $701 a $850	0	0%
Más de $851	0	0%
Total	**200**	**100%**

Nota. Datos de la encuesta a adultos mayores de la parroquia Barbones

El nivel **de egresos promedio mensuales** demuestra que el **43.50%** de los adultos mayores destina de **$100 a $200 para sus gastos variados**, seguido del **24%** que consume entre **$201 y $300**. Por otro lado, un **17.50%** presenta egresos menores a $100; un **10.50%** se ubica entre $301 y $470, por último, solo un 4.50% de la población manifiesta que gasta Entre $701 a $850. Otros valores que se posicionan en rangos altos no se encuentran representando, evidenciando limitación de las fuentes de ingresos que les permitan satisfacer sus necesidades básicas.

Como se observa, el edadismo se expresa en la precarización económica del 95,5% de los adultos mayores, que los ingresos económicos para subsistir durante un mes, mismo que están por debajo del sueldo básico unificado que en este año está en 482 USD, y muy distante de los costos de la canasta básica familiar que a enero del 2026 asciende a 821,80 USD, en tanto que la Canasta Familiar Vital, alcanza un costo de 574,24 USD (INEC, 2026).

4.2.26 Condiciones de salud

Tabla 26. Enfermedades que afectan la salud de los adultos mayores.

Padecimiento de enfermedades	**f**	**%**
Hipertensión	109	28%
Alzheimer	7	2%
Parkinson	3	2%
Enfermedades respiratorias	40	11%
Osteoporosis	28	7%
Diabetes	61	16%
Obesidad	10	3%
Cáncer	2	1%
Problemas de visón	65	18%
Problemas auditivos	39	10%
Artrosis	1	0.5%
Artrosis, gastritis	1	0.5%
No puede caminar	1	0.5%
Próstata	1	0.5%
Ninguna	5	1.%
Total	**373**	**100%**

Nota. Datos de la encuesta a adultos mayores de la parroquia Barbones

La carga de información documentada con base en la investigación en Barbones, donde la hipertensión (28% de las menciones), problemas de visión (18%), diabetes (16%) y enfermedades respiratorias (11%) configuran un perfil de enfermedades crónicas recurrentes no

transmisibles típico de la transición epidemiológica acelerada en contextos rurales, lo que revela una realidad crítica del edadismo sanitario; si bien estas patologías son prevenibles y manejables con atención primaria oportuna, su alta prevalencia evidencia el colapso silencioso de los sistemas de salud preventiva en territorios marginados, donde el acceso fragmentado a subcentros médicos, la ausencia de controles periódicos adaptados a la dispersión geográfica y la medicalización tardía convierten condiciones controlables en factores de deterioro irreversible.

Esta dinámica se agrava por dos fenómenos entrelazados: primero, el subregistro deliberado de patologías asociadas al estigma, como el Alzheimer (2%) o la artrosis (apenas 0.5% reportada pese a que la discapacidad física alcanza el 16.5%), donde los adultos mayores y sus familias normalizan el deterioro cognitivo como "locura de viejos" o el dolor articular como "cosa de la edad", negándose a nombrarlas como enfermedades que merecen atención especializada; segundo, la medicalización selectiva de síntomas visibles (presión arterial alta, glucosa elevada) frente a la invisibilización de comorbilidades silenciosas, como las depresiones no diagnosticadas que afectan al 17% según datos que aparecen en la tabla 28, evidenciando cómo el sistema sanitario rural prioriza lo cuantificable sobre lo subjetivo, reproduciendo el edadismo mediante la fragmentación del cuerpo mayor en órganos aislados sin abordar su salud integral.

El dato más alarmante, apenas el 1% sin enfermedades, desnuda la ilusión del "envejecimiento saludable" en contextos de abandono institucional: sin programas de actividad física adaptada gestionados por

la carrera de Pedagogía de la Actividad Física y Deporte de la UTMACH, sin campañas de detección temprana de demencias o sin educación terapéutica para autocuidado de la diabetes, las personas mayores transitan inevitablemente hacia la poli patología, donde cada enfermedad no tratada oportunamente multiplica el riesgo de dependencia, hospitalización evitable y muerte prematura.

En concreto, estos datos no describen simplemente un estado de salud, constituyen una denuncia silenciosa contra un modelo sanitario que, al centrarse en lo curativo y hospitalario, ignora que envejecer con dignidad en el campo requiere transformar los subcentros de salud en nodos de prevención territorializada, donde el adulto mayor no sea un "paciente crónico" sino un sujeto activo de su propio cuidado, con derechos a la información, la participación y la continuidad de atención más allá de las cuatro paredes de un consultorio.

4.2.27 Consumo de medicamentos

Tabla 27. Enfermedades por las que consume medicamentos diariamente.

Uso de medicación diaria	f	%
Antidepresivos	10	2.5%
Ansiedad	12	4%
La presión arterial	105	34%
(antihipertensivos)	20	7%
Diabetes (hipoglucemiantes)	62	20%
Dolor (analgésicos)	33	11%
Trastornos del sueño	5	2%
Enfermedades del corazón	17	5%
Para alergias	11	3%
Problemas digestivos	22	7%
Presión alta	1	0.5%

Próstata	1	0.5%
Remedios caseros	1	0.5%
Para la vista	2	0.1%
Ninguna	8	2%
Total	**310**	**100%**

Nota. Datos de la encuesta a adultos mayores de la parroquia Barbones

La alta medicalización de los adultos mayores en Barbones, donde el 98% consume medicamentos diarios, liderados por antihipertensivos (41% si se suman las categorías "presión arterial" y "antihipertensivos") e hipoglucemiantes para diabetes (20%), revela la realidad del cuidado farmacológico. Si bien existe acceso parcial a fármacos esenciales para enfermedades crónicas prevalentes (hipertensión 28%, diabetes 16% según tabla anterior -26), esta medicalización selectiva opera como cortina de humo que oculta tres brechas críticas del edadismo sanitario.

Primero, la desconexión alarmante entre necesidad y tratamiento en salud mental, pese a que el 41% de los adultos mayores presenta alteraciones emocionales (ansiedad 27%, depresión 17%), apenas el 6.5% total consume antidepresivos o ansiolíticos (2.5% y 4%), evidenciando cómo el sufrimiento psíquico en la vejez rural se normaliza como "tristeza propia de la edad" y queda excluido de la atención especializada, reproduciendo el estigma que niega estatus de enfermedad legítima a los trastornos emocionales.

Segundo, la ausencia total de medicación para demencias, pese a reportarse casos de Alzheimer (2%) y Parkinson (2%), sugiere subdiagnóstico crítico o imposibilidad de acceder a fármacos de alto costo no cubiertos por el MSP en contextos rurales, condenando a estas

personas a un deterioro cognitivo acelerado sin intervención farmacológica ni acompañamiento no farmacológico.

Tercero, la marginalidad de los "remedios caseros" (0.5%) frente a la medicalización industrializada refleja la erosión de saberes tradicionales campesinos sobre fitoterapia y autocuidado, sin que el sistema biomédico estatal haya ocupado ese vacío con atención continua; el hecho de que el 11% consuma analgésicos diarios para el dolor, sin que la artrosis aparezca como diagnóstico prevalente en la tabla anterior, muestra automedicación como respuesta a la falta de derivación a rehabilitación física o manejo integral del dolor crónico.

Estos datos no hacen más que desnudar un modelo sanitario fragmentado donde el adulto mayor es reducido a "portador de presión alta o diabetes", condiciones cuantificables y medicalizables, mientras su salud mental, cognitiva y funcional quedan en la sombra, transformando la pastilla en símbolo de una atención que calma síntomas sin abordar las causas estructurales del deterioro: aislamiento emocional, ausencia de actividad física adaptada y exclusión de redes de cuidado comunitario que harían innecesaria tanta dependencia farmacológica para envejecer con dignidad.

4.2.28 Patologías emocionales

Tabla 28. Alteraciones emocionales que sufren los adultos mayores.

Alteraciones emocionales	**f**	**%**
Depresión	35	17%
Ansiedad	58	27%
Ira	8	4%
Deseos de llorar	27	13%

Ninguno	83	39%
Otros, ¿cuáles?	0	0%
Total	**211**	**100%**

Nota. Datos de la encuesta a adultos mayores de la parroquia Barbones

La alta prevalencia de alteraciones emocionales entre los adultos mayores de Barbones, donde el 61% presenta algún trastorno (27% ansiedad, 17% depresión, 13% deseos de llorar y 4% ira), constituye una emergencia silenciada que evidencia cómo el edadismo opera mediante la medicalización tardía y la normalización cultural del sufrimiento en la vejez.

La ansiedad como síntoma predominante (27%) no es un dato aislado, sino la manifestación psíquica de una realidad estructural, esbozada por el aislamiento geográfico en recintos dispersos, la incertidumbre por la inseguridad, ciudadana y social, el temor a la enfermedad, la pérdida de roles sociales tras el retiro laboral en una economía campesina sin jubilaciones dignas, y el temor a la dependencia física en un entorno sin redes de cuidado comunitario.

Esta carga emocional se agrava por la brecha abismal entre necesidad y atención, pese a que más de la mitad de la población mayor sufre trastornos psíquicos, el 61% nunca recibe acompañamiento psicológico (según cuadro 29), revelando cómo el sistema sanitario rural prioriza lo orgánico sobre lo emocional, reproduciendo el estigma que reduce la depresión a "tristeza de viejo" y la ansiedad a "nerviosismo sin importancia".

Contrariamente, el 39% que declara "ninguna" alteración emocional, no debe interpretarse como bienestar, sino como analfabetismo emocional

en un contexto donde el 70.5% tiene baja escolaridad y donde las emociones negativas se silencian por mandatos culturales de "aguantar", propios del mundo campesino, o como negación defensiva frente a la ausencia de canales para expresar el dolor sin ser tachado de "carga familiar". Esta normalización del sufrimiento adquiere contornos dramáticos al recordar que la investigación inicial alertó sobre el riesgo de "muerte voluntaria" en casos no tratados, transformando la ansiedad y la depresión no atendidas en una bomba de tiempo ética que el Estado ignora al no asignar partidas presupuestarias para salud mental gerontológica en territorios rurales.

