Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

Área de Salud

Maestría en Epidemiología y Salud Colectiva

Los gerontes y el proceso salud-enfermedad

Una aproximación desde la determinación social en la comunidad de Ingapirca

Carlos Fabián Abambari Ortíz

Tutor: José Luis Coba Carrión

Quito, 2019

Trabajo almacenado en el Repositorio Institucional UASB-DIGITAL con licencia Creative Commons 4.0 Internacional

Reconocimiento de créditos de la obra
No comercial
Sin obras derivadas

creative commons

Para usar esta obra, deben respetarse los términos de esta licencia

Cláusula de cesión de derecho de publicación de tesis

Yo, Carlos Fabián Abambari Ortíz, autor de la tesis titulada "Los gerontes y el proceso salud-enfermedad: una aproximación desde la determinación social en la comunidad de Ingapirca", mediante el presente documento dejo constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos para la obtención del título de Magíster en Epidemiología y Salud Colectiva, en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

1. Cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, durante 36 meses a partir de mi graduación, pudiendo por lo tanto la Universidad, utilizar y usar esta obra por cualquier medio conocido o por conocer, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico. Esta autorización incluye la reproducción total o parcial en los formatos virtual, electrónico, digital, óptico, como usos en red local y en internet.
2. Declaro que en caso de presentarse cualquier reclamación de parte de terceros respecto de los derechos de autor/a de la obra antes referida, yo asumiré toda responsabilidad frente a terceros y a la Universidad.
3. En esta fecha entrego a la Secretaría General, el ejemplar respectivo y sus anexos en formato impreso y digital o electrónico.

Fecha: 26 de junio de 2019

Carlos Fabián Abambari Ortíz

Resumen

El presente constituye un estudio descriptivo-explicativo de corte transversal que se realizó en la parroquia Ingapirca perteneciente al cantón Cañar, Ecuador en el año 2018. Se aplicó una encuesta a un universo de 511 gerontes residentes en la parroquia Ingapirca en la provincia de Cañar, con el propósito de describir los procesos de la determinación social expresada a través de la segregación socio espacial, la percepción de los individuos de más de 65 años sobre la relación de pertenencia a la comunidad y sobre las construcciones que la población "adulta mayor" posee sobre su proceso de salud. Se realizó también una evaluación cualitativa, con un criterio de saturación para las entrevistas y grupos focales. Los resultados demostraron una exclusión geográfica de los gerontes en términos de accesibilidad a los servicios de salud y una limitada respuesta ante situaciones de emergencia; a nivel de la dimensión individual, los gerontes no se encasillan dentro del término adulto mayor, término creado para este grupo poblacional. Estos gerontes poseen autonomía en la mayoría de los casos tanto económica como personal, aun trabajan y forman parte de la dinámica productiva siendo la ganadería y la agricultura sus actividades predominantes. La percepción de salud es regular, a pesar de sus dolencias mantienen el ánimo y el principal sistema afectado es el gastro intestinal; en el campo familiar y comunitario, dimensión particular, sienten el apoyo de la comunidad, pero no es satisfactorio; la disfuncionalidad familiar es elevada 3 de cada 4 gerontes viven en hogares disfuncionales. El proceso destructivo más relevante, en la dimensión general, fue la migración. El proceso protector más destacado fue la autopercepción de su situación y a partir de ésta las acciones propias de los gerontes.

A mi esposa Janeth, por la confianza, el amor y la infinita paciencia. Eres el pilar de los sueños que hemos concretado y los que concretaremos.

Agradecimientos

Debo agradecer a la Universidad Andina Simón Bolívar Sede Ecuador, a mi Área de Salud y a la Maestría en Epidemiología y Salud Colectiva en particular a sus docentes y personal administrativo por el constante apoyo brindado y por la motivación.

Al Dr. José Luis Coba Carrión, Director de este trabajo de investigación, que con su prolijidad y paciencia contribuyó en mi formación y en la construcción de esta investigación.

A María de Lourdes Larrea por su apoyo y constante guía en este proceso investigativo.

A María Fernanda Solíz, por su apoyo durante todo el proceso de formación.

A los compañeros gerontes de la parroquia Ingapirca, por su paciencia y apoyo en el día a día que conllevó esta investigación, gracias por abrir las puertas de sus pensamientos, ideales y aspiraciones, a sus familias y a sus comunidades; el compromiso adquirido sigue avanzando.

A las autoridades de la parroquia Ingapirca, por involucrarse en el análisis de las realidades de los gerontes.

A la Casa Andina de la Universidad Andina Simón Bolívar, por el tiempo dedicado a mejorar este trabajo.

A mi familia, en especial a mis padres, hermanas, hermanos, suegros y cuñadas por impulsarme a la búsqueda constante de nuevos desafíos, un abrazo fraterno y siempre gracias.

Tabla de contenidos

Lista de ilustraciones 13

Introducción 15

1. Planteamiento del problema 16

2. Justificación 18

Capítulo Primero 21

Enfoque y Marco Teórico 21

1. Determinación Social de la Salud 21

1.1 Dimensión General 24

1.2 Dimensión particular 25

1.3 Dimensión individual 26

1.4 Inequidad: género, etnia y clase social 27

2. El contexto socio-histórico de los gerontes en la comunidad de Ingapirca 28

3. La percepción del ser y sentirse “adulto mayor” 32

4. Percepción de la situación de salud del geronte a la luz de las categorías de la inequidad 37

5. Modos de vida en los gerontes de la Comunidad de Ingapirca 39

6. Procesos protectores y destructivos de la salud en los gerontes de la parroquia Ingapirca 43

Capítulo Segundo 45

Metodología 45

2.1 Pregunta Central de Investigación 45

2.2 Objetivos 45

2.3 Tipo de Estudio 45

2.4 Diseño 46

2.5 Universo y Muestra 46

2.6 Recolección de Datos 48

2.7 Análisis de Datos 49

2.8 Ética 50

2.9 Modelo Operacional del estudio 51

Capítulo tercero 53

Resultados 53

3.1 Caracterización socio-espacial de los gerontes de la parroquia Ingapirca 53

3.1.1 Componente demográfico 53

3.1.2 El territorio 56

3.2 Caracterización comunitaria de la parroquia Ingapirca en relación a los gerontes 60

3.3 Modos de vida de los gerontes en la Parroquia Ingapirca. 67

3.4 Auto percepción sobre la situación de salud de los gerontes 81

3.5 Salud individual 82

3.6 Análisis de procesos protectores y destructivos para la salud de los gerontes en la parroquia Ingapirca 85

Discusión, Conclusiones y Recomendaciones 93

1. Discusión 93

2. Conclusiones 101

3. Recomendaciones 102

Lista de referencias 105

Anexos 113

Lista de ilustraciones

Tabla 1: Conceptos relevantes sobre el espacio 28
Tabla 2: Características de la parroquia Ingapirca a nivel macro 29
Tabla 3: Características de una vejez adecuada según etnia 38
Tabla 4: Operacionalización de categorías 51
Tabla 5: Distribución de 511 gerontes de la parroquia Ingapirca según características demográficas y etnia 53
Tabla 6: Características comunitarias sobre migración 62
Tabla 7: Características comunitarias de la migración y los gerontes 63
Tabla 8: Características comunitarias de la migración y los gerontes (2) 65
Tabla 9: Resultados de Cohesión Comunitaria en Ingapirca 67
Tabla 10: Responsable económico de las familias de gerontes en la parroquia Ingapirca 69
Tabla 11: Ocupación del responsable económico de la familia de gerontes de la parroquia Ingapirca 69
Tabla 12: Propiedad del responsable económico de la familia 70
Tabla 13: Fuentes de ingreso del responsable económico de la familia del geronte 71
Tabla 14: Características de la vivienda de los gerontes de la parroquia Ingapirca 72
Tabla 15: Características familiares del geronte 75
Tabla 16: Resultado de la evaluación con la herramienta APGAR familiar a los gerontes de la parroquia Ingapirca 75
Tabla 17: Análisis comparativo por etnia de la percepción de gerontes del ser y sentir dentro de la comunidad a la edad de más de 65 años 77
Tabla 18: Molestias más frecuentes expuestas por los gerontes de la parroquia Ingapirca 83
Tabla 19: Principales diagnósticos expuestos por los gerontes de Ingapirca en lo referente a la afectación gastro intestinal 85
Tabla 20: Comunidades de la Parroquia Ingapirca 111
Tabla 21: Percepciones de líderes comunitarios sobre procesos comunitarios de cambios sociales 133
Tabla 22: Caracterización diferencial por etnia las percepciones y construcciones de los gerontes sobre la situación de salud 142

Diagrama 1: Noción polisémica de la salud 23
Diagrama 2: Génesis del término "adulto mayor" 34

Gráfico 1: Modelo expuesto desde la epidemiología crítica 24
Gráfico 2: Distribución de actividades laborales de los jefes de hogar en las comunidades de Ingapirca 66
Gráfico 3: Tipo de trabajo que realizan los gerontes de la parroquia Ingapirca 68
Gráfico 4: Situación de migración del responsable económico de la familia del geronte 71
Gráfico 5: Disponibilidad de servicios básicos en domicilios de gerontes de la parroquia Ingapirca 73
Gráfico 6: Disponibilidad de seguridad social de los responsables económicos y gerontes 74
Gráfico 7: Principales sistemas afectados en los gerontes de la parroquia Ingapirca 84

Mapa 1: Ubicación de gerontes en la parroquia Ingapirca, según edad 54
Mapa 2: Distribución de gerontes de la parroquia Ingapirca según migración 55
Mapa 3: Ubicación geográfica de la parroquia Ingapirca dentro del Cantón Cañar 56
Mapa 4: Comunidades de la parroquia Ingapirca 57
Mapa 5: Distribución de gerontes de la parroquia Ingapirca según comunidad 58
Mapa 6: Alcance geográfico de los prestadores de salud de la parroquia Ingapirca 59
Mapa 7: Distribución de gerontes de la parroquia Ingapirca según migración por etnia 59
Mapa 8: Distribución de comunidades de la parroquia Ingapirca 139
Mapa 9: Distribución de gerontes de la parroquia Ingapirca según sexo 139
Mapa 10: Distribución de gerontes de la parroquia Ingapirca según etnia 140
Mapa 11: Ubicación del área de estudio 140
Mapa 12: Localización geográfica de los prestadores de salud en la parroquia Ingapirca 141

Introducción

La necesidad operacional, que se gesta desde la epidemiología clásica, de establecer grupos poblacionales para el estudio o para otorgar prestaciones de salud; genera una distorsión en el abordaje de los procesos de salud, esto principalmente sucede con los colectivos de 65 y más años que fueron encasillados en el término "adulto mayor". Sin embargo, no siempre esta población cumple con los roles establecidos para su edad, es más, desconocen que fueron encasillados en aquel término.

Es evidente que, como grupo poblacional, éste responda a procesos sociales, históricos, culturales y étnicos propios, por ello se hace necesario conocer las percepciones sobre sí mismos y sobre otros componentes que dan forma a su modo de entender el proceso salud, no necesariamente analizada, pensada y ejercida desde el punto de vista de la epidemiología tradicional sino desde la determinación social.

En este trabajo de investigación se citará frecuentemente el término geronte, que representa adecuadamente la población en estudio, este trabajo parte de una crítica el término "adulto mayor" y con base en lo expuesto se adopta el término geronte, este término procede del griego *geron* significa: los más viejos y notables del pueblo (Mingorance et al. 2018, 34; Gonzáles, s. f., 4), lo que representa de mejor manera la realidad de este colectivo. En los casos que sea necesario citar estudios o bibliografía sobre esta población se respetará el término usado por el o los autores.

El presente estudio describe la segregación socio-espacial, la percepción sobre el sentir y pertenecer, las construcciones sobre la situación de salud, los modos de vida y procesos protectores y destructivos de la salud en los gerontes de la comunidad de Ingapirca en la provincia de Cañar; el documento se divide en cuatro capítulos.

En el primer capítulo llamado Enfoque y Marco Teórico se expone la fundamentación teórica sobre la que reposa la investigación, se manifiesta el fundamento de la Determinación Social, luego se esboza la realidad de los gerontes, partiendo desde su sentir y pertenecer a una comunidad a su edad; se realiza además un análisis de la segregación socio-espacial, de los modos de vida, y del impacto de las categorías etnia, sexo y migración; se concluye con un análisis de los procesos protectores y destructivos que forman parte del proceso salud individual y particular en los gerontes.

El segundo capítulo se le denominó Metodología en el mismo se detallan y explican: el contexto de la pregunta de investigación, los objetivos de la investigación,

tipo de estudio, universo y muestra. Se detallan, además, los procedimientos, técnicas e instrumentos usados para la recolección, computación y análisis de los datos; el consentimiento informado es expuesto en consideración a los aspectos éticos, en el capítulo tercero se presentan los resultados de la investigación, con base en los objetivos planteados.

El cuarto capítulo, denominado Discusión, Conclusiones y Recomendaciones, establece una reflexión comparativa de los resultados de esta investigación con otros realizados en otras poblaciones y contextos. Se concluye con las recomendaciones, destinadas a proporcionar alternativas de acción que contribuyan a la salud de los gerontes en la comunidad Ingapirca.

1. Planteamiento del problema

La necesidad de definir grupos de edad en la población nace como respuesta a la compleja realidad de la sociedad actual y como se la interpreta (Martín 2005). Específicamente el uso del término adulto mayor para encasillar a los individuos de 60 años y más (Curcio 2010) es reciente, y con base en esta clasificación se inicia el estudio científico de este grupo poblacional como tal; este abordaje se basó además en una fuerte influencia post industrial, donde la población de retiro o que cumplió su etapa productiva se catalogaba como "diferente", desde una visión positivista.

Por necesidades operativas se acuñó el término adulto mayor, reiterando su asociación con una etapa productiva terminada, por lo tanto, se logra incluir al individuo dentro de una escala social significativa (Le Breton 2012), que inicialmente se basó en una clasificación económica y posteriormente basada en la biología (edad), y en las funciones que desempeña. Desde allí el individuo es catalogado como adulto mayor y se ajusta al cumplimiento de sus roles establecidos para tal clasificación, misma que gracias a la modernidad ha sido adoptada y aplicada en algunos contextos como en los criterios de jubilación e incluso en nuestro sistema de salud.

Sin embargo, esta población encasillada dentro del término adulto mayor no necesariamente responde a los roles y características que demanda tal clasificación, sino que se caracteriza, en parte, por ser el resultado de un proceso social, histórico, cultural y étnico que se produce por el contexto humano y social de un territorio, en este caso la parroquia Ingapirca en la provincia de Cañar.

Con estos antecedentes, es importante reconocer que la población de adultos mayores va en aumento (Organización Mundial de la Salud 2015, 3–5), con un

incremento sostenido en el Ecuador entre el año 2001 y 2010 del 0,4% (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos 2011b, 1–2), una tendencia que se replica a nivel mundial. Según las proyecciones del INEC con base en los datos del año 2010, la parroquia Ingapirca en el año 2017 posee un total de 831 adultos mayores, lo que representa el 8,6% de la población parroquial, sin embargo, al ser una proyección estadística puede poseer limitaciones.

Esta etapa de la vida puede ser interpretada desde diversas visiones, una de ellas es la utilitarista que se asocia con un fuerte apego a la jubilación y a cambios estructurales en la familia; de ello específicamente trata la teoría de la desvinculación en la cual el retiro de los adultos mayores es biológica y psicológicamente inevitable y por lo tanto universal, en todo este proceso el adulto mayor se ve expuesto a nuevas situaciones, desde este perspectiva se consolida una segregación de este colectivo por su edad.

Un análisis epidemiológico basado en construcciones empíricas como es el lugar, tiempo y persona no permiten en la población de adultos mayores un acercamiento a la realidad (Breilh 2013a), de esta manera las investigaciones se limitan a realizar análisis biomédicos y a proporcionar indicadores estadísticos, generalmente desvinculados de las realidades sociales e históricas, por ello se hace necesario abordar el tema desde la perspectiva de la Determinación Social de la salud (DSS) y la Epidemiología Crítica.

La Determinación Social de la Salud (DSS), propone redimensionar el objeto de estudio, el sujeto y un replanteamiento de la praxis emancipadora (Breilh 2013a), bajo esta visión se da un paso adelante, se elimina el concepto lineal del positivismo y se fundamenta el proceso salud-enfermedad en la historicidad. Esta es la perspectiva desde donde, en este trabajo, se propone pensar y actuar en la población denominada adulta mayor.

Considerando que esta población requiere atención diferenciada, las prestaciones de salud pública y privada generalmente se ajustan a “estas necesidades”, de esta manera se han instaurado directrices como las Normas de Atención al Adulto Mayor del Ministerio de Salud Pública. Sin embargo, esta normativa no considera las profundas diferencias (percepción de pertenecer a un grupo con edad de más de 65 años, percepción del cuidado, percepción de salud y enfermedad, diferenciación de criterios por etnia, exposición diferenciada según sexo, etc.) que poseen entre sí (diferencias que no se evidencian con la mirada positivista). Se estandarizan los procesos de atención (prevención, tratamiento, rehabilitación) sin considerar particularidades y procesos

históricos-sociales a los que se exponen como: migración, diversidad étnica, cultural, social y geográfica entre otros.

Esta investigación planteada desde el paradigma de la determinación social de la salud, aborda, con un fuerte enfoque cualitativo y cuantitativo, el tema del proceso salud en la población de adultos mayores, a los cuales se prefiere denominar gerontes. Este proceso complejo que involucra estados de enfermedad y de salud, parte de una diferenciación poblacional y respeta la integralidad de la salud, además busca conocer las percepciones que este grupo poblacional tiene sobre la salud, la familia y otros. Considera procesos socio-históricos, étnico-culturales y geográficos dentro del análisis integral.

La parroquia Ingapirca de la provincia del Cañar, es un escenario intercultural que se caracteriza por un importante componente de migración que favorece una problemática en la colectividad de adultos mayores. Por un lado, no se ha establecido un estudio de la situación de salud y otras afecciones en esta población bajo un contexto social y dentro de ésta la migración que es un componente vital, tampoco se han establecido estratificaciones por etnia (mayoritariamente indígena), creando una única visión de la salud de los adultos mayores: la encajonada en el positivismo.

2. Justificación

Al grupo poblacional de personas de más de 65 años se lo ha encasillado bajo el término adultos mayores, lo que conlleva sesgos en relación al rol asignado ya que no todos los gerontes se ajustan a dichos roles y actividades designadas por un grupo hegemónico y que se plasma en los sistemas de salud, en las políticas, o en las intervenciones sociales o culturales.

La mayoría de los estudios en gerontes abarcan, desde una posición positivista, la relación binaria entre salud y enfermedad, es decir desde un enfoque lineal, acusando a factores de riesgo la presentación de enfermedades. Este estudio propone otra forma de entendimiento, gestado de una manera integradora, para abordar la situación de salud de los gerontes, evidentemente el contexto es muy complejo, pero se justifica su análisis desde la Determinación Social por presentar la mayor proximidad a la realidad crítica de los gerontes.

Se justifica, además por los siguientes componentes:

a) Conveniencia: se describe la situación del geronte dentro del proceso salud desde una perspectiva de la Determinación Social, la información que se obtiene es pionera en este tema, si bien es cierto, no se condiciona el estudio a una variable

dependiente (enfermedad), sí se describe lo más íntegramente posible los componentes del proceso salud.

b) Relevancia Social: la población de gerontes, a nivel nacional es declarada prioridad por los sistemas de salud y de cuidado como los Ministerios de Salud e Inclusión Económica y Social, sin embargo, el abordaje es lineal y a la luz de intervenciones anteriores no se logran cambios sociales y sostenibles. Este estudio proporciona las bases de las cuales deben partir intervenciones sociales integrales, sostenibles y basadas en la realidad local, en definitiva, llama a la reflexión sobre la política pública actual y a su revisión y aplicabilidad de la misma en un contexto tan diverso en el que viven los gerontes.

c) Valor teórico: este estudio describe la situación del geronte de Ingapirca bajo una visión proporcionada por el paradigma de la Determinación Social. Son pocos los estudios que abordan esta realidad bajo este marco conceptual o matriz disciplinaria, lo que limita la praxis sostenible en acciones de mejora.

d) Utilidad Metodológica*:* la investigación describe una realidad de un grupo vulnerable, desde un abordaje de la Epidemiologia Crítica, con énfasis en el análisis de los modos de vida, percepciones, inserción de clase, género y etnia y un componente vital como es la migración además de procesos protectores y destructivos en las dimensiones que establece la determinación social de la salud.

Capítulo Primero

Enfoque y Marco Teórico

En general la población cada día vive más y se debe conocer el comportamiento del geronte. La ampliación de la esperanza de vida ofrece nuevas perspectivas y nuevas oportunidades como la posibilidad de continuar estudios, nuevas profesiones, entretenimiento, entre otras; acciones que pueden depender de un buen estado de salud en la mayoría de los casos. En este sentido, los datos científicos disponibles no permiten establecer claramente si los gerontes poseen calidad en la salud (Organización Mundial de la Salud 2018b), a pesar de los esfuerzos por estudios descriptivos, inferenciales, entre otros es difícil establecer esta relación entre edad y salud y peor aún entre el geronte y el sistema de salud o el proceso salud.

Las investigaciones académicas, en la población geronte, va destinada a determinar, en la mayoría de los casos, factores de riesgo para determinadas patologías mediante una visión retrospectiva que permite determinar factores que ya son conocidos. Otros estudios se enfocan en la evaluación de los tratamientos, o en evaluar la fragilidad de los gerontes. Últimamente se ha establecido el análisis integral del adulto mayor mediante el uso de test que determinan algunas patologías, incluso algunos de ellos son auto aplicados; en definitiva: se dispone de información basada en fragmentos de la realidad.

En 1978, la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, Alma Ata, declaró que: la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad (Alma-Ata 1978), de tal manera que se debe extremar los esfuerzos para disponer de la mejor información para la toma de decisiones ya sea a nivel individual, familiar, social y gubernamental; esta información no está disponible actualmente en un contexto de análisis de gerontes y en la parroquia Ingapirca en Cañar, por lo que cualquier actividad va a ser incompleta o mal dirigida.

1. Determinación Social de la Salud

La determinación Social de la Salud (DSS) resulta ser parte de una importante ruptura en los paradigmas de la epidemiología clásica, la misma que posiblemente con el arsenal metodológico que posee no logra integrar o dar respuesta a las necesidades de la realidad, esto se logra mediante un análisis crítico de la realidad sin construcciones

empíricas que limitan al ser en un espacio, tiempo y persona. Se debe comprender que con las herramientas de la epidemiología clásica no se logra comprender el orden social tampoco la relación entre lo biológico y lo social, en otras palabras, se requería una visión completa, no fragmentada, de la realidad (Breilh 2014, 19).

Es así como desde los años 70, partiendo de una tesis crítica del profesor Jaime Breilh, la Epidemiología Crítica, que se ha nutrido del aporte de varios autores, que en definitiva plantearon una ruptura con el paradigma dominante en el estudio, comprensión y análisis de la salud colectiva. Se considera que esta posición crítica parte de los estudios de Kuhn y Bordieau (Breilh 2013a) (Kuhn 1971) (Jaramillo 2011, 418).

Este pensamiento durante las décadas posteriores se fortaleció, con el pasar de los años el cuestionamiento a la epidemiología lineal fue más evidente, la crítica al pensamiento cartesiano (Morabia 2013) era evidente y guiaba la formulación de nuevos conceptos dentro de una premisa: el análisis crítico, para llegar al mismo se debió realizar algunas "rupturas" en proceso.

La primera ruptura en la creación y fortalecimiento de la determinación social de la salud se da en el objeto, el objeto de estudio es un término que se usa dentro del contexto metodológico para determinar el "que se quiere saber" de algo o de alguien (L. Hernández 2009), en este sentido, la ruptura se da con base en el criterio que la salud es un concepto polisémico, es decir se puede encuadrar como objeto real, sujeto de conocimiento o como ambiente de praxis, por lo que se debió entrelazar y replantear las tres aristas anteriormente citadas y el replanteo de la salud como un objeto multidimensional, (Breilh 2014).

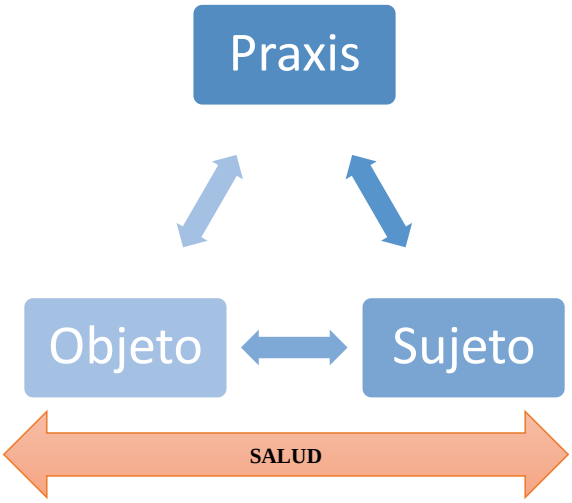
La segunda ruptura es la del sujeto, que en palabras de Breilh es tecnocrático. Para el análisis del sujeto se debe considerar que deja de ser un ente pasivo, y pasa a ser dinámico con nociones de identidad propias, que se interrelacionan con los demás procesos como el familiar, social y con la naturaleza (Breilh 2014) (Breilh 2003).

Por lo tanto, se requiere dar un paso adelante y abandonar el reduccionismo que presenta el positivismo que tiende a separar el tiempo del espacio y a eliminar prácticamente la complejidad y las dimensiones de ésta en el análisis (Breilh 2003).

En lo que respecta a la praxis, es el elemento en el cual se sustenta y determina la relación sujeto-objeto, de tal manera que es en este campo donde se hacen evidentes los intereses que benefician o perjudican aspectos como los de salud, ambientales y en definitiva sociales, para esta situación se requieren de categorías para replantear la praxis,

estas son: el objeto estratégico de transformación, las relaciones sociales y del ambiente, la participación, la historicidad y la acción intersubjetiva (Breilh 2003).

Diagrama 1
Noción polisémica de la salud



Fuente: Breilh (2013b)
Modificado por: Abambari, C.

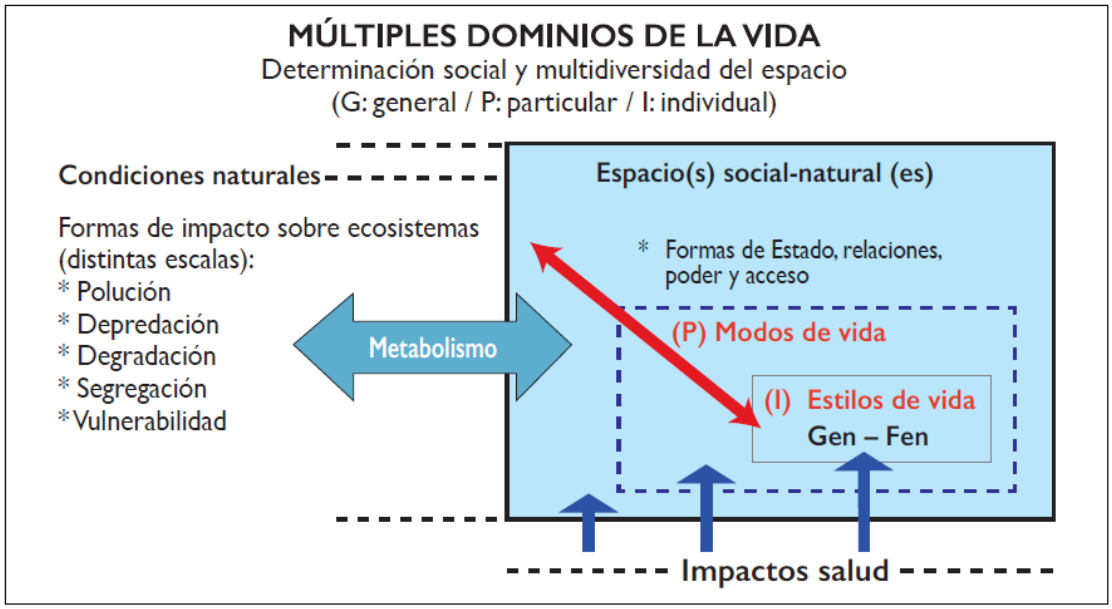
Soliz (2016, 26), menciona que, a diferencia de otros paradigmas, el realismo crítico (paradigma que guía esta investigación) expone que el sujeto, el objeto de investigación y la praxis, parten de una estructura, o más bien proceso mutidimensional y complejo que reconoce un espacio que está conformado por tres dominios :

1. Dominio general que corresponde a la sociedad.
2. Dominio particular que corresponde a los modos de vida.
3. Dominio singular que corresponde a los estilos de vida.

Estos dominios, según Breilh (2003) muestran el movimiento entre lo macro y lo micro o expuesto en otros términos, la relación entre lo general y lo singular o particular mediante una relación jerárquica y conexiones que son la subsunción y la autonomía relativa (Breilh 2003, 98; Solíz 2016, 26).

Por lo expuesto, se puede entender que la salud de los colectivos está determinada por los estilos de vida de cada uno de los integrantes: individuo y familia, por los modos de vida de las comunidades y organizaciones, por las condiciones generales de la sociedad cuyo devenir acontece en una unidad histórica, y por el metabolismo sociedad-naturaleza, sin olvidar el orden social y las relaciones de poder que mueven la sociedad (Breilh 2015).

Gráfico 1
Modelo expuesto desde la epidemiología crítica



Fuente y elaboración: (Breilh 2003, 98; Solíz 2016, 26).

A continuación, se detallan teóricamente, las dimensiones anteriormente expuestas:

1.1 Dimensión General

Hace referencia a los procesos y modelos económicos, políticos, culturales y sociales que dan forma a las lógicas que se expresan en un esquema de civilización, organizan las relaciones de la vida en la sociedad, bajo el paradigma de la modernidad. A esta dimensión se la conoce como contexto socio histórico, en esta dimensión que es macro, se establecen determinantes como las económicas donde la acumulación juega un papel preponderante, patrones culturales y epistémicos y el complejo sistema de relaciones políticas y distribución del poder (Breilh 2009, 269).

La Determinación Social de la Salud (DSS) expone y entiende que la salud es un importante componente de la vida y se relaciona o se determina en un contexto social, del cual es imposible aislarla, es comprensible bajo este marco que la posición social de cada integrante de la sociedad determinará niveles de exposición o vulnerabilidad que en definitiva determinan las inequidades en salud, sin embargo, las fuerzas macro, es decir las relaciones de poder y las económicas por lo general no son expuestas claramente en la relación salud-enfermedad que en ese caso no es entendida como proceso. (Morales et al. 2013, 790).

Un componente que es vital en el contexto socio histórico es precisamente la historicidad de los procesos y su efecto en todos los componentes: individual, familiar, colectivo y general, esta es la unidad histórica. Breilh establece que "hay una historicidad de lo biológico", en este sentido las exposiciones y las vulnerabilidades se presentan en un contexto que está cargado de historia, que es dinámico y es la representación y transformación de lo intrincado de los procesos sociales a través del tiempo (Breilh 2010, 86).