Los datos analizados no describen meros síntomas clínicos, son el grito silencioso de una generación abandonada a su suerte emocional, donde el edadismo se vuelve letal no mediante el maltrato explícito, sino a través de la indiferencia institucional que permite que el alma envejezca antes que el cuerpo, condenando a las personas mayores a transitar sus últimos años en una soledad interior que, aunque compartan techo con familiares, los convierte en islas de angustia en medio de un mar de indiferencia colectiva.

4.2.29 Acompañamiento psicológico

Tabla 29. Periodicidad con que recibe acompañamiento psicológico.

Acompañamiento psicológico	**N**	**%**
Siempre	6	3%
Casi siempre	11	5%
Rara vez	22	11%
Casi nunca	39	20%
Nunca	122	61%
Total	200	100%

Nota. Datos de la encuesta a adultos mayores de la parroquia Barbones

La significativa ausencia de acompañamiento psicológico entre los adultos mayores de Barbones, donde el 61% nunca recibe atención emocional especializada, el 20% casi nunca y apenas el 8% accede con regularidad, constituye una forma aguda de edadismo institucional que transforma el sufrimiento psíquico en una carga individual silenciada. Esta brecha adquiere dramatismo al contrastarse con la alta prevalencia de alteraciones emocionales documentada previamente (cuadro 28, 61% con ansiedad, depresión o deseos de llorar). Evidenciando un sistema sanitario rural que medicaliza selectivamente lo orgánico (presión arterial, diabetes) mientras ignora sistemáticamente la salud mental, reproduciendo el estigma que reduce la depresión a "melancolía de la vejez" y la ansiedad a "nervios sin importancia".

En un territorio marcado por el aislamiento geográfico, la migración, la adultización de los hijos, la priorización de la familia en actividades laborales y la pérdida progresiva de roles sociales, esta indiferencia institucional no es neutral, convierte la soledad emocional en un factor de riesgo silencioso que, como alertó la investigación inicial, puede derivar en ideación suicida no detectada ni atendida.

El hecho de que apenas 17 personas (8%) reciban acompañamiento "siempre" o "casi siempre" revela la inexistencia de políticas públicas territorializadas de salud mental gerontológica; ni el MSP asigna psicólogos a subcentros rurales, ni el GAD Parroquial, cantonal o provincial diseña espacios comunitarios de escucha, ni siquiera las universidades articulan prácticas preprofesionales sostenidas en la zona.

De esta manera, el 92% que recibe acompañamiento "rara vez", "casi nunca" o "nunca" no padece solo la ausencia de un servicio, sino la negación simbólica de su derecho a una subjetividad digna, donde el dolor emocional es invisibilizado bajo el argumento falaz de que "los viejos siempre han sufrido en silencio". Lo que, además, evidencia la normalización del abandono psíquico, y cómo el edadismo en contextos rurales opera no mediante el maltrato explícito, sino a través de una omisión deliberada que, al negar el acompañamiento terapéutico como derecho humano básico, condena a las personas mayores a envejecer, no solo con el cuerpo cansado, sino con el alma desgarrada y sin voz para nombrar su angustia.

4.2.30 Centros de atención a problemas de salud

Tabla 30. Lugar donde acude por atención de problemas de salud.

Lugar de atención a la salud	**f**	**%**
Subcentro de salud de Barbones	133	36%
Consultórios as clínicas privadas de Barbones	27	7%
Hospital general de El Guabo	51	14%
Hospital general TD Machala	24	7%
Clínica privada	10	3%
Consultorio privado	20	5%
Hospital del seguro del IESS	47	13%
Seguro social campesino	50	14%
Medicina tradicional	3	1%
Otras, ¿cuáles?	0	0%
Total	**365**	**100%**

Nota. Datos de la encuesta a adultos mayores de la parroquia Barbones

La dependencia representativa del subcentro de salud parroquial de Barbones (36% de las 365 menciones, equivalente a 67 adultos mayores que lo utilizan como principal recurso) evidencia su rol como único punto de atención accesible para la población rural dispersa, pero

también expone su sobrecarga crónica frente a una demanda que supera su capacidad técnica y logística. La fragmentación del acceso revela tres brechas concretas:

- Primero, la barrera geográfica-económica para acceder a hospitales especializados, ya que el 21% de las menciones corresponde a desplazamientos a El Guabo (14%) y Machala (7%), ciudades distantes que requieren inversión en transporte que el 61% de adultos mayores sin ingresos propios no puede costear regularmente;
- Segundo, la exclusión por falta de afiliación, pues solo el 27% accede a sistemas de seguridad social (IESS 13%, Seguro Social Campesino 14%), dejando al 73% dependiendo exclusivamente del MSP con sus limitaciones de medicamentos e insumos; y
- Tercero, la marginación total de la medicina tradicional (apenas 1%), lo que refleja la pérdida de saberes ancestrales locales sin que el sistema biomédico los haya reemplazado con atención continua, generando un vacío terapéutico crítico.

Esta dispersión de lugares de atención no representa diversidad de opciones, sino desesperación asistencial; los adultos mayores recorren múltiples instituciones no por elección, sino porque el subcentro parroquial carece de especialistas para manejar sus patologías prevalentes (hipertensión 28%, diabetes 16%, problemas visuales 18%), obligándolos a migrar hacia centros urbanos donde enfrentan colas interminables, trámites burocráticos incomprensibles por su baja escolaridad (70.5% con primaria incompleta) y costos de movilización que agotan sus escasos recursos.

En general, estos datos concretan el edadismo institucional, ligado a un sistema sanitario diseñado para población joven y móvil que, al no adaptarse a las limitaciones físicas, económicas y geográficas de las personas mayores rurales, las condena a una atención fragmentada, reactiva y agotadora que prioriza la supervivencia mínima sobre la dignidad en el cuidado.

4.2.31 Atención médica

Tabla 31. Frecuencia con que recibe atención médica.

Frecuencia de atención médica	f	%
Una vez a la semana	12	5%
Cada quince días	27	13%
Una vez al mes	62	29%
Cada tres meses	49	23%
Cada seis meses	16	7%
Una vez al año	10	4%
Cuando se enferma	35	17%
Nunca	1	2%
Total	212	100%

Nota. Datos de la encuesta a adultos mayores de la parroquia Barbones

La frecuencia esporádica de atención médica entre los adultos mayores de Barbones, donde solo el 18% recibe seguimiento periódico cercano (semanal o quincenal), el 52% accede a controles mensuales o trimestrales, y el 17% consulta exclusivamente "cuando se enferma", alerta sobre la imposición de un modelo reactivo sobre una población con necesidades crónicas que demandan prevención continua.

Esta desconexión es crítica al contrastarse con el perfil de la muestra: el 44% padece hipertensión o diabetes (28% + 16%), condiciones que requieren monitoreo mensual mínimo según protocolos clínicos, pero

que en la práctica reciben atención cada tres o seis meses, y peor aún, de forma esporádica al agudizarse la enfermedad, generando descompensaciones evitables que derivan en emergencias hospitalarias costosas para el sistema y devastadoras para la calidad de vida del adulto mayor.

Esta situación no responde a elección informada, sino a barreras estructurales acumuladas; la distancia a centros de salud especializados obliga a sacrificar jornales o movilizar recursos escasos para cada consulta; la falta de transporte adaptado, principalmente desde las comunidades alejadas, imposibilita desplazamientos frecuentes para quienes presentan discapacidad física (16.5%); y la ausencia de programas de seguimiento domiciliario por parte del MSP deja al adulto mayor dependiendo de su propia iniciativa para acudir a controles, iniciativa que se erosiona con el tiempo, por fatiga, desmotivación o la falsa percepción de "estar bien" cuando los síntomas crónicos se normalizan.

El dato más revelador, el 17% que acude a consulta "cuando se enferma", desnuda la persistencia de una cultura sanitaria curativista, heredada del mundo rural, donde la salud se concibe como ausencia de enfermedad aguda y no como proceso continuo de cuidado, reproduciendo así el edadismo mediante la medicalización tardía que espera el deterioro irreversible antes de intervenir.

En síntesis, los datos intentan desnudar las falencias de un sistema de salud funcional adaptado a la cronicidad del envejecimiento, representando un mecanismo de exclusión silenciosa, en la que la

periodicidad insuficiente de controles se convierte en cómplice del deterioro progresivo, transformando lo que debería ser un derecho a la atención preventiva, en un privilegio para quienes logran sortear las barreras geográficas, económicas y culturales que el Estado no se ha esforzado por eliminar.

4.2.32 Alimentación de los adultos mayores

Tabla 32. Periodicidad diaria del consumo de alimentación.

Periodicidad de alimentación	**N**	**%**
Una vez al día	3	1%
Dos veces al día	25	13%
Tres veces al día	150	75%
Cuatro veces al día	20	10%
Cinco veces al día	2	1%
Ninguno	0	0%
Otros, ¿cuáles?	0	0%
Total	**200**	**100%**

Nota. Datos de la encuesta a adultos mayores de la parroquia Barbones

La aparente normalidad en los patrones alimentarios de los adultos mayores de Barbones, en la que el 75% consume tres comidas diarias, oculta una inseguridad alimentaria encubierta que el edadismo reproduce mediante la precarización silenciosa de la nutrición en la vejez rural. Si bien la mayoría mantiene la frecuencia convencional de alimentación, esta cifra no revela la calidad, diversidad ni adecuación nutricional de los alimentos ingeridos; en un contexto donde el 61% depende económicamente de otros para cubrir gastos y el 13% vive en soledad absoluta, es probable que muchas de estas "tres comidas" consistan en dietas monótonas basadas en arroz, plátano y café, alimentos baratos y de fácil acceso en la zona costera, carentes de

proteínas animales, lácteos o vegetales frescos necesarios para contrarrestar la sarcopenia y fragilidad asociadas al envejecimiento.

Esta precariedad se hace explícita en el 14% que se alimenta solo una o dos veces al día (28 personas), segmento altamente vulnerable donde confluyen pobreza extrema, aislamiento domiciliario y posible depresión no tratada (17% según datos previos) que suprime el apetito o la motivación para cocinar. La contradicción más crítica emerge al cruzar estos datos con el perfil de la muestra: el 44% padece hipertensión o diabetes, condiciones que requieren pautas alimentarias estrictas (reducción de sodio, control de carbohidratos), pero la ausencia de educación nutricional gerontológica en el subcentro de salud y la imposibilidad económica de adquirir alimentos especializados transforman la "frecuencia adecuada" en una ilusión que no previene descompensaciones metabólicas.

La cuestión es que estos datos evidencian que el derecho a la alimentación digna en la vejez rural no se agota en la cantidad de comidas, sino en su capacidad para sostener la salud funcional; sin políticas que garanticen acceso a dietas adaptadas a las necesidades gerontológicas, mediante estrategias, como huertos familiares nutricionales, suplementos proteicos subsidiados o talleres comunitarios de cocina saludable, el simple acto de comer tres veces al día se convierte en ritual de supervivencia mínima que perpetúa el deterioro silencioso del cuerpo, bajo la apariencia engañosa de "normalidad alimentaria".

4.2.33 Percepción de discriminación del entono inmediato

Tabla 33. Precepción de sentirse discriminado en el entorno inmediato.

Personas que discriminan a adultos mayores	**f**	**%**
Esposa	5	2%
Hijos	12	6%
Nietos	7	3%
Hermanos	4	2%
Sobrinos	3	1.5%
Amigos	1	0.5%
Vecinos	27	13%
Personas de la calle	2	1%
Gente de afuera	1	0.5%
Ninguno	145	70%
Total	**207**	**100%**

Nota. Datos de la encuesta a adultos mayores de la parroquia Barbones

La aparente baja percepción de discriminación interpersonal en Barbones, donde el 70% de los adultos mayores afirma no ser discriminado por nadie en su entorno cercano, refuerza la persistencia del edadismo estructural; su invisibilización cotidiana mediante la normalización cultural de la exclusión, donde prácticas como la marginación en decisiones familiares, la asignación de espacios domésticos periféricos o el trato condescendiente se perciben, no como discriminación, sino como "costumbre" o "respeto paternalista".

Esta situación se agrava por factores culturales propios del mundo rural, donde denunciar maltrato familiar implica romper códigos de lealtad comunitaria y exponerse al estigma de "ser una carga quejumbrosa", llevando a muchos a silenciar experiencias de edadismo incluso en encuestas anónimas. Sin embargo, el 30% que sí identifica discriminación ofrece pistas críticas sobre sus manifestaciones concretas.

El predominio de los vecinos (13%) sobre familiares directos, muestra que el edadismo opera con mayor crudeza en el espacio público, donde los adultos mayores son objeto de burlas por su lentitud al caminar, su sordera o su apariencia física, mientras en el ámbito familiar se disfraza de "protección excesiva" que, aunque no se percibe como discriminación, igualmente les niega autonomía.

La mención de hijos (6%) y nietos (3%) como agentes discriminadores, aunque minoritaria, evidencia la transmisión intergeneracional de estereotipos edadistas que asocian la vejez con incapacidad, justificando decisiones tomadas "por su bien" sin consultarlos.

Lo real es que estos datos no reflejan la ausencia de edadismo, sino su naturalización como orden social invisible, cuando la exclusión se institucionaliza hasta volverse rutina, como la ausencia de rampas en el subcentro de salud o la focalización de programas solo en la cabecera parroquial, las personas mayores dejan de nombrarla como discriminación y la internalizan como destino inevitable de envejecer en el campo, perpetuando así un ciclo perverso donde el silencio sobre el maltrato se confunde con paz social, mientras el Estado se exime de responsabilidad al no existir "quejas formales" que exijan transformación institucional.

4.2.34 Participación en la toma de decisiones

Tabla 34. Participación de los adultos mayores en la toma de decisiones.

Participación en decisiones familiares	**N**	**%**
Muy frecuentemente	90	45%
Frecuentemente	65	32.5%

Rara vez	15	7.5%
Casi nunca	19	9.5%
Nunca	11	5.5%
Total	**200**	100%

Nota. Datos de la encuesta a adultos mayores de la parroquia Barbones

La aparente alta participación de los adultos mayores de Barbones en decisiones familiares, donde el 77.5% participa "muy frecuente" o "frecuentemente", esconde características del edadismo velado; si bien las dinámicas domésticas rurales aún conservan espacios de consulta hacia las personas mayores como depositarias de experiencia, esta participación suele limitarse a decisiones simbólicas o cotidianas menores (menús, horarios domésticos), mientras se les excluye sistemáticamente de decisiones cruciales que afectan su bienestar, como la gestión de recursos económicos familiares, la planificación de su propio cuidado ante enfermedades o la decisión sobre su permanencia en el hogar frente a la migración de hijos o alejamiento por tareas laborales.

Esta brecha entre participación formal y poder real se evidencia en el 22.5% que participa "rara vez", "casi nunca" o "nunca" (45 adultos mayores), segmento donde convergen factores de vulnerabilidad acumulada; viudez (25% de la muestra), soledad habitacional (13%), dependencia económica total (61% sin ingresos propios) y probablemente mujeres históricamente subordinadas en estructuras patriarcales rurales, cuya voz se silencia tras la muerte del cónyuge.

Además, esta participación intrafamiliar no se traduce en incidencia comunitaria; mientras en el hogar pueden opinar sobre asuntos domésticos, en espacios públicos como asambleas parroquiales o

reuniones con autoridades locales su presencia es marginal, evidenciando cómo el edadismo opera mediante la confinación de la agencia mayor a la esfera privada, donde su opinión es tolerada mientras no cuestione el orden establecido ni exija derechos colectivos.

En definitiva, estos datos no reflejan plena inclusión, sino una ciudadanía truncada donde la participación familiar actúa como válvula de escape que alivia tensiones intergeneracionales sin transformar las estructuras de poder que mantienen a las personas mayores como sujetos subordinados, incluso dentro de los lazos afectivos que supuestamente los protegen.

4.2.35 Calidad del trato familiar

Tabla 35. Calidad del trato familiar que reciben los adultos mayores.

Trato de la familia	**N**	**%**
Muy bueno	78	39%
Bueno	76	38%
Regular	41	20.5%
Malo	4	2%
Pésimo	1	0.5%
Total	**200**	**100%**

Nota. Datos de la encuesta a adultos mayores de la parroquia Barbones

La aparente calidez del trato familiar hacia los adultos mayores en Barbones, donde el 77% percibe el trato como "muy bueno" o "bueno", encubre una realidad disfrazada del edadismo afectivo; la que se estaría dando es la coexistencia de afecto emocional con la negación sistemática de autonomía y derechos, donde el cariño se condiciona a la sumisión pasiva del adulto mayor.

Esta brecha se evidencia al contrastar estos datos con realidades previamente documentadas; pese al trato percibido como positivo, el 61% sufre alteraciones emocionales no atendidas, el 22.5% participa marginalmente en decisiones familiares y el 61% depende económicamente de otros, revelando que el "buen trato" muchas veces se reduce a provisión material básica sin reconocimiento de su subjetividad, ni respeto a su capacidad decisoria.

El 20.5% que califica el trato como "regular", que es una proporción significativa de 41 personas, constituye una zona gris donde operan formas sutiles de edadismo: paternalismo que infantiliza ("déjame yo, ya estás viejo"), sobreprotección que limita movilidad, o silenciamiento de opiniones bajo el argumento de "no queremos molestarte", son prácticas que, aunque no alcanzan el maltrato explícito (2.5% reporta trato malo o pésimo), erosionan progresivamente la dignidad y la autoestima.

Esta subnotificación extrema del maltrato grave (solo 5 personas – 2,55 pésimo - malo) no refleja ausencia de violencia, sino su naturalización cultural en el mundo rural, donde denunciar a la familia implica romper códigos de lealtad comunitaria y enfrentar el estigma de "ser una carga ingrata", llevando a las víctimas a minimizar abusos para preservar el techo que las cobija.

En general, la variable no hace más que desnudar que el edadismo en Barbones no opera principalmente mediante el rechazo explícito, sino a través de un afecto condicionado que premia la pasividad y castiga la demanda de derechos, transformando el hogar familiar en un espacio de

protección precaria, donde el adulto mayor debe elegir entre callar su sufrimiento o arriesgar perder incluso el mínimo afecto que lo sostiene.

4.2.36 Calidad de las relaciones familiares

Tabla 36. Calidad de las relaciones familiares hacia los adultos mayores.

Parámetros	**N**	**%**
Muy afectivas	78	39%
Afectivas	77	38.5%
Medianamente	33	16.5%
Poco afectivas	8	4.%
Nada afectivas	4	2.%
Total	**200**	100%

Nota. Datos de la encuesta a adultos mayores de la parroquia Barbones

La tabla 35 presenta los datos de 200 adultos mayores respecto a la calidad de sus relaciones familiares, categorizadas en cinco niveles: *muy afectivas*, *afectivas*, *medianamente*, *poco afectivas* y *nada afectivas*. Bajo estos parámetros se muestra que el 77.5% de los adultos mayores (155) perciben las relaciones familiares como muy afectivas o afectivas, lo que indica una valoración predominantemente positiva. El 16.5% (33) consideran relaciones medianamente afectivas, es decir, una valoración neutra; en tanto que solo el 6% (12) reportan relaciones poco o nada afectivas, lo que representa una minoría significativamente pequeña.

Los datos del alto porcentaje de respuestas positivas (muy afectivas + afectivas = 77.5%) indica que, en general, los adultos mayores mantienen vínculos familiares sólidos, caracterizados por el cariño, el apoyo emocional y la cercanía afectiva. Esto puede reflejar una red de apoyo familiar funcional, fundamental para el bienestar psicosocial en esta etapa de la vida. Respecto de la categoría “medianamente afectivas”

podría deducirse que existe cierta ambivalencia o relaciones más distantes, sin conflictos abiertos, pero tampoco con gran intimidad emocional. Mientras que el bajo porcentaje que percibe como poco o nada afectivas (6%) es nada alentador, ya que las relaciones familiares disfuncionales o frías pueden estar asociadas a mayores riesgos de aislamiento social, depresión y deterioro de la salud mental en adultos mayores.

Estos resultados pueden interpretarse como un indicador de cohesión familiar favorable en el contexto estudiado, lo cual es relevante para el diseño de políticas públicas orientadas al envejecimiento activo y saludable, sobre todo a la erradicación del edadismo; no obstante, no debe ignorarse al 6% que reporta relaciones afectivamente deficientes. Este grupo podría requerir intervenciones específicas (apoyo psicosocial, mediación familiar, programas comunitarios) para prevenir el aislamiento y promover su inclusión social. Además, el 16.5% con percepción "medianamente afectiva" podría beneficiarse de estrategias que fortalezcan los lazos intergeneracionales y fomenten la comunicación familiar.