Es en este punto donde se debe citar un componente vital del nivel macro: el territorio, el espacio, que se considera la categoría más general, es en este espacio donde se genera la dinámica de los procesos naturales y sociales en constante transformación. Las formas de vida colectivas e individuales se transforman en el espacio y tiempo conforme, como hemos mencionado, por las lógicas de poder (Breilh 2010, 86).

Este razonamiento, lleva a considerar la salud como un objeto polisémico, donde el territorio es relevante, el espacio donde se genera y se desarrollan las luchas de poder en el que se encuentra involucrado el ser humano y todas las dimensiones que le modifican, dentro de un proceso de "subsunción".

Por último, la dimensión general o como se ha citado en este documento: contexto socio-histórico determinará la realidad de las otras dimensiones en medida de su impacto y fortaleza, es decir modificará hacia patrones saludables o malsanos conforme su propia dinámica (Breilh 2010, 90).

1.2 Dimensión particular

Corresponde a los modos de vivir que caracterizan a un grupo humano o colectivo, los mismos que reproducen el contexto socio económico y dan lugar a expresiones como la clase social, género y etnia. Es en esta dimensión donde se reproducen las condiciones del buen vivir o al contrario condiciones malsanas, incluyen las siguientes 5 sub-dimensiones (Breilh 2009, 270):

a) Clase social o condiciones del trabajo, hace referencia a la estructura en la cadena de producción que establece jerarquías, patrones de trabajo o limitaciones a agentes malsanos, nivel de dignificación laboral, nivel de protección y solidaridad y calificación del tipo de trabajo.
b) Calidad y satisfacción de los bienes de consumo: cuota determinada por la distribución social, construcciones de las necesidades colectivas, patrones

de consumo ajustados por cada uno de los colectivos y su realidad y sistemas que garanticen la accesibilidad.

c) Oportunidad real y capacidad del colectivo para llegar a la organización social solidaria y empoderada.
d) Capacidad del colectivo para reproducir sus valores culturales e identidad.
e) Relaciones adecuadas con los componentes ecológicos como son la naturaleza y los ecosistemas.

Los colectivos desarrollan su reproducción social y se exponen a los procesos saludables o destructivos en un espacio, es allí donde produce una interfase entre las relaciones individuales, étnicas, de género y de poder de tal manera que se crean modos de vida colectivos, que se ven limitados o se podría decir que se ven obligatoriamente determinados por criterios económicos, políticos y culturales; siendo imposible analizar la salud y la enfermedad en estos colectivos sin estudiar sus modos de vida (Breilh 2010, 89).

El modo de vida está conformado por las actividades y condiciones típicas de un colectivo, estratificado por la clase social o la etnia y específicamente para el caso de este trabajo se puede mencionar que también la edad puede ser un factor, y como hemos mencionado: la clase social se construye bajo las relaciones con otras clases sociales en una determinada colectividad y un espacio (Breilh 2002, 5).

1.3 Dimensión individual

En esta dimensión se debe considerar los estilos de vida, que son diferentes a los modos de vida, la diferencia principal radica en que los modos de vida son procesos que poseen estructura propia, y esta estructura responde al modo de vida grupal que caracteriza una sociedad o un colectivo, en especial se refiere a lo que caracteriza a un grupo o clase social; por otro lado, los estilos de vida responden al libre albedrío de cada uno de los integrantes del colectivo, como se ha revisado, éstos poseen una autonomía relativa pero operan dentro de las posibilidades que les otorga un modo de vida colectivo (Breilh 2009, 270).

Entre los modos de vida y los estilos de vida individuales se identifican y se evidencian formas de vida, elementos y tendencias inadecuadas, así como procesos saludables y protectores, que condicionan el desarrollo en los fenotipos y genotipos. Este conjunto de dimensiones y procesos que suceden en varias dimensiones de la vida del

individuo, enlazado con los modos de vida colectivos y relacionados con las determinaciones se llama perfil epidemiológico (Breilh 2010, 90).

El estilo de vida, se halla comprendido al menos con los siguientes componentes:

a) Rumbo típico individual en el trabajo.
b) Patrón familiar y personal de alimentación, descanso, vivienda, recreación; patrones de consumo.
c) Valores y concepciones.
d) Respuesta personal para tomar acciones en defensa de la salud.
e) Itinerario ecológico personal (Breilh 2010, 90).

Los perfiles epidemiológicos varían de población en población, pero mantienen cierta tendencia en estas poblaciones, como, por ejemplo, la población de gerontes puede mantener en cierta medida un perfil epidemiológico parecido, estos aspectos en común son el resultado de la misma presión que ejerce, mediante la subsunción, las dimensiones particular y general (Breilh 2010, 91).

El conjunto de procesos que se presentan en la vida del individuo determinarán la salud o enfermedad, estos procesos, de acuerdo a los condicionamientos sociales adquieren diferentes proyecciones (Breilh 2003, 209):

- Dentro de las dimensiones y la temporalidad, cuando un proceso se vuelve beneficioso, es un aporte para las defensas y alienta una direccionalidad favorable a la salud y la vida ya sea individual o colectiva, y lo consideramos como un proceso protector.
- Un proceso se convierte en destructivo provocando deterioro de la vida individual o colectiva.

1.4 Inequidad: género, etnia y clase social

La realidad actual de la epidemiología: centrada en el dato, muchas de las ocasiones oculta desigualdades que son llamadas por González y colaboradores como desigualdades epidemiológicas, pues el algoritmo del análisis estadístico no considera las relaciones sociales, las mismas que dentro del esquema de dimensiones de la epidemiología crítica son vitales para un claro entendimiento de la realidad (González, García, y Tinoco 2010, 79).

Breilh en su libro: El Género entre fuegos: inequidad y esperanza, establece que se trata de 3 vías de inequidad, genero, etnia y clase social y define la inequidad como una

categoría que expresa las "contradicciones sustanciales del poder que enfrentan los grupos existentes en una sociedad" (Breilh 1996, 19).

Breilh en el año 2003 menciona que los 3 procesos de inequidad (clase, género y etnia) guardan una estrecha unidad y dinámica (movimiento) entre sí, sin implicar obligatoriamente que cada una de estas categorías tengan un nivel jerárquico similar en el contexto de nuestra realidad, por lo que en teoría todo análisis por separado de estas categorías es erróneo (Breilh 2003, 221).

Además, siempre se debe estudiar los 3 procesos como si fueran uno, esto parte también desde su génesis: la acumulación y concentración de poder y porque los mecanismos de reproducción social se interrelacionan en estas categorías (Breilh 2003, 222).

2. El contexto socio-histórico de los gerontes en la comunidad de Ingapirca

Se trata de identificar los procesos, dentro del componente socio histórico, de la Parroquia Ingapirca que determinen el proceso salud en los gerontes, inicialmente se describe un componente muy importante de la dimensión: el espacio geográfico.

Se debe mantener siempre una ligera comprensión de las definiciones que marcarán nuestro análisis, como es el caso de espacio, territorio, territorialidad y lugar; para este análisis se considera a Gustavo Montañez:

Tabla 1
Conceptos relevantes sobre el espacio

AUTOR	ESPACIO	TERRITORIO	TERRITORIALIDAD	LUGAR
Gustavo Montañéz Gómez (Ingeniero Geógrafo Colombiano)	"Una categoría social e histórica que abarca los procesos y los resultados de la acumulación histórica de la producción, incorporación, integración y apropiación social de estructuras y relaciones espaciales en la biosfera terrestre" (Montañez, 2001).	El espacio geográfico (con todos sus componentes internos e incluso con la manipulación externa) al poseer un sujeto que ejerce "dominio, poder, pertenencia o apropiación" se trata de territorio; aunque se recalca que el término "propiedad" es relativo, pues existen también la identidad y afecto del sujeto y el territorio. Lo define como "el espacio geográfico revestido de las dimensiones política, identitaria y afectiva, o de todas ellas"	La territorialidad es definida como "el grado de dominio que tiene determinado sujeto individual o social en cierto territorio o espacio geográfico, así como el conjunto de prácticas y sus expresiones materiales y simbólicas, capaces de garantizar la apropiación y permanencia de un territorio dado bajo determinado agente individual o social"	El lugar es definido como "espacios de relación más íntima entre la naturaleza natural, naturaleza construida, las relaciones sociales y las significaciones culturales"

Fuente: (Montañez 2001; Montañez y Delgado 1998, 7:123; Lefebvre, s. f., 220)
Elaboración propia.

Como se puede observar las definiciones de los componentes de esta categoría varían, a continuación, se detallan estos componentes en la comunidad de Ingapirca.

La parroquia Ingapirca se encuentra en la provincia de Cañar y en el cantón Cañar, fue creada en 1919 y geográficamente posee una extensión de 277,106 kilómetros cuadrados (a pesar que no se consideran los límites previstos para el año 2015), limita al norte con la parroquia Juncal (Cañar) y Achupallas (Alausí); al Sur con la parroquia Honorato Vásquez; al Este con las Parroquias de Rivera y Pindilig (Azogues) y al Oeste con las Parroquias Honorato Vásquez y Juncal (Cañar) y el cantón El Tambo. Posee una altitud de 2880 hasta 4440 m.s.n.m. (Gobierno Autónomo Descentralizado de la Parroquia Ingapirca y Equipo consultor 2015, 13).

La parroquia Ingapirca geográficamente es extensa, territorialmente es más grande que el Cantón El Tambo y el Cantón Suscal, es decir es la parroquia más grande del cantón y probablemente de la provincia, esto, desde ya va delimitando las características del territorio.

Otra característica del territorio es la elevación, lo que claramente condiciona el clima y por ende como se verá posteriormente el perfil epidemiológico de los habitantes de esta comunidad.

La distribución de las comunidades en la Parroquia Ingapirca demuestra una agrupación y concentración alrededor de la Cabecera parroquial, con una dispersión menor conforme avanza la altura geográfica, es decir a mayor altura de metros sobre el nivel del mar, menor concentración poblacional y obviamente de asentamientos humanos.

A nivel macro, en la siguiente tabla se detallan las características más relevantes de la parroquia:

Tabla 2

Características de la parroquia Ingapirca a nivel macro

Característica	Detalle	Análisis
Territorial	Posee 277,106 kilómetros cuadrados, sin contar territorio que se encuentra en litigio con otros territorios.	Se trata de una parroquia extensa geográficamente, donde se pueden desarrollar diversos procesos que determinan la salud.
Población	Con base en los datos del INEC, la proyección de la población de Ingapirca para el año 2017 fue de 9776 habitantes	Se trata de una población numerosa, la población estimada de gerontes fue de 831 habitantes, lo que representa poco menos del 10% del total.
Población geronte	Se estimó un total de 831 gerontes para el año 2017 en la comunidad, la	Los habitantes gerontes de Ingapirca se concentran en las comunidades, no en las afueras, lo

	mayoría de ellos concentrados en la cabecera parroquial.	que indica una movilización de esta población hacia los centros poblados.
Características de etnia	La parroquia Ingapirca posee una particularidad en lo que respecta a la etnia, se divide entre 2 etnias claramente definidas: la mestiza que contempla el 51,75% y la indígena con el 45,43%; con base en los datos del INEC también se contempla una minoría de blancos con el 1,99%.	La distribución por etnia en los gerontes debería mantenerse, no se dispone de datos sobre la esperanza de vida por etnia en la parroquia por lo que se asume iguales porcentajes. En lo que respecta a la distribución geográfica por etnia, si bien es cierto no existe una gran polarización, pero se evidencia que en los sectores del norte que involucra principalmente la comunidad de Sisid existe mayor concentración de indígenas, por otro lado, en la cabecera parroquial existe mayor concentración de mestizos.
Características según sexo	La población en la parroquia, mayoritariamente es de sexo femenino con el 55,8%.	No se dispone de datos sobre la distribución de los gerontes según género, sin embargo, se asume que es la misma que en la población general, es decir mayor prevalencia de mujeres. El poseer mayormente mujeres en la parroquia guía muy superficialmente a conocer las actividades que se realizan en la comunidad. Se sabe que las mujeres y los hombres realizan las mismas actividades en Ingapirca, destinadas a la agricultura y ganadería.
Características de la clase social.	No se disponen de una estratificación clara de la clase social.	Por lo general los gerontes en Ingapirca no poseen una jubilación pues no realizaban un trabajo remunerado sujeto a una prima para jubilación, es decir no aportaban en un fondo de retiro pues sus actividades iban destinadas al negocio propio como la agricultura o ganadería.
Aspectos económicos	La parroquia Ingapirca posee una población ocupada de 2,461, una Población económicamente activa de 3049 y las actividades económicas principales son: agricultura, ganadería, silvicultura y pesa 75,06%; construcción 6,4% y comercio al por mayor y menos 1,9%.	Los gerontes, se entendería por las características de la comunidad, mantienen aún sus actividades concentradas principalmente en las agricultura y ganadería, no se disponen de datos específicos sobre la actividad económica de los gerontes, hay que considerar un importante ítem en este punto que

		es la migración, fuente de ingresos de los gerontes.
Migración	La migración es un fuerte componente social en la Parroquia, donde esta situación incluso entre los años 2001 y 2010 reportó una tasa de crecimiento menor a la nacional, Ramírez en el año 2013 expone que para el Cantón Cañar el porcentaje de emigración es del 7,16% colocando a este cantón en el quinto lugar a nivel nacional (Ramírez 2013).	Las remesas de los migrantes tienen vital importancia a nivel macro, pues ha permitido a la población satisfacer sus necesidades y a los gerontes mantener un estilo de vida considerado adecuado, Mancheno * en su estudio en el año 2010 expone que Cañar es la principal provincia en lo que refiere al ingreso por remesas per cápita por migración con 1412 millones de dólares anuales, evidentemente los gerontes se han visto beneficiados de estas remesas lo que ha cambiado el componente social.
Organización social	En cada una de las 24 comunidades se cuentan con la Directiva Comunitaria; Comité de Padres de Familia; Gobiernos Estudiantiles; Juntas de Agua y Clubes deportivos. Las Juntas de Agua Potable cuentan con el mayor número de socios, todas las familias participan, con un alto nivel de convocatoria. La directiva comunitaria va perdiendo capacidad de convocatoria en algunas comunidades	Los gerontes, a pesar de su experiencia ganada en años y años de vida, no forman parte de los comités que conforman las comunidades, o si lo hacen no poseen decisión y voto lo que limita bastante poder exponer sus necesidades.
Cultura e identidad	La parroquia Ingapirca posee una gran riqueza cultural, posee también un fuerte componente de identidad mayoritariamente en la etnia indígena, se mantienen incluso fiestas como el Inti Raymi, Killa Raymi entre otras.	La cultura y la identidad del pueblo cañari, se ha mantenido gracias al aporte de los gerontes, que con su sabiduría replican a las nuevas generaciones sus conocimientos, siendo más fuerte esta realidad en los indígenas que mediante la oralidad transmiten a los jóvenes sus conocimientos. Esto a pesar de que, en la Provincia de Cañar, según Paredes ** la provincia de Cañar posee importante influencia extranjera, principalmente Estados Unidos de América por la migración, la influencia es económica y cultural, afectando seriamente la cultura cañari.
Salud	La Parroquia dispone de prestadores de salud públicos y privados, el Ministerio de Salud Pública posee centros de salud en Ingapirca y Sisid, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social posee dispensarios en Chiguin y además se dispone de	Los centros de salud se hallan en la cabecera parroquial y en Sisid que, como se ha mencionado, posee abundante población indígena, por tipología el centro más grande es el de Ingapirca, Sisid posee un puesto de salud.

	al menos 2 médicos particulares que prestan sus servicios.	Los gerontes, por la extensión de la comunidad probablemente poseen dificultades para la accesibilidad pues la vialidad de la parroquia es limitada. En lo que respecta a otros sistemas de salud en la región, no se disponen de datos claros pues no existe un registro de agentes de salud como curanderos/as o shamanes.

Fuente: * Mancheno (2010, 64) ** Paredes (2012, 7) Gobierno Autónomo Descentralizado de la Parroquia Ingapirca y Equipo Consultor (2015).

Elaboración propia.

Uno de los planteamientos que posee este trabajo de investigación hace referencia a analizar la dimensión general en la cual se desenvuelven los gerontes de Ingapirca, es importante conocer la localización socio-espacial de los gerontes, así como de componentes importantes de esta categoría como es las prestaciones de salud, limitar la población con migración, etc.

3. La percepción del ser y sentirse "adulto mayor"

Se inicia este apartado del trabajo de investigación exponiendo algunas definiciones de "percepción", pues es el tema central que guiará el análisis, recordemos que desde que nacemos, los órganos de los sentidos guían nuestro desenvolvimiento en la vida, en este sentido se puede definir la percepción como un mecanismo individual que involucra procesos como recibir, interpretar y comprender las señales de un mundo exterior, mediante los sentidos (Enciclopedia de conceptos 2017).

Sin embargo, la definición anterior resulta ser básica pues no considera lo subjetivo, otra definición que se considera más apropiada es que la percepción es un proceso cognitivo de la conciencia que deriven en la elaboración de juicios en torno a los estímulos del ambiente (Vargas 1994, 48).

Este concepto abarca a criterio del autor, las determinantes de la percepción: el aprendizaje o una experiencia previa, la memoria y la simbolización; también se incluye en esta revisión un concepto de flexibilidad conductual, la misma hace referencia a la capacidad de percibir selectivamente, otorgando a los humanos una forma de adaptación de los miembros de una sociedad a las condiciones en la que viven o realizan sus actividades (Vargas 1994, 49).

Este apartado del trabajo de investigación hace referencia a una particularidad: es necesario conocer si el individuo se siente dentro de una escala, en este caso no se trata de una escala numérica sino una escala ordinal que encuadra a los individuos de más de 65 años en el término “adulto mayor”.

El sujeto crea su realidad, y su historia, Alonso y Sandoval en el año 2012 exponen que un tema muy relevante y que genera aún distorsión en nuestra visión integral de las ciencias sociales es el lugar de los sujetos como productores de realidad y como productores de saberes que, aun a pesar de ser locales, están por encima del conocimiento teórico, conocimiento que reduce a los sujetos de observación a tema de fenómenos y esencialmente sujetos objetivos (Alonso y Sandoval 2012, 1).

El sujeto es producto y productor de la realidad (Alonso y Sandoval 2012, 1), en este sentido es claro que el sujeto, por mucho, es relegado a generador de datos estadísticos en la epidemiología clásica, incluso en las teorías más actuales como por ejemplo la de los Determinantes Sociales de la Salud (Organización Mundial de la Salud 2018a), establece literalmente que “son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud”.

Obviamente, un tema que debemos considerar cuando se menciona que los colectivos de más de 65 años fueron encasillados arbitrariamente en un grupo, es innegablemente la necesidad operativa de la ciencia, que, en ocasiones agrupa las características de sujetos para darles una categorización, el autor de este trabajo considera que justamente esto es lo que sucede al momento de analizar el término “adulto mayor”, la ciencia con la finalidad de operativizar (Cabot 2014, 555) grupos poblaciones usó la edad como un determinante, que, sumado a características perfectas que la biología humana va dando (envejecimiento) creó el caldo perfecto para la generación del término.

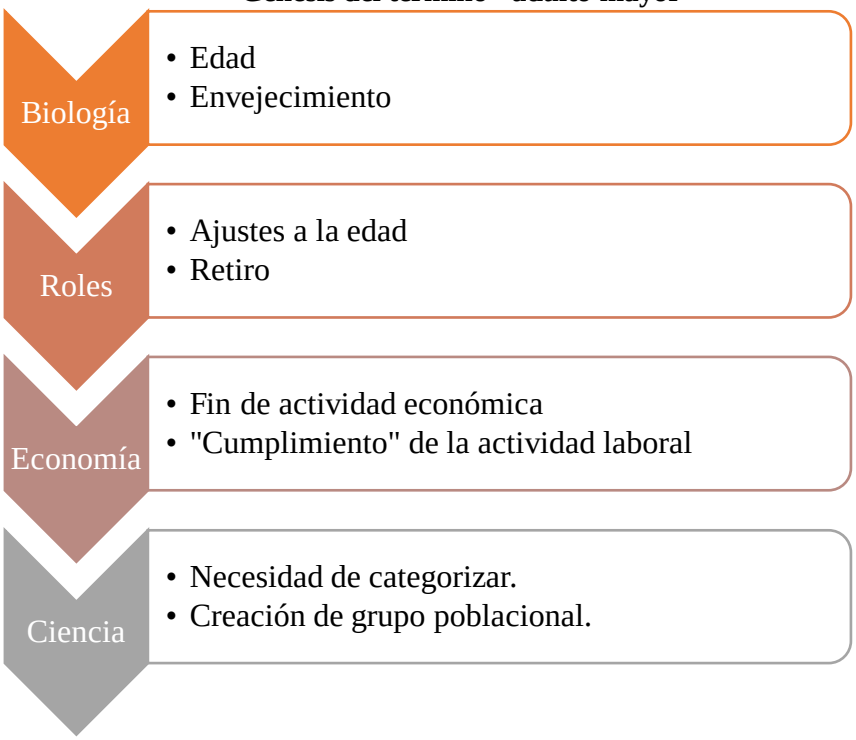
Es probable que se encuentren otras razones, sin embargo, el autor cita las expuestas en el diagrama 2, y se realiza un breve análisis pormenorizado a continuación:

La biología, es el principal componente de la categoría “adulto mayor”, Pérez y Sierra en el año 2009 exponen que todas las especies de nuestro planeta se ven afectados con un proceso que es inevitable: el envejecimiento; e incluso la biología no puede definirla adecuadamente, por otro lado, también se le asocia con las enfermedades que se presentan más frecuentemente en este grupo poblacional. Pero, se expone que las enfermedades no son característica del envejecimiento sino el resultado de éste (Pérez y Sierra 2009, 296).

Existen muchos mecanismos para explicar, desde la biología, el envejecimiento: teoría de los radicales libres, senescencia celular y telómeros, células madre y células troncales (Pérez y Sierra 2009, 296) al parecer todas estas situaciones empiezan en el mismo momento del nacimiento y se profundizan con el pasar de los años, lo que indica que el proceso de envejecimiento es constante y dinámico, haciendo imposible determinar un momento del inicio, peor aún establecer una edad (65 años) como la génesis del envejecimiento y la aplicación del término adulto mayor, por lo tanto la biología no determina el término.

Otro punto que el autor considera relevante son los roles, Podcamisky expone que el rol es el papel que juega el sujeto en una realidad y situación, también establece que una misma persona puede desempeñar diversos roles de acuerdo a la edad y circunstancia social, lo que involucra que existe un condicionamiento externo y otro interno; el condicionamiento externo proviene de contexto social-histórico, se trata del "saber" que hace suponer que se sabe acerca de los otros acerca de quien ocupa ese rol y espera un comportamiento adecuado o ajustado a esa matriz, cada rol funciona dentro de un sistema internalizado en el proceso de desarrollo y construcción de la identidad del sujeto (Podcamisky 2006, 180).

Diagrama 2
Génesis del término "adulto mayor"



Fuente y elaboración propia.

En el caso específico de los gerontes, es evidente que la edad causa un declive gradual del funcionamiento del organismo, lo que haría pensar en un rol establecido de los gerontes, sin embargo y en palabras de la mayoría de las personas de la tercera edad mantienen un grado importante de funcionalidad: físicas, cognitivas y psicológicas y más aún poseen los recursos necesarios para adaptarse a la realidad social que les toca vivir (Maina 2004, 5).

Con lo que se ha citado, queda esclarecido que no en todos los casos los roles establecidos por el contexto social para los adultos mayores se cumplen, más aún si se realiza una estratificación por género, etnia y clase social es más dispersa la relación entre edad y roles establecidos. Es evidente que los roles de los adultos mayores son acogidos por las personas de esa edad por un proceso de adaptación más que por voluntad propia, es así como en Ingapirca aún se mantiene al menos el rol laboral en los gerontes, donde aún trabajan la tierra y cuidan del ganado, alejándose del rol de "etapa de descanso" que se le atribuye por lo general a este grupo.

Una situación menos ligada al concepto de adulto mayor es la de la economía, en un mundo capitalista por lo general la vejez se ve como un proceso lleno de situaciones negativas (Miralles 2011, 138), pero esta situación es consecuencia del mismo sistema, un sistema donde es necesario que las personas trabajen para garantizar por ejemplo las pensiones de los que se retiran en un círculo de trabajo que tiene fin: el retiro o la jubilación, en palabras de Matari "la producción presente constituye siempre y en todos lados el fondo de manutención de la población inactiva" (Matari 2017)

Mason y Lee en el año 2011 exponen que el comportamiento económico de los individuos evoluciona a lo largo de su vida (Mason y Lee 2011, 13), por lo tanto la vida de las personas por lo general se puede ajustar a tiempos productivos, o como se le puede conocer: "la economía generacional", donde tras los mejores años produciendo y trabajando las personas deben pasar a una etapa de retiro, y justamente a esta población se la denominó "adulta mayor".

Otra situación propuesta en este trabajo está relacionada con el término adulto mayor fue acuñado y usado por necesidades de la ciencia de operacionalizar grupos etarios para el estudio, evidentemente esta situación va de la mano con los puntos anteriores, es más creo que la ciencia agrupa todos los componentes anteriores: biológico, social, roles y economía para dar forma al concepto de adulto mayor, con las consideraciones ya expuestas, se recalca que no siempre se cumplen los roles y el único

factor que no se puede obviar, en palabras de Aranibar, es la edad cronológica que no admite ambigüedades (Aranibar 2001, 8).

Tras la exposición sobre el término adulto mayor, a continuación, se expone sobre el ser y pertenecer a la sociedad o la comunidad con la edad de 65 años y más.

Lorenzo en su documento sobre "El sujeto en la colectividad y la colectividad en el sujeto" expone que hoy en día (y considero desde siempre) ya no es posible comprender el proceso salud-enfermedad como un proceso aislado, evidentemente aquí se incluyen bases biológicas, sociedad, historia y varios contextos que se han revisado anteriormente (Lorenzo, s. f., 1); es en este contexto que se introduce la percepción de los gerontes sobre su vivir en la comunidad y obviamente sobre su percepción de salud como componente importante de consideración.

Específicamente en los gerontes, su largo caminar en la vida ha ido modificando su percepción de sí mismos, de su salud, de la enfermedad y en definitiva de su propia existencia; con los años las preocupaciones van mutando en un triste acercamiento a la muerte, este cambio del sujeto evidentemente cambia la comunidad, estos cambios según Meza pueden ser graduales o explosivos, transformando social y culturalmente la realidad comunitaria (Meza 2009, 15).

Por otro lado, acercándonos a la subjetividad del geronte, Rodríguez menciona que es un enigma conocer que ocurre en un sujeto (geronte) cuando atraviesa procesos sociales significativos (Arlet Rodríguez 2017, 1) como puede ser la jubilación o el retiro, asumiendo que la población sea beneficiaria de estas prestaciones; es evidente también que se debe considerar si la población conoce el termino adulto mayor, es decir si conoce que el positivismo y la necesidad de operativizar grupos etarios , encuadró a su ser en un grupo llamado adulto mayor.

Independientemente del conocimiento previo de ser encasillado en una categoría con base etaria, Saxe menciona que la misma historia nos puede dar luces sobre lo que se podría encontrar: el imaginario capitalista siempre ha creado la idea pervertida de lo que es el valor del sujeto aislado, extrayéndolo de la comunidad, y quitándole identidad (Saxe 2009).

Por último, no se registran estudios sobre esta temática en los registros de la provincia, por lo que no se disponen de antecedentes sobre el tema.

4. Percepción de la situación de salud del geronte a la luz de las categorías de la inequidad

Comprendiendo la percepción como un proceso dinámico e histórico y con un fuerte componente subjetivo, como se ha revisado en el apartado anterior, se procede a analizar la percepción de salud en los gerontes.

En el año 2017, un estudio en Cuba estableció que las percepciones de los gerontes perciben el sistema de salud como inaccesible (Aida Rodríguez et al. 2017, 3), este análisis fue realizado con base en necesidades sentidas, este estudio fue descriptivo y desde la mirada positivista, pero nos enseña cómo la población puede referir mala calidad del sistema de salud con base en sus expectativas, expectativas que se basan en la experiencia que es individual, resaltando lo intrincado del análisis de las percepciones.

Otro estudio realizado por Dueñas y colaboradores en el año 2011 en Cuba, determinó mediante el uso de herramientas como la Escala para la Evaluación de la Calidad de Vida Percibida, los resultados estadísticos demostraron que prevaleció la dimensión alta de la salud con el 91,7%; los hombres tenían mejor percepción de la salud que las mujeres 92,8% y 90,7% respectivamente para la dimensión alta; con resultados homogéneos para variables como grupos de edad, estado civil y escolaridad (Dueñas et al. 2011, 11).

En el año 2010, Cerquena y colaboradores en un estudio en España y Colombia, entre los resultados encontrados resalta lo que hemos encontrado en otros estudios, las percepciones sobre la salud son mejores en el sexo femenino con el 59% en la población de Colombia y el 50% en la población española (Cerquena, Flores, y Linares 2010, 408).

Castaño y Cardona en el año 2015, en una población de 104 gerontes, determinaron que de manera general la percepción del estado de salud de los gerontes es bueno, los mejores puntajes fueron para los gerontes de sexo femenino con el 88,1% para la categoría buena percepción de salud versus el 11% en el sexo masculino; también la buena percepción de la salud fue más elevada en gerontes con ingresos económicos provenientes de un familiar con el 44,8%; gerontes que terminaron la primaria con el 74,6% y casados con el 34,8% (Castaño y Cardona 2015, 175).

Como se va evidenciando, los estudios abordan el tema de sexo como estratificación para un análisis de percepciones, en todo lo citado, el sexo femenino al parecer estadísticamente presenta mejor percepción sobre su salud.

Una publicación realizada por Waters y Gallegos en una población indígena de Imbabura, Pichincha, Chimborazo y Loja, dentro de su fundamento teórico menciona que

el acceso a los servicios de salud influye de manera directa en la relación etnicidad-pobreza, haciendo que la accesibilidad de los indígenas a los servicios de salud sea inadecuada, de esta manera se entiende porque este grupo étnico posee un estado de salud inferior a los otros grupos poblacionales (Waters y Gallegos 2011, 10).

Los autores anteriormente mencionados citan un dato de Freire y colaboradores en el sentido que, el 22,8% de los adultos mayores del Ecuador mencionan que residen en condiciones sociales buenas o muy buenas, en contraste, únicamente el 6,5% de los adultos mayores indígenas viven en buenas condiciones; esto inevitablemente afecta su percepción de salud (Waters y Gallegos 2011, 10; Freire et al. 2010, 70).

Las percepciones de una vejez adecuada o plena difieren entre las etnias, a continuación, se detallan las características de lo citado:

Tabla 3
Características de una vejez adecuada según etnia

Mirada de la vejez en indígenas*	**Contraste con la vejez en mestizos**
Permiten y fomentan el traspaso de su cosmovisión, la forma de relacionarse con el medio ambiente y de preservarlo, un ejemplo claro de eso es la transmisión de información sobre medicina tradicional.	El compartir la información se basa primordialmente en experiencias buenas o malas con los sistemas de salud organizados. La percepción de la salud es diferente, no incluye, en la mayoría de los casos la cosmovisión.
Se presentan muy frecuentemente consejos de los ancianos que guían el accionar económico, político y social de la comunidad, donde en algunos lugares el status social aumenta conforme aumenta la edad.	Los consejos de los ancianos no poseen el mismo impacto en la comunidad que es más abierta a dejarse llevar por decisiones basadas en la globalización.
Algunos pueblos centran su cultura en la oralidad, manteniendo su traspaso por generaciones, asignan poco valor a la educación formal occidental.	La formación occidental formal es la relevante, la oralidad queda relegada.