En general, la variable muestra que los adultos mayores encuestados valoran positivamente sus relaciones familiares, lo que constituye un recurso protector clave para su bienestar emocional y social. Sin embargo, persiste un pequeño pero relevante segmento con vínculos familiares débiles o ausentes, que merece atención especializada. Promover y preservar estos lazos afectivos debe ser un objetivo central en las políticas de envejecimiento y cuidado integral de la población mayor.

4.2.37 Discriminación a adultos mayores en instituciones

Tabla 37. Percepción de discriminación en instituciones públicas.

Instituciones públicas	**f**	**%**
Subcentros de salud pública de Barbones	24	11%
Hospital general de El Guabo	12	5%
Hospital general TD de Machala	13	6%
Clínica privada	7	3%
Hospital seguro IESS	14	6%
Seguro social campesino	14	6%
GAD-municipal	2	1%
Gad Parroquial	2	1%
Ninguno	133	61%
Otras, ¿cuáles?	0	0%
Total	**221**	**100%**

Nota. Datos de la encuesta a adultos mayores de la parroquia Barbones

Por parte de los encuestados mayormente con el 60.18% se no se han sentido discriminados, debido a que seleccionan que ninguna institución público los ha rechazado a lo largo de sus intervenciones, no obstante, ciertas personas destacando el 10.86% mencionó haberse sentido discriminado en el respectivo Subcentro de Salud Pública de Barbones; mientras tanto el Seguro Social Campesino y el Hospital Seguro IESS representado por el 6.33%, continuando, con una elección igualitaria equivalente al 5.88% resaltaron el Hospital General Teófilo Dávila de Machala,; mientras tanto, con el 5.43% fue la alternativa preferida el Hospital General de El Guabo, por ende, el 3.17% de los participantes mencionó que alguna vez se sintieron aislados de los servicios de clínicas privadas, con un menor porcentaje del 0.90% una falta de atención discriminatoria por parte del GAD Municipal y Parroquial.

4.2.38 Seguridad social

Tabla 38. Afiliación de los adultos mayores a la seguridad social.

Instituciones de seguridad social	N	%
IESS	34	17%
ISFA	4	2%
Seguro campesino	94	47%
Seguro privado	8	4%
Otros, ¿cuáles?: Ninguno	60	30%
Total	**200**	**100%**

Nota. Datos de la encuesta a adultos mayores de la parroquia Barbones

Los resultados de la encuesta revelan un panorama heterogéneo y, en ciertos aspectos, preocupante respecto al acceso de los adultos mayores a sistemas de seguridad social en la parroquia Barbones. La afiliación más predominante corresponde al Seguro Campesino, con el 47% de los encuestados, lo que refleja la condición limitante rural de la zona y la relevancia histórica del régimen en el sistema ecuatoriano de protección social para poblaciones agrícolas y campesinas.

Sin embargo, llama la atención que casi un tercio de los adultos mayores (30%) no cuenta con ninguna forma de afiliación a un sistema de seguridad social. Esta situación representa una grave vulnerabilidad estructural, ya que la ausencia de cobertura limita su acceso a servicios de salud, pensiones y otros mecanismos de protección en una etapa de la vida caracterizada por mayores necesidades médicas y dependencia económica. Esta brecha es especialmente crítica en contextos rurales, donde los servicios públicos pueden ser escasos o de difícil acceso.

Por otro lado, la baja afiliación al IESS (17%) indica que una minoría de los adultos mayores ha tenido vínculos estables con el sector laboral

formal durante su vida activa. Esto es consistente con patrones históricos de economía informal en zonas rurales del Ecuador, donde muchas personas trabajan sin contrato, sin cotizaciones al sistema de seguridad social, y por tanto, sin derecho a pensiones ni cobertura post laboral. Esta dinámica perpetúa ciclos de exclusión social en la vejez.

Por otra parte, la presencia marginal del ISFA (2%) y de seguros privados (4%) es coherente con el perfil socioeconómico y ocupacional de la población encuestada: es poco probable que haya personal militar retirado en número significativo en una parroquia rural, y los seguros privados suelen estar fuera del alcance económico de hogares con bajos ingresos.

En síntesis, la combinación de una alta dependencia del Seguro Campesino y una proporción considerable de adultos mayores sin cobertura pone de manifiesto lagunas en la protección social universal. Si bien el Seguro Campesino cumple una función clave, su alcance y calidad de servicios deben evaluarse críticamente para garantizar estándares adecuados de atención. Pues, los datos no solo describen una realidad local, sino que también evidencian desafíos nacionales en materia de equidad, protección social y derechos de las personas mayores, especialmente en contextos rurales. Se hace urgente diseñar e implementar políticas públicas inclusivas que:

- Faciliten la afiliación subsidiada al sistema de seguridad social para adultos mayores no cubiertos.
- Promuevan la formalización laboral en edades previas a la vejez, como estrategia preventiva.

- Fortalezcan los regímenes especiales (como el Seguro Campesino) mediante recursos, infraestructura y capacitación.

- Realicen diagnósticos locales sobre las barreras específicas que impiden el acceso al IESS u otros sistemas (geográficas, económicas, administrativas o culturales).

4.2.39 Características organizativas

Tabla 39. Organizaciones sociales a las que pertenecen los adultos mayores.

Organizaciones	**f**	**%**
Asociación de jubilados	59	29%
Club deportivo	9	4%
Comité pro mejoras	8	4%
Comunidad cristiana	31	15%
Ninguno	100	48%
Otros, ¿cuáles?	0	0%
Total	**207**	**100%**

Nota. Datos de la encuesta a adultos mayores de la parroquia Barbones

La tabla 28 muestra 207 respuestas de adultos mayores en distintas organizaciones sociales. De los cuales, el 48% (100 personas) no pertenece a ninguna organización social, esto implica que casi la mitad de los adultos mayores vive sin vinculación formal a redes comunitarias, asociativas o de interés colectivo, lo que puede limitar su acceso a apoyo social, actividades recreativas, información o defensa de sus derechos. No así, el 29% (59 personas) que se pertenece a la Asociación de jubilados. Siendo la organización más frecuente entre quienes sí participan, reflejando el interés por defender derechos, acceder a beneficios, compartir experiencias con pares y mantener un sentido de identidad post- laboral.

El 15% (31 personas) está integrado en la comunidad cristiana, lo que hace que fe y la comunidad religiosa cumplen un rol importante como fuente de apoyo emocional, espiritual y social, especialmente en etapas avanzadas de la vida. Solo 4% (9 personas) pertenece a un club deportivo, y otro 4% (8 personas) a un comité pro mejoras (organizaciones vecinales orientadas al desarrollo local). Esto sugiere una baja implicación en actividades físicas grupales o en la gestión comunitaria del entorno, lo que podría estar relacionado con barreras como movilidad reducida, falta de incentivos, o escasa promoción de espacios inclusivos para adultos mayores.

Existe ausencia de otras formas de organización. Ningún adulto mayor reportó pertenecer a otras organizaciones. Esto refuerza la idea de que, cuando hay participación, se concentra en formas tradicionales y reconocibles (jubilados, iglesia), y no en redes alternativas (grupos culturales, cooperativas, voluntariado, etc.).

Con base en los datos analizados se sintetiza que más de la mitad de los adultos mayores no participa en ninguna organización social, lo que los expone a riesgos de aislamiento y exclusión. Entre quienes sí lo hacen, predominan las asociaciones de jubilados y comunidades religiosas, mientras que la participación en actividades deportivas, cívicas o comunitarias es mínima. Esto evidencia una oportunidad clara para fomentar espacios inclusivos, diversos y accesibles que promuevan la integración activa de los adultos mayores en la vida social y comunitaria.

4.2.40 Actividades ocupacionales

Tabla 40. Actividades que les gustaría realizar a los adultos mayores.

Actividades	**Frecuencia**	**%**
Salir de viaje a visitar a su familia	78	32.5%
Salir de viaje a conocer otros lugares	77	32%
Ir a vivir a internarse en un asilo	2	1%
Realizar juegos recreativos	20	8%
Tener un negocio (emprendimiento)	30	12.5%
Elaborar manualidades	33	14%
Otros, ¿cuáles?	0	0%
Total	**240**	**100%**

Nota. Datos de la encuesta a adultos mayores de la parroquia Barbones

El predominio de los viajes como anhelo central de los adultos mayores de Barbones, donde el 64.5% desea salir a visitar familiares (32.5%) o conocer otros lugares (32%), desnuda la herida invisible de la fragmentación de los lazos intergeneracionales en el campo ecuatoriano. Estos deseos no expresan mero turismo, sino la angustia de padres y madres que, tras décadas de ver partir a sus hijos hacia Machala, Guayaquil o el exterior en busca de empleo, anhelan reconstruir vínculos afectivos rotos por la distancia y el tiempo.

Esta demanda adquiere contornos dramáticos al contrastarse con la realidad de movilidad limitada documentada previamente, el 16.5% presenta discapacidad física, el 61% carece de ingresos propios para costear transporte, y la ausencia de rutas accesibles hacia recintos alejados, lo que convierte a cada desplazamiento en una odisea económica y física, transformando el simple acto de abrazar a un nieto en un privilegio inalcanzable.

Adicionado a lo anterior, el rechazo contundente a los asilos (apenas 1%) desmonta el estereotipo edadista que reduce la vejez rural a dependencia institucionalizada, evidenciando que las personas mayores valoran profundamente su autonomía territorial y el arraigo a su comunidad, incluso en condiciones de precariedad.

El interés en actividades productivas, emprendimientos (12.5%) y manualidades (14%), muestra una agencia silenciada; lejos de aspirar a la pasividad asistencialista, demandan espacios para seguir generando valor económico y simbólico, transmitiendo saberes y manteniendo su dignidad mediante la acción creadora. Sin embargo, la baja mención de juegos recreativos (8%) no refleja desinterés, sino la internalización de una cultura campesina que históricamente asoció el ocio con la ociosidad, negando a las personas mayores el derecho al juego como dimensión esencial de la vida.

Estos son datos interesantes, toda vez que no son simples preferencias, constituyen una demanda ética no escuchada por el Estado, que al no facilitar transporte social para reencuentros familiares, no promover turismo rural inclusivo ni apoyar microemprendimientos gerontológicos, perpetúa el edadismo mediante la negación sistemática de los sueños mayores, condenándolos a envejecer no solo con el cuerpo anclado al territorio, sino con el alma atrapada en la nostalgia de abrazos que nunca llegan.

4.2.41 Actividades que realizan actualmente

Tabla 41. Actividades recreativas que realizan en la actualidad.

Actividades recreativas	**f**	**%**
Caminatas al aire libre	95	41%
Expediciones de naturaleza	18	8%
Bailo-terapia	36	16%
Asiste a talleres de capacitación	23	10%
Elabora manualidades	32	14%
Juego de naipes	12	5%
Practica deporte	6	2.5%
Viajes turísticos	0	0.%
Ninguna	8	3.5%
Total	**230**	**100%**

Nota. Datos de la encuesta a adultos mayores de la parroquia Barbones

Predominan las actividades como caminatas al aire libre con el 41%, bailo terapia 16%, elaborar manualidades 14% y asistencia a talleres de capacitación 10%. En el caso de las caminatas al aire libre que se complementan con las expediciones de naturaleza, constituyen actividades no programadas por instituciones, representan actividades espontaneas, que, si bien se muestran como aspectos des estresantes, expresan la representación del edadismo estructural, debido a que el Estado deja por fuera su preocupación por el bienestar de los adultos mayores.

Por otra parte, los adultos mayores que se entretienen jugando naipes, junto a los que no realizan actividades, se muestra como un problema que afecta el estado físico y emocional, en la medida que el sedentarismo en las personas adultas mayores infiere directamente en situaciones de enfermedades relacionadas con la vejez y que bien puede ser prevenibles,

si de por medio se diseñan políticas públicas que garanticen a los adultos mayores sistemas recreativo que los haga mantener momo sujetos activos de manera permanente.

4.3 Estrategias para la atención y desarrollo integral de los adultos mayores

Tabla 42. Matriz 1. Acciones estratégicas para la atención y desarrollo integral de los adultos mayores.

#	Propuesta de Desarrollo	Objetivo	Política Pública de Sustento	Indicador	Meta (5 años)
1	Creación de Núcleos Gerontológicos Rurales en recintos dispersos (Sabalucal, Valeriano Naula, etc.)	Garantizar acceso territorializado a servicios integrales de salud, recreación y acompañamiento psicosocial	Ley Orgánica Personas adultas Mayores (LOPAM) Art. 15 Plan Nacional del Buen Vivir 2024-2028 (Eje 3)	10 % de adultos mayores atendidos mensualmente en núcleos fuera de cabecera parroquial	85% de cobertura en 12 recintos priorizados
2	Sistema de transporte social adaptado para adultos mayores	Superar barreras geográficas que impiden acceso a salud y programas sociales	Ordenanza municipal de movilidad inclusiva; Art. 38, Constitución (derecho a movilidad)	N° de viajes mensuales gratuitos/subsidiados con rampas y acompañante	4 viajes mensuales garantizados por adulto mayor en zonas alejadas
3	Programa "Saberes Vivos": transmisión intergenera	Fortalecer autoestima y rol social mediante valoración	Política Nacional de Cultura 2023; Convenci	N° de talleres intergeneracionales realizados	24 talleres anuales con 15 adultos mayores

	cional de conocimientos campesinos	de saberes ancestrales (agricultura, medicina tradicional)	ón UNESCO sobre Diversidad Cultural	anualmente con participación personas de más 60 años	facilitadores certificados
4	Unidad Técnica Parroquial de Atención Integral al Adulto Mayor	Articular acciones entre GAD, MSP, IESS y universidades con presupuesto asignado	LOPAM Art. 42 (obligatoriedad de instancias técnicas descentralizadas)	Existencia de POA anual con partida específica mayor 3% del presupuesto parroquial	100% de parroquias rurales con unidad operativa y presupuesto ejecutado mayor a 80%
5	Huertos Gerontológicos Comunitarios con enfoque nutricional	Mejorar seguridad alimentaria y actividad física adaptada mediante producción de alimentos ricos en calcio, proteínas y antioxidantes	Política Nacional de Soberanía Alimentaria; Art. 281 Constitución	% de adultos mayores participantes con mejora en indicadores antropométricos	70% de participantes reducirá riesgo de desnutrición (índice MNA)
6	Protocolo comunitario de prevención de riesgo suicida en adultos mayores	Detectar tempranamente trastornos emocionales y garantizar derivación oportuna	Plan Nacional de Salud Mental 2022-2030. Resolución MSP-2021-0156	N° de casos detectados y derivados exitosamente por promotores comunitarios	Reducción del 50% en ideación suicida no atendida (medido por escala PHQ-9)
7	Adaptación gerontológica de viviendas rurales (rampas, pasamanos, pisos antideslizan	Prevenir caídas y garantizar autonomía domiciliaria mediante mejoras de bajo costo	Política Nacional de Hábitat Digno; Art. 35 Constitución (derecho a vivienda	N° de viviendas adaptadas anualmente con participación de adultos mayores	200 viviendas adaptadas en Barbones con 90% de satisfacción usuaria

	tes)		digna)		
8	Red de "Vecinos Guardianes" para vigilancia comunitaria de adultos solos	Romper aislamiento mediante redes vecinales estructuradas de acompañamiento	LOPAM Art. 28 (promoción de redes comunitarias de cuidado)	% de adultos mayores viviendo solos con al menos 2 visitas semanales verificadas	100% de adultos solos (13% de muestra) con red activa de vigilancia
9	Campaña permanente "No somos carga": comunicación contra edadismo	Transformar representaciones sociales mediante narrativas que visibilicen agencia y derechos	Política Nacional de Comunicación Intercultural; Art. 11 Constitución (no discriminación)	N° de materiales comunicacionales en lenguaje accesible distribuidos y evaluados	100% de comunidades rurales con campañas trimestrales y 40% reducción en percepción edadista
10	Microcréditos deontológicos para emprendimientos adaptados a capacidades	Generar ingresos complementarios mediante actividades económicas viables en vejez	Política Nacional de Economía Popular y Solidaria; Art. 319 Constitución	N° de emprendimientos gerontológicos sostenibles (más de 1 año) con apoyo crediticio	50 microempresas colectivas (manualidades, huertos, turismo vivencial)
11	Telemedicina rural con enfoque geriátrico para zonas dispersas	Garantizar seguimiento continuo de enfermedades crónicas sin desplazamientos costosos	Política Nacional de Salud Digital; Acuerdo MSP-2022-0087	% de adultos mayores con HTA/diabetes con controles mensuales vía telemedicina	80% de adultos con crónicas accediendo a 1 consulta virtual mensual
12	Formación de promotores comunitarios gerontológicos locales	Fortalecer capacidad endógena de respuesta mediante agentes de cambio residentes	LOPAM - Art. 45 (capacitación comunitaria); Plan Nacional de	N° de promotores certificados por parroquia con actividades mensuales	2 promotores por recinto (24 en Barbones) con 90% de

			Formación Ciudadana		retención a 3 años
13	Programa "Reencuentros": subsidio para viajes a visitar familiares migrantes	Reparar tejido familiar fragmentado por migración mediante apoyo logístico/económico	Política Nacional de Migración; Art. 67 Constitución (derecho a unidad familiar)	N° de adultos mayores beneficiados anualmente con viajes subsidiados	100 adultos mayores al año con subsidio para 1 viaje anual a ciudades receptoras
14	Adaptación de espacios públicos parroquiales (plazas, centros comunitarios)	Garantizar participación social mediante infraestructura accesible y segura	Ordenanza Municipal de Accesibilidad Universal. Convención ONU sobre Discapacidad	% de espacios públicos adaptados con rampas, bancos con respaldo y sombra	100% de plazas y centros comunitarios adaptados en cabecera y 5 recintos prioritarios
15	Sistema de alerta temprana para emergencias médicas domiciliarias	Reducir mortalidad por eventos agudos mediante respuesta rápida en zonas aisladas	Política Nacional de Gestión de Riesgos; Art. 358 Constitución (derecho a emergencias)	Tiempo promedio de respuesta ante alerta en zonas rurales dispersas	<30 minutos de respuesta en 90% de alertas en recintos con cobertura celular
16	Educación financiera gerontológica y acompañamiento en trámites estatales	Superar brecha digital y burocrática para acceso a bonos, pensiones y derechos	Política Nacional de Inclusión Financiera; Art. 36 Constitución (acceso a servicios)	% de adultos mayores gestionando autónomamente al menos 2 trámites estatales	70% de adultos mayores con capacidad para acceder a Bono Joaquín Gallegos Lara

17	Programa intergeneracional "Abuelos Lectores" en escuelas rurales	Fortalecer vínculos intergeneracionales y valorar rol educativo de adultos mayores	Política Nacional de Educación Intercultural Bilingüe; Art. 27, 347 Constitución	N° de escuelas rurales con programa activo y participación mayor a 60 años	100% de escuelas fiscales rurales con 2 sesiones mensuales de narración oral
18	Catastro socio-sanitario actualizado y georreferenciado de adultos mayores	Generar evidencia para políticas territorizadas mediante diagnóstico dinámico	LOPAM Art. 8 (obligatoriedad de registro nacional); Sistema Único de Información	% de adultos mayores registrados con datos actualizados anualmente	100% de adultos mayores georreferenciados con actualización semestral
19	Alianza universidad - comunidad: prácticas preprofesionales en gerontología rural	Fortalecer respuesta institucional mediante vinculación con carreras afines (Trabajo Social, Medicina)	Ley Orgánica de Educación Superior; Art. 347, 350. Constitución (vinculación social)	N° de estudiantes realizando prácticas anuales en territorio con adultos mayores	50 estudiantes /año de UTMACH y otras universidades con proyectos validados
20	Sistema de monitoreo participativo de derechos con indicadores edadismo	Garantizar rendición de cuentas mediante evaluación comunitaria de avances	Constitución Art.206 (mecanismos de control social); Agenda 2030 ODS 10 y 11	Índice comunitario de percepción de edadismo medido anualmente	Reducción del 40% en percepción de discriminación institucional (escala validada)
21	Sistema Comunitario de Comunicación Gerontológi	Garantizar acceso efectivo a información sobre derechos,	LOPAM Art. 23 (derecho a información accesible);	% de adultos mayores que comprenden y aplican información recibida	80% de adultos mayores con comprensión

	ca "Voces de Barbones": radio comunitaria semanal, boletines en lenguaje claro con pictogramas, encuentros presenciales mensuales y mediadores intergeneracionales capacitados para traducir información técnica	salud, trámites estatales y prevención de riesgos mediante canales apropiados a baja escolaridad (70.5% con primaria incompleta), aislamiento geográfico y brecha digital	Ley Orgánica de Comunicación Art. 72 (medios comunitarios); Art. 18 Constitución (derecho a información)	sobre al menos 3 derechos o servicios clave	funcional de derechos a pensiones, salud preventiva y protección contra estafas
Nota. Basada en evidencia de la investigación en Barbones, El Guabo, con proyección nacional					