*Se usan los términos del autor, quien hace una comparación entre la vejez adecuada y una vejez maltratada, la primera se basa en el respeto de los derechos de los gerontes.

Fuente: Molinet (2012).

Elaboración propia.

Como se puede observar existen diferencias entre etnias en el abordaje de la salud y su percepción, estas diferencias son estructurales y nacen de las raíces propias de cada etnia, se ha tocado el tema de la globalización en este apartado (Molinet 2012).

De tal manera que las percepciones de su salud y del sistema de salud van a diferir entre etnias y entre géneros, por sus propias experiencias previas, memorias y expectativas.

En lo que respecta a la clase social, es evidente que en nuestra sociedad existen diversas formas de inequidad y desigualdad que se traducen en diferencias en la distribución de salud, entendida ésta en algo cuantificable como puede ser prestaciones de salud, calidad de vida, etc. La autopercepción de la salud es una medida que se ha usado de manera cuantitativa, en escala, pero se corre el riesgo de exclusión de la esencia misma de la autopercepción que es la subjetividad, subjetividad arriesgada en una escala (Equipo de trabajo del Observatorio Nacional de Salud 2017).

Los resultados del estudio del Observatorio Nacional de Salud en el año 2017 demostraron que la variable de estado de salud auto percibido presentó diferencias significativas entre las clases sociales, las clases sociales altas clasificaron su salud como mayormente mala o regular; mientras que los campesinos, trabajadores domésticos fueron los que peor calificaron su salud; en ambos grupos las mujeres fueron las que mayormente acentuaron la calificación ya sea mala o muy mala (Equipo de trabajo del Observatorio Nacional de Salud 2017), este estudio nuevamente usó la metodología cuantitativa para la valoración.

Para Hernández, las variables que condicionan la cantidad y calidad de la asistencia sanitaria (no así de la salud) son la renta, la educación y la ocupación (M. Hernández 2002, 98), de tal manera que, al menos en las prestaciones, la comunidad de gerontes de Ingapirca está en constante desventaja pues no posee una renta fija, el nivel de educación de muchos de ellos muy difícilmente sobrepasa el saber leer y escribir y ya no poseen una ocupación formal, a pesar de ello, existen procesos protectores de la salud que se revisaran posteriormente.

Por lo tanto, la percepción es un proceso subjetivo que se forma con base en las experiencias, expectativas y memoria histórica sobre la salud, esta percepción está también ligada al género, etnia y clase social; en este trabajo de investigación este tópico fue evaluado mediante un abordaje cualitativo.

5. Modos de vida en los gerontes de la Comunidad de Ingapirca

En este apartado del trabajo de investigación, y en los posteriores resultados, se analizarán los modos de vida de los gerontes, en especial en lo que compete a los criterios de clase social y funcionalidad familiar.

La inserción de clase condiciona, en cierta medida, la percepción de la salud y la enfermedad y del proceso que genera el movimiento de dicho proceso, como se ha revisado anteriormente, las clases sociales determinan comportamientos y actitudes frente a un proceso de salud, prestaciones, prevención y promoción de la salud, así como también en la percepción auto valorada de su salud.

La clase social evidentemente genera o nace de una desigualdad social, y posee especial impacto en los gerontes, Mateu y colaboradores (2007, 37) menciona que se debe considerar el acceso a los recursos por parte de los individuos (acceso limitado en el caso de los gerontes) y se deben revisar los siguientes motivos:

1. El acceso a los recursos está relacionado con las condiciones de vida de los colectivos y las personas individuales, a su vez la disponibilidad de los recursos condiciona la integración de la familia y de la sociedad.
2. La desigualdad debe analizarse en medida de las relaciones de poder, se requiere poder a cualquier nivel para defender intereses propios y comunitarios.
3. La desigualdad parte de la red de relaciones sociales que constituyen la estructura de la sociedad.

En este sentido, este estudio plantea analizar la inserción de clase de los gerontes de la parroquia Ingapirca con una herramienta conocida como INSOC (Encuesta de inserción social de clase), esta herramienta fue modificada de la original expuesta por Breilh en el año 1989 (Breilh 1989). En este estudio se usó la herramienta anteriormente citada, sin la finalidad de identificar grupos sociales, sino, describir los componentes de la inserción de clase.

Lo relevante de este apartado resulta del uso de herramientas nuevas con una nueva visión para el análisis de la situación de clase de los gerontes, con base en los datos del Plan de Ordenamiento territorial de la parroquia se mencionan los siguientes datos de manera general:

- En Ingapirca en el 43,1% de los casos la cobertura del suelo es para Tierra Agropecuaria, lo que da una visión de las ocupaciones y de que probablemente los gerontes en la mayoría de los casos se dediquen a estas actividades ya sea como dueños de su tierra o como empleados o peones.
- Se dispone de 14 juntas de agua potable en la Parroquia, siendo la comunidad de Sisid la de mayor relevancia, esto indica que existe una

organización social que vincula un servicio básico con la movilización social, se comprende la importancia del agua.

- La cobertura de agua segura es aproximadamente del 20%, únicamente un 6,7% de domicilios en la Parroquia no cuenta con energía eléctrica, el 38,3% de domicilios no cuentan con adecuada forma de eliminación de excretas (Gobierno Autónomo Descentralizado de la Parroquia Ingapirca y Equipo consultor 2015, 17).

Por otro lado, no se disponen de datos sobre la dinámica económica de los gerontes en la parroquia, no es clara la adquisición de bienes ni la fuente de los ingresos, no se posee un dato sobre los responsables económicos de la familia o el hogar, tampoco datos sobre seguridad social ni características de la vivienda a pesar de los esfuerzos de intervenciones como por ejemplo los censos nacionales de población y vivienda y el censo nacional económico, no se centran en los gerontes.

Estas preguntas se pretenden responder con este apartado en el trabajo de investigación. Otro componente que se ha incluido en esta sección es la dinámica familiar, que se detalla a continuación:

Se establece que dentro de un proceso de envejecimiento las redes familiares y comunitarias poseen un papel positivo en la vida de los gerontes, evidentemente la salud es un componente vital de la calidad de vida y las redes familiares son imprescindibles; además de estas redes se exponen las redes entre distintas generaciones, empezando desde la familia y extrapolándolas hacia la sociedad (Serrano 2013, 16).

Una de las aseveraciones expuestas es que el geronte requiere “sentirse necesario” para sí mismo, para la familia y para la sociedad, incluso este sentimiento, está demostrado, aumenta la esperanza de vida y la propia calidad de la misma y caemos en el necesario concepto de envejecimiento satisfactorio, donde el aporte de cada uno de los miembros familiares aporta desinteresadamente en beneficio del geronte (Serrano 2013, 17).

El otro lado de la situación, lo componen los adultos mayores con ningún tipo de apoyo familiar, es decir gerontes que se encuentran en abandono.

El abandono en adultos mayores es una problemática antigua, sin embargo, a pesar de los esfuerzos en investigación los resultados no indican más allá de prevalencia o indicadores cuantitativos, el abordaje integral del abandono y las repercusiones en la esfera psicológica-biológica-social del adulto mayor es una tarea compleja pero

necesaria, Delgado (2012) establece que el abandono en el adulto mayor posee un impacto que “trasciende en sus vidas” (Delgado 2012).

El núcleo familiar de los adultos mayores es la principal fuente de apoyo, pero a la vez puede convertirse en el inicio del abandono, la sociedad también contribuye a esta situación con exclusión, creando las condiciones propicias para el maltrato físico, sexual, psicológico o emocional, patrimonial y/o económico (Guamán 2015).

Se considera a la familia como un ambiente importante de los gerontes, es el espacio donde se desarrollan las capacidades de respuesta a las situaciones cotidianas y donde el geronte puede o no sentirse necesario.

El abandono, según Guzmán (2010) se lo coloca en la misma categoría de la negligencia, por parte de los familiares hacia el adulto mayor; con niveles incluso de exclusión del núcleo familiar, una de las causas es la falta de aporte económico del adulto mayor en esta etapa, se crea una percepción de “carga familiar” lo que conlleva a una ruptura de la interacción humana, relaciones, comunicación y hasta la afectividad.

Como se puede observar, los efectos en el geronte del abandono son enormes, roza la negligencia y es grave; en este sentido el apoyo familiar recobra aún más importancia.

Este trabajo de investigación, describe la estructura familiar del geronte como un componente estático de momento, pero también analiza la dinámica del funcionamiento familiar mediante el uso de la herramienta APGAR familiar que evalúa puntos clave en la relación familiar.

De la Revilla y Fleitas (1994, 52) mencionan que no existen familias normales y anormales, simplemente funcionan o no lo hacen, con base en su capacidad de respuesta a los problemas y los recursos que posea. Una familia funcional posee un equilibrio donde las normas de funcionamiento interno regulan el relacionamiento entre los miembros familiares, se crean respuestas de adaptación frente a situaciones o “crisis”; en el caso de las familias disfuncionales este equilibrio se rompe y la familia no posee los recursos internos para mantener la homeostasis exponiendo manifestaciones patológicas en los integrantes

Un estudio realizado por Zabala y Domínguez (2010, 41) en México encontró que al menos un 49% de disfuncionalidad familiar en una muestra de adultos mayores, es decir al menos 1 de cada 2 adultos mayores viven en un ambiente no adecuado y más aún que no les permite sentirse necesarios, un estudio local, en la ciudad de Cuenca determinó en el año 2017 que la prevalencia de disfuncionalidad familiar alcanza el 77,3% del total y aumenta el riesgo de depresión en 11,084 veces (Suquilanda 2017, 39).

En este trabajo de investigación se aborda específicamente en este apartado la clase social y la estructura y dinámica de funcionamiento de la familia del geronte, obviamente esto se articula con los demás componentes y dimensiones de la determinación social de la salud en una aproximación integral de la vida del geronte en Ingapirca y su percepción de la salud y la enfermedad y de los procesos que la generan.

6. Procesos protectores y destructivos de la salud en los gerontes de la parroquia Ingapirca

En este apartado se hace hincapié en el perfil epidemiológico y la búsqueda de procesos protectores y destructivos del mismo análisis del discurso y tras un análisis de todos los componentes anteriormente citados, es decir, se pueden localizar procesos protectores y destructivos del análisis cualitativo de los discursos que se han revisado anteriormente.

Recapitulando, al conjunto multidimensional y dialectico de procesos que ocurren multidimensionalmente en la vida, unidos con los modos de vida y relacionados con la determinaciones y contradicciones estructurales más amplias, los hemos denominado perfiles epidemiológicos (Breilh 2010, 90).

En este estudio se basa en determinar la historia del proceso individual de la salud principalmente, es evidente que todo el conglomerado de subsunción de las dimensiones de la salud recaiga en definitiva en este proceso individual, es decir en el ser humano y que se exprese en forma de patologías, ahora bien, en esta dinámica se encuentran los procesos protectores y destructivos que en alguna medida dependen de los estilos de vida, subsumidos en los modos de vida y en la sociedad en general (Breilh 2011).

Centrándonos en la revisión del proceso individual de la salud de los gerontes, es rescatable que se trata de identificar la “huella de la historia”, es decir, los gerontes son las personas que mayor exposición (en términos temporales) han tenido ya sea a procesos protectores o destructivos, esta exposición obviamente en medida de la vulnerabilidad de cada individuo, han minado su salud, se expresan en términos de patologías, patologías no aisladas sino socialmente determinadas.

Las morbilidades en los gerontes por lo general siguen un patrón, que va de la mano con el desgaste que sufren por la edad, el INEC en el año 2010 expone un perfil que entre otras situaciones menciona (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos 2009, 11):

- A nivel de estado anímico y satisfacción con la vida, el 81,6% de adultos mayores refirieron estar satisfechos con su vida, el 81,4% tenían un buen ánimo la mayoría del tiempo y el 80,8% se sintió feliz la mayor parte del tiempo, datos a nivel nacional.
- Los hombres se sintieron más satisfechos con su vida que las mujeres 83% y 81% respectivamente.
- En lo que respecta a la percepción de su salud, el 47,5% de los gerontes refirieron sentirse mejor de salud en comparación con otros gerontes y el 46,1% se sintió mejor de salud en comparación con el año anterior.
- En lo que respecta a las patologías diagnosticadas, resaltan las del sistema osteo-articular como la osteoporosis con el 19,5% a nivel nacional; diabetes 13%; problemas del corazón con el 13,3%; enfermedad pulmonar o crónica 7,9%; derrame cerebral 6,3%; cáncer 2,8% y tuberculosis 1,2%.
- Según sexo, las mujeres presentan mayor diagnóstico en todas las patologías citadas en el ítem anterior, la mayor diferencia con respecto al sexo masculino se da en la osteoporosis con un 29,5% para las mujeres y únicamente un 7,7% para los varones.
- En el perfil de mortalidad, en los hombres las causas traumáticas son las más frecuentes con accidentes de tránsito y agresiones en los primeros lugares, en las mujeres son las enfermedades crónicas como la diabetes las más frecuentes.

Este perfil epidemiológico se basa en las estadísticas de la epidemiología clásica, lo que se trata de ampliar con este apartado es la relacionalidad entre los resultados de la exposición y los componentes de las dimensiones individual, particular y general, en virtud de aquello también se detectarán los procesos protectores y destructivos.

En el análisis consolidado de todas las técnicas y herramientas que se usaron en este trabajo como las entrevistas, ya sea a líderes comunitarios y a los gerontes; o los grupos focales, todas se sumarán para analizar los procesos protectores y destructivos, el autor no considera establecer de antemano los procesos a revisar, se construirá paulatinamente el perfil y los procesos en este trabajo de investigación.

Capítulo Segundo

Metodología

2.1 Pregunta Central de Investigación

¿Cómo se expresa la determinación social en el proceso salud de los gerontes de la parroquia Ingapirca?

2.2 Objetivos

2.2 1 Objetivo general

Identificar y describir los procesos de la determinación social de la salud, de los gerontes que residen en la parroquia Ingapirca de la provincia de Cañar durante el año 2018.

2.2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar la segregación socio espacial de los individuos que entrarían en la categoría de "adultos mayores", de acuerdo a la mirada positivista, de la parroquia Ingapirca en la provincia de Cañar.
- Determinar la percepción de los individuos de más de 65 años sobre su sentir y pertenecer a la comunidad con esa edad.
- Caracterizar diferencialmente por etnia, sexo y género las percepciones y construcciones que la población "adulta mayor" posee sobre su situación de salud.
- Determinar cómo se expresan los modos de vida de los "adultos mayores" en contexto de migración y etnia.
- Conocer cómo se generan los procesos protectores y destructivos que están presentes en los "adultos mayores".

2.3 Tipo de Estudio

2.3.1 Nivel

El presente estudio corresponde a un estudio descriptivo y explicativo, inscrito dentro de la metodología del realismo crítico[1] (Parra 2016, 217).

[1] El realismo crítico plantea, como paradigma, una opción a los preceptos ontológicos y epistemológicos del positivismo y posmodernismo. Estos paradigmas se fundamentan en modelos basados en la observación para reivindicar la validez de las afirmaciones que se hacen sobre el conocimiento.

Básicamente, la metodología usada se fundamenta en una visión integral del sujeto, objeto y praxis y sus interrelaciones, alejándose del empirismo y en esencia basándose en la dinámica integradora de la realidad y su estudio, en este trabajo de investigación se aplicó a la luz de la Determinación Social de la Salud.

Bajo la visión de la Epidemiología Crítica que busca determinar perfiles de exposición y vulnerabilidad dentro de un marco integral, de tal manera que con este tipo de estudio se describirá y analizará los hallazgos en el proceso individual de la salud de los gerontes de la Parroquia Ingapirca en lo referente a los 3 dominios de la Determinación Social de la Salud, conforme los objetivos planteados. Se plantearon 5 objetivos que incluyen las características del territorio, modos de vida, estilos de vida, percepciones y construcciones de los gerontes sobre la salud.

Por otro lado, se intenta explicar las relaciones entre el perfil epidemiológico y la exposición de los gerontes a procesos destructivos de la salud, así también determinar si el sentir y ser geronte contribuye a disminuir o aumentar la exposición a la enfermedad, todo con un enfoque que incluye e integra género, etnia y clase social.

2.4 Diseño

Este estudio posee un diseño de tipo transversal, pues los datos que se tratarán, de cada geronte representan esencialmente un momento del tiempo, es decir no puede establecerse secuencia temporal entre las variables; además las mediciones o recolección de la información se realizan en un momento, en este caso en el año 2018 (Argimón Pallás y Jiménez Villa 2013, 29).

Se usaron diversas técnicas de recolección de la información: georreferenciación, encuestas, entrevistas, grupos focales y análisis clínico individual de los gerontes. El periodo de estudio fue de enero 2018 a diciembre 2018.

2.5 Universo y Muestra

2.5.1 Definición y caracterización de universo

El universo estuvo conformado por la totalidad de gerontes residentes en la parroquia Ingapirca, este dato fue obtenido mediante las proyecciones de población del INEC, en total 831 gerontes (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos 2011a).

2.5.2 Tipo de procedimiento muestral

Al tratarse de una población finita y observable, con relativa accesibilidad vial, en esta investigación se decidió trabajar con el 100% de los gerontes de la parroquia, sin

embargo, las características propias de cada objetivo planteado revelaron cambios durante el estudio de la siguiente manera:

- La fase inicial, la de identificación en el territorio de los gerontes y su contexto general fue establecido con un total de 511 gerontes, se planteó el 100% de la población sin embargo no se logró localizar a todos.
- Para los estudios cualitativos, se estableció un criterio de saturación (punto en el cual se ha establecido ya una cierta diversidad de ideas y con próximas entrevistas no aparecen nuevos elementos) (C. Martínez 2012, 617), para considerar la muestra pertinente a ser entrevistados, la selección de los mismos fue aleatoria y considerando la etnia como factor de estratificación.
- Para los grupos focales se siguió la recomendación establecida de entre 6 a 8 participantes para mantener la calidad de las intervenciones (Hamui-Sutton y Varela-Ruiz 2013, 57), por la diversidad étnica que se ha expuesto en este trabajo se realizaron grupos focales con ambas etnias tanto para los gerontes como para los líderes comunitarios.
- Para el perfil epidemiológico y la valoración familiar se procedió con un cálculo probabilístico de la muestra con base en los siguientes datos:
    - Población total: 511 gerontes plenamente identificados.
    - Prevalencia esperada: se usa el estimado de 17,02% (valor correspondiente al porcentaje de enfermedades respiratorias, según el perfil de morbilidad de la parroquia del año 2016, tomado del Ministerio de Salud Pública (Ministerio de Salud Pública 2018).
    - Nivel de confianza: 95%.
    - Precisión absoluta: 5%
    - Con estos datos y siguiendo las recomendaciones y la hoja de cálculo expuestos en (Fernández 1996), la muestra quedó constituida por 153 gerontes a analizar, se realizó mediante un muestreo aleatorio simple de los sujetos a analizar.

2.6 Recolección de Datos

2.6.1 Técnicas

Para la realización de este trabajo de investigación se usaron las siguientes técnicas:

a) Localización en el territorio: para determinar las coordenadas geográficas de la residencia de los gerontes y lugares importantes en la comunidad como los mercados y centros de salud, para este fin se usó un equipo de GPS Garmin E-trex-10 con menos de 10 metros de margen de error.
b) Entrevistas grupales (grupo focal) e individuales: para realizar la debida recolección de información de índole cualitativo.
c) Encuestas: para la recolección de datos como el INSOC y el APGAR familiar.

2.6.2 Instrumentos

Los instrumentos usados en este trabajo de investigación incluyen:

- Mapas pre-elaborados que fueron descargados de INEC: los mapas poseían un alcance territorial hasta parroquia.
- Guía de manejo y realización del grupo focal, elaboradas por el autor específicamente para este trabajo de investigación con base en la metodología propuesta para la realización de grupos focales.
- Entrevistas elaboradas por el autor.
- Encuesta INSOC: esta encuesta, según (Maldonado 2016, 91) esta Encuesta fue propuesta por (Breilh 1989) y puede ser modificada con base en los requerimientos del investigador, (Solíz, Yépez, y Sacher 2018, 106) menciona que esta encuesta involucra el estudio de los medios de producción, propiedad de la tierra, servicios básicos, empleo, inserción de clase, migración, seguridad social, origen y monto de los ingresos económicos. Esta herramienta describe la categoría de clase social y evidencia grupos sociales caracterizados por diversos modos de vida, contiene preguntas clave que llevan a una mejor comprensión de las dimensiones de la inserción de clase lo que facilita la labor en el campo (López 2016, 27). En el caso del uso de esta herramienta en este trabajo de investigación, describe los componentes del INSOC y no pretende establecer una escala o clase social, por lo homogéneo de los colectivos.

- APGAR familiar: esta herramienta ofrece una apreciación de la familia y sus relaciones con una visión integrada de las interacciones actuales e incluso identificar los puntos débiles y fortalezas de la familia; esta herramienta "es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global"; abarca el análisis de las siguientes variables: Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto, y Recursos. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre. La interpretación se basa en los siguientes criterios:
    - Normal: 17-20 puntos
    - Disfunción leve: 16-13 puntos.
    - Disfunción moderada: 12-10 puntos.
    - Disfunción severa: menor o igual a 9 puntos (Suárez y Alcalá 2014, 53).

2.7 Análisis de Datos

Los datos fueron analizados mediante el uso de software, de la siguiente manera:

- Las localizaciones en el territorio de los gerontes (punto georreferenciado) fueron ingresados en una base de datos en Microsoft Excel 2016, posteriormente migrados al programa QuantumGis (QGis) versión 3.2.3 de uso libre para el debido análisis.
- Para el análisis cualitativo, se procedió con la transcripción de las entrevistas a Microsoft Word y su posterior migración al programa Atlas.ti para su análisis.
- Para el análisis cuantitativo, se usó el programa SPSS versión 15.

Se usó la estadística descriptiva con frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y medidas de tendencia central para las variables cuantitativas, el análisis geográfico se limitó a ubicar puntos geográficos y establecer distancias entre los gerontes y sitios de prestaciones ya sea de salud o comercio en la búsqueda de procesos protectores y destructivos.

Para el análisis cualitativo se optó por el análisis del discurso y el uso de códigos-familias-categorías-redes para determinar relaciones en el análisis detallado de los grupos focales y las entrevistas.

2.8 Ética

2.8.1 Confidencialidad

Para esta investigación todos los participantes comunicaron por escrito su consentimiento informado para la participación libre y voluntaria, esta investigación garantizó el cumplimiento de los principios de ética expuestos en la Declaración de Helsinki de la WMA.

2.9 Modelo Operacional del estudio

Tabla 4

Operacionalización de categorías

Pregunta de investigación	Objetivos específicos	Tipo de estudio	Técnicas	Instrumentos	Variable / categoría	Análisis propuesto
¿Cómo se expresa la determinación social en la población "adulta mayor" de la parroquia Ingapirca de la provincia de Cañar?	1. Caracterizar la segregación socio espacial de los individuos que entrarían en la categoría de "adultos mayores" (de acuerdo a la mirada positivista), de la parroquia Ingapirca en la provincia de Cañar.	Geográfico	Georreferenciación de las comunidades de la parroquia Ingapirca	Mapas generados con las coordenadas GPS	Localización en el territorio	1. Ubicación espacial de los domicilios de adultos mayores. 2. Ubicación espacial de las comunidades (centro parroquial) 3. Ubicación espacial de los prestadores de salud (Centro de salud, puesto de salud, curandero, shamán, etc.) 4. Ubicación espacial de centros de comercio (mercado) 5. Ubicación espacial de vías de acceso a la comunidad (entrada a la comunidad). 6. Medición de distancias entre 1 y los demás componentes: 2,3,4 y 5. 7. Mapa de concentración poblacional y análisis relacional.
			Georreferenciación de domicilios de adultos mayores de la Parroquia Ingapirca.			
			Georeferenciación de las unidades de salud existentes en las comunidades			
			Georeferenciación de carreteras y vías de acceso (punto de entrada a las comunidades)			
		Cualitativo	Grupo focal (2 eventos) con líderes comunitarios: 10 líderes comunitarios de etnia indígena y 10 líderes de etnia mestiza.	Guía de grupo focal	Percepción	Codificación de respuestas de los participantes, relacionamiento de códigos, creación de familias y creación de redes (Atlas.ti).
		Cuantitativo	Encuesta a líderes comunitarios, se plantea a todos los líderes comunitarios de las 28 comunidades, se aceptarán los líderes que deseen participar.	Encuesta	Ubicación	Análisis geográfico ya propuesto
					Características comunitarias	Estadística descriptiva
					Comunidad y el adulto mayor	Estadística descriptiva
					Cohesión comunitaria	Estadística descriptiva
	2. Determinar la percepción de los	Cualitativo	Grupo Focal con adultos mayores (2 eventos con AM mestizos e indígenas).	Guía de grupo focal.	Percepciones de los adultos mayores	Codificación de respuestas de los participantes, relacionamiento de

	individuos de más de 65 años sobre su sentir y pertenecer a la comunidad con esa edad.					códigos, creación de familias y creación de redes (Atlas.ti).
	3. Caracterizar diferencialmente por etnia, sexo, género y clase social las percepciones y construcciones que la población "adulta mayor" posee sobre su situación de salud.	Mixto	Entrevista a adultos mayores insertados en el objetivo 2 y encuesta.	Entrevista y encuesta	Percepciones de los adultos mayores	Codificación de respuestas de los participantes, relacionamiento de códigos, creación de familias y creación de redes (Atlas.ti).
	4. Determinar cómo se expresan los modos de vida de los adultos mayores en contexto socio histórico. de migración y etnia	Descriptivo	Encuesta a las familias de adultos mayores	Encuesta, INSOC y APGAR familiar.	Demografía, estructura familiar, inserción de clase.	Análisis descriptivo de las variables.
	5. Conocer la relación entre procesos protectores y destructivos, salud-enfermedad de los "adultos mayores"	Descriptivo	Grupo focal (2 eventos con gerontes de etnia mestiza e indígena) y encuesta.	Preguntas motivadoras y encuesta.	Historia de salud individual y procesos protectores y destructivos (obtenidos del análisis del discurso del grupo focal)	Estadística descriptiva e inferencial, análisis del discurso.

Fuente y elaboración propia

Capítulo tercero
Resultados

A continuación, se exponen los resultados de la investigación, como se ha citado se trata de un trabajo descriptivo-explicativo y la lógica de la presentación de los resultados responde a la descripción de cada uno de los objetivos planteados, en su orden.

Como se ha revisado la parroquia Ingapirca posee características propias sociales y geográficas, las mismas han sido descritas anteriormente en el componente teórico de este trabajo de investigación, mediante los siguientes resultados se encasillan a los gerontes dentro de este componente socio-geográfico.

3.1 Caracterización socio-espacial de los gerontes de la parroquia Ingapirca

3.1.1 Componente demográfico

Luego de recorrer el 100% de las comunidades de Ingapirca, se identificaron 511 gerontes, la media de edad de la población se ubicó en 75,58 años ± 7,02 años, con un mínimo de 66 años y máximo de 98 años, el grupo etario más frecuente fue el de 71 a 80 años con el 46,8%; esta población fue mayoritariamente de sexo femenino y mestiza; la frecuencia de migración fue de 71,6%.

Este hallazgo muestra una primera impresión: la edad de los gerontes en la parroquia es elevada (media de edad), lo que condiciona obviamente su salud.

Tabla 5

Distribución de 511 gerontes de la parroquia Ingapirca según características demográficas y etnia

Característica		Etnia						X^2
		Indígena		Mestiza		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Edad**	66-70 años	82	33,9	79	29,4	161	31,5	2,26
	71-80 años	113	46,7	126	46,8	239	46,8	
	81-90 años	41	16,9	58	21,6	99	19,4	
	Más de 90 años	6	2,5	6	2,5	12	2,3	
Sexo	Femenino	142	58,7	143	53,2	285	55,8	1,5
	Masculino	100	41,3	126	46,8	226	44,3	
Migración	Presente	158	65,3	208	77,3	366	71,6	9,07*
	Ausente	84	34,7	61	22,7	145	28,4	

X^2= Chi Cuadrado de Pearson.
* Significativo para p <0,05.
** T-Students No significativo para p <0,05.
Fuente: Formulario de recolección de la información.
Elaborado por: Carlos Abambari Ortíz

Se observó que del total de la población indígena el 46,7%; casi la mitad, posee edades entre los rangos de 71 a 80 años, situación similar en la población mestiza con el 46,8% lo que indica que en la edad son grupos homogéneos y parecidos, sin demostrar exposición aumentada hacia alguno de los grupos étnicos.

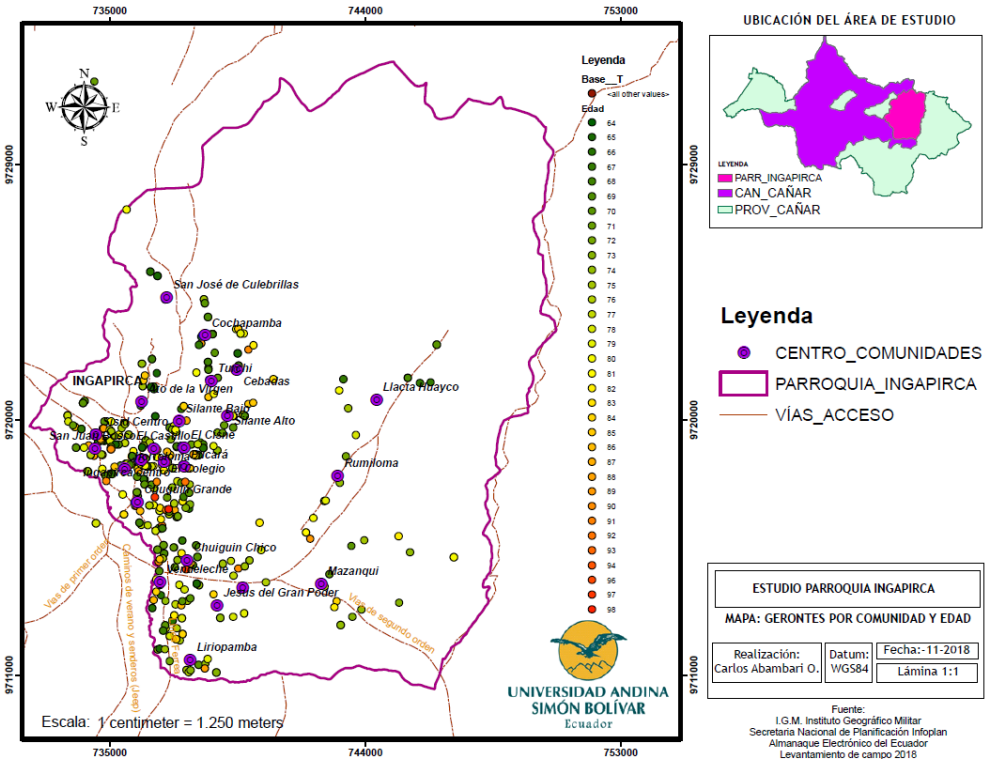
En lo que respecta al sexo de los gerontes, en ambas etnias fue más prevalente el sexo femenino, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas entre los grupos étnicos.