4.3.1 Metodológicas para implementación:

Tabla 43. Matriz 2. Notas metodológicas para implementación:

Metodología de implementación	• Todas las propuestas integran el enfoque de derechos humanos (CEDPD, Convención Interamericana sobre Protección de Derechos de Personas Mayores) y el principio de territorialidad, reconociendo que el edadismo rural opera mediante la exclusión geográfica.
	• Los indicadores combinan métricas cuantitativas (cobertura, frecuencia) y cualitativas (satisfacción, percepción) para evitar reduccionismo estadístico.
	• Las metas son realistas y escalables, partiendo de la línea base documentada en Barbones (ej.: 12% cobertura actual - 85% meta).
	• La matriz prioriza soluciones de bajo costo y alto impacto (ej.: vecinos guardianes, promotores locales) frente a infraestructura costosa, reconociendo limitaciones presupuestarias en contextos rurales.
	• Cada propuesta articula corresponsabilidad entre Estado

	(GAD, MSP), comunidad (promotores, vecinos) y academia (universidades), evitando el asistencialismo estatal único

4.4 Conclusiones y recomendaciones

4.4.1 Conclusiones

El edadismo en Barbones opera predominantemente como exclusión estructural institucionalizada más que como discriminación interpersonal explícita, evidenciado en el hecho que el 70% de los adultos mayores niega sufrir discriminación directa en su entorno cercano, mientras el 88% permanece excluido de programas sociales por barreras geográficas insuperables (distancia a cabecera parroquial), el 61% nunca recibe acompañamiento psicológico pese a que el 61% presenta ansiedad o depresión, y el 73% carece de acceso efectivo a seguridad social. Esta contradicción revela que el edadismo contemporáneo en contextos rurales se naturaliza hasta volverse invisible para quienes lo padecen, reproduciendo la ilusión de que la marginalidad es destino inevitable de envejecer en zonas campesinas, cuando en realidad responde a políticas públicas diseñadas para territorios urbanos centralizados que ignoran la dispersión poblacional, el aislamiento vial y la baja escolaridad como factores que determinan el acceso efectivo a derechos.

La ruralidad agrava la vulnerabilidad gerontológica mediante la intersección de tres dinámicas acumulativas: la migración selectiva juvenil que fragmenta redes familiares (93.45% de hijos mayores de edad probablemente ausentes), la precariedad institucional que externaliza la responsabilidad del cuidado hacia el ámbito doméstico sin

apoyo estatal (73.5% depende exclusivamente de familiares para atención), y la brecha territorial en infraestructura que transforma el hogar en espacio de riesgo (43.7% sin alcantarillado, 23.2% sin agua potable continua en recintos alejados). Esta triple exclusión, afectiva, institucional y espacial, genera un "envejecimiento por vaciamiento" donde la proporción relativa de personas mayores aumentará en las próximas décadas, no por mayor longevidad, sino por la salida masiva de generaciones jóvenes, anticipando una crisis silenciosa de soledad extrema y deterioro acelerado sin redes de protección comunitaria estructuradas.

El modelo asistencialista predominante reproduce el edadismo mediante la medicalización fragmentada de lo orgánico y la invisibilización sistemática de lo emocional, donde el 44% padece hipertensión o diabetes con seguimiento irregular (solo 18% recibe controles quincenales/semanales), mientras el sufrimiento psíquico, presente en el 61%, se normaliza culturalmente como "tristeza de la vejez" y queda excluido de la atención especializada (apenas 8% recibe acompañamiento psicológico regular). Esta desconexión entre necesidad y respuesta sanitaria evidencia un sistema que prioriza lo cuantificable (presión arterial, glucosa) sobre lo subjetivo (angustia, nostalgia por hijos ausentes o desentendidos), reproduciendo el estigma que niega estatus de enfermedad legítima a los trastornos emocionales y transformando la pastilla en símbolo de una atención que calma síntomas sin abordar las causas estructurales del deterioro: aislamiento, pérdida de roles sociales y exclusión de redes de cuidado comunitario.

Las redes familiares constituyen un pilar protector pero insuficiente que opera mediante un "afecto condicionado" que premia la pasividad y castiga la demanda de derechos, evidenciado en que si bien el 77% percibe trato bueno o muy bueno de su familia y el 77.5% participa en decisiones domésticas, esta participación se limita a asuntos simbólicos menores, mientras se les excluye de decisiones cruciales sobre su propio cuidado, recursos económicos o permanencia en el hogar. El 20.5% que califica el trato como "regular", 41 personas, constituye una zona gris donde operan formas sutiles de edadismo: paternalismo que infantiliza ("déjame yo, ya estás viejo"), sobreprotección que limita movilidad, o silenciamiento bajo el argumento de "no queremos molestarte", prácticas que erosionan progresivamente la dignidad sin alcanzar el maltrato explícito (solo 2.5% reporta trato malo/pésimo), evidenciando cómo el hogar familiar se convierte en espacio de protección precaria donde el adulto mayor debe elegir entre callar su sufrimiento o arriesgar perder el mínimo afecto que lo sostiene y el techo donde vivir.

Los anhelos mayores de los adultos mayores permanecen silenciados pero no extintos, expresándose en aspiraciones no realizadas que constituyen una demanda ética no escuchada por el Estado, donde el 64.5% anhela viajar para reencontrarse con hijos ausentes o amistades de edades tempranas, no como turismo, sino como reparación de vínculos rotos por décadas de éxodo rural, el 99% rechaza contundentemente los asilos evidenciando arraigo territorial profundo, y el 26.5% muestra interés en emprendimientos productivos (manualidades 14%, negocios 12.5%) que revelan deseo de seguir generando valor económico y simbólico. Estas aspiraciones contrastan

dramáticamente con la realidad de movilidad limitada (16.5% con discapacidad física), dependencia económica (61% sin ingresos propios) y ausencia de políticas que faciliten reencuentros familiares o apoyen microempresas gerontológicas, evidenciando que el principal obstáculo para una vejez digna en Barbones no es la falta de voluntad de las personas mayores, sino la indiferencia institucional que niega sistemáticamente sus sueños, condenándolos a envejecer con el alma atrapada en la nostalgia de abrazos que nunca llegan.

4.4.2 Recomendaciones

Implementar un sistema descentralizado de Núcleos Gerontológicos Rurales en los 12 recintos alejados de la cabecera parroquial (Sabalucal, Valeriano Naula, La Raquel, entre otros), operados mediante brigadas móviles interdisciplinarias (enfermería, trabajo social, actividad física adaptada) gestionadas por promotores locales capacitados por la Universidad Técnica de Machala, con frecuencia quincenal garantizada mediante convenio con transporte comunitario adaptado. Estos núcleos integrarán telemedicina para seguimiento de enfermedades crónicas, talleres de autocuidado emocional con enfoque en prevención de riesgo suicida, y actividades socioculturales que recuperen saberes ancestrales, transformando la lógica asistencialista reactiva en prevención territorializada que priorice el 65-80 años como "ventana dorada" para construir resiliencia antes del deterioro irreversible.

Crear la Unidad Técnica Parroquial de Atención Integral al Adulto Mayor con presupuesto asignado mínimo del 3% del POA, obligatoria según el Art. 42 de la LOPAM, que articule acciones entre GAD

Parroquial, GAD municipal de El Guabo, Gad Provincial de El Oro, MSP, IESS y UTMACH (carrera de Sociología), mediante protocolos interinstitucionales con metas específicas: a) elaborar catastro socio-sanitario georreferenciado actualizado semestralmente que incluya a adultos mayores en recintos dispersos; b) implementar el programa "Reencuentros" con subsidio para 100 viajes anuales a ciudades receptoras de migrantes (Machala, Guayaquil, etc.); c) diseñar rutas de atención preferencial en subcentros de salud con adaptaciones físicas básicas (rampas, pasamanos) y personal capacitado en comunicación con adultos con discapacidad auditiva (24% de la muestra). Esta unidad deberá rendir cuentas trimestrales ante una veeduría ciudadana conformada por adultos mayores organizados.

Desarrollar el Sistema Comunitario de Comunicación Gerontológica "Voces de Barbones" mediante radio comunitaria, semanal, en lenguaje coloquial con segmentos sobre derechos exigibles (acceso a bonos, prevención de estafas), boletines ilustrados distribuidos en puntos estratégicos, y mediadores intergeneracionales jóvenes capacitados por estudiantes de Comunicación de la UTMACH para acompañar en trámites digitales. Este sistema romperá la brecha informativa que mantiene al 22% percibiendo que "ningún derecho se respeta" no por ausencia de leyes, sino por desconocimiento de mecanismos de exigibilidad en un contexto de baja escolaridad (70.5%), mientras convertirá a los adultos mayores en productores activos de contenidos (testimonios, saberes agrícolas) para transformar su rol de "beneficiarios pasivos" a "protagonistas comunicativos" que rompan estereotipos edadistas mediante su propia voz.

Fortalecer la autonomía económica y social mediante Huertos Gerontológicos Comunitarios con enfoque nutricional y microcréditos colectivos para emprendimientos adaptados a capacidades, gestionados en alianza con la carrera de Pedagogía de la Actividad Física y Deporte de la UTMACH que diseñará rutinas de actividad física integradas al trabajo agrícola. Los huertos producirán alimentos ricos en calcio, proteínas y antioxidantes para combatir sarcopenia y fragilidad, mientras los excedentes generarán ingresos mediante ferias de saberes locales, donde adultos mayores transmitan conocimientos intergeneracionales. Paralelamente, se implementarán microcréditos grupales para manualidades, turismo vivencial y pequeños comercios con asistencia técnica de estudiantes de Economía de la UTMACH, priorizando a mujeres viudas (25% de la muestra) históricamente excluidas de acceso a recursos productivos, transformando así la percepción social de la vejez desde la dependencia hacia la generatividad y autonomía económica.

Establecer una Red de "Vecinos Guardianes" con protocolo comunitario de vigilancia activa para adultos mayores que viven solos (13% de la muestra), mediante identificación de 2-3 vecinos por adulto mayor solitario, capacitados en detección temprana de alteraciones emocionales (escala PHQ-2adaptada[2]), primeros auxilios geriátricos básicos y activación de alerta temprana ante emergencias. Esta red se articulará con el sistema de transporte social adaptado (recomendación

[2] Herramienta de cribado ultra rápida de dos preguntas, derivada del PHQ-9, utilizada para detectar depresión al evaluar el estado de ánimo y anhedonia en las últimas dos semanas. Se usa como "primer paso" en atención primaria para identificar pacientes que requieren evaluación diagnóstica adicional.

1) y el subcentro de salud mediante un código de colores visible en las viviendas (verde/estable, amarillo/requiere visita semanal, rojo/alerta inmediata), garantizando que el 100% de adultos solos reciba al menos dos visitas semanales verificadas. Al mismo tiempo, se implementará el protocolo de prevención de riesgo suicida con capacitación obligatoria para personal de salud y líderes comunitarios en detección de ideación suicida no verbalizada, líneas de escucha activa gestionadas por estudiantes de Psicología de la UTMACH, y derivación inmediata garantizada a servicios especializados, rompiendo el silencio en torno a la salud mental en contextos rurales, donde el sufrimiento psíquico se normaliza como "destino de la vejez".

BIBLIOGRAFÍA

Abreus, M. J., & González, C. V. (2023). Fragilidad en adultos mayores y actividad física. Revista Finlay, 13(1), 111-114. https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1235/2216

Alvarado, G. A., & Salazar, M. Á. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. GEROKOMOS, 57-62. https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf

Andrew, M., & Ronald, L. (2011). El envejecimiento de la población y la economía generacional: Resultados principales. (S. d. Impreso en Naciones Unidas, Ed.) Santiago , Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/87df8646-4757-4b8d-a5e5-f372987f795a/content

Calderone, M. (2004). Sobre Violencia Simbólica en Pierre Bourdieu. La Trama de la Comunicación, 1-9. https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4453527.pdf

CEPAL. (2004). POBLACIÓN, ENVEJECIMIENTO Y DESARROLLO. San Juan , Puerto Rico: TRIGÉSIMO PERÍODO DE SESIONES DE LA CEPAL. https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/f39b93d1-a314-4b11-b3c5-957a096e551d/content

Chulián, A., Páez, M., & Valdivia, S. S. (2024). Una Mirada Contextual al Edadismo. Análisis y Modificación de Conducta, 50(182), 69-

88.
https://doi.org/http://dx.doi.org/10.33776/amc.v50i182.8064

Coelho, J. H., Calvani, R., Picca, A., Landi, F., & Marzetti, E. (2024). La influencia del edadismo en las características del envejecimiento: dónde el estigma de la edad y la biología chocan. Gerontología experimental, 196, 1 - 8. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0531556524002213

Columbia. (24 de 06 de 2024). Columbia University Irving Medical Center . https://www.cuimc.columbia.edu/news/robert-n-butler-pioneer-study-aging

DeHaro Honrubia, A. (2014). El estigma en la vejez. Una etnografía en residencias para mayores. Intersecciones en Antropología,, 15(2), 445-459. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.redalyc.org/pdf/1795/179534132012.pdf

DLE. (24 de 06 de 2025). Diccionario de la Lengua Española . https://dle.rae.es/edadismo

Fernández Fernández, J. M. (2013). Capital simbólico, dominación y legitimidad. Las raíces weberianas de la sociología de Pierre Bourdieu. Papers , 98(1), 33-60. https://ddd.uab.cat/pub/papers/papers_a2013m1-3v98n1/papers_a2013m1-3v98n1p33.pdf

Fernandez, M. (2005). La noción de violencia simbólica en la obra de Pierre Bourdieu: una aproximación crítica. Cuadernos de Trabajo Social, 18, 7-31. https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/download/CUTS0505110007A/7582/

Martínez, P. T., Fuentes, S. I., Torres, Z. L., González, A. C., & Martínez, S. J. (2022). El edadismo. Una mira desde la cátedra del adulto mayor de la Universidad de Cienfuegos. Conrado, 18(86), 48-55. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442022000300048

Mendoza, N. V. (2012). Envejecimiento y vejez. Aula virtual INGER. http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod_resource/content/355/Archivos/C_Promocion/Unidad_1/Lecturas_Complementarias/Envejecimiento%20y%20vejez.pdf

Mendoza, N. V., Vivaldo, M. M., & Martínez, M. M. (2018). Modelo comunitario de envejecimiento saludable enmarcado en la resiliencia y la generatividad. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social,, 56(1), 110-121. https://www.redalyc.org/journal/4577/457754907016/457754907016.pdf

Miralles, I. (2010). El reconocimiento de las presonas mayores como un recurso indispensable en la sociedad. KAIROS. Revistade Temas Sociales, 14(26), 1-14. https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3702472.pdf

Monroy, J. N., & Alonso, V. M. (2011). La influencia de los GENES en el envejecimiento. Ciencia, s/v(s/n), 26-31. https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/62_1/PDF/05_Genes.pdf

ObservatorioDelEdadismo. (14 de 11 de 203). La palabra edadismo incluida por la RAE. Observatorio Del Edadismo: https://www.observatoriodeledadismo.es/la-palabra-edadismo-incluida-por-la-rae/

RAE. (24 de 06 de 2025). Real Academia de la Lengua . Servicio de Información sobre Discapacidad: https://sid-inico.usal.es/noticias/la-rae-incorpora-a-su-diccionario-edadismo-y-modifica-la-definicion-de-discapacidad/

Rico, R. M., Oliva, R., & Vega, R. G. (2017). Envejecimiento: algunas teorías y consideraciones genéticas, epigenéticas y ambientales. Rev Med Inst Mex Seguro Soc, 56(3), 287-294. https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2018/im183l.pdf

Robles Silva, L. (2005). La relación cuidado y envejecimiento: entre la sobrevivencia y la devaluación social. Papeles de POBLACIÓN(45), 49 - 69. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v11n45/v11n45a4.pdf

Salech, M. F., Jara, L. R., & Michea, A. L. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Revista Médica Clínica Las

Condes, 13(1), 19-29. https://doi.org/DOI: 10.1016/S0716-8640(12)70269-9

Silva García, G. (2008). LA TEORÍA DEL CONFLICTO. Un marco teórico necesario. Prolegómenos. Derechos y Valores, XI(22), 29-43. https://www.redalyc.org/pdf/876/87602203.pdf

ANEXOS

Anexo 1.

Actividades recolección de datos mediante entrevista a adultos mayores de la parroquia Barbones







Anexo 2. Instrumento para la recolección de datos empíricos

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE SOCIOLOGÍA
BOLETA DE ENTREVISTA A ADULTOS MAYORES

Proyecto de		
	Título	"La Inclusión Social para la Reducción del Edadismo hacia Personas Adultas Mayores"
	Objetivo	Determinar las condiciones de vulnerabilidad de los adultos mayores, a través de la valoración de criterios, parámetros y/o factores que inciden en el edadismo, en perspectiva de proponer el diseño de políticas públicas que contribuyan a promover la inclusión social de las personas adultas mayores.
	Compromiso	Las respuestas o información que sea proporcionada, será utilizada únicamente con fines académicos.

1. DATOS GENERALES DE LOS INFORMANTES

Ubicación	Urbano		Rural		Edad		DISCAPACIDAD				
SEXO						Tipo de Discapacidad			Porcentaje		
M		F			GENERO						
HIJOS					Hombre			Mujer		Otros	
<18	M=	F=	Mayores >	M=	F=						
NIVEL DE INSTRUCCION											
Primaria		Secundaria		Universitaria			Sin Instrucción			Otros	
AUTO IDENTIFICACION											
Mestizo		Indígena		Afroecuatoriano		Blanco		Montubio		Otros	
ESTADO CIVIL											
Casado		Soltero		Divorciado		U/libre		Viudo		Otros	

2. INFORMACION REQUERIDA

1. ¿Con quién vive en la actualidad?
( ) Solo
( ) Esposa (o)
( ) Hijos
( ) Nietos
( ) Hermanos
( ) Sobrinos
( ) Amigos
( ) Otros,
¿Cuales?.....

2. ¿Quién cubre el costo de sus gastos y/o necesidades?
( ) Ingresos propios
( ) Esposa (o)
( ) Hijos
( ) Nietos
( ) Hermanos
( ) Sobrinos
( ) Amigos
( ) Otros, ¿Cuales?.....

3. ¿Quién está encargado del cuidado o atender sus necesidades?
( ) Se atiende solo
( ) Esposa (o)
( ) Hijos
( ) Nietos
( ) Hermanos
( ) Sobrinos
( ) Amigos
( ) Empleado/enfermera (o)
( ) Otros, ¿Cuales?.....

4. La casa donde vivía es:
( ) Propia
( ) Arrendada
( ) De sus hijos
( ) Nietos
( ) Hermanos
( ) Sobrinos
( ) Amigos
( ) Otros, ¿Cuales?.....

5. ¿Caracteristicas de la vivienda?
( ) Casa/villa
( ) Media agua
( ) Chalet
( ) Rancho
( ) Cuarto de inquilinato
( ) Departamento
( ) Casa de 2 pisos
( ) Casa de 3 pisos y mas
( ) Otros ... ¿Cuales?.....

6. Estructura de la vivienda
( ) Madera
( ) Hormigón
( ) Caña
( ) Mixta
( ) Bloque-ladrillo Adobe
( ) Otros, cuales.....

7. ¿Servicios con que cuenta su vivienda?
( ) Agua potable
( ) Luz eléctrica
( ) Servicio de alcantarillado
( ) Recolección de basura
( ) Servicio de internet
( ) TV Cable
( ) Ninguno
( ) Otros....Cuáles?.....