La migración de familiares de los gerontes fue mayor en el grupo étnico de mestizos con el 77,3% versus el 65,3% en los indígenas, siendo estas diferencias estadísticamente significativas y constituyéndose este proceso migratorio como uno de los determinantes de esta población.

La distribución geográfica de los gerontes según edad es la siguiente:

Mapa 1

Localización de gerontes en la parroquia Ingapirca, según edad



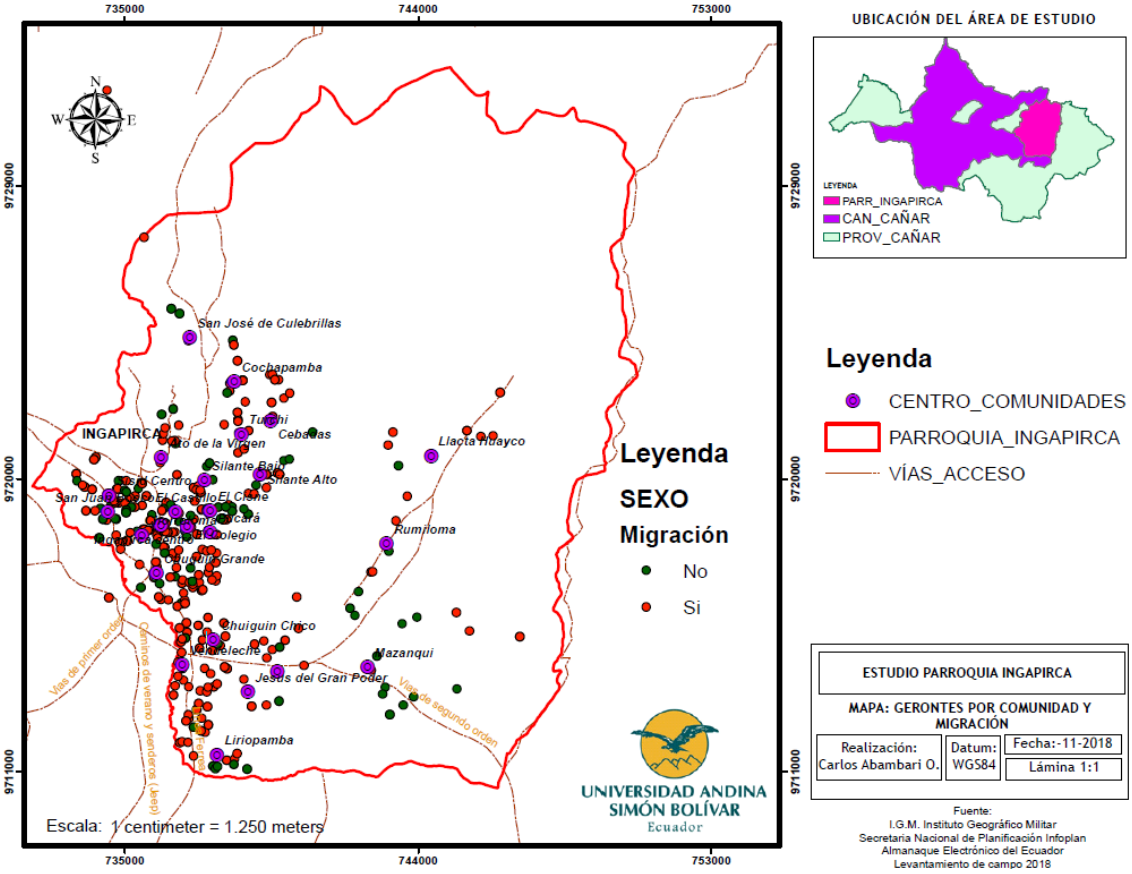
Los gerontes de mayor edad, más de 80 años, se concentran en el centro parroquial y comunidades aledañas, existiendo gerontes de menor edad en la periferia (todas las comunidades de la parroquia con excepción del Centro parroquial y Sisid). En lo que respecta al sexo de los gerontes se evidenció que existe mayor cantidad de gerontes de sexo femenino, obviamente con una distribución global en todo el territorio de la

parroquia, no se evidencia una diferenciación en el territorio según sexo (Mapa 9 en la sección de Anexos).

La distribución de los gerontes por etnia no es homogénea, existen concentraciones poblacionales de gerontes indígenas en las comunidades aledañas a Sisid, y en la región Sureste de la parroquia, por otro lado, los gerontes mestizos se concentran en el centro parroquial y en las comunidades del Sur Oeste de la parroquia, esta distribución está en relación con las comunidades que típicamente son mestizas o indígenas, con ligeras excepciones (Mapa 10 en la sección de Anexos).

Mapa 2

Distribución de gerontes de la parroquia Ingapirca según migración



El mapa anterior indica la distribución de gerontes según migración, se puede observar que la distribución abarca todas las comunidades, es decir el fenómeno de la migración afecta a todo el campo geográfico, los gerontes afectados por el tema de migración se concentran en la región del oeste, tanto norte como sur, con menor frecuencia en las periferias.

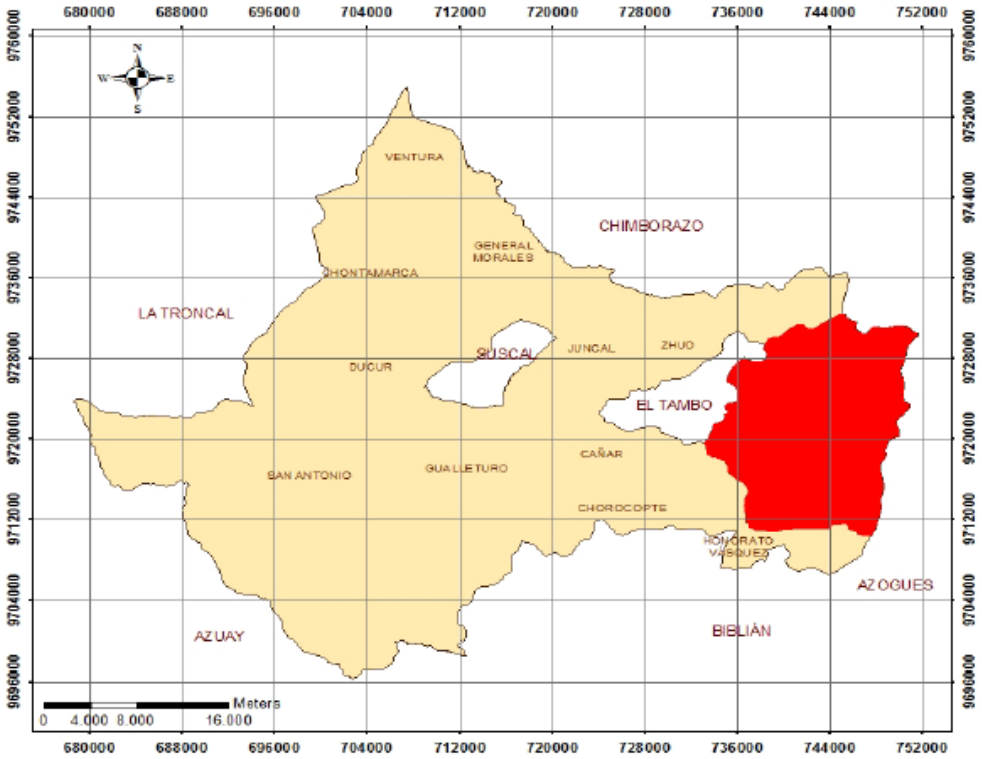
3.1.2 El territorio

En el apartado anterior se describía la demografía de la población de gerontes incluidos en el estudio, como parte del análisis espacial se describe a continuación el territorio en el que se desarrolla el proceso de salud de los gerontes.

En el mapa 3, se observa la ubicación de la parroquia Ingapirca dentro de la Provincia de Cañar.

Mapa 3

Localización geográfica de la parroquia Ingapirca dentro del Cantón Cañar



Fuente y elaboración: (Gobierno Autónomo Descentralizado de la Parroquia Ingapirca y Equipo consultor 2015, 8)

La parroquia Ingapirca es una de las más grande de la provincia de Cañar, su nombre significa “Pared del Inca” por la majestuosidad de uno de los componentes arqueológicos de la parroquia: el Catillo de Ingapirca, este conjunto estaba destinado a la observación del sol y la luna, labores agrícolas, culto a las divinidades, etc. (Gobierno Autónomo Descentralizado de la Parroquia Ingapirca 2018).

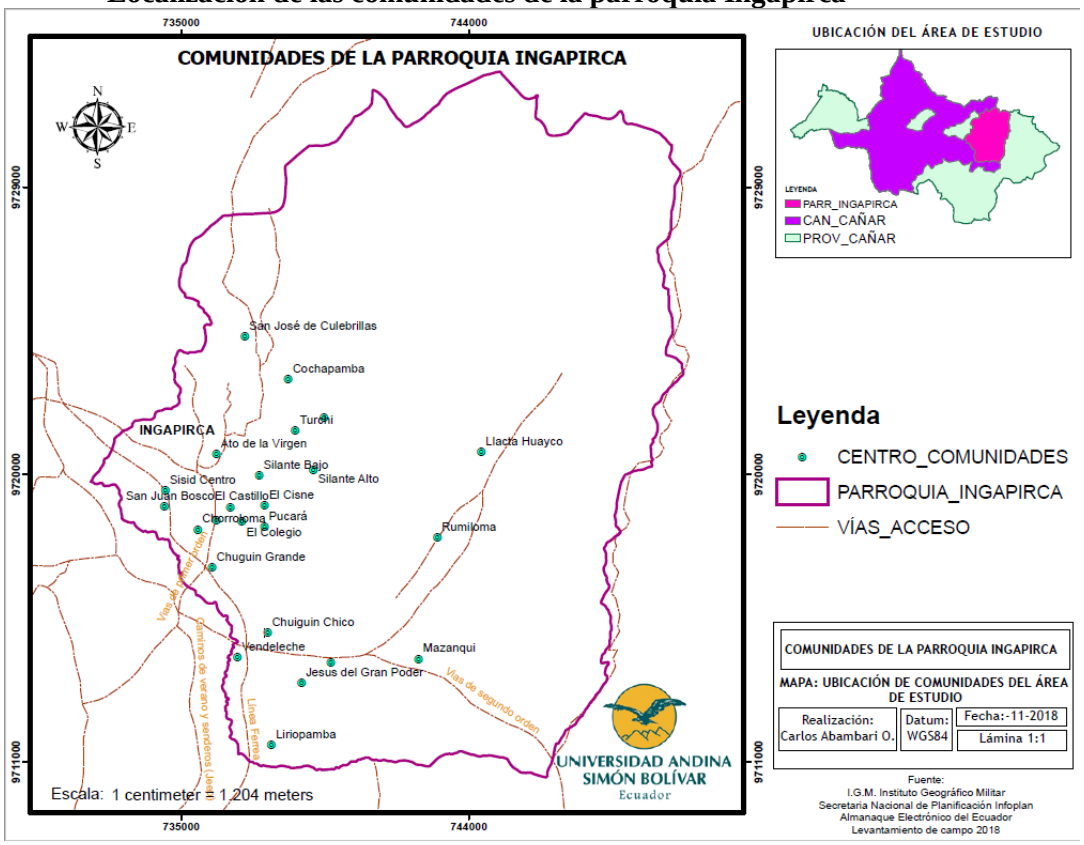
Lo expuesto desde ya va caracterizando el componente cultural fuerte de la comunidad, con un apego a la interculturalidad y respeto a sus ancestros, esta situación se presenta mayoritariamente en los indígenas.

El mapa 8 en la sección de Anexos, indica la localización geográfica de las comunidades, se identifica que la mayoría de las comunidades se concentran en la región

occidental de la parroquia, en un radio de 2 kilómetros donde se incluyen los centros poblados de Ingapirca y Sisid, también otra concentración se localiza hacia el sur, a partir de este punto existe una dispersión hacia el Noreste, siendo Llacta Huayco y San José de Culebrillas las más alejadas de vías de acceso y de la cabecera parroquial.

Mapa 4

Localización de las comunidades de la parroquia Ingapirca



En el mapa 9, visualizado en la a sección de Anexos, indica la distribución de 511 gerontes georreferenciados en la Parroquia Ingapirca, el mapa revela que existe una concentración importante de gerontes en las comunidades de Sisid y en el Centro Parroquial, en menor medida en las comunidades del Sur y los gerontes que residen en lugares inaccesibles, por vías carrozables, pertenecen a las comunidades del Nord y Sureste, existen gerontes a más de 12 kilómetros de las vías de acceso, lo que en cierta medida preocupa pues para las prestaciones de salud no estarán disponibles de inmediato.

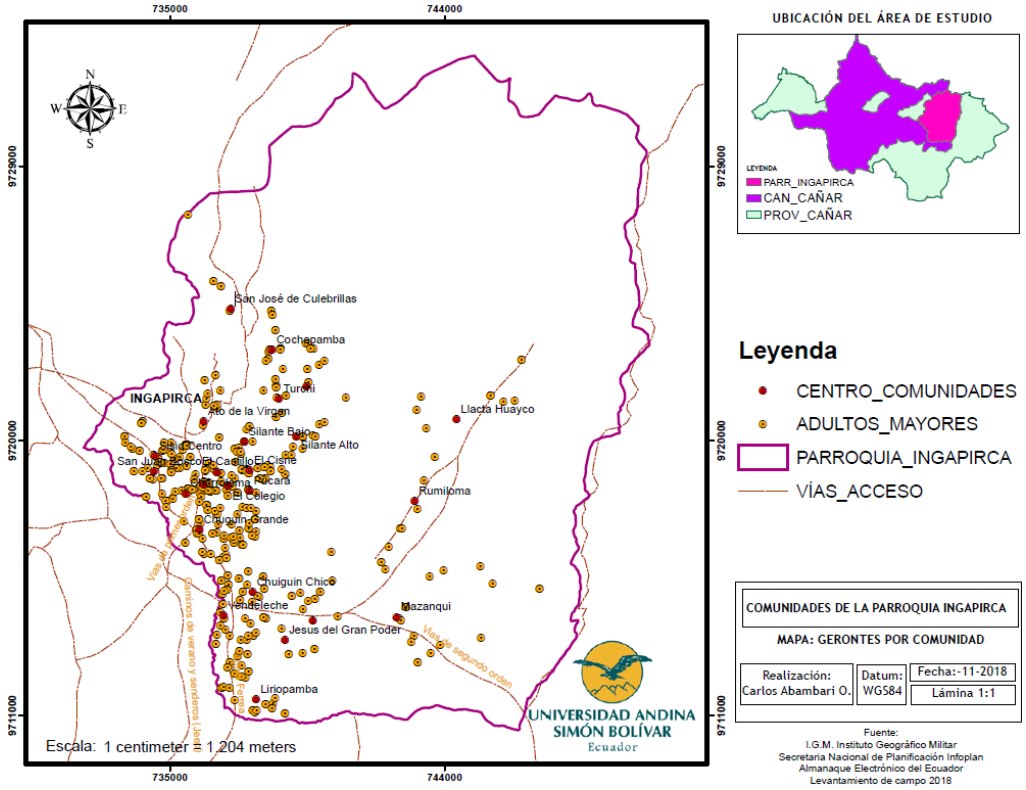
Evidentemente, conforme se ha establecido vías de acceso (carretera, camino, etc.) las comunidades se han ido asentando en los alrededores, sin embargo, como se puede revisar en el mapa, existe población geronte que no posee acceso a vías.

El mapa 12 en la sección de Anexos, indica la localización geográfica de los prestadores de salud en la Parroquia Ingapirca, se observa que existen 4 centros de salud

localizados en las comunidades de Sisid, Ingapirca, Hyarapungo y Chuguin Chico, además de 4 curanderos localizados en Sisid, Ingapirca, Ato la Virgen y Silante, es decir en comunidades del Norte de la Parroquia.

Mapa 5

Distribución de gerontes de la parroquia Ingapirca según comunidad



El mapa 6 indica el alcance geográfico de las unidades de salud que se encuentran disponibles en la parroquia. Llama la atención que, los centros de salud de Sisid e Ingapirca (1 kilómetro a la redonda) juntos abarcan poca población de gerontes, es decir se puede considerar que la ubicación geográfica de estos 2 centros de salud es equivocada, pues se hallan cercanos y excluyen a los demás gerontes, comunidades del Sur de la parroquia que se encuentran excluidos.

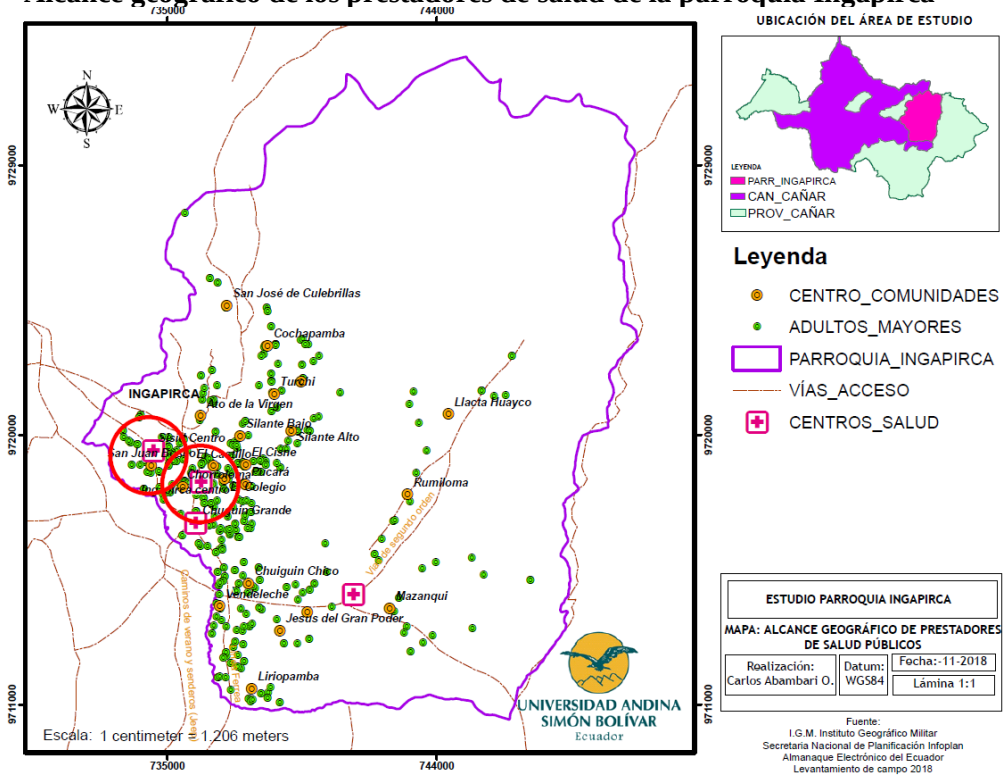
Geográficamente existen comunidades lejanas, un ejemplo de ello es Llacta Hyaco, cuyo centro de salud más cercano es el de Huayrapungo, sin embargo, este centro de salud pertenece al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) es decir no presta servicios de salud a la totalidad de gerontes, por otro lado, se considera un centro de salud inactivo, esto quiere decir que, para la comunidad, es percibido como menor si se lo compara con los centros de salud del Ministerio de Salud Pública.

El mapa 7 indica la distribución de gerontes según migración y etnia, se puede evidenciar que la migración es más frecuente en la población mestiza y en las regiones al

sur de la Parroquia, la migración en los indígenas se halla localizada en las comunidades aledañas al centro parroquial y a la comunidad de Sisid.

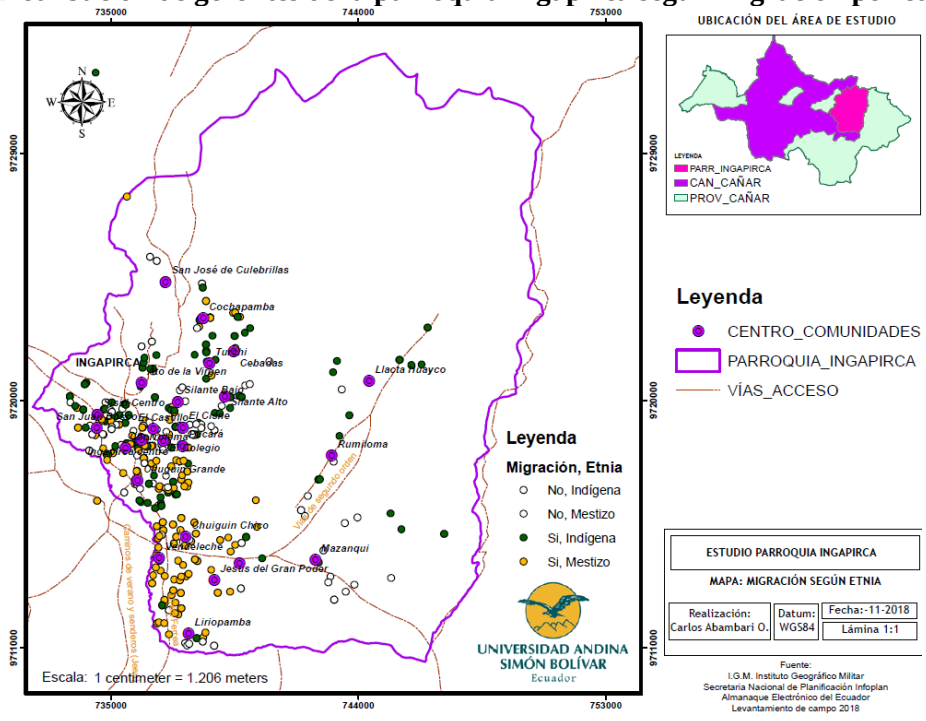
Mapa 6

Alcance geográfico de los prestadores de salud de la parroquia Ingapirca



Mapa 7

Distribución de gerontes de la parroquia Ingapirca según migración por etnia



La comunidad que más gerontes aportó al total fue Chuguin Grande con 68 gerontes, esto representó el 13,3% del total.

Tras conocer la realidad geográfica de la comunidad y los gerontes, a continuación, se detallan los resultados cualitativos de los grupos focales con líderes comunitarios, se ha estratificado por etnia pues los grupos focales fueron de esta manera.

Como conclusión se expone que los gerontes, geográficamente se hallan concentrados en 2 centros poblados: Ingapirca y Sisid.

Un componente adicional a este análisis es la vialidad, por lo general la parroquia posee vías de segundo y tercer orden con una limitada prestación de servicios público de transporte, la movilización se realiza por lo general mediante el alquiler de vehículos particulares o el uso de transporte privado como el transporte de leche que ingresa en las mañanas a las comunidades. Los costos de los alquileres son elevados, en último de los casos los colectivos optan por trasportarse caminando o en caballo.

3.2 Caracterización comunitaria de la parroquia Ingapirca en relación a los gerontes

El primer componente en ser evaluado hace referencia a las entrevistas realizadas a líderes comunitarios, tanto indígenas como mestizos, estas entrevistas incluyeron temas directos sobre los gerontes y su situación en la comunidad, los resultados se describen a continuación bajo una mirada comparativa por etnia.

Los cambios sociales siempre se desarrollan dentro de un marco de incertidumbre, en la parroquia Ingapirca en especial uno de los grandes detonantes fue el proceso migratorio intenso sufrido en las décadas de los 90 y 2000, con estas consideraciones en la siguiente tabla se exponen las percepciones de los líderes comunitarios sobre este proceso de cambio y la situación de los gerontes.

Ambos grupos consideran que existieron en los últimos años grandes cambios sociales en la parroquia Ingapirca, cambios marcados por la migración, situación que se menciona en ambos grupos de estudio. estos cambios fueron, en la mayoría de los casos, perjudiciales para las familias, para la salud y en definitiva para la sociedad. Es evidente la posición de los gerontes, la migración motivó cambios estructurales en la sociedad y fueron precisamente los gerontes los primeros llamados a hacer frente a esta desestructuración familiar, en algunos casos los gerontes pasaron a tomar el rol de jefes del hogar.

El geronte, a pesar que como se ha revisado en este trabajo de investigación no cumple los perfiles y roles asignados, desde la mirada positivista, a los pacientes de más de 65 años, éstos si limitan sus actividades conforme avanza la edad, por lo que los cambios suscitados en la sociedad les afectan con mayor fuerza ya que, en algunos casos no se encontraron preparados y tuvieron que acogerlos obligatoriamente: nuevas responsabilidades (responsables de las familias), económicas (administradores del capital), responsables de la educación de los nietos, responsables de la salud de sus familias. Estos cambios son percibidos como un escenario destructivo por la mayoría de los líderes comunitarios que evaluaron la situación de los gerontes, los componentes evaluados se analizan a continuación y se profundizan en el anexo 3.6

Los líderes comunitarios de ambas etnias consideraron que en sus comunidades se presentaron cambios importantes a lo largo de la historia, sociales y preferentemente económicos motivados por un proceso migratorio, en la concepción de los líderes comunitarios la época antes de la migración fue mejor, una de las diferencias sustanciales por etnia fue el abordaje de la dolarización: los mestizos no le atribuyen mayor importancia en los cambios sociales como lo hacen los indígenas.

Uno de los cambios que los líderes consideraron vitales fue en el tema de salud y educación, tanto los líderes indígenas y mestizos coinciden en que en los últimos años las prestaciones de salud han mejorado (atenciones, disponibilidad de médicos, acceso a medicamentos, etc.) a pesar de la accesibilidad, la calidad de estas prestaciones no es bien percibida por los líderes mestizos, a pesar de los avances en las prestaciones de salud en la comunidad la salud de los gerontes es percibida como mala o deteriorada. Igual percepción para los servicios de educación en la comunidad.

Laboralmente, los gerontes, a criterio de los líderes comunitarios siguen realizando actividades como la agricultura, ganadería y actividades menores en el hogar, actividades que se van limitando progresivamente conforme aumenta la edad, al igual que la participación en las decisiones comunitarias, sin embargo, en los gerontes mestizos se considera que existe una limitada exclusión de los gerontes por su edad, pero se mantiene cierto nivel de participación. En el caso de los indígenas se menciona que existe una auto exclusión de los gerontes de la toma de decisiones comunitarias.

Uno de los componentes analizados en este trabajo de investigación es la migración, en este marco, los líderes comunitarios expusieron que la migración en la mayoría de los casos provocó daños a las estructuras familiares y sociales con el único beneficio evidenciable: las remesas, que mejoraron su nivel económico.

En lo que respecta a las preguntas sobre si existe la percepción de diferenciación de los gerontes por etnia y sexo, se estableció que los líderes indígenas consideran que su etnia posee mejores antecedentes de cuidado, siendo la alimentación mejor en este grupo étnico. En lo que respecta a los líderes mestizos, poseen la percepción que existe un trato preferencial a los indígenas, fundamentado en el mal trato del que fue sujeto esta comunidad de indígenas en la época colonial y posterior a ella en la misma comunidad de Ingapirca, además algunos líderes consideran que se trata de una retribución por la discriminación que sufrieron los indígenas por parte de los mestizos.

La situación actual de los gerontes es considerada delicada por los líderes de ambas etnias, la salud de los gerontes está comprometida al igual que su situación social, recalcan en la exclusión social, aunque mencionan que por el dinero son aceptados incluso en las reuniones.

El discurso de los líderes comunitarios se basa en exponer que la comunidad ha cambiado en los últimos años grandes cambios, motivados por la migración, en la siguiente tabla se puede observar el contexto comunitario de la migración:

Tabla 6
Características comunitarias sobre migración

Característica		n=28	%=100
Existencia de migración a otros países	Si	27	96,4
	No	1	3,6
Países de migración	EEUU	27	96,4
	Otro	1	3,6
Migración nacional	Si	19	67,9
	No	9	32,1
Ciudades a las cuales se emigró	Cuenca	9	32
	Guayaquil	7	25
	Azogues	2	7,1
	Tambo	1	3,6
Familiar que migró	Hijo/a	23	82,1
	Conyugue	5	17,9

Fuente: Encuesta aplicada a líderes comunitarios, Ingapirca 2018.
Elaboración propia (2018)

La frecuencia de migración en las comunidades es elevada, únicamente un líder comunitario mencionó que no existe migración en su comunidad, esto resulta llamativo, pues la información que se dispone de parte del Ministerio de Salud Pública es que en el 100% de comunidades poseen migración, en casi la totalidad de la migración internacional es hacia los Estados Unidos de América (EE. UU) y en cuanto a la

migración dentro del mismo país hacia la ciudad de Cuenca, los hijos son los familiares que más migran.

El principal componente social que ha modificado las familias en la comunidad de Ingapirca es la migración, posee una alta frecuencia de presentación e involucra a la mayoría de las comunidades.

En los gerontes de la parroquia Ingapirca, según los líderes comunitarios entrevistados, los cambios estructurales de la sociedad han sido perjudiciales para esta población. Esto se expresa en modificaciones en su economía, por ejemplo, la dolarización del año 2000 es vista como perjudicial. El dinero que envían los migrantes no cumple con un objetivo más allá del de comprar prestaciones y bienes, sin embargo no mejora la calidad por ejemplo de la educación o de la salud, es decir el aumento de los ingresos económicos no mejora la educación (que es percibida como un cambio negativo) y en menor medida la salud (que ha mejorado en la compra de prestaciones, no estructuralmente).

A continuación, se exponen las características comunitarias sobre la migración y los gerontes:

Tabla 7

Características comunitarias de la migración y los gerontes

Ítem		n=28	%=100
Impacto de la migración sobre la salud	Desconoce	2	7,1
	Empeoró la salud	16	57,1
	Mejoró la salud	7	25,0
	Ningún impacto	3	10,7
Impacto de la migración sobre la enfermedad	Aumentado la enfermedad	20	71,4
	Desconoce	2	7,1
	Disminuido la enfermedad	4	14,3
	Ningún impacto	2	7,1
Consideración sobre la migración	Buena para la comunidad y los gerontes	11	39,3
	Indiferente	5	17,9
	Mala para la comunidad	10	35,7
	No opina	2	7,1
La migración trajo a su comunidad	Desarrollo	7	25,0
	Empeoramiento de la vida	17	60,7
	Más migración	4	14,3

Migración y la condición de los gerontes	Iguales condiciones de vida	2	7,1
	Mejoramiento en su condición	6	21,4
	Peores condiciones de vida	20	71,4
Consideración comunitaria de la vida de los gerontes	Buena	2	7,1
	Mala	16	57,1
	No opina	2	7,1
	Normal	8	28,6
En la comunidad, se piensa que la salud de los gerontes es	Buena	1	3,6
	Mala	10	35,7
	Regular	17	60,7
El idioma que más se habla en la comunidad	Ambos	6	21,4
	Español	17	60,7
	Kichwa	5	17,9
Disponibilidad de centros de atención de salud	No	23	82,1
	Si	5	17,9
	Total	28	100,0

Fuente: Formulario de recolección de la información.
Elaboración propia (2018)

La tabla anterior muestra la relación comunitaria tanto con la migración y los gerontes, principalmente describe que en la mayoría de los casos los líderes comunitarios mencionan que la migración ha tenido un impacto negativo en la salud de los gerontes, evidentemente también citan que las enfermedades han aumentado, esta relación negativa entre la migración también se traduce en la calidad de vida, la mayoría de líderes confirma que la migración empeoró la vida; en especial a los gerontes donde se encuentran en peores condiciones de vida. Con lo expuesto, queda demostrado que la influencia de la migración en la salud de los gerontes y en definitiva en la sociedad fue mala.

En lo que hace referencia a la salud, en las entrevistas con los líderes comunitarios se expone que la salud es deteriorada y complicada, la suma de enfermedades y la falta de cuidados son los principales indicadores, además en este punto se menciona una situación muy relevante: el apoyo comunitario.

Tabla 8
Características comunitarias de la migración y los gerontes (2)

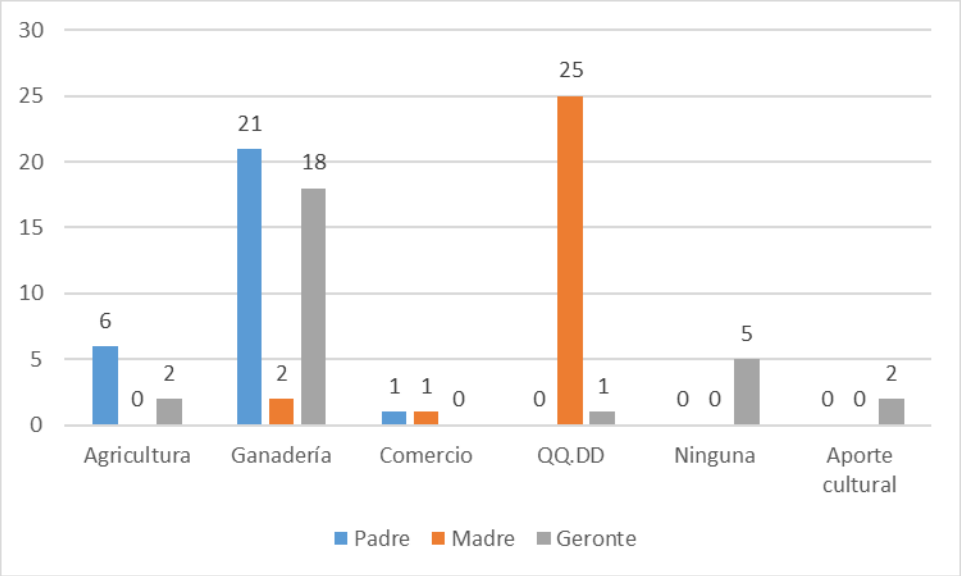
Ítem		n=28	%=100
Apoyo comunitario al cuidado de los gerontes	No	24	85,7
	Si	4	14,3
Apoyo comunitario a centros de salud	No	25	89,3
	Si	3	10,7
Preferencias de prestadores de salud	Ambas	5	17,9
	Privada	5	17,9
	Pública	18	64,3
Alternativas comunitarias de salud	No	24	85,7
	Si	4	14,3
Percepción de atención parcializada por etnia	No	19	67,9
	Si	9	32,1
Percepción de atención parcializada por sexo	No	16	57,1
	Si	12	42,9

Fuente: Formulario de recolección de la información.
Elaboración propia (2018)

A nivel comunitario, los líderes consideran que no existe el suficiente apoyo a los gerontes, tampoco a las instituciones que promocionan la salud como es el Ministerio de Salud Pública, considerando que este prestado4r de salud es el más usado por los gerontes; un 14,3% de las comunidades manifiestan poseer alternativas comunitarias de salud como es el curandero o shamán, por último, los líderes comunitarios consideran que existe cierta parcialización en la atención de salud hacia los gerontes, por etnia y por sexo siendo, respectivamente los mestizos y las mujeres las que mejor atención reciben en la mayoría de los casos.

En lo que hace referencia a las actividades de los gerontes, existe una disyuntiva, por un lado, se encuentra la premisa que los gerontes no cumplen con los roles establecidos dentro del encasillamiento de “adulto mayor”, es decir actividades tras el retiro laboral que en la mayoría de los casos son asociadas con el descanso, y por otro lado se halla la situación de los gerontes, que, como jefes de familia mantienen su actividades económicas y productivas; es así como se exponen a continuación las actividades de los jefes de hogar (en la mayoría gerontes).

Gráfico 2
Distribución de actividades laborales de los jefes de hogar en las comunidades de Ingapirca



Fuente: Formulario de recolección de la información.
Elaboración propia (2018)

El gráfico precedente muestra que en los padres de familia la principal actividad es la ganadería con el 75% de los casos, en las madres de familia son los quehaceres domésticos (QQ.DD) con 89,3% de las respuestas y la principal actividad de los gerontes fue la ganadería con el 64,3%.

Por lo tanto, las principales actividades económicas en las comunidades de Ingapirca son la agricultura y la ganadería.

El 33,3% de los gerontes de las comunidades indígenas y el 73,3% de las comunidades mestizas se dedican a la ganadería, la dedicación a la agricultura es mayor en las gerontes de las comunidades indígenas con un 22,2%. Existe una diferencia marcada por sexo en las actividades que se desarrollan en la comunidad, en el 89,28% de las comunidades las mujeres se dedican a los Quehaceres domésticos como primera actividad y el 28% de los líderes comunitarios refirió que los hombres se dedican a la ganadería.

Por último, la cohesión comunitaria es vital para que las poblaciones afronten cambios drásticos en su forma de vida, es así como en Ingapirca no se posee dicha cohesión como se esperaría de una parroquia que ha sufrido un proceso social como la migración, probablemente debido a que la propia migración y el ingreso económico de las familias produjo migración dentro de la misma comunidad con énfasis en la residencia en centros poblados grandes (Ingapirca y Sisid). Esto se respalda también en la necesidad

de movilización por el acceso a educación y salud de las familias, otra situación puede deberse al aislamiento propio de las familias que han sufrido cambios estructurales en su diario vivir motivados por una decisión personal del líder de la familia (geronte) que al estar al frente de una familia nuevamente limita sus alcances y extrema sus cuidados.

Tabla 9
Resultados de Cohesión Comunitaria en Ingapirca

Ítem		n=28	%=100
Involucramiento de la comunidad en la salud de los gerontes	No	22	78,6
	Si	6	21,4
Resultado del involucramiento de la comunidad en la salud	Empeora la salud	3	10,7
	Mejora la salud	6	21,4
	No opina	19	67,9
Unión de la comunidad por el involucramiento en la salud de los gerontes	No	21	75,0
	Si	7	25,0
Contribución de los gerontes para estrategias comunales de cuidado	No	22	78,6
	Si	6	21,4
Aporte de los gerontes en el desarrollo de la comunidad	Bueno	8	28,6
	Malo	12	42,9
	Regular	8	28,6

Fuente: Formulario de recolección de la información.
Elaboración propia (2018)

En la tabla precedente se observan los resultados de cohesión comunitaria: la comunidad no participa en el cuidado y la búsqueda de estrategias de salud de los gerontes, o lo hace en forma limitada, incluso el 42,9% de los líderes comunitarios consideraron que el aporte económico de los gerontes es malo.

3.3 Modos de vida de los gerontes en la Parroquia Ingapirca.

Para este análisis es primordial comprender, desde el propio geronte, su sentir y su percepción de la vida dentro de una comunidad.

3.3.1 Componentes de los modos de vida: Espacio de la producción

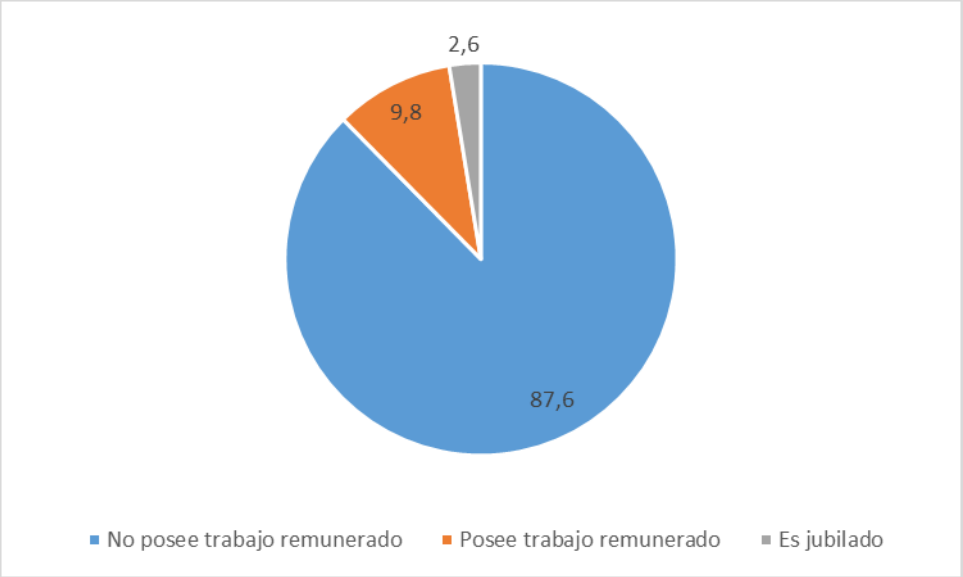
Este apartado revisa la estructura de la clase social y las condiciones de trabajo, patrones de trabajo que producen exposiciones o limitaciones a agentes malsanos y estructuran los modos de vida.

Para los componentes de los modos de vida, desde este punto en adelante se consideró una muestra de 153 gerontes, se consideró como universo los 511 gerontes localizados en los barridos realizados. La selección de los casos fue mediante muestreo

aleatorio simple, no se estratificó por comunidad por la homogeneidad de los grupos. Con el apoyo del programa Epidat 4.2 se seleccionaron los casos expuestos en anexos.

En lo que respecta a la ocupación de los gerontes, el gráfico expuesto muestra que, en la mayoría de los casos, en el 87,6% de los casos los gerontes no realizan un trabajo remunerado, el 9,8% si realiza este tipo de trabajo y la frecuencia de jubilación fue de 2,6%.

Gráfico 3
Tipo de trabajo que realizan los gerontes de la parroquia Ingapirca



Fuente: Encuestas realizadas a los gerontes.
Elaboración propia (2018)

El trabajo remunerado en los gerontes es un tema de análisis, al ser un sector completamente rural, se estimaría que el trabajo remunerado es poco accesible, al ser una comunidad ganadera y en menor medida dedicada a la agricultura, el trabajo remunerado se limitaría a estas actividades como jornales diarios; lo que evidentemente limita a los gerontes pues las actividades demandan esfuerzo físico.

Evidentemente en los gerontes la situación física es la que prevalece como criterio de falta de contratación.

Se puede observar en la tabla 10 que el geronte en el 46,4% de los casos es el responsable económico de la familia y es el encargado del mantenimiento de las necesidades familiares.

Es decir, los gerontes, a pesar de que en la mayoría de los casos no perciben un sueldo o remuneración por el trabajo, siguen siendo los propios responsables económicos de su familia, evidentemente esto se puede justificar por la cantidad de gerontes que viven solos, o a cargo de familias extensas como es el caso de las familias con migrantes; de

esta manera se expone también que en el 30,7% del total de familias de los gerontes dependen de un hijo y el 11,8% de una hija; es decir el 42,5% de las familias dependen económicamente de los hijos, que en la mayoría de los casos se encuentran fuera del país.

Tabla 10

Responsable económico de las familias de gerontes en la parroquia Ingapirca

Responsable económico	Frecuencia	Porcentaje
Hija	18	11,8
Hijo	47	30,7
Madre	4	2,6
Nieto	13	8,5
Padre (geronte)	71	46,4
Total	153	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a los gerontes.
Elaboración propia (2018)

El 42,5% de los responsables económicos se dedican a labores como obreros o trabajadores, esto es previsible, conociendo que existe migración y los hijos de los gerontes se dedican en otros países a tareas como la construcción es comprensible que la mayoría de los responsables sean obreros, por otro lado, el 24,2% de los gerontes refirieron que su ocupación se halla encasillada en la categoría “Otra”, que resultó corresponderse con la ocupación de agricultor o ganadero, coincidiendo con la dinámica productiva de la parroquia.

Tabla 11

Ocupación del responsable económico de la familia de gerontes de la parroquia Ingapirca

Ocupación del responsable económico	Frecuencia	Porcentaje
Obrero/trabajador	65	42,5
Otra	37	24,2
Propietario de negocio	15	9,8
Comerciante con negocio propio	11	7,2
Jubilado	8	5,2
Artesano	7	4,6
Profesional independiente	5	3,3
Profesional en el sector público	4	2,6
Ninguna	1	,7
Total	153	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a los gerontes.
Elaboración propia (2018).

Tabla 12
Propiedad del responsable económico de la familia

Propiedad del responsable económico	Frecuencia	Porcentaje
Animales de producción	41	26,8
Tierra	36	23,5
Mercadería	16	10,5
Sembradíos	16	10,5
Locales	12	7,8
Otra	12	7,8
Herramientas	11	7,2
Máquinas	9	5,9
Total	153	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a los gerontes.
Elaboración propia (2018)

El 26,8% de los gerontes o responsables económicos de la familia posee animales de producción (ganado bovino especialmente), y el 23,5% del total es dueño de la tierra, lo que evidencia las características productivas de la región: ganadería y agricultura, las demás propiedades hacen relación a las familias en las que los hijos/hijas son responsables económicos, inclusive en otro país.

En lo que hace referencia a la tarea principal que realizan los responsables económicos de la familia, el 71,2% refirió que realiza el trabajo, el 22,9% hace y dirige el trabajo, el 5,2% no realiza el trabajo sino lo financia y el 0,7%; estos resultados se encasillan en la dinámica productiva de la parroquia es decir ganadería y agricultura en la mayoría de los casos.

En la siguiente tabla se detalla las fuentes de ingreso de los responsables económicos de la familia del geronte, siguiendo la lógica de producción se estableció que el 60,1% de los ingresos económicos provienen de la venta de productos como es la leche y los alimentos producto de la tierra, el 17% de jornales probablemente por el tipo de trabajo que realizan los hijos/hijas de los gerontes en situación de migración.

El 85% de los responsables económicos de las familias de migrantes fueron de sexo masculino, el 15% femenino.

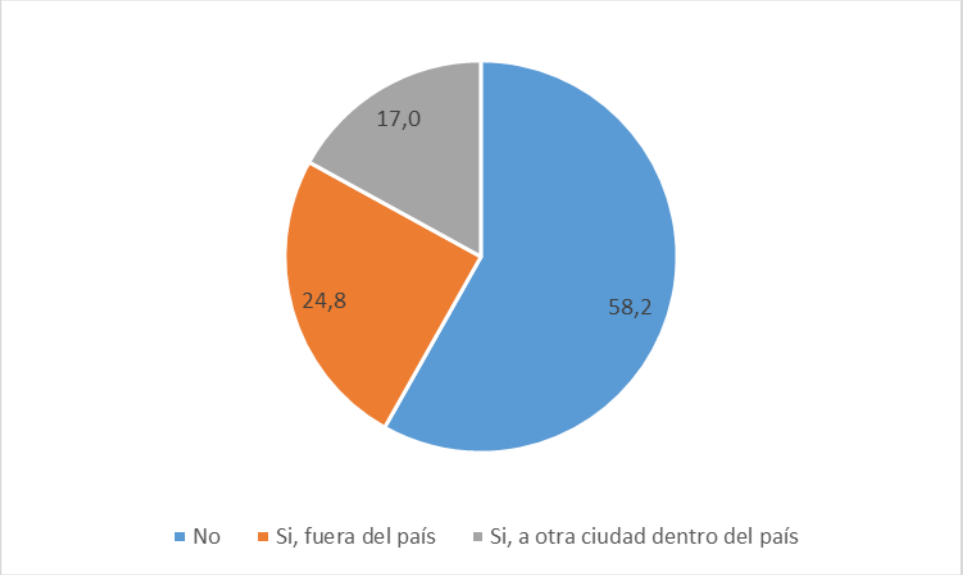
Tabla 13
Fuentes de ingreso del responsable económico de la familia del geronte

Fuentes de ingreso	Frecuencia	Porcentaje
Venta de insumos (leche, alimentos, etc.)	92	60,1
Jornal diario, quincenal, mensual	26	17,0
Honorarios por servicios	14	9,2
Jubilación	8	5,2
Sueldo	7	4,6
Alquiler de la propiedad	3	2,0
Bono de Desarrollo Humano	3	2,0
Total	153	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a los gerontes.
Elaboración propia (2018)

En lo que hace referencia a la situación de migración del responsable económico de la familia del geronte, el 58,2% de los responsables económicos de la familia no han migrado (en la mayoría de los casos porque son los mismo gerontes), existe un 24,8% de migración hacia otros países y 17% de migración a otras ciudades dentro del mismo país.

Gráfico 4
Situación de migración del responsable económico de la familia del geronte



Fuente: Encuestas realizadas a los gerontes.
Elaboración propia (2018)

La media de edad del responsable económico de la familia del geronte se ubicó en 57,09 años ±17,81 años; en lo que respecta a la etnia, el 54,2% fue de etnia indígena y el 45,8% de etnia mestiza.

En lo que respecta a la inserción de clase, la primera pregunta hacía referencia a la tenencia de los medios de producción y de la tierra, al respecto el 38,6% son dueños de la tierra y de los medios de producción. Es decir en la mayoría de los casos poseen la tierra y la producción que principalmente se trata de animales productores de leche y en pocos casos de carne, el 34% del total de gerontes son dueños de la tierra pero no dueños de los medios de producción, es decir en la mayoría de los casos sus tierras son usadas por otras personas, el 16,3% poseen los medios de producción pero no de la tierra, es decir, pueden arrendar la tierra o los pastizales para la producción de leche, principalmente; el 11,1% de los gerontes no poseen ni la tierra ni los medios de producción.

3.3.2 Componentes de los modos de vida: Espacios de consumo

Este apartado revisa la calidad y satisfacción con los bienes de consumo. Se investigan las necesidades que los gerontes poseen para su diario vivir.

Uno de los componentes analizados fue la vivienda de los gerontes, la misma que presentó las siguientes características.

Tabla 14
Características de la vivienda de los gerontes de la parroquia Ingapirca

Característica		n=153	%=100
Número de cuartos	Un cuarto	9	5,9
	2 a 3 cuartos	108	70,6
	Más de 3 cuartos	36	23,5
Techo de la vivienda	Zinc	76	49,7
	Eternit	66	43,1
	Teja/Losa	9	5,9
	Paja	2	1,3
Paredes	Bloque	120	78,4
	Ladrillo	28	18,3
	Adobe	5	3,3

Fuente: Encuestas realizadas a los gerontes.
Elaboración propia (2018)

Las características de la vivienda son variadas en los gerontes, pero responden de manera general a las necesidades de las familias bajo un contexto ambiental, es decir las viviendas son construidas con base a la necesidad de proporcionar protección frente al clima frío de Ingapirca, por lo que mayoritariamente poseen de 2 a 3 cuartos conforme la familia del geronte, techo de Zinc por lo económico de este componente, paredes de

bloque también por una necesidad económica y el piso de cemento probablemente por las mismas razones económicas anteriormente citadas.

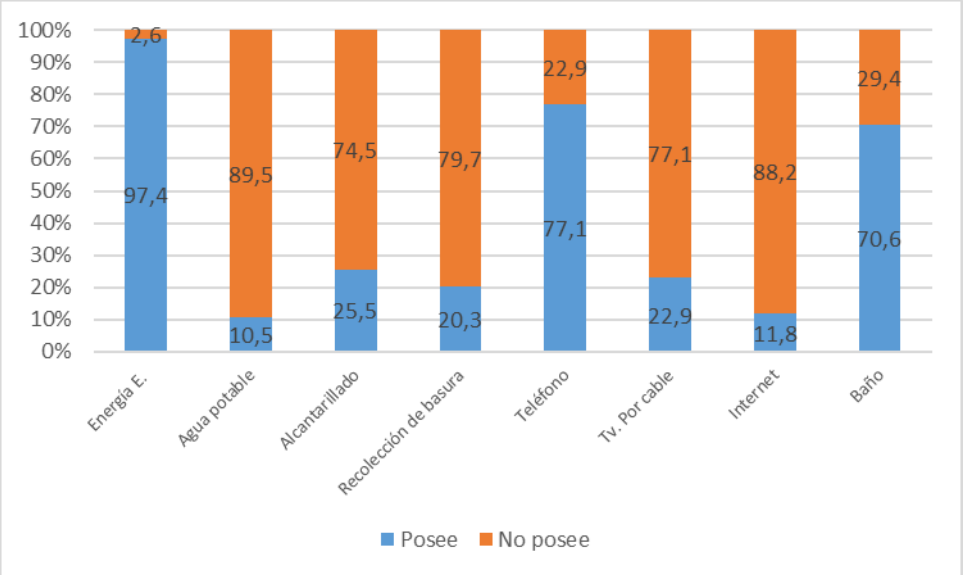
Es decir, los gerontes poseen en la mayoría de los casos viviendas funcionales y acordes a la economía reducida, prefieren materiales baratos pero funcionales y no se apegan mayoritariamente a un criterio de lujo.

En lo que respecta a la disponibilidad de servicios básicos se encontró que el más frecuente fue la energía eléctrica con el 97,4% y el de menor acceso por parte de los gerontes fue agua potable con el 10,5% por debajo incluso del acceso a internet que se presentó en un 11,8%.

El 10,5% de los gerontes poseen acceso a agua potable, según los datos del GAD parroquial, el 28,12% del total de hogares en la parroquia posee acceso a agua de una red pública, evidentemente las viviendas de los gerontes sufren una exclusión (causas indeterminadas) de este servicio.

Gráfico 5

Disponibilidad de servicios básicos en domicilios de gerontes de la parroquia Ingapirca



Fuente: Encuestas realizadas a los gerontes.
Elaboración propia (2018)

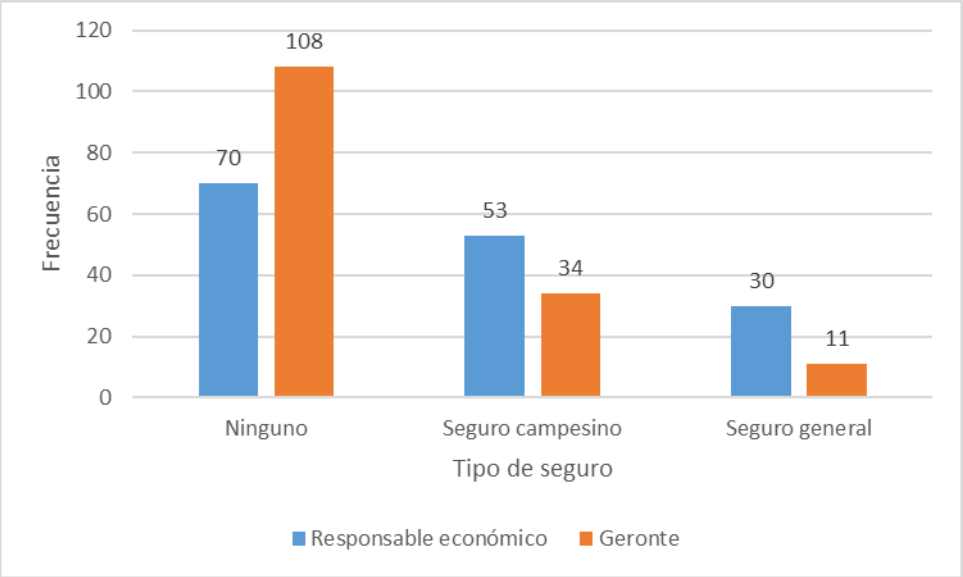
Existe una diferencia notable en lo que se refiere al alcantarillado, según los datos que poseen las autoridades de la parroquia, alcanza un 9,07% sin embargo en este estudio se determinó que es del 20,3%; probablemente la variación se deba a que los datos que maneja el GAD parroquia son del Censo Nacional del año 2010, es decir 8 años atrás; igual situación se presenta con la recolección de basura.

No se posee un antecedente claro del uso o accesibilidad a internet y televisión por cable, en virtud de la limitación geográfica se estimaría debe ser baja, sin embargo, en los gerontes estos servicios al parecer son poco accesibles o a su vez no genera el mismo interés.

Otra necesidad que se menciona en este punto es la accesibilidad a los servicios de seguridad social que se halla ligada a las actividades que realizan, en el caso de los gerontes se ajustan a la realidad local: seguro campesino (22,2%) basado en una respuesta comunitaria de afiliación y el seguro general (7,1%) basado en el aseguramiento voluntario y las actividades como jornaleros.

En lo que respecta a la seguridad social de los responsables económicos y los gerontes, se nota que en la mayoría de los casos los responsables y los gerontes no poseen un seguro lo que condicionaría el acceso a prestaciones de salud y a una jubilación; el 70,6% de los gerontes y el 45,8% de los responsables económicos no poseen ningún tipo de seguro.

Gráfico 6
Disponibilidad de seguridad social de los responsables económicos y gerontes



Fuente: Encuestas realizadas a los gerontes.
Elaboración propia (2018)

3.3.3 Componentes de los modos de vida: Organización social

Tras haber analizado el componente social y comunitario en los apartados anteriores, en este apartado se analiza la situación familiar de los gerontes.

En lo que respecta a las características familiares de los gerontes, se encontró que la familia nuclear fue la más frecuente con el 39,9% del total, seguido de la familia

monoparental y la extensa o extendida; en lo que respecta a la situación actual del geronte el 32,7% del total vive solo.

Tabla 15
Características familiares del geronte

Característica		n=153	%=100
Tipo de familia	Extensa	39	25,5
	Monoparental	53	34,6
	Nuclear	61	39,9
Situación del geronte	Vive solo	50	32,7
	No vive solo	103	67,3

Fuente: Encuestas realizadas a los gerontes.
Elaboración propia (2018)

Se evidencia que a pesar de poseer cierta edad los gerontes en la comunidad de Ingapirca poseen familias nucleares, es decir reside aun con un familiar directo; llama la atención pues por lo general a esa edad los hijos crean sus propias familias y abandonan al geronte. Para respaldar los resultados de este estudio se cita a Rincón, quien en su estudio encontró que el 26,6% de los gerontes poseen familias padres e hijos sin la presencia de otros familiares (Rincón 2008, 81).

Otra fuente de datos: Encuesta a líderes comunitarios, expuso la siguiente información sobre las familias de los gerontes: en las comunidades la media de familias que poseen gerontes es de 21,39 ± 18,78 familias.

Tabla 16
Resultado de la evaluación con la herramienta APGAR familiar a los gerontes de la parroquia Ingapirca

Resultado de APGAR familiar	Frecuencia	Porcentaje
Disfunción leve	72	47,1
Funcional	42	27,5
Disfunción moderada	24	15,7
Disfunción severa	15	9,8
Total	153	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a los gerontes.
Elaboración propia (2018)

Tras la evaluación de la funcionalidad familiar, se detectó que la disfuncionalidad alcanzó un 72,5% es decir 1 de cada 3 gerontes posee un ambiente familiar no funcional, distribuido de la siguiente manera: disfuncionalidad leve 47,1%; Disfuncionalidad moderada 27,5% y Disfuncionalidad severa 9,8%.

El 27,5% del total de gerontes viven en un ambiente familiar adecuado que les permite expresarse y sentirse apoyados.

Al respecto, se debe mencionar que la familia de los gerontes como sistema cumple una importante función, no solo en el proceso que origina la enfermedad sino en el proceso completo de salud-enfermedad, dependiendo de que si la familia es funcional o disfuncional lo que involucra el disponer o no de soporte social por parte de geronte (Zabala y Domínguez 2010, 42).

3.3.4 Cultura e identidad

En este apartado se analizan las percepciones de los gerontes sobre el ser y sentir en una comunidad, con más de 65 años y sobre la situación de salud (autopercepción).

3.3.4.1 Percepción sobre el ser y sentir en una comunidad, con más de 65 años.

Para el cumplimiento de este objetivo se realizaron encuestas a los gerontes, la selección de los casos a entrevistar, se realizó mediante sorteo aleatorio partiendo del listado de 511 gerontes identificados inicialmente en el componente socio-histórico, se trabajó con 15 gerontes de etnia indígena y 15 de etnia mestiza, se otorgó prioridad a esta categoría por la importancia evidenciada en resultados anteriores, el género no reportó diferencias significativas y el 100% de los gerontes entrevistados habían tenido experiencias de migración, por lo que la segmentación de análisis usa la categoría etnia como componente principal.

La media de edad de los gerontes entrevistados fue de 73,7 años ± 5,1 correspondiendo en la mayoría de los casos al sexo masculino con el 66,7% y el sexo femenino el 33,3%; en lo que respecta al estado civil el 86,7% fueron casados/as, el 10% Viudo/a y el 3,3% Soltero; el 63,3% de los entrevistados no tenían una instrucción formal, el 33,3% terminaron la primaria y el 3,3% la secundaria.

La media de tiempo que los gerontes residían en sus comunidades fue de 69,13 años ± 15,28 y, por último, el 93,3% de la población residía en las comunidades más de 30 años.