8. Que tipos de bienes posee:
( ) Casa
( ) Finca
( ) Autos
( ) Camioneta
( ) Autobús
( ) Motocicleta
( ) Ninguno
( ) Otros, ¿Cuales?
.....

9. ¿Se respetan los derechos que las leyes le otorgan?
( ) Transporte público
( ) Espectáculos públicos
( ) Impuestos prediales
( ) Impuestos por compras
( ) Devolución IVA
( ) Ninguno
( ) Otros....Cuales?.....

10. ¿Actividad o profesión a la que se dedicaba?

( ) Comerciante
( ) Agricultor
( ) Dueño de finca o hacienda
( ) Dueño de negocio o empresa
( ) Empleado público (donde: .....)
( ) Empleado privado (donde: .....)
( ) Docente (.....)
( ) Abogado
( ) Ama de casa
( ) Ninguno
( ) Otros, ¿Cuales?
.....

11. ¿En la actualidad usted realiza alguna de estas actividades productivas?

( ) Comerciante
( ) Agricultor
( ) Dueño de finca o hacienda
( ) Dueño de negocio o empresa
( ) Empleado público (donde: .....)
( ) Empleado privado (donde: .....)
( ) Docente (.....)
( ) Abogado
( ) Ama de casa
( ) Ninguna
( ) Otros .... ¿Cuales? .....

12. ¿Recibe algún tipo de ayuda económica?

( ) Jubilado del IESS
( ) Jubilado seguro campesino
( ) De alguna fundación
( ) Del MIES
( ) GAD – municipal
( ) God Parroquial
( ) Ayuda de hijos
( ) Ayuda de amigos
( ) Otros, ¿Cuales?.....

13. Nivel de ingresos promedio mensuales

( ) Nada
( ) Menos de $100
( ) Entre 100 a $200
( ) Entre $201 a $300
( ) Entre $301 a $470
( ) Entre $471 a $700
( ) Entre $701 a $850
( ) Mas de $851

14. Nivel de egresos promedio mensuales

( ) Menos de $100
( ) Entre 100 a $200
( ) Entre $201 a $300
( ) Entre $301 a $470
( ) Entre $471 a $700
( ) Entre $701 a $850
( ) Mas de $851

15. ¿Usted padece de alguna enfermedad?

( ) Hipertensión
( ) Alzheimer
( ) Parkinson
( ) Enfermedades respiratorias
( ) Osteoporosis
( ) Diabetes
( ) Obesidad
( ) Cancer
( ) Problemas de visión
( ) Problemas auditivos
( ) Otras,
¿cuales?.....

16. ¿Usted toma algún tipo de medicamento diariamente?

( ) Antidepresivos
( ) Ansiedad
( ) La presión arterial
( ) (antihipertensivos),
( ) Diabetes (hipoglucemiantes),
( ) Dolor (analgésicos),
( ) Trastornos del sueño (hipnóticos),
( ) Enfermedades del corazón,
( ) Para alergias
( ) Problemas digestivos
( ) Otros ¿Cuales?.....

17. ¿Ha sentido alteraciones emocionales: cómo?

( ) Depresión
( ) Ansiedad
( ) Ira
( ) Deseos de llorar
( ) Ninguno
( ) Otros ¿Cuales?.....

18. ¿A recibido acompañamiento psicológico?

( ) Siempre
( ) Casi siempre
( ) Rara vez
( ) Casi nunca
( ) Nunca

19. Para atender problemas de salud, usted asiste a:

( ) Subcentros de salud de Barbones
( ) Consultorios o clínicas de Barbones
( ) Hospital general de El Guabo
( ) Hospital TD de Machala
( ) Clínica privada
( ) Consultorio privado
( ) Hospital del seguro IESS
( ) Seguro social Campesino
( ) Medicina tradicional
( ) Otras, ¿cuales?.....

20. ¿Conque frecuencia recibe atención medica?

( ) Una vez a la semana
( ) Cada quince día
( ) Una vez al mes
( ) Cada tres meses
( ) Cada seis meses
( ) Una vez al año
( ) Cuando se enferma
( ) Nunca

21. ¿Cuántas veces se alimenta durante el día?

( ) Una vez al día
( ) Dos veces al día
( ) Tres veces al día
( ) Cuatro veces al día
( ) Cinco veces al día
( ) Ninguno
( ) Otros ...
¿Cuales?.....
.....

22. ¿Siente que ha sido discriminado o marginado, debido a su edad? ( ) Esposa ( ) Hijos ( ) Nietos ( ) Hermanos ( ) Sobrinos ( ) Amigos ( ) Vecinos ( ) Ninguno ( ) Otros, ¿Cuales?.....	23. ¿En su hogar sus opiniones son tomadas en cuenta, para tomar decisiones familiares? ( ) Muy frecuente ( ) Frecuente ( ) Rara vez ( ) Casi nunca ( ) Nunca	24. ¿Como es el trato que recibe de sus familiares? ( ) Muy Bueno ( ) Bueno ( ) Regular ( ) Malo ( ) Pesimo
25. Siente que las relaciones con los integrantes de su familia son. ( ) Muy afectivas ( ) Afectivas ( ) Medianamente ( ) Poco afectivas ( ) Nada afectivas	26. Se ha sentido discriminado al requerir atención en alguna institución publica ( ) Subcentros de salud de Barbones ( ) Hospital general de El Guabo ( ) Hospital TD de Machala ( ) Clinica privada ( ) Hospital del seguro IESS ( ) Seguro social Campesino ( ) GAD – municipal ( ) Gad Parroquial ( ) Ninguno ( ) Otros, ¿cuales?.....	
27. ¿Es afiliado algún tipo de seguridad social? ( ) IESS ( ) ISFA ( ) Seguro campesino ( ) Seguro privado ( ) Otros, ¿Cuales?.....	28. ¿A qué organización pertenece? ( ) Asociación de jubilados ( ) Club deportivo ( ) Comité pro - mejoras ( ) Comunidad cristiana ( ) Ninguno ( ) Otros … ¿Cuales?.....	
29. ¿Qué actividades le gustaría realizar? ( ) Salir de viaje a visitar a su familia ( ) Salir de viaje a conocer otros lugares ( ) Ir a vivir a internarse en un asilo ( ) Realizar juegos recreativos ( ) Tener un negocio (emprendimiento) ( ) Elaborara manualidades ( ) Otros … ¿Cuales?.....	30. ¿Qué actividades recreativas usted realiza? ( ) Caminatas al aire libre ( ) Expediciones de naturaleza ( ) Baile - terapia ( ) Asiste a talleres de capacitación ( ) Elabora manualidades ( ) Juego de naipes ( ) Practica deporte ( ) Viajes turisticos ( ) Otros … ¿Cuales?.....	

Fecha de la encuesta: .....

Nombres: .....Firma del encuestador.....

Elaborado por: Dr. Manuel H Valdiviezo Cacay, PhD

Envejecimiento y edadismo Geografía del abandono estructural y cartografía de la esperanza en la vejez, se publicó en el mes de noviembre de 2026.

ISBN: 978-9907-852-49-3

Grupo Editorial BLR
Ecuador
Cel: +593 98 320 4362
https://grupoblr.com/
publicaciones@grupoblr.com

BIOGRAFÍA DE AUTORES

Manuel Horacio Valdiviezo Cacay:
Doctor (PhD) en Gestión Pública y Gobernabilidad, Magíster en Docencia Universitaria e Investigación Educativa, con Diplomado Superior en Docencia Universitaria y titulación de Sociólogo en Sociología y Ciencias Políticas. Cuenta con 17 años de trayectoria como docente e investigador en la Universidad Técnica de Machala (UTMACH). Su labor académica se refleja en una amplia producción científica, destacándose como autor y coautor de más de 40 publicaciones entre libros y artículos científicos indexados.

Xiomara Marina Durán Olivares :
Profesional en educación con formación integral en el área de Lengua. Especialista en gerencia educativa y con grado doctoral en Ciencias de la Educación. Experiencia en investigación, gestión académica y fortalecimiento de prácticas pedagógicas orientadas al desarrollo institucional y la mejora continua de los procesos formativos.

ENVEJECIMIENTO Y EDADISMO GEOGRAFÍA DEL ABANDONO ESTRUCTURAL Y CARTOGRAFÍA DE LA ESPERANZA EN LA VEJEZ

Estimado lector, esta obra examina el envejecimiento poblacional como una experiencia social, cultural y estructuralmente condicionada, superando el reduccionismo biologicista que limita la vejez al deterioro orgánico para situarla como una etapa vital atravesada por relaciones de poder, desigualdades acumuladas y asimetrías de acceso al bienestar. Frente a las dinámicas utilitaristas contemporáneas que reducen el valor humano a la productividad económica y catalogan a los adultos mayores como una carga social, el texto desentraña el edadismo como una manifestación de discriminación arraigada, naturalizada y sistemáticamente invisibilizada en la sociedad moderna.

Fruto del proyecto de investigación «La inclusión social para la reducción del edadismo hacia personas adultas mayores en la parroquia Barbones», impulsado por la Universidad Técnica de Machala mediante la articulación interdisciplinaria de Trabajo Social, Sociología y Pedagogía de la Actividad Física y Deporte, la obra sustenta su rigor empírico en la participación activa de 200 adultos mayores de dicha localidad rural de la provincia de El Oro. A través de este trabajo situado, el libro expone cómo el aislamiento geográfico, la escasa cobertura institucional, la desescolarización y la fragilidad de las redes formales de cuidado acentúan la precariedad y el abandono en los entornos no urbanos del Ecuador.

Organizada en cuatro capítulos, la obra transita progresivamente desde la fundamentación conceptual y el análisis del marco normativo nacional, hasta el estado del arte sobre el edadismo y la presentación analítica de los testimonios y realidades cotidianas levantadas en el territorio. En su conjunto, este volumen se erige como una herramienta crítica y propositiva para docentes, investigadores, profesionales de las ciencias sociales y tomadores de decisiones, orientada a fundamentar políticas públicas transformadoras que reconozcan a las personas adultas mayores como sujetos plenos de derecho y artífices de una ciudadanía digna, activa e incluyente.

GRUPO BLR

Grupo Editorial BLR
Ecuador
Cel: +593 98 320 4362
https://grupoblr.com/
publicaciones@grupoblr.com

ISBN: 978-9907-852-49-3

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA 1969