Los resultados se presentan a continuación:

Tabla 17

Análisis comparativo por etnia de la percepción de gerontes del ser y sentir dentro de la comunidad a la edad de más de 65 años

Premisa	Indígenas	Mestizos
Sentimiento de los gerontes al vivir en la comunidad.	El grupo de gerontes indígenas, prevaleció las respuestas positivas que las relacionan de manera directa con el mantenimiento de su trabajo en el campo: *"Así andamos así trabajando en la agricultura así trabajando vivimos bien aquí"* La soledad y el abandono de los familiares fue el principal componente de los gerontes que se sienten mal en su comunidad: *"Por mi parte siento muy triste, porque estoy solito no tengo hijos para decir la verdad"* En lo que respecta a salud, la mayoría de los gerontes acusa dolencias, pero al parecer, estas dolencias son menores y se sobrellevan por estar en su casa, en su comunidad donde nacieron y realizan sus actividades diarias.	Los gerontes mestizos poseen una buena relación con la comunidad, su sentir de ser y estar en la comunidad como personas de 65 años y más es bueno: "Ósea, en el campo, del campo social yo soy una persona participativa me llevo con toda clase social, he vivido aquí sobre estos tantos años, claro soy un trabajador eventual que he trabajo de un lado a otro, pero siempre he llegado acá porque aquí tengo mi hogar formado con mi señora, tengo cinco hijos, dos varones y tres mujeres." A diferencia de los indígenas, su relación con la comunidad posee más impacto la situación de salud y en similitud con los indígenas se basa en un criterio de reducción del trabajo por la edad y por las afectaciones a la salud. "Bueno realmente, actualmente vivo en la comunidad me siento porque soy nacido aquí mimo, me siento felicidad porque soy de aquí mimo, ya nada más."
La edad como limitante para las actividades de la vida diaria.	Las principales preocupaciones de los gerontes giran alrededor del trabajo, se basan en la pérdida progresiva de capacidad de trabajo: *"Pero bueno ya hasta esta vejez ya me queda el trabajo para atrás ya no puedo hacer mucha fuerza ya no puedo amarcar carga ya no puedo hacer, no ya de 72 años que estoy entrando para 3 ya es menos la fuerza."*	Los gerontes mestizos se concentran en situaciones como la limitación de los derechos por la edad: "… personalmente me siento en condiciones que, si puede hacer, pero ante las leyes estatales ya no se puede hacer ya está uno no se cohíbe, sino que le limitan." "Le limitan a uno" "Si esa es una limitante, las leyes"

	Se evidencia también que, desde esta perspectiva, los gerontes refieren problemas en las articulaciones como consecuencia de la edad.	En menor medida se concentran en describir las limitaciones laborales, y algunos de los gerontes mencionan que no presentan limitaciones por la edad. A diferencia de los gerontes indígenas donde existe mayor percepción de afectación y limitación por la edad.
Formas de limitaciones por la edad	Los gerontes indígenas mencionaron la afectación a la salud como condicionante para las limitaciones principalmente en el trabajo diario, dentro de las afectaciones se incluyen las físicas, pero se introducen las psicológicas, mencionan tristeza. *"Tengo dificultades porque ya no puedo trabajar, ya los sentidos, los órganos de los sentidos también ya va fallando, el oído ya no oye, la vista lo mismo, la dentadura lo mismo entonces yo vengo a sentir una tristeza… "* Se introduce muy frecuentemente el término "falta de fuerza" para trabajar, que hace referencia a su trabajo en el campo principalmente.	Se hace bastante referencia, al igual que en el grupo de gerontes indígenas, en que la principal limitación es la "falta de fuerza" para la realización de actividades laborales, acusan principalmente a la edad y a la mala alimentación actual. "Porque desde la operación ya siento medio mal, no puedo hacer mucha fuerza, como dice que tiene que trabajar poco menos, eso sí estoy cumpliendo, bueno poco si trabajo, pero no mucho como antes, más antes trabaja duro" "Bueno cuestión de comida, por ejemplo antes sabíamos comer haciendo chapo con machiquita, dos platos fuera de eso sabíamos comer cocinaditos oquitas, mashuitas, papitas, melloquitos"
La comunidad y el trato a los gerontes	La percepción de los gerontes al respecto de la comunidad es buena, positiva. Se basa en criterios de amabilidad de la comunidad hacia ellos, en algunos casos son considerados líderes comunitarios y les limitan el trabajo, con consideración por su edad. *"Bueno de tratar si me tratan, pero a mí me dicen que ya soy anciano ya no puede trabajar, ya no me hacen trabajar en la comuna, ya no me hacen trabajar en el canal de riego, ya no me hacen trabajar en agua potable, ya no me hacen*	Todos los entrevistados coincidieron en mencionar que la relación con la comunidad es buena, sin embargo, el apoyo que reciben de la misma es poco o nulo, no son considerados dentro de la estructura administrativa ni para la toma de decisiones, pero si deben participar en acciones que demandan trabajo como las mingas: "Igual que siempre todo un tiempo, cuando toca trabajar este en mingas de agua potable, de electrificación, de carreteras, cualquiera cosa de canales de agua de riego siempre soy una persona

	trabajar porque yo tengo mis papeles de la tercera edad entonces ya no puedo trabajar." Se insiste en la palabra: Respeto, por parte de la comunidad hacia los gerontes.	participativa y me toman en cuanta y hago el mismo trabajo que hace cualesquiera" "Uno hay que trabajar mismo todavía no considera nada de tercera edad, ósea sigue trabajando"
La familia y el trato a los gerontes	Los gerontes citaron que de parte de la familia sienten el apoyo, los hijos son cariñosos y en algunos casos los visitan frecuentemente, se mantienen el respeto y además como se dispone de migración los gerontes se benefician del envío de dinero: "Por eso mi familia si me trata los tres hijos que tengo aquí, entonces si me tratan bien, sino que no ayudan en el quehacer del hogar, eso no más, el otro día hice reunión con mis tres hijas de ahí mis cuatro hijos están allá en Estados Unidos esos ca si me tratan bien dios le pague si me mandan ropita, como fui también allá, me llevaron a Estados Unidos ahora también están queriendo llevar otra vez, ósea ellos si me tratan bien." "si tratan, una hijita Dios le page tiene tierra por Bucay traen alguna cosita, platanito algún, papayita, así cualquier cosita trae" El componente familiar en los gerontes indígenas parece ser fuerte.	Se nota que la familia de los gerontes los apoya, pero no en la misma magnitud que en el grupo de gerontes indígenas. "Familia de repente viene para visitar como está diciendo." "Mi familia si me trata bien, pero a veces se enojan por la enfermedad." Se nota una buena relación familiar de los gerontes, se resalta que los gerontes son respetados y la familia se preocupa por su salud. El componente familiar es importante, pero queda la premisa que no es tan fuerte como en el grupo de gerontes indígenas.

Fuente: Entrevistas realizadas a gerontes indígenas y mestizos, Reporte de citas asociadas a códigos de la entrevista
Elaboración propia (2018)

Tras la revisión de los resultados, se evidencia que los gerontes tanto indígenas como mestizos poseen una buena articulación con la comunidad, en este sentido es importante mencionar que los gerontes, por su amplia trayectoria en la comunidad pasan a formar parte importante de la misma. Los gerontes indígenas poseen mayor participación social que los gerontes mestizos.

La situación laboral, es muy importante en el sentirse y estar en la comunidad; pues refieren que abandonaron su trabajo por las dolencias físicas. Es evidente que el dejar el trabajo es una situación dura para los gerontes, sin embargo, en esta comunidad no se deja el trabajo al 100%, los gerontes aún mantienen sus actividades, aunque en menor frecuencia, incluso algunos viven de su producción, como se revisó en el componente macro, se dedican principalmente a la ganadería y en menor medida a la siembra de hortalizas.

Las principales preocupaciones de los gerontes se presentan en dos campos: salud y limitaciones laborales. Estas dos situaciones están directamente relacionadas pues una afectación en la salud puede conducir al abandono de actividades. Los problemas de salud identificados, se centran en los órganos de los sentidos y en el sistema músculo esquelético, además de enfermedades como depresión y ansiedad.

A pesar que las relaciones de la comunidad con el geronte son excelentes o buenas, se nota que la población indígena posee mayor apego a la comunidad, por ejemplo, en la parte política los indígenas aún mantienen a los gerontes como líderes, situación poco vista en la población mestiza. Otra situación fuerte en los indígenas es el respeto hacia los gerontes, situación que tampoco se presenta en los mestizos.

En lo que respecta a la familia, los gerontes indígenas poseen mayor apego y mejores condiciones dentro de la familia en comparación con los mestizos, en ambos casos es buena la relación y la integración del geronte a la familia, se mantiene el respeto y el cariño.

Es clara la diferencia entre las 2 etnias, sin embargo, el autor considera que específicamente en la Parroquia Sisid existe una mezcla cultural exhaustiva, en virtud de una inicial polarización entre etnias en la antigüedad (Sisid preferentemente indígena e Ingapirca más mestiza), con el pasar de los años se han ido agrupando familias y conglomerados de tal manera que, si bien es cierto aún persisten pequeños poblados netamente de una etnia, en la mayoría de los casos se convive a diario ya sea en la familia o en la comunidad con las 2 etnias.

Reconforta, en cierta medida, conocer que, los gerontes encuestados refieren buenas relaciones en cierta medida con la comunidad y con la familia, esto es un factor protector fuerte, estos resultados se suman a los encontrados en el contexto general, donde la comunidad en cierta medida apoyaba a los gerontes.

3.4 Auto percepción sobre la situación de salud de los gerontes

Para el cumplimiento de este objetivo se entrevistaron a 30 gerontes seleccionados al azar, la entrevista constó de 12 preguntas. Se consideró la primera respuesta como la válida, por lo general éstas fueron cortas; algunos entrevistados no respondieron la totalidad de las preguntas, por decisión propia. El análisis, al igual que en apartado anterior se basó en una comparación entre etnias, ya que se consideró que esta categoría es la que mayormente afecta las relaciones en la comunidad (Ver anexo 3.8).

Percepción de salud: los gerontes indígenas basan su percepción de salud en "estar bien" sin poner todo el énfasis en la ausencia de dolor sino de manera integral una sensación de armonía, incluye obviamente su adecuada relación con la comunidad, por otro lado, los mestizos poseen una percepción similar, pero la asocian también con la religión y estados de ánimo como la alegría.

Percepción de enfermedad: el dolor es el componente principal en ambas etnias, la enfermedad se percibe como dolor físico y psicológico en términos de tristeza.

Percepción de la situación general de salud: ambas etnias de gerontes perciben su salud como mala, atribuyen a la edad y al envejecimiento que causa dolor físico en especial en el sistema músculo esquelético, pero también mayo frecuencia de tristeza.

La etnia y la salud: los gerontes consideran que la etnia no es un condicionante para la salud, pero resaltan que los indígenas poseen mayores cualidades para hacer frente a las enfermedades como la alimentación saludable.

El sexo de los gerontes y la salud: existe una diferencia entre las etnias al respecto de este tema: los indígenas consideran que las mujeres poseen mayor tendencia a afectaciones de su salud por la mayor carga de trabajo en el hogar y en el campo y proceso biológicos propios como la menopausia; una mínima cantidad de gerontes mestizos comparten esta percepción, ellos consideran en la mayoría de los casos que hombres y mujeres se enferman por igual.

Percepción del geronte en torno a la preocupación de la comunidad hacia la salud: los gerontes mestizos perciben que la comunidad les apoya parcialmente, con acciones relacionadas con visitas domiciliarias, disminución del trabajo comunitario que realizan,

etc. Los gerontes mestizos exponen que en la mayoría de los casos no existe una preocupación como comunidad hacia el estado de salud de los gerontes.

Percepción del geronte en torno a la preocupación de la familia hacia la salud: los gerontes indígenas manifestaron mayor apoyo por parte de sus familiares en comparación con los gerontes mestizos, este apoyo de basa en prestaciones de salud ya sea tradicionales u occidentales y en la preocupación ante una enfermedad.

Influencia de la migración en la salud de los gerontes: ambos grupos de gerontes perciben la migración como mala para su salud, en especial con afectación en la esfera psicológica donde el sufrimiento es la principal manifestación, es decir la migración tuvo un impacto negativo en la salud.

Clase social y situación de salud de los gerontes: la mayoría de los gerontes indígenas consideraron que el poseer dinero por lo general no garantiza la salud, a pesar que proporciona mayor acceso a medicina y prestaciones. También perciben a la pobreza como generador de mayor frecuencia de enfermedades.

Actitudes para mejorar la salud de los gerontes: los gerontes consideran que se puede siempre realizar acciones para mejorar su salud, ambos grupos se centran en exponer a la recreación y la buena alimentación como fundamentales para mantenerse saludables, además perciben que un acceso a la salud ya sea tradicional u occidental también mejoraría su estado, los indígenas ponen mayor énfasis en la medicina tradicional.

3.5 Salud individual

Tras revisar los componentes sociales, familiares y comunitarios se estableció la necesidad de revisar la situación de salud individual, como componente de la relación individuo-colectividad, un proceso llamado "embodiment"[2] (Breilh 2013b).

Inicialmente se realizó la historia de salud individual, la misma no pretendió reemplazar a la historia clínica del geronte en los sistemas de salud, sino de manera directa indagar sobre los resultados de todos los componentes anteriormente citados en el geronte, se trabajó mediante el uso de sistemas afectados.

El 0,7% de los gerontes refirieron poseer alergia y el 100% de estos casos fue hacia algún tipo de colorantes, únicamente el 2% de los gerontes refirió no tener molestias al momento de la evaluación, el 98% y las principales molestias fueron las siguientes:

[2] El término embodiment según Breilh *"hacer relación a los caminos en que se da la encarnación de las exposiciones y vulnerabilidades socialmente generadas en los organismos"*

Tabla 18

Molestias más frecuentes expuestas por los gerontes de la parroquia Ingapirca

Tipo de molestia actual*	Frecuencia	Porcentaje
Hipoacusia	31	20,3
Dolor	21	13,7
Dificultad al caminar	17	11,1
Visión borrosa	15	9,8
Artralgia	13	8,5
Dolor abdominal	12	7,8
Cefalea	8	5,2
Conjuntivitis	7	4,6
Mialgia	5	3,3
Vómito	5	3,3
Manchas en la cara	4	2,6
Astenia	3	2,0
Náusea	3	2,0
Ninguno	3	2,0
Dolor lumbar	2	1,3
Anorexia	1	,7
Dolor articular	1	,7
Dolor en brazos	1	,7
Tos con flema	1	,7
Total	153	100,0

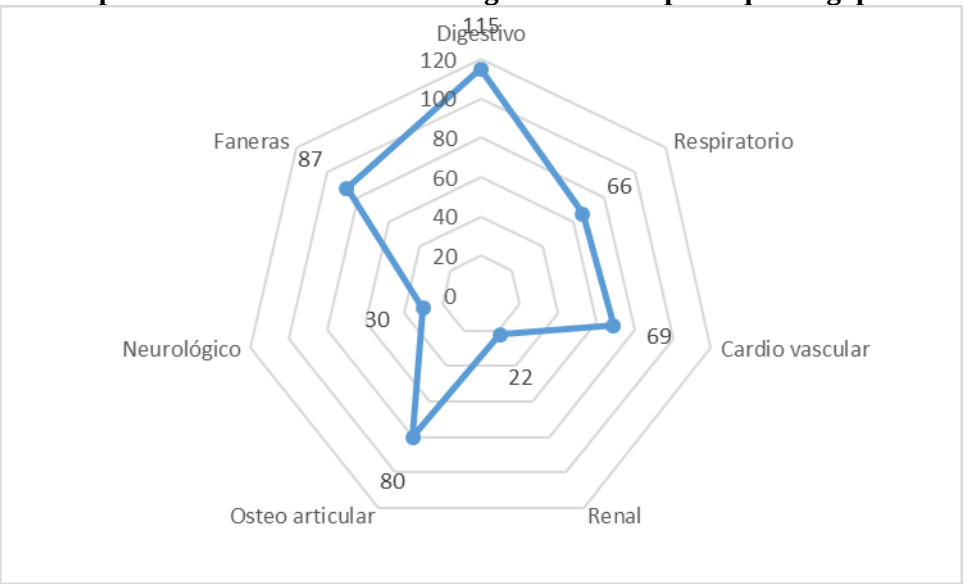
*Se analiza el tipo principal de molestia actual expuesta por el geronte.
Fuente: Encuestas realizadas a los gerontes
Elaboración propia (2018)

La mayor molestia de lo gerontes hace referencia a un síntoma que es la hipoacusia con el 20,3% del total, evidentemente esto se relaciona las dificultades para el relacionamiento con otras personas pues es muy importante el sentido de la audición en los gerontes, evidentemente esta es una percepción pues no se logró determinar (por falta de equipamiento) el diagnóstico de hipoacusia y su nivel.

Con base en la revisión clínica-histórica de los gerontes, el principal sistema afectado fue el digestivo con el 75,2% del total de gerontes con síntomas de este sistema, en segundo lugar, se encuentran las faneras[3] y la piel con el 56,9% del total y en tercer lugar el sistema osteo articular con el 52,3%.

[3] Las faneras hacen referencia a estructuras complementarias a la piel que incluyen pelo, glándulas y uñas. Estas estructuras proceden de los mismos componentes embrionarios que la piel.

Gráfico 7
Principales sistemas afectados en los gerontes de la parroquia Ingapirca



Fuente: Encuestas realizadas a los gerontes
Elaboración propia (2018)

Por etnia, se estableció que los indígenas en comparación con los mestizos presentaron mayor afectación del sistema digestivo 54,8%; sistema respiratorio 62,1%; sistema cardiovascular 66,7% y el sistema renal 81,8%. Mientras que los mestizos en comparación con los indígenas presentaron mayor afectación del sistema neurológico 56,7% y de las faneras con el 50,6%; en lo que respecta al sistema osteoarticular la frecuencia de afectación es igual con el 50% para cada grupo étnico.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) al analizar los sistemas afectados por etnia en los siguientes sistemas: respiratorio, cardiovascular y renal. Se deriva de este análisis que los gerontes indígenas presentaron mayor afectación a la salud en la mayoría de los sistemas evaluados, probablemente relacionado con su mayor carga laboral por las actividades que realizan: preferentemente agricultura y ganadería.

La afectación principalmente del sistema gastro intestinal en los gerontes se puede relacionar, en este estudio, con situaciones como la baja accesibilidad a agua segura, bajo acceso a alcantarillado y adecuada eliminación de excretas lo que condiciona una situación por ejemplo de parasitismo, inflamación de la mucosa gástrica entre otras, esto va en relación con los síntomas más frecuentemente expuestos por los gerontes.

En la siguiente tabla se detallan los diagnósticos establecidos o síntomas más frecuentes citados por los gerontes, en lo que respecta al sistema más afectado, el gastro intestinal, el dolor abdominal fue el síntoma más frecuente con el 28,8% lo que involucra

un proceso inflamatorio, el segundo síntoma fue la epigastralgia y el tercero la colitis, procesos inflamatorios relacionados con el agua y la infestación de bacterias como *Escherichia coli*, entre otras.

Tabla 19
Principales diagnósticos expuestos por los gerontes de Ingapirca en lo referente a la afectación gastro intestinal

Principales diagnósticos	Frecuencia	Porcentaje
Dolor abdominal	44	28,8
Ninguna	37	24,2
Epigastralgia	21	13,7
Colitis	18	11,8
Náusea	17	11,1
Gastritis	13	8,5
Disfagia	3	2,0
Total	153	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a los gerontes
Elaboración propia (2018)

En lo que hace referencia a la piel y faneras, el principal diagnóstico fue la dermatitis con el 32,7%, seguido de la queratosis actínica con el 32,7%; tiña corporal con el 18,3%; esto evidencia que en medida de los cuidados de los gerontes se van presentando patologías en la piel, específicamente de relacionan con la exposición al medio ambiente por las labores que realizan (ganadería y agricultura).

En lo referente al sistema osteo articular la artropatía fue el síntoma más referido con el 25,5% lo que evidentemente condiciona la movilidad, de esta manera de exponer que el 20,9% de los gerontes relacionan como mialgia su segunda mayor afectación en este sistema, la tercera molestia de los gerontes fue la lumbalgia con el 5,9% del total.

Los otros sistemas presentaron en menor frecuencia signos y síntomas, sin embargo, se considera que con los 3 sistemas afectados se cubre gran parte de la historia de salud individual de los gerontes.

3.6 Análisis de procesos protectores y destructivos para la salud de los gerontes en la parroquia Ingapirca

Para poder comprender de mejor manera los proceso protectores y destructivos de la salud en la parroquia Ingapirca, se realizó un análisis cualitativo de este componente. No se consideraron variables ni categorías pre establecidas bajo un modelo lineal, sino que a medida que el trabajo se desarrollaba se establecían los procesos protectores y destructivos en una construcción colectiva.

La selección de los participantes a los grupos focales respondió a una invitación realizada a los gerontes de las comunidades, tras dicha invitación se trabajó con los que manifestaron su deseo de participar en el grupo focal.

A continuación, se muestran los resultados de 2 grupos focales realizados a gerontes de la parroquia Ingapirca, posteriormente, en este mismo apartado, se analizará completamente los procesos antes señalados.

Los resultados se esquematizan en redes, conforme a los dominios de la epidemiologia crítica y la Determinación Social de la salud.

En lo que respecta a los procesos destructivos, se evidenció que existe una dinámica productiva a nivel parroquial motivada por la migración o por las propias características del territorio, esto se define como una concentración comercial y productiva en la producción ganadera y la agricultura; lo que, por las propias características de los gerontes, esto limita a los gerontes por sus propias deficiencias físicas al acceso a un capital de trabajo y económico, limitando en cierta medida la garantía a la salud.

La migración es citada nuevamente como un proceso destructivo, se asocia a un cambio social de la cultura pues se adoptan nuevas opciones como es el caso de alimentos procesados, las nuevas generaciones no mantienen el mismo nivel de respeto por los gerontes lo que conlleva un riesgo para la salud. Se suma la pérdida de la cultura en las nuevas generaciones lo que conlleva una modificación en las costumbres de los colectivos, en especial en los indígenas. En un contexto integral, los gerontes consideran que el único beneficio fue el económico, pero este beneficio no se compara con todas las dificultades que tuvieron que vivir los gerontes por la migración.

La discriminación por etnia y en menor medida por sexo es un proceso destructivo de la dinámica salud-enfermedad, en especial al tratarse del acceso a las prestaciones de la salud, se evidenció en comentarios anteriores de los gerontes, que si bien es cierto la discriminación no es una situación cotidiana, pero existe, acusan en ocasiones mejor trato a los indígenas (por una deuda anterior por el maltrato recibido).

A nivel particular, se evidencia que existe una limitación en la producción de alimentos propios para la alimentación familiar, también refieren procesos de destrucción de la naturaleza, a nivel familiar se evidencia la falta de apoyo como se ha revisado existe un nivel elevado de disfuncionalidad, la comunidad no aporta un apoyo constante y completo hacia la protección de la salud de los gerontes y existe una limitación al acceso del agua segura.

Se menciona además la falta de una buena atención en los servicios de salud occidentales, investigando más detalladamente se determinó que en los centros de salud de las comunidades de Sisid e Ingapirca se atiende con médicos rurales es decir médicos que trabajan 1 año en esa institución y son cambiados, probablemente esta constante rotación perjudica la calidad de la atención pues no existe un empoderamiento de los profesionales con la comunidad y viceversa.

Un proceso destructivo de la salud fue la limitación y mala calidad del agua en las comunidades de Ingapirca, situación que como ya se revisó anteriormente puede ser causa de enfermedades como las gastro intestinales y es motivo de preocupación entre los gerontes, al igual que la contaminación del agua y la tierra.

A pesar de detectar que las comunidades poseen un apego y respeto hacia los gerontes (percepción de los líderes comunitarios), los gerontes exponen que el apoyo es limitado ante la enfermedad, esta situación puede ser discutible pues el apoyo hacia los gerontes se lo puede realizar de diversas formas, una de ellas es la provisión de espacios de reunión, visitas a los gerontes, sin embargo, los gerontes no se sienten con el completo apoyo.

En lo que respecta al aspecto singular, se sitúan entre la falta de ejercicio físico y la percepción negativa de ser geronte, son acciones que son de esperarse pues las limitaciones físicas y psicológicas como la ansiedad y depresión limitan realizar procesos de cuidado o prevención de la enfermedad como es el ejercicio, específicamente en lo que hace referencia al ejercicio, no es tan cierto que no se realice pues como se ha revisado en la mayoría de los casos los gerontes son ganaderos o agricultores, actividades que demandan esfuerzo físico diario.

En lo que respecta a los procesos protectores, uno de los más relevantes es la alimentación y las acciones de los gerontes que fueron realizadas en su juventud, específicamente la alimentación, ellos revelan que una excelente alimentación en su juventud les protege de enfermedades en la actualidad, esta realidad se repite en casi todos los gerontes y puede ser real, pues en la juventud de ellos se alimentaban con productos locales y saludables como: machica, papas, mellocos, ocas, etc. en la actualidad los alimentos procesados copan la dieta.

A pesar de poseer altos niveles de disfuncionalidad familiar, los gerontes consideran que la familia es un importante proceso protector ante la enfermedad,

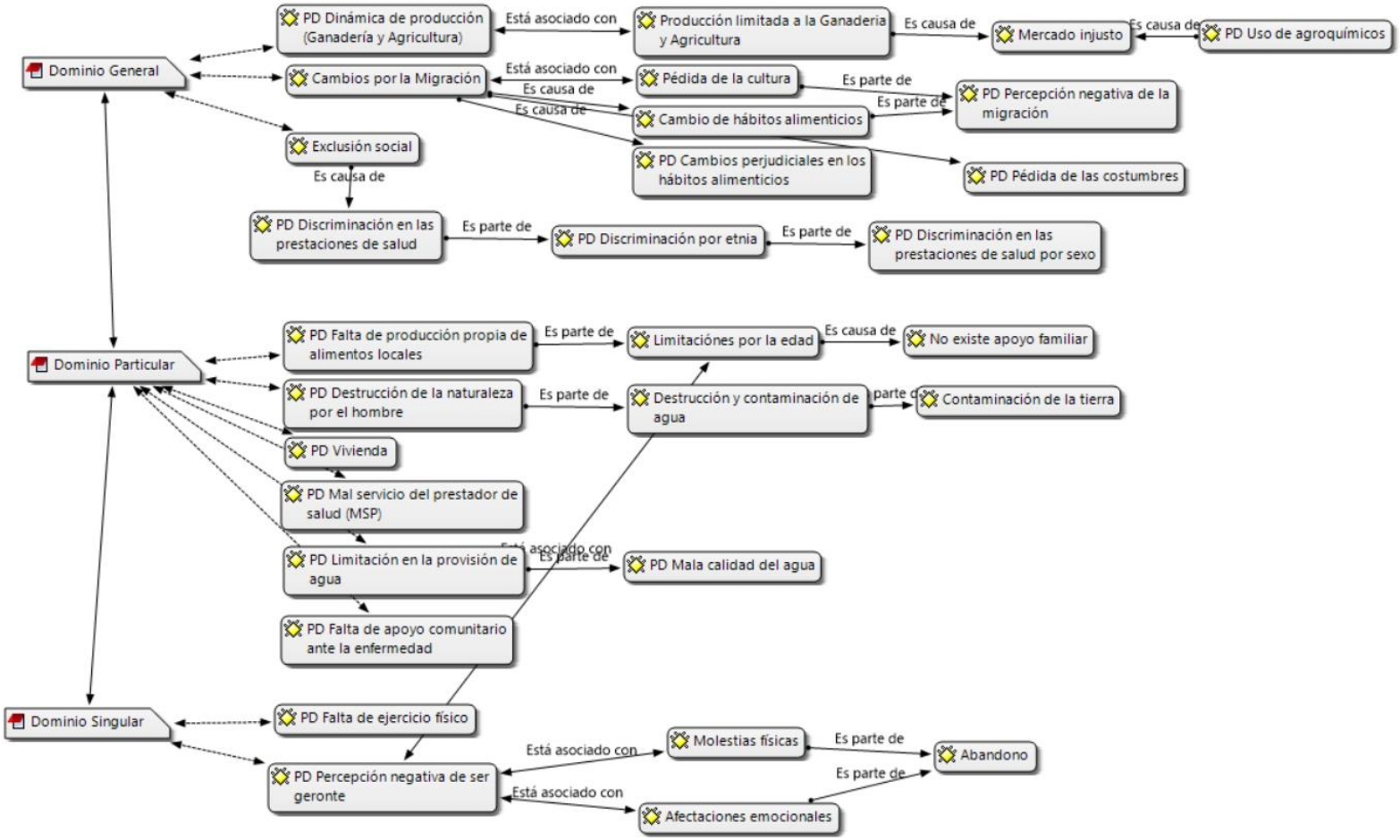
La presencia y uso de agentes ancestrales de medicina como los shamanes y curanderos es otro proceso protector en esta comunidad.

Uno de los procesos que se identificó es la auto motivación del geronte, es decir el geronte es consciente de su situación y a partir de ella crean motivación para estar alegres y seguir adelante, no se considera que creen espacios comunitarios, pero puede ser el siguiente paso en esta población.

Esta motivación del geronte puede provenir de una percepción buena que poseen los gerontes sobre su rol en la sociedad y la comprensión de un proceso de envejecimiento adecuado, además los gerontes poseen buena actitud y buenas prácticas para preservar la salud como la cultura de prevención de enfermedades ya sea con medicina occidental o alternativa.

Red 1

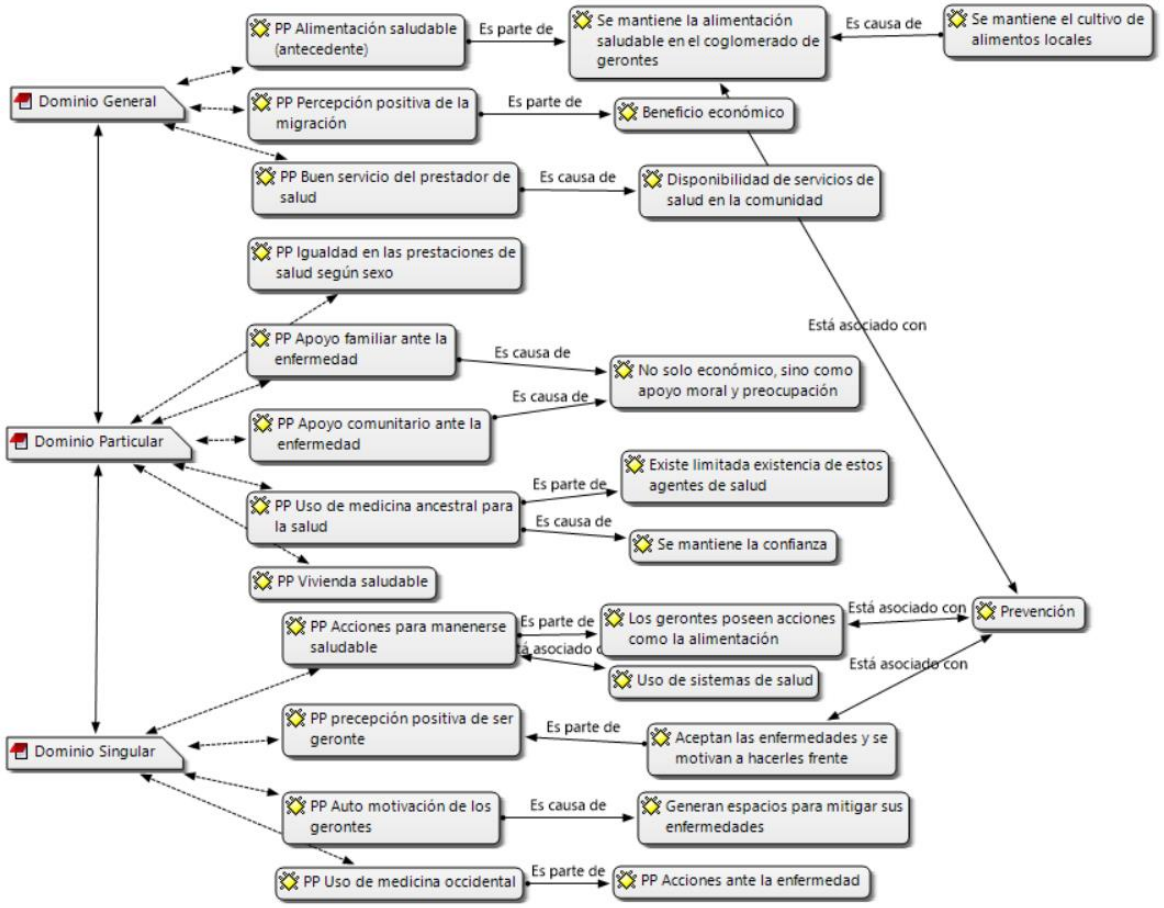
Procesos destructivos encontrados en la población de gerontes de la parroquia Ingapirca



Fuente: Encuestas, grupos focales y entrevistas a los gerontes de la parroquia.

Red 2

Procesos protectores encontrados en la población de gerontes de la parroquia Ingapirca



Fuente: Encuestas, grupos focales y entrevistas a los gerontes de la parroquia.

Un proceso destructivo de la salud fue la limitación y mala calidad del agua en las comunidades de Ingapirca, situación que como ya se revisó anteriormente puede ser causa de enfermedades como las gastro intestinales y es motivo de preocupación entre la población, al igual que la contaminación del agua y la tierra.

A pesar de detectar que las comunidades poseen un apego y respeto hacia los gerontes, los mismos exponen que el apoyo es limitado ante la enfermedad, esta situación puede ser discutible pues el apoyo se lo puede realizar de diversas formas, una de ellas es la provisión de espacios de reunión, visitas a domicilios de la población en situación de vulnerabilidad, sin embargo, los gerontes no se sienten con el completo apoyo.

En lo que respecta al aspecto singular, los procesos destructivos se refieren a la falta de ejercicio físico y la percepción negativa de tener más de 65 años, son acciones que son de esperarse, pues las limitaciones físicas y psicológicas como la ansiedad y depresión limitan realizar procesos de cuidado o prevención de la enfermedad como es el ejercicio, específicamente en lo que hace referencia al ejercicio, no es tan cierto que no se realice pues como se ha revisado en la mayoría de los casos los gerontes son ganaderos o agricultores, actividades que demandan esfuerzo físico diario.

En lo que respecta a los procesos protectores, uno de los más relevantes es la alimentación y las acciones de los gerontes que fueron realizadas en su juventud (historia alimenticia), específicamente la alimentación, ellos revelan que una excelente alimentación en su juventud les protege de enfermedades en la actualidad, esta realidad se repite en casi todos los gerontes y puede ser real, pues en la juventud de ellos se alimentaban con productos locales y saludables como: machica, papas, mellocos, ocas, etc. en la actualidad los alimentos procesados copan la dieta.

A pesar de poseer altos niveles de disfuncionalidad familiar, los gerontes consideran que la familia es un importante proceso protector ante la enfermedad,

La presencia y uso de agentes ancestrales de medicina como los shamanes y curanderos es otro proceso protector en esta comunidad.

Uno de los procesos que se identificó es la auto motivación del geronte, es decir el geronte es consciente de su situación y a partir de ella crean motivación para estar alegres y seguir adelante, no se considera que creen espacios comunitarios, pero puede ser el siguiente paso en esta población.

Discusión, Conclusiones y Recomendaciones

1. Discusión

La situación de los gerontes en la comunidad de Ingapirca, analizada desde la perspectiva de la epidemiología crítica y de la determinación social de la salud, da cuenta de relaciones no observadas en estudios basados en la epidemiología tradicional. A criterio del autor, y situándose desde estos paradigmas, la segmentación de la realidad y la mirada centrada en un aspecto de la misma, descontextualiza el entendimiento sobre salud, lo extrae del contexto sociohistórico. Y, consecuentemente proporciona criterios, para la toma de decisiones, basados en la teoría del riesgo y en la relación causa efecto.

Este estudio intenta hacer una descripción integral del proceso salud, desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud; no pretende centrarse en una patología, se trata de un estudio que quiere indagar las realidades de los gerontes en una comunidad específica; con el propósito de ampliar la mirada sobre el proceso salud y desengancharse de una visión atomizada. Se busca explicaciones que emergen desde la complejidad existente entre el proceso individual de la salud, la dimensión particular y la dimensión general del contexto social, cultural e histórico de la parroquia de Ingapirca en Ecuador.

Uno de los objetivos del estudio fue investigar sobre la segregación socio espacial. Los resultados revelaron que en la parroquia de Ingapirca, los gerontes residen principalmente en 2 comunidades: Sisid e Ingapirca, ya que éstas muestran una mayor capacidad de proporcionar recursos como vivienda, salud, educación etcétera.

La concentración de los gerontes disminuye desde los centros poblados hacia las periferias, una de las posibles causas es la migración; se ha revisado que son los hijos de estos ciudadanos -los gerontes- los que más migran, consecuentemente los gerontes reciben mayores ingresos provenientes de remesas del exterior y esto abre las posibilidades de adquisición de viviendas en los centros más poblados de Sisid e Ingapirca.

Esta situación es diferente a las migraciones internas ya que éstas al tener relación con la búsqueda de trabajo en áreas industriales con mayor oferta laboral (G. Martínez y Montes de Oca 2012, 5), no necesariamente traen consigo mejores ingresos económicos. La concentración en centros poblados responde también a otras necesidades como: salud,

educación, o por imposición de sus familiares a la movilización para una “mejor” calidad de vida.

En salud, la segregación espacial, al parecer responde a un criterio técnico del Ministerio de Salud Pública, más que a una propia dinámica de vida de los gerontes; la decisión de la localización de los centros de salud corresponde a una decisión técnica, que aparentemente excluye a poblaciones de algunas comunidades según el rango de alcance.

Si bien es cierto, se presenta una exclusión geográfica de los gerontes en lo que respecta a los servicios de salud y los centros poblados, no se evidencia una exclusión de la integración social, es decir geográficamente éstos residen principalmente en los centros poblados y en menor proporción en comunidades lejanas; a pesar de ello, según los líderes comunitarios, están integrados a la comunidad y a redes de apoyo; reiterando que esta integración social hace referencia a instancias específicas de la sociedad de las cuales los gerontes obtienen las prestaciones que aseguran su presencia en ella (Programa de estudios sistemáticos. Envejecimiento y Vejez en Chile 2012).

Para la opinión de los líderes comunitarios, a nivel general, la migración es el proceso que mayores cambios sociales ha traído; un ejemplo de ello es la transformación de la sociedad y la familia, lo cual obviamente afecta a los gerontes de manera directa.

Antonio Duchi, en su ponencia expone que la migración en el sector se presentó principalmente en la década de los 90, comprendiendo al menos al 26% de la población entre los 18 a los 40 años; esta migración se presentó por 3 aspectos:

1. El más importante: el aspecto económico, los jefes de hogares al no poder sostener a sus familiares migraron.
2. Aspecto motivacional, pues los primeros migrantes atrajeron a sus familiares e incentivaron a la migración.
3. Los emigrantes observaron una oportunidad de aumentar sus ahorros en un tiempo relativamente menor en comparación con la situación en Ecuador (Duchi 2011).

Estas situaciones explican claramente lo que sucedió, tras la migración el rol de jefe de familia lo asumió el adulto mayor; lo que conllevó un cambio social relevante pues las nuevas generaciones no contaban con sus padres sino con sus abuelos para ser su guía y referente, estos movimientos sociales trajeron como consecuencia una des-indigenización (pérdida de aspectos culturales propios del indígena cañari), y condición migrante trasnacional (Duchi 2011), lo que conlleva incluso a la pérdida de la cultura, el

idioma, las costumbres y el respeto incluso hacia los gerontes por parte de las nuevas generaciones.

Un ejemplo del impacto de la migración en las nuevas generaciones se exponen en un estudio del año 2017 en donde se determina que la migración ha abierto nuevas formas de libertades en los adolescentes pues no poseen cuidadores del todo aptos y con autoridad para el control, los adolescentes inician sus actividades sexuales a menor edad y sin el adecuado conocimiento, existe 1,4 veces más riesgo de infelicidad en la población de hijos migrantes y el 70% de los adolescentes no busca información sobre sexualidad y el 20% ya ha experimentado relaciones sexuales (Dávila et al. 2017, 2).

El geronte de Ingapirca vive su vida entre estos cambios, desde la perspectiva del autor no existe una discriminación significativa por etnia o por sexo, por clase social no fue posible caracterizarlos pues todos mantienen un nivel estable de ingresos, es decir no se presentaron diferencias grandes como para una clasificación.

En lo que respecta a los modos de producción, los gerontes siguen la dinámica global: ganadería y agricultura. Debido a las características del territorio, éstas actividades son históricamente rentables; con base en lo expuesto en la página web del GAD de Ingapirca: la producción ganadera, es decir la leche y sus derivados, son para la venta y la producción agrícola es principalmente para el auto-consumo (Gobierno Autónomo Descentralizado de la Parroquia Ingapirca 2017).

Como conclusión, se puede mencionar que el geronte reside en una vasta área geográfica que es producto de un proceso sociohistórico; donde el acontecimiento más relevante fue la migración, este proceso cambió su vida y la de la sociedad de manera drástica, trajo para los gerontes responsabilidades heredadas de sus hijos, no solo en el cuidado de los nietos sino también responsabilidades económicas, sociales, culturales, educacionales, y parentales; lo cual posiblemente los ha obligado a trabajar en la ganadería y agricultura para mantener los ingresos económicos y el autoconsumo. En estas circunstancias, el proceso individual de la salud de los gerontes, no sólo que se ve influenciado por el propio envejecimiento o las enfermedades, sino que también el sistema de salud público, se percibe como no del todo eficiente y aún mantiene rasgos de discriminación en el acceso a sus prestaciones; por ultimo no se evidenció un comportamiento amigable e incluyente del todo de la comunidad con el geronte.

Un punto muy relevante hace referencia a la comunidad y el geronte, en este estudio se reveló que la comunidad indígena posee mayor apego y apoya más a sus gerontes, en comparación con la comunidad mestiza; además los gerontes indígenas

tienen mayor poder de decisión incluso como autoridades dentro de la comunidad, esto se debe a que en la comunidad indígena se mantiene un mayor respeto hacia las costumbres y los gerontes pasan a formar parte importante, por su experiencia, en las decisiones; no así en los mestizos donde la modernidad y la globalización, limita y excluye a los gerontes de la vida comunitaria.

Este trabajo propuso además investigar sobre el termino adulto mayor y su impacto en las poblaciones, partiendo de la premisa de que se trata de un término impuesto por la modernidad y por los sistemas de salud oficiales, para encasillar un grupo poblacional y operativizarlo; en este marco, la crítica y la reflexión del autor considera que en la comunidad de Ingapirca únicamente se cumple con uno de los criterios propuestos para ser llamado adulto mayor: el biológico, es decir la edad.

Con base en el diagrama 2 expuesto anteriormente, se revisan los datos y el criterio de edad se cumple, el criterio de los roles no se cumple pues los roles en los gerontes no se modifican con la edad al menos no a los 65 años pues siguen realizando sus actividades con normalidad, en lo que respecta a la economía (criterio de retiro) no se cumple pues los gerontes realizan aun actividades económicas como la agricultura y la ganadería, la producción de leche es la principal fuente de ingreso, lo que nos deja con la última premisa: la ciencia que requería una categoría para encasillar a los gerontes, esto se reivindica en esta investigación.

Los gerontes son indiferentes a su clasificación como adultos mayores, en la comunidad se sienten bien en la mayoría de los casos y en medida de lo posible sienten el apoyo de la comunidad y de la familia; la edad como se ha revisado es el único criterio para la caracterización como adultos mayores, pero influye significativamente en el 100% de las actividades diarias del geronte.

La edad es el principal limitante de los gerontes en su vida diaria y sus actividades; esta limitación viene dada por la pérdida progresiva de su capacidad de trabajo, en labores que demandan el uso de fuerza como la ganadería y la agricultura; a pesar de ello el 100% de los gerontes trabajan y son fuente de ingreso y alimentación para sí y su familia.

Es verdad que existen diferencias significativas entre etnias; al momento de analizar el apoyo familiar y comunitario, los gerontes indígenas poseen mayor apego y mejores condiciones dentro de la familia en comparación con los mestizos, en ambos casos es buena la relación y la integración del geronte a la familia, se mantiene el respeto y el cariño, por tanto se traduce como un proceso protector la cultura a la cual pertenece

el geronte, siendo la cultura indígena la que ofrece mayores escenarios favorables para su devenir del, en comparación con la cultura o la etnia autodefinida como mestiza.

Molinet expone que el contexto en el que viven y transitan los gerontes, por lo general es muy similar entre indígenas y mestizos; principalmente en el componente macro es decir las situaciones de territorio, inequidad, pobreza y desigualdad pueden generar ligeras variaciones según etnia (Molinet 2012). Es decir, el componente macro abarca a todos los gerontes, las diferencias entre etnias se van evidenciando a nivel singular, estilos de vida y a nivel particular, modos de vida.

Por lo tanto, se concluye que los gerontes poseen un limitado apego a los encasillamientos de la ciencia positivista basados en su edad, cumplen roles de trabajo, familiares y comunitarios como o en forma casi similar a los de su juventud (con ligera restricción por las dolencias propias de la edad), socialmente se hallan integrados a la comunidad y en la mayoría de los casos su sentir en la comunidad es bueno.

Otro objetivo de la investigación, buscó mediante un estudio cualitativo, dar respuesta a la percepción sobre la situación de salud de los gerontes mestizos e indígenas; en general ésta fue regular, y la relacionan con la ausencia de enfermedad, dolor o tristeza.

El 100% de los gerontes refirieron sentirse mal de salud, pero en distinto nivel y por diversas causas; mencionan que la tristeza es un componente de la/su enfermedad, este elemento lo consideran vital, relacionan la salud no sólo con el bienestar físico sino también con el psicológico y afectivo; esta percepción se acerca a la definición de salud que se maneja actualmente.

La valoración del componente psicológico en los pacientes, es decir la evaluación de las percepciones de la salud, el estado de ánimo, entre otras, es muy poco abordado en las prestaciones de salud, el modelo hegemónico en salud: el biologicista que se centra en situaciones objetivas como es el signo de enfermedad, descuidando la esfera psicológica, esto, en adultos mayores representa una debilidad en el proceso de salud, pues limita el alcance de las prestaciones.

Dueñas y colaboradores, en un estudio en el año 2011 mencionan que la percepción de salud de los gerontes varia con base en su experiencia y concepciones sobre la salud; y en el 91,7% de los casos la percepción de salud fue buena (Dueñas et al. 2011, 12), se asemeja a los resultados encontrados en este estudio, aunque varía la metodología de los estudios., se brinda una visión buena de las percepciones de salud de los gerontes, evidentemente con las limitaciones físicas que causa la edad, el ánimo se mantiene elevado.

Cerquera y colaboradores en el año 2010 presentan los resultados de un estudio en el cual se evidenció que los gerontes consideraron que la percepción de salud es aceptable hasta los 60 años, tras lo cual se produce un fuerte deterioro, lo que confirma una percepción negativa de la salud pasados los 60 años, lo que evidentemente asocia los términos envejecimiento con enfermedad (Cerquena, Flores, y Linares 2010, 417).

En la población de Ingapirca, la vejez no se asocia exclusivamente con la enfermedad, porque no poseen un concepto claro de "adulto mayor" ni están enganchados con el punto de corte etario moderno. Sí se evidencian diferencias por sexo, tanto en la etnia mestiza como indígena se asume que las mujeres son las más afectadas por enfermedades. Esta percepción, la comunidad la asocia con el trabajo. Los gerontes reconocen que existe una mayor carga laboral en las mujeres, a más del trabajo en el campo las mujeres poseen actividades relacionadas con el hogar.

Parece ser una percepción basada en un sistema patriarcal, las actividades del campo son realizadas en casi similar medida por los hombres y las mujeres, sino es el componente del cuidado del hogar y de los hijos, basados no en una imposición sino en su propia cultura y estructura social de los indígenas de Ingapirca.

Los gerontes coinciden en manifestar que el género femenino es el más afectado, acusan esta situación a lo que ellos llaman su propia "delicadeza", resaltan las preocupaciones mayores que poseen las mujeres (hogar, familia, etc.), también se acusa a la mayor carga laboral de las mujeres (hogar, cuidados del hogar, cría y cuidado de animales, etc.), estos datos coinciden con lo expuesto por Cerquera y colaboradores en su estudio.

El Centro de Información y Desarrollo de la Mujer, en Bolivia, menciona que las mujeres indígenas consideran que existe un sometimiento al colonialismo, patriarcalismo, opresión, racismo, discriminación y otras en las comunidades indígenas, siendo las mujeres las más afectadas, evidentemente esto puede extenderse a otras comunidades indígenas como la ecuatoriana que sufrieron los mismos procesos, como el colonialismo, por ejemplo (Centro de Información y Desarrollo de la Mujer 2011, 3), este componente histórico genera cambios en la sociedad (dimensión general) y se replica, más aún en gerontes que poseen una carga histórica de este patriarcado, situación que probablemente influye en el abordaje y concepción de la salud.

Otro hallazgo fue que los gerontes consideran que ni la etnia ni la clase social determinan un nivel de salud diferente, es decir esos factores no son relevantes, mantienen que, al estar en un solo ambiente, ésta afecta a todos por igual, sin embargo, si existen

diferencias por clase en el acceso a prestaciones de salud donde el que tiene dinero puede acceder a medicina por ejemplo de origen privado.

Este estudio trabaja los modos de vida; mediante un estudio cuantitativo se determinó que, en la mayoría de los casos, los gerontes poseen ingresos propios producto de su trabajo en el campo, y que en la mayoría de los casos son simultáneamente jefes de familia.

El 38,6% de los gerontes poseen la tierra y los medios de producción (ganado, producción, etc.) lo que resulta ser un dato interesante, pues refleja que poseen un medio para sobrevivir; en estos casos la posesión de la tierra es fruto de la herencia familiar. Hay una minoría, el 11,1% que no posee ni la tierra ni los medios de producción, lo que los convierte en un gerontes vulnerables.

Existe una dependencia mínima del dinero proveniente del extranjero, producto de la migración, si bien es cierto reciben dinero, pero éste no determina toda la dinámica económica; los gerontes trabajan y se dedican a actividades productivas, el 60,1% de los ingresos proviene de la venta de insumos como es la leche y los alimentos.

Uno de los hallazgos más representativos en este objetivo fue la valoración de la relación familiar, el 72,5% es decir 1 de cada 3 gerontes posee un ambiente familiar no funcional, distribuido de la siguiente manera: disfuncionalidad leve 47,1%; Disfuncionalidad moderada 27,5% y Disfuncionalidad severa 9,8%.

Una teoría de la disfuncionalidad familiar es la expuesta por Acuña y colaboradores que citan que a medida que progresa la disminución del funcionamiento biológico, por la edad; el geronte experimenta cambios o transformaciones que pueden llevar a una pérdida de la autonomía, que se traduce el requerimiento de dependencia de otras personas derivando en un impacto familiar y social (Acuña et al. 2015, 11).

Los cambios en el geronte, en especial su funcionamiento que crea limitaciones puede ser un “acontecimiento vital” que desencadena una reacción intensa en la familia, la misma que no posee los recursos internos para adaptarse, (De la Revilla y Fleitas 1994, 52) se cita esta realidad pues como se ha expuesto son familias compuestas de varias generaciones y con un fuerte componente de migración.

Esta situación es preocupante, pues al parecer el núcleo familiar donde deviene el geronte no es el más adecuado. Es necesario resaltar que siendo estos unos datos cuantitativos, hay que ponerlos en discusión con los datos cualitativos, en éstos se evidenció que la familia apoya a los gerontes en todos los aspectos, especialmente en la enfermedad.

En este sentido, los gerontes de Ingapirca a pesar de las limitaciones no se ajustan a la teoría expuesta, pues la dependencia de otras personas no es tan acentuada, realizan sus propias actividades y trabajan, y en el 32,7% de los casos viven solos.

Se cita que la funcionalidad familiar depende de la estructura y funcionamiento social, además en los gerontes por lo general la asocian con un buen funcionamiento familiar entre un 56,2% y 84% (Escalona y Ruiz 2016, 40), este estudio también se contrapone con los resultados encontrados en los gerontes de Ingapirca, donde la disfuncionalidad es más frecuente.

Se puede concluir que, cuantitativamente la disfuncionalidad familiar prevalece en esta población de gerontes, sin embargo, con un análisis más profundo esta situación se diluye y se evidencia un apoyo familiar hacia los gerontes en todo sentido, desde el económico hasta el moral. Una limitación que se vislumbra es la construcción de las preguntas del test aplicado, por lo que como observación se sugiere el uso o la evaluación de otras herramientas para el abordaje de la funcionalidad familiar.

En lo que respecta al análisis de las dolencias, el perfil epidemiológico reveló que las molestias gastro intestinales fueron las más frecuentes, posiblemente por la mala calidad del agua en todos los sectores, y a cambios en la dieta, cambios determinados por los cambios sociales tales como mayores ingresos económicos producto de la migración y la movilización hacia centros poblados.

El perfil epidemiológico se ajusta a la realidad nacional, es decir: molestias gastro intestinales y del sistema músculo esquelético como principales.

Por último, se detectaron, tras un análisis cualitativo, los procesos protectores y destructivos de la salud; dentro de los procesos destructivos se repite la migración, la misma que si bien es cierto proporciona estabilidad en los ingresos económicos, ha traído destrucción familiar, des culturización de las nuevas generaciones, nuevos hábitos alimenticios y de consumo, depresión, ansiedad y alteraciones psicológicas en los gerontes que quedaron a cargo de las familias de los migrantes.

Los gerontes reconocen que los cambios en la dinámica de la producción es un proceso destructor, pues se está contaminando con nuevas técnicas de producción tanto el agua como la tierra, en especial con los agroquímicos que cada día son más usados.

En este estudio, aun se presentan limitaciones, se presentan los resultados de una comunidad que por lo general se le reconoce es polarizada étnicamente, a pesar de optar por un estudio cualitativo para profundizar el análisis se obtuvieron discordancias intra

estudio como es el caso de la funcionalidad familiar y al ser un estudio descriptivo no es posible determinar relaciones entre procesos, comprendiendo la naturaleza del estudio.

2. Conclusiones

1. En el contexto socio histórico, se evidenció un nivel de exclusión, posiblemente como resultado de uno de los principales acontecimientos que afectan a la región en los últimos años, esto es la migración que proporcionó concentraciones de la población en el Centro Parroquial y Sisid. Existen concentraciones de centros de comercio, prestadores de salud y población en 2 comunidades cercanas (menos de 2 kilómetros), las demás comunidades se encuentran geográficamente aisladas, al igual que las prestaciones de salud no alcanzan a las mismas.
2. La exclusión a nivel geográfico y en las prestaciones de salud se hacen evidentes en la ubicación de los centros de salud, tanto en centro de salud de Sisid como en el Centro Parroquial abarcan un conglomerado de gerontes pequeño, y se hallan cercanos. Esto limita las prestaciones de salud a la mayoría de los gerontes en las comunidades periféricas, la ubicación de estos centros de salud fue una decisión política y no técnica lo que conlleva a que se revisen las políticas públicas actuales y se considere el territorio como vital para la toma de decisiones.
3. A nivel comunitario se destacan los cambios culturales, sociales y familiares que ha sufrido la parroquia por el proceso de migración; los gerontes tuvieron que acoger estos cambios, por obligación, al encontrarse en una situación de abandono. No se presentaron mayores diferencias, por etnia, en lo que respecta a la percepción de los líderes comunitarios sobre los cambios comunitarios y la situación de los gerontes; uno de los hallazgos expone que la situación de salud de los gerontes es mala.
4. En los modos de vida se observa que los gerontes se adaptaron a la dinámica de producción de la parroquia, basada en la ganadería y agricultura. Muchos de los gerontes son jefes de familia, la misma que en la mayoría de los casos es nuclear pero disfuncional. En lo que respecta a la percepción de salud varía del enfoque tradicional biológico, se da mayor importancia a la salud en la esfera psicológica y los gerontes no cumplen los roles establecidos para su edad según el modelo hegemónico. Se añade

que los indígenas presentan mayor afectación de la salud probablemente por las actividades que realizan en la agricultura y ganadería.

5. En el campo individual los gerontes en la mayoría de los casos sufren de molestias relacionadas con el sistema gastro intestinal, probablemente relacionado con el cambio de dietas producto de la modernidad: a mayor ingreso económico, producto de la migración, ha adoptado nuevas dietas basadas en alimentos procesados, obviamente abandonando sus dietas tradicionales, otro proceso muy importante es la mala calidad del agua que poseen.
6. Entre los procesos destructores identificados están: la migración ya que ésta genera y generó procesos tales como la concentración comercial o poblacional, y cambios en la alimentación. Se identificó además que existe discriminación por etnia, siendo los mestizos los afectados. La mala calidad del agua es otro proceso destructivo al igual que la falta de apoyo de la comunidad al geronte, por ultimo a nivel individual resaltan las limitaciones físicas y alteraciones del estado de ánimo.
7. La alimentación en los gerontes, en algunos casos, es un proceso protector, a pesar de la introducción de dietas nuevas los gerontes producto del proceso de migración. Antes de los 65 años, los gerontes mantenían dietas con alimentos locales. Otro factor es la auto motivación del geronte que es consciente de su situación en lo que respecta a la edad, a su posición en la sociedad y sobre su estado de salud.

3. Recomendaciones

Al Sistema Nacional de Salud se recomienda reevaluar las situaciones y políticas de salud destinadas a la integración, atención, curación y rehabilitación de la salud de los gerontes, conociendo su realidad, sin emitir políticas nacionales y de aplicabilidad obligatoria, Y sin toman en cuenta factores como la etnia, etc. Considerar la geografía dentro de la toma de decisiones, por ejemplo, la ubicación de los centros de salud actualmente es excluyente, y no responde a la necesidad de los gerontes, que son poblaciones que deben ser priorizadas.

Las políticas públicas deben ser establecidas con base en el territorio y las profundas diferencias de los colectivos, en el caso de Ingapirca se posee 2 centros de salud que excluyen, territorialmente, el acceso. Sin embargo, existe un centro de Salud

que no funciona adecuadamente y está ubicado entre las comunidades de Llagta Huayco, Mazanqui y Chuguin, se recomienda habilitar completamente este centro de salud.

Un componente muy importante es el bajo acceso a los servicios básicos y seguridad social, considerando que es un derecho establecido en la Constitución de la República, se recomienda redirigir los recursos estatales y locales hacia la garantía de estos derechos, en especial en los colectivos de gerontes.

El contexto familiar debe ser fortalecido, es verdad que existe el apoyo familiar, pero este se limita a acciones como visitas esporádicas o al envío de remesas; se recomienda a las instituciones de alcance social evaluar el componente familiar del geronte con las particularidades expuestas en este estudio y con una metodología integral.

A nivel social, es relevante generar acciones que fortalezcan tanto las capacidades físicas como emocionales de los gerontes, es decir trabajen y se cuiden solos, pero se requiere la integración de los gerontes, de la comunidad y de los servicios. Es necesaria, la creación de espacios para que compartan y se apoyen, en este marco la recomendación va para el GAD parroquial.

Fortalecer la investigación-acción en este grupo poblacional mediante nuevas investigaciones con un enfoque integral, esta tesis puede servir como línea de base.

Lista de referencias

Acuña, Ilia, Yenifer Barrios, Nuris Martínez, Esther Taborda, y Guillermina Vargas. 2015. "Percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores de los Centros de Vida de la ciudad de Cartagena". Trabajo de graduación, Cartagena: Universidad de Cartagena.

Alma-Ata. 1978. "Alma-Ata, 1978". http://www.alma-ata.es/quienessomos/quienessomos.php.

Alonso, Jorge, y Rafael Sandoval. 2012. "Sujeto social y antropología. Despliegue de subjetividad como realidad y conocimiento". UNAM.

Aranibar, Paula. 2001. "Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina". CEPAL.

Argimón Pallás, José M, y J Jiménez Villa. 2013. *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. Barcelona: Elsevier.

Breilh, Jaime. 1989. "Breve recopilación sobre operacionalización de la clase social para encuestas en la investigación social". Centro de estudios y asesoría en Salud, CEAS.

———. 1996. *El género entre fuegos: inequidad y esperanza*. 2ª ed. Mujer 4. Centro de estudios y asesoría en Salud, CEAS. http://hdl.handle.net/10644/3552.

———. 2002. "Nueva visión de la salud familiar y su determinación". http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/3520.

———. 2003. *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad.* Primera Edición. Avellaneda Argentina: Lugar Editorial.

———. 2009. "¿Estado constitucional de derechos? Informe sobre derechos humanos Ecuador 2009". Ediciones ABYA-YALA.

———. 2010. "La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano". *Salud colectiva* 6 (1): 83–101.

———. 2011. "¿Cuál es el sentido, para qué sirve el paradigma crítico de la salud?" Presentación presentado en Doctorado en Salud, Ambiente y Sociedad, Quito. https://es.slideshare.net/mjbreilh/epidemiologa-critica-jaime-breilh-oct-2011.

———. 2013a. "La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva) (Epidemiologia crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica)."

http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3524/1/CON-107-Breilh%2c%20J.-La%20determinacion.pdf.

———. 2013b. “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)”. *Rev. Fac. nac. Salud Pública* 31 (1): S13–27.

———. 2014. “Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica”.

———. 2015. “Epidemiología del siglo XXI y ciberespacio: repensar la teoría del poder y la determinación social de la salud”. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 18 (4): 972–82. https://doi.org/10.1590/1980-5497201500040025.

Cabot, Esperanza Asencio. 2014. “Una aproximación a la concepción de ciencia en la contemporaneidad desde la perspectiva de la educación científica”. *Ciência & Educação (Bauru)* 20 (3): 549–60. https://doi.org/10.1590/1516-73132014000300003.

Castaño, Diana, y Doris Cardona. 2015. “Percepción del estado de salud y factores asociados en adultos mayores”. *Rev. salud pública* 17 (2): 171–83.

Centro de Información y Desarrollo de la Mujer. 2011. “Diálogos complejos: Miradas de mujeres indígenas y feministas sobre ‘El Vivir Bien’ en Bolivia articulación Feminista Marcosur-AFM”.

Cerquena, Ara, Ludy Flores, y María Linares. 2010. “Autopercepción de la salud en el adulto mayor”. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte* 31: 407–28.

Curcio, Carmen. 2010. “Investigación y envejecimiento: del dato a la teoría”. Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 15, No.1. http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v15n1/v15n1a10.pdf.

Dávila, Ana, Adrián Pacheco, Bernardo Vega, y Fausto Acurio. 2017. “Impacto de la migración en los comportamientos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes en el Colegio Nacional Ingapirca del Cantón Cañar. Ecuador 2016”. Universidad de Cuenca. http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/26242.

De la Revilla, L, y C Fleitas. 1994. “Función y disfunción familiar”.

Delgado, Jessica. 2012. “Abandono familiar y conductas en adultos mayores; Centro del Buen Vivir MIES FEDHU 2012”. Tesis, Guayaquil: Universidad de Guayaquil. http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/6456/2/TESIS_COMPLETA_JESSICA.pdf.

Duchi, Manuel. 2011. “La construcción de identidades”. Ponencia presentado en IV Congreso de la Red Internacional de Migración y Desarrollo, Quito.

Dueñas, Dianelis, Héctor Bayarre, Eduardo Triana, y Vivian Rodríguez. 2011. “Percepción de salud en adultos mayores de la provincia Matanzas”. *Rev. Cubana Med Gen Integr* 27 (1): 10–22.

Enciclopedia de conceptos. 2017. “Percepción”. https://concepto.de/percepcion/.

Equipo de trabajo del Observatorio Nacional de Salud. 2017. “Clase social y Salud”. Boletín Técnico Interactivo.

Escalona, Brisa, y Ana Ruiz. 2016. “Salud mental y funcionamiento familiar en adultos mayores de Melchor Ocampo, Estado de México”. *Psicología Iberoamericana* 24 (1): 38–46.

Fernández, Pita. 1996. “Determinación del tamaño muestral”. https://www.fisterra.com/mbe/investiga/9muestras/9muestras2.asp.

Freire, Wilma, Edgar Rojas, Lourdes Pazmiño, Marco Fornasini, Susana Tito, Patricio Buendía, Willan Waters, Juan Salinas, y Pablo Álvarez. 2010. “Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE I Ecuador”. Universidad San Francisco de Quito.

Gobierno Autónomo Descentralizado de la Parroquia Ingapirca. 2017. “Gobierno Autónomo Descentralizado de la Parroquia Ingapirca.” http://ingapirca.gob.ec/index.php/ct-menu-item-31/ct-menu-item-35.

———. 2018. “Historia de la parroquia”. http://www.ingapirca.gob.ec/index.php/ct-menu-item-12/ct-menu-item-14.

Gobierno Autónomo Descentralizado de la Parroquia Ingapirca, y Equipo consultor. 2015. “Plan de Desarrollo y Ordenamiento. Territorial de la Parroquia Ingapirca. Actualización, 2015-2019”.

Gonzáles, Victoria. s. f. “Introducción a la Gerontología. Definiciones y conceptos básicos”. Presentación.

González, Rafael, Juan García, y Aline Tinoco. 2010. “La inequidad por clase, etnia y género expresada en el desmedro”. *Rev. Gerenc. Polit.* 9 (18): 78–89.

Guamán, Diana. 2015. “Relaciones del adulto mayor en estados de abandono con su entorno familiar”. Monografía, Cuenca: Universidad de Cuenca. http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/22308.

Guzmán, Martha. 2010. “Abandono en el adulto mayor, derechos y política social”. Corporación Universitaria Minuto de Dios.

http://repository.uniminuto.edu:8080/jspui/bitstream/10656/892/1/TTS_GuzmanParraMarthaIsabel_2010.pdf.

Hamui-Sutton, Alicia, y Margarita Varela-Ruiz. 2013. “La técnica de grupos focales”. *Investigación en Educación Médica* 2 (5): 55–60. https://doi.org/10.1016/S2007-5057(13)72683-8.

Hernández, Luis. 2009. “Que critica la epidemiología crítica: una aproximación a la mirada de Naomar Almeida Filho”. Boletín del Observatorio en Salud.

Hernández, Manuel. 2002. “Estructura social y desigualdad en salud”.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. 2009. “Salud, Bienestar y envejecimiento”.

———. 2011a. “Proyección por edades Provincias 2010-2020 y nacional”.

———. 2011b. “Resultados del Censo de Población y Vivienda en el Ecuador. Capítulo Provincial Azuay”. http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/azuay.pdf.

Jaramillo, Jefferson. 2011. “Bourdieu and Giddens. Te overcomming of dualism and the relational ontology of social practices”. Revista CS. http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=476348370013.

Kuhn, Thomas. 1971. “La estructura de las revoluciones científicas”. Fondo de Cultura Económica.

Le Breton, David. 2012. *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Lefebvre, Henri. s. f. “La producción del espacio”.

López, Catalina. 2016. “Estudio piloto para la validación concurrente del Cuestionario de comunicación social (SCQ), como instrumento de cribado para la detección del espectro autista en una muestra de población ecuatoriana de 0 a 12 años”. Informe de investigación, Quito: Universidad Andina Simón Bolívar.

Lorenzo, Claudio. s. f. “El sujeto en la colectividad y la colectividad en el sujeto. Desafíos para una bioética conectada a las formas cotidianas de vida”.

Maina, Silvia. 2004. “El rol del adulto mayor en la sociedad actual”. Tesis, Argentina: Universidad Nacional de La Pampa.

Maldonado, Lorena. 2016. “Aproximación a la determinación social del labio y paladar hendido no sindrómico, en los pacientes que asisten a la Fundación Niños que Ríen (Moca-República Dominicana)”. Tesis, Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. http://www.bdigital.unal.edu.co/53747/.

Mancheno, Mónica. 2010. “Ecuador: efectos de la emigración en los resultados educativos”. *HAOL* 22 (1): 57–75.

Martín, Juan. 2005. “Los factores definitorios de los grandes grupos de edad de la población: tipos, subgrupos y umbrales”. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales. http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-190.htm.

Martínez, Carolina. 2012. “El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias”. *Ciência & Saúde Coletiva* 17 (3): 613–19.

Martínez, Graciela, y Hugo Montes de Oca. 2012. “Envejecimiento y migración en los municipios del Estado de México”. *Pap. poblac* 18 (73).

Mason, Andrew, y Ronald Lee. 2011. “El envejecimiento de la población y la economía generacional: Resultados principales”. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

Matari, Pierre. 2017. “Jubilarse en el capitalismo de hoy. La clase trabajadora y los fondos de pensión”. https://revistamemoria.mx/?p=722.

Mateu, María, María Panisello, María Lasaga, y Encarna Bonfill. 2007. “Desigualdades sociales en la salud de las personas mayores”. *Gerokos* 18 (1): 30–33.

Meza, Gernit. 2009. “Comunidad y Sentido de Comunidad. La intervención del Programa Puente en seis familias en situación de extrema pobreza de la Comuna de La Florida”. Memoria, Santiago de Chile: Universidad de Chile.

Mingorance, Daniel, Hemilse Álvarez, Gabriela Amor, Mirta Rincón, y Analia Rodríguez. 2018. “La denominación para las personas mayores. Un análisis genealógico”. Universidad de la Marina Mercante.

Ministerio de Salud Pública. 2018. “Sala Situacional Epidemiológica”. https://public.tableau.com/profile/vvicentee80#!/vizhome/SALADESITUACINEPIDEMIOLGICASE24_2017/INICIAL.

Miralles, Ivana. 2011. “Envejecimiento Productivo: Las contribuciones de las personas mayores desde la cotidianidad”. *Trabajo y Sociedad* 16: 137–61.

Molinet, Soledad. 2012. “¿Existen políticas de promoción para el ejercicio de derechos de las personas mayores de pueblos originarios, a 10 años del Plan Mundial sobre Envejecimiento?” https://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=2465.

Montañez, Gustavo. 2001. *Espacio y territorios: Razón, pasión e imaginarios*. 1ª ed. Red espacio y territorio. Unilibros.

Montañez, Gustavo, y Ovidio Delgado. 1998. *Espacio, territorio y región: conceptos básicos para un proyecto nacional*. Vol. 7. 1–2. Colombia: Cuad. Geogr. Rev. Colomb. Geogr. https://revistas.unal.edu.co/index.php/rcg/article/view/70838.

Morabia, Alfredo. 2013. "[A Latin-American perspective regarding the past, present and future of epidemiology]". *Revista De Salud Publica (Bogota, Colombia)* 15 (5): 719–30.

Morales, Carolina, Elis Borde, Juan Eslava, y Sonia Concha. 2013. "¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas". Rev. salud pública. 15 (6. http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v15n6/v15n6a03.pdf.

Organización Mundial de la Salud. 2015. "Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud". http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1.

———. 2018a. "Determinantes sociales de la salud". http://www.who.int/social_determinants/es/.

———. 2018b. "Envejecimiento y salud". http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud.

Paredes, Darwin. 2012. "Infografía de la Cultura Cañari para niños de 10 a 12 años en el Cantón Cañar". Tesis, Cuenca: Universidad de Cuenca. http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/382.

Parra, Juan. 2016. "Realismo crítico: una alternativa en el análisis social". *Sociedad y Economía*, nº 31: 215–38.

Pérez, Viviana, y Felipe Sierra. 2009. "Biología Del Envejecimiento". *Revista Médica de Chile* 137 (2). https://doi.org/10.4067/S0034-98872009000200017.

Podcamisky, Mario. 2006. "El rol desde una perspectiva vincular". *Revista Reflexiones* 85 (1–2): 179–87.

Programa de estudios sistemáticos. Envejecimiento y Vejez en Chile. 2012. "Inclusión y exclusión social del adulto mayor en Chile". Facultad de Ciencias Sociales . Programa Pulso.

Ramírez, Jacques. 2013. "Migración, pobreza y derechos en Ecuador del siglo XXI". Presentación presentado en Seminario "Pactos de Protección Social Inclusiva: El estado y la Erradicación de la pobreza en América Latina y el Caribe, experiencias regionales", Quito, Ecuador.

Rincón, Ángela. 2008. “Caracterización de la tipología familiar del adulto mayor no institucionalizado perteneciente al Parque Departamental de la Tercera Edad Pdte”. Trabajo de graduación, Bucaramanga: Universidad Pontificia Bolivariana.

Rodríguez, Aida, Milagros Collazo, Jorge Calero, Luisa Álvarez, y Ileana Castañeda. 2017. “Percepciones de adultos mayores y prestadores acerca de la accesibilidad a servicios de salud”. *Revista Cubana de Salud Pública* 43 (3).

Rodríguez, Arlet. 2017. “Pertenencia y resistencia. Trasluces entre ética y estética de la noble y colectiva subjetividad”. Reflexión teórica.

Saxe, Eduardo. 2009. “Sujeto, individuo y colectividad”. https://semanariouniversidad.com/opinion/sujeto-individuo-y-colectividad/.

Serrano, José. 2013. “El papel de la familia en el envejecimiento activo”.

Solíz, María. 2016. *Lo que la mina se llevó: estudio de impactos psicosociales y socioecosistémicos tras la salida de la empresa Kinross en las comunidades ubicadas en la zona de influencia directa del Proyecto Fruta del Norte*. La Tierra. http://hdl.handle.net/10644/5194.

Solíz, María, Milena Yépez, y William Sacher. 2018. *Fruta del Norte. La manzana de la discordia*. 1ª ed. Quito, Ecuador.

Suárez, Miguel, y Matilde Alcalá. 2014. “APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar”. *Revista Médica La Paz* 20 (1): 53–57.

Suquilanda, José. 2017. “Factores biológicos y socio-familiares en el adulto mayor con depresión en San Pedro del Cebollar-Cuenca 2015-2016”. Tesis, Cuenca: Universidad de Cuenca.

Vargas, Luz. 1994. “Sobre el concepto de percepción”. *Revista Alternidades* 4 (8): 47–53.

Waters, Willam, y Carlos Gallegos. 2011. “Salud y Bienestar del Adulto Mayor Indígena”. Universidad San Francisco de Quito.

Zabala, M, y G Domínguez. 2010. “Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos”. *Psicogeriatría* 2 (1): 41–48.

Anexos

Anexo 1: Comunidades de la Parroquia Ingapirca

Tabla 20. Comunidades de la Parroquia Ingapirca

COMUNIDADES
CEBADAS
COCHAPAMBA
TURCHI
SILANTE ALTO
ATU DE LA VIRGEN
SISID (+ Sisid Anejo)
SAN JOSÉ DE CULEBRILLAS
SAN CARLOS DE CAJONTAMBO
SILANTE BAJO
EL CASTILLO
CABECERA PARROQUIAL
EL COLEGIO
SAN JUAN BOSCO
EL CISNE (COOPERATIVA AGROP
CHORROLOMA
PUCARÁ
CHUGUÍN GRANDE
CHUGUÍN CHICO
AMANTA BAYOPUNGO
AMANTA JESUS DEL GRAN PODER
VIRGEN DEL CISNE RUMILOMA
LIRIOPAMBA
SAN JOSÉ DE MAZANQUI
LLACTAHUAYCO
VENDELECHE

Fuente: (Gobierno Autónomo Descentralizado de la Parroquia Ingapirca y Equipo consultor 2015, 37)

Anexo 2: Selección aleatoria de casos para el estudio cuantitativo.

Muestreo simple aleatorio
Tamaño poblacional: 511
Tamaño de muestra: 153
Número de los sujetos seleccionados

1	2	3	6	7	10	30
35	37	41	47	49	51	56
63	65	68	75	76	81	83
85	86	90	98	102	113	115
116	118	120	121	123	124	129
138	139	146	147	148	159	162
164	176	177	179	184	187	189
190	192	193	196	198	201	204
207	209	213	218	219	220	221
226	230	234	237	240	245	250
251	254	257	268	272	273	276
277	281	284	286	287	289	297
299	303	304	308	313	321	323
328	330	333	337	338	346	348
350	352	354	355	356	358	359
368	369	373	377	381	384	387
390	391	393	398	400	406	408
410	414	416	417	419	421	425
429	430	432	433	434	435	439
443	444	450	451	457	459	461
463	464	465	466	469	474	475
477	479	491	501	507	510	

Anexo 3: Herramientas de recolección de la información

3.1 Herramienta para la determinación de la segregación socio histórica

3.1.1 Formulario de identificación de coordenadas de la comunidad.

Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

Área de Salud

Los gerontes y el proceso salud-enfermedad: una aproximación desde la determinación social en la comunidad de Ingapirca.

Objetivo 1. Caracterizar la segregación socio espacial de los individuos que entrarían en la categoría de "adultos mayores", de acuerdo a la mirada positivista, de la parroquia Ingapirca en la provincia de Cañar.

Código de formulario ☐☐☐☐ (1 código por comunidad)

ANÁLISIS GEOGRÀFICO DE LA PARROQUIA INGAPIRCA

A. Localización de la comunidad

A. 1Nombre de la comunidad ☐

A. 2 Número de residentes ☐☐☐☐ residentes ☐☐☐ adultos mayores

A. 3 Fecha de visita ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Día Mes Año

A.4 Coordenadas de la comunidad (Entrada a la comunidad)

17M ☐☐☐☐☐☐☐☐

UTM ☐☐☐☐☐☐☐☐

Altura ☐☐☐☐☐ metros

A.5 Coordenadas de la comunidad (Centro de la comunidad)

17M ☐☐☐☐☐☐☐☐

UTM ☐☐☐☐☐☐☐☐

Altura ☐☐☐☐☐ metros

A.6 Coordenadas del Centro, puesto de salud.

17M ☐☐☐☐☐☐☐☐

UTM ☐☐☐☐☐☐☐☐

Altura ☐☐☐☐☐ metros

A.6 Coordenadas del Centro, puesto de salud.

17M ☐☐☐☐☐☐☐☐

UTM ☐☐☐☐☐☐☐☐

Altura ☐☐☐☐☐ metros

A.7 Coordenadas de la residencia del curandero o chamán

17M ☐☐☐☐☐☐☐☐

UTM ☐☐☐☐☐☐☐☐

Altura ☐☐☐☐☐ metros

A.8 Coordenadas de centro de comercio (mercado, plaza)

17M								
UTM								
Altura						metros		

3.1.2 Formulario de identificación de coordenadas de las viviendas de los gerontes

Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

Área de Salud

Los gerontes y el proceso salud-enfermedad: una aproximación desde la determinación social en la comunidad de Ingapirca.

B. Localización geográfica de adultos mayores

Nombres y apellidos del adulto mayor

Edad ☐☐☐ años **Etnia** Mestizo ☐ Indígena ☐ Otra _____

Localización del domicilio **17M** ☐☐☐☐☐☐☐☐ **Sexo** Hombre ☐

UTM ☐☐☐☐☐☐☐☐ Mujer ☐

Altura metros

Existe migración a otros países en el hogar (hijos, hijas, hermanos/as o cónyuge) Si ☐ No ☐

Nombres y apellidos del adulto mayor

Edad ☐☐☐ años **Etnia** Mestizo ☐ Indígena ☐ Otra _____

Localización del domicilio **17M** ☐☐☐☐☐☐☐☐ **Sexo** Hombre ☐

UTM ☐☐☐☐☐☐☐☐ Mujer ☐

Altura metros

Existe migración a otros países en el hogar (hijos, hijas, hermanos/as o cónyuge) Si ☐ No ☐

Nombres y apellidos del adulto mayor

Edad ☐☐☐ años **Etnia** Mestizo ☐ Indígena ☐ Otra _____

Localización del domicilio **17M** ☐☐☐☐☐☐☐☐ **Sexo** Hombre ☐

UTM ☐☐☐☐☐☐☐☐ Mujer ☐

Altura metros

Existe migración a otros países en el hogar (hijos, hijas, hermanos/as o cónyuge) Si ☐ No ☐

Nombres y apellidos del adulto mayor

Edad ☐☐☐ años **Etnia** Mestizo ☐ Indígena ☐ Otra _____

Localización del domicilio **17M** ☐☐☐☐☐☐☐☐ **Sexo** Hombre ☐

UTM ☐☐☐☐☐☐☐☐ Mujer ☐

Altura metros

Existe migración a otros países en el hogar (hijos, hijas, hermanos/as o cónyuge) Si ☐ No ☐

3.1.3 Encuesta a líderes comunitarios

Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

Área de Salud

Los gerontes y el proceso salud-enfermedad: una aproximación desde la determinación social en la comunidad de Ingapirca.

Código de la encuesta ☐☐☐☐

ENCUESTA A LIDER COMUNITARIO

A. UBICACIÓN

A1. Comunidad _____ A2. Localidad _____

A3. Número de residentes _____ A4. Total gerontes _____

B. CARACTERISTICAS COMUNITARIAS

B1. Tiempo de creación de la comunidad ☐☐☐ años

B2. Total de familias ☐☐☐ familias

B3. Total de familias hace 10 años ☐☐☐ familias

20 años ☐☐☐ familias

30 años ☐☐☐ familias

B4. Ha existido migración a otros países en su comunidad

1.Si ☐ Que países: _____

0.No ☐ _____

B5. Ha existido migración a otras provincias o ciudades en su comunidad

1.Si ☐ Describa _____

0.No ☐ _____

B6. En su criterio, ¿qué integrante familiar migra más frecuentemente?

1. Hijo ☐
2. Hija ☐
3. Cónyugue ☐
4. Hermano ☐
5. Otros _____

B7. Total de familias con gerontes ☐☐☐ Familias

B8. Disponibilidad de centro de salud del MSP 1.Si ☐ Describa el tipo _____

0.No ☐

B9. ¿A qué actividades se dedican principalmente en la comunidad?

B9.1 Padres de familia

Actividad 1 _____

Actividad 2 _____

Actividad 3 _____

B7.2 Madres de familia

Actividad 1 _____

Actividad 2 _____

Actividad 3 _____

B9.2 Gerontes

Actividad 1 _____

Actividad 2 _____

Actividad 3 _____

B10. Su comunidad es mayoritariamente: 1. Indígena ☐ 2. Mestiza ☐ 3. Mixta ☐ 4. No conoce ☐

B11.Número de gerontes según etnia

1. Indígena ☐☐ 2. Mestiza ☐☐ No conoce ☐

B12. En su comunidad, señale las actividades que se realizan:

Tipo de actividad

(Puede señalar más de una)

1. Agricultura ☐
2. Ganadería ☐
3. Acuacultura ☐
4. Producción de lácteos ☐
5. Comercio ☐
6. Otro ☐ Describa _____

B13. Los productos que se producen en la comunidad por las familias:

	Venden	Solo consumo	Ambas
Leche	☐	☐	☐
Queso	☐	☐	☐
Maíz	☐	☐	☐
Papas	☐	☐	☐
Mellocos	☐	☐	☐
Verduras	☐	☐	☐
Hortalizas	☐	☐	☐
Animales (cuy, gallina)	☐	☐	☐

C. COMUNIDAD Y EL ADULTO MAYOR

C1. En la comunidad existe migración, hace que tiempo fue más frecuente?

Hace 10 años ☐
Hace 20 años ☐
Hace 30 años ☐
Actualmente ☐

C.1 ¿Hace cuánto tiempo existe migración en la comunidad? ☐☐☐ años

C2. ¿Existen gerontes con familiares migrantes? 1.Si ☐ 0.No ☐

C3. ¿Cómo cree que la migración impacta sobre la salud de los adultos mayores?

Mejoró la salud ☐ Porque? _____
Empeoró la salud ☐ Porque? _____
Ningún impacto ☐ Porque? _____
Desconoce ☐

C4. ¿Cómo cree que la migración impacta sobre la enfermedad de los adultos mayores?

A disminuido la enfermedad ☐ Porque? _____
A aumentado la enfermedad ☐ Porque? _____
No ha impactado ☐ Porque? _____
Desconoce ☐

C5. Ud. considera que la migración fue:

Buena para la comunidad y los adultos mayores ☐
Mala para la comunidad y adultos mayores ☐

Indiferente

No opina

Porque
?

C6. Considera Ud. que la migración pudo haber traído:

1. Desarrollo
2. Más migración
3. Empeoramiento de la vida

C7. ¿En los gerontes, la migración ha causado?

1. Mejoramiento en su condición
2. Iguales condiciones de vida
3. Peores condiciones de vida

Explique su respuesta

C8. De manera general, en su comunidad como considera es la vida de los gerontes

1. Es buena
2. Es normal
3. Es mala
4. No opina

C9. ¿Considera que en la comunidad la salud de los gerontes es?

1. Buena
2. Regular
3. Mala

C10. El idioma que mayoritariamente se habla en la comunidad es:

1. Español
2. Kichwa
3. Se hablan los 2 idiomas

C11. La comunidad posee centros de atención a los gerontes

1.Si Describa el tipo

0.No

C12. La comunidad apoya el cuidado de la salud de los gerontes

1.Si ¿Cómo?

0.No

C13. La comunidad apoya a las unidades de salud que atienden gerontes

1.Si ¿Cómo?

0.No

C14. En su criterio los gerontes, prefiere la atención pública o privada?

1.Pública

2.Privada ☐

C15. La comunidad proporciona otras alternativas de salud (curandero, shaman, etc)

Si ☐ Cuáles? _____

No ☐

C16. Ha notado diferencias entre la atención de salud por etnia

Describa

Si ☐ _____

No ☐

C17. Ha notado diferencias en la atención de salud según sexo de los adultos mayores

Describa

Si ☐ _____

No ☐

D. COHESIÓN COMUNITARIA

D1. La comunidad, se involucra de alguna manera con la salud de los adultos mayores?

Si Describa

_____

No

D2. El involucramiento de la comunidad en el cuidado de los adultos mayores:

Mejora la salud ☐

Empeora la salud ☐

Crea conflictos ☐

No opina ☐

D3. La atención y el cuidado de los gerontes de la comunidad ¿ha contribuido a la unión de los pobladores?

Si ☐ Describa _____

No ☐

D4. La población de gerontes ha contribuido a que se desarrollen estrategias comunales para su cuidado y atención?

Describa

Si ☐ _____

No ☐

D5. Considera que el aporte de los gerontes en el desarrollo económico de la comunidad es:

Bueno ☐

Regular ☐

Malo ☐

¿De qué manera? _____

3.1.4 Grupo focal con líderes comunitarios

Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

Área de Salud

Los gerontes y el proceso salud-enfermedad: una aproximación desde la determinación social en la comunidad de Ingapirca.

Código | | | | |

GRUPO FOCAL CON LÍDERES COMUNITARIOS - GUÍA.

1. Objetivos del estudio

1.1 Conocer el sentir y el actuar comunitario sobre la realidad de los gerontes.

1.2 Conocer la percepción de la comunidad sobre la migración, etnia y género y su influencia en la realidad de los gerontes

2. Participantes

2.1 Cinco líderes comunitarios de etnia indígena.

2.2 Cinco líderes comunitarios de etnia mestiza.

3. Guion

3.1 Bienvenida

3.2 Presentación del moderador

3.3 Definición de los objetivos

3.4 Resolución de preguntas y comentarios

3.5 Batería de preguntas a grupo focal

1. ¿Considera Ud. que la Parroquia ha sufrido grandes cambios sociales, económicos, culturales u otros a lo largo de su historia? ¿Cuales?

2. ¿Considera que los cambios en la parroquia han influido en la vida/salud/enfermedad los gerontes? ¿Cómo?

3. ¿Qué actividades consideran Uds. que realizan los gerontes en su comunidad?

4. ¿Cree que la situación de salud de los gerontes es la adecuada en su comunidad?

3. ¿Considera que los gerontes participan de las decisiones comunitarias?

4. ¿Considera que la migración ha influenciado a vida de los gerontes?

5. ¿Cree que el ser mestizo/indígena trae diferencias en los gerontes?

6. ¿Considera que ser hombre/mujer trae diferencias en los gerontes?

7. ¿Qué opina sobre la salud de los adultos mayores?

Código grabación: | | | | | | | | |

Apuntes del moderador

3.2 Herramienta para determinar el sentir y vivir en la comunidad siendo geronte y situación de salud percibida.

3.2.1 Encuesta y entrevista al geronte´

Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

Área de Salud

Los gerontes y el proceso salud-enfermedad: una aproximación desde la determinación social en la comunidad de Ingapirca.

Código de la encuesta ☐☐☐☐

ENCUESTA Y ENTREVISTA

A. DATOS DEMOGRÁFICOS

A1. Nombres y apellidos _____

A2. Comunidad _____

A3. Dirección _____

A4. Edad ☐☐☐ años Sexo Hombre ☐ Mujer ☐

A5. Estado civil
- Soltero/a ☐
- Casado/a ☐
- Viudo/a ☐
- Divorciado/a ☐
- Unión de hecho ☐

Nivel de escolaridad
- Ninguno ☐
- Primaria ☐
- Secundaria ☐
- Superior ☐
- Cuarto nivel ☐

A6. Grupo étnico Mestizo ☐ Indígena ☐ Otro ☐

A7. Fecha de nacimiento ☐☐ Día ☐☐ Mes ☐☐☐☐ Año

A8. Lugar de nacimiento _____

A9.Tiempo de residencia aquí ☐☐☐ años

B. HISTÓRICO CON LA COMUNIDAD

B1. Cuántos años vive en esta comunidad
- Menos de 10 años ☐
- 11-20 años ☐
- 21-30 años ☐
- Más de 30 años ☐

Entrevista a individuos de más de 65 años de edad

Objetivo: Determinar la percepción de los individuos de más de 65 años sobre su sentir y pertenecer a la comunidad con esa edad

Buenas tardes, Señor/Señora, antes que nada, quiero agradecerle por acceder a participar en esta entrevista y dedicar un espacio de su tiempo para colaborarme; mi nombre es Carlos Abambari Ortíz soy estudiante de Maestría de la Universidad Andina Simón Bolívar y estoy haciendo una investigación para conocer ¿Cómo se expresa la determinación social en la población "adulta mayor" de la parroquia Ingapirca de la provincia de Cañar?
Para el investigador es muy importante que responda las preguntas que Ud. considere, con toda confianza, de manera informal y libremente. Para el investigador todo lo que Ud. diga es muy importante, por lo tanto, no se preocupe en expresar sus opiniones, no existen respuestas buenas ni malas. Es por esto que me gustaría, además de escuchar atentamente sus respuestas, grabarlas para repasar posteriormente la conversación y recordar lo que hemos tratado, si me da su permiso.

Código de la grabación

Preguntas

P1 ¿Actualmente, cómo se siente viviendo en su comunidad?

P2 ¿Siente que su edad es un limitante para sus actividades?

P3 ¿De qué manera su edad es un limitante?

P4 ¿La comunidad , cómo le trata por tener su edad?

P5 ¿Su familia, cómo le trata por tener su edad?

Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

Área de Salud

Los gerontes y el proceso salud-enfermedad: una aproximación desde la determinación social en la comunidad de Ingapirca.

Código de la grabación

Entrevista a individuos de más de 65 años de edad

Objetivo: Caracterizar diferencialmente por etnia, sexo, género y clase social las percepciones y construcciones que la población "adulta mayor" posee sobre su situación de salud.

P6. ¿Qué es para Ud. Estar sano o saludable?

P7. ¿Qué es y qué significa para Ud. Estar enfermo?

P8. ¿Ud. Cómo se siente en lo que respecta a su salud?

P9. ¿Considera que por pertenecer a su etnia se encuentra mejor de salud que otros gerontes?
P10. ¿Cree que los hombres/mujeres gerontes que Ud. conoce presentan mejor o peor estado de salud que Ud.?

P11. ¿Siente que la comunidad se preocupan por su salud?

P12. ¿Siente que su familia se preocupan por su salud?

P13. ¿Cómo ha influenciado la migración de sus familiares en su salud?

P14. ¿Considera que el género de los gerontes influye en su estado de salud?

P15. ¿Considera que su situación de salud dependa de la clase social?

P16. ¿Cómo se siente actualmente en relación a su salud?

P17. ¿Cómo podría mejorar su situación de salud?

3.3 Herramienta para determinar los modos de vida.

Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

Área de Salud

Los gerontes y el proceso salud-enfermedad: una aproximación desde la determinación social en la comunidad de Ingapirca.

Código de la encuesta | | | | |

HISTORIA FAMILIAR E INSERCIÓN DE CLASE

A. DATOS DEMOGRÀFICOS

Nombres y apellidos _____

Localización del domicilio

17M								
UTM								
Altura						metros		

Comunidad _____

Dirección _____

B. COMPOSICIÓN FAMILIAR

Nombre	Sexo	Edad	Parentesco con el geronte	Escolaridad	Ocupación

C. INSERCIÓN DE CLASE

C1. Tenencia de los medios de producción y tierra

No tiene medios de producción ni propiedad de tierra	
Son dueños de los medios de producción pero no de la tierra	
Son dueños de la tierra pero no de los medios de producción	
Son dueños de la tierra y de los medios de producción	

C2. Servicios básicos, cuenta con los siguientes servicios:

Servicio de energía eléctrica	
Agua potable	
Alcantarillado	
Recolección de basura	
Teléfono/celular	
Televisión por cable	
Internet	
Baño	

C3. ¿Qué tipo de trabajo realiza Ud?

- Ud. en la actualidad no tiene trabajo ☐
- Ud. en la actualidad realiza algun trabajo remunerado ☐
- Ud. es jubilado ☐

C4. Dentro de la familia del geronte, quién o quiénes son los responsables económicos del mantenimiento y otras necesidades familiares

Describa _____

C5. De las personas responsables económicamente de la familia, quién es la principal responsable de cubrir las necesidades familiares

Describa _____

C6. ¿A qué se dedica/ocupa el principal responsable económico de la familia?

1. Profesional independiente ☐
2. Profesional en el sector privado ☐
3. Profesional en el sector público ☐
4. Artesano ☐
5. Comerciante con negocio propio ☐
6. Propietario de negocio ☐
7. Obrero/trabajador ☐
8. Jubilado ☐
9. Ninguna ☐
10. Otra ☐ _____

C7. El principal responsable económico de la familia es propietario de:

1. Locales ☐
2. Tierra ☐
3. Máquinas ☐
4. Herramientas ☐
5. Mercadería ☐
6. Animales de producción ☐
6. Solo sembradíos ☐
7. Otra ☐ Describa _____

C8. Cuál es la tarea principal, en el trabajo, del responsable económico de la familia

1. Realiza el trabajo ☐
2. Dirige el trabajo de otras personas ☐
3. Hace y dirige ☐
4. No realiza el trabajo, financia ☐

C9. Cuál es la fuente principal de ingresos económicos del responsable

1. Venta de insumos (leche, producción de alimentos) ☐
2. Alquiler de la propiedad ☐
3. Jornal diario, quincenal, mensual ☐
4. Sueldo ☐
5. Honorarios por servicios ☐
6. Donación ☐

7. Jubilación
8. Pension familiar
9. Bono de Desarrollo humano
10. Limosna o caridad
9. Otros _____

C10. El principal responsable económico de la familia es:

1. Hombre
2. Mujer

1. Indígena
2. Mestizo
3. Otro

C11. El responsable económicamente de la familia ha estado en situación de migración en los últimos 2 años

1. Si, en otra ciudad dentro del Ecuador
2. Si, fuera del país
3. No

C12. Cuál es la edad del responsable económico de la familia ____ años

C13. ¿Cuál es la etnia del responsable económico de la familia?

Mestizo
Indígena
Otro _____

C14. Seguridad social del jefe de hogar

Ningún seguro de salud
Seguro campesino
Seguro social
Seguro privado

C15. Seguridad social del adulto mayor

Ningún seguro de salud
Seguro campesino
Seguro social
Seguro privado

C16. Características de la vivienda

Número de cuartos
1
2 a 3
Más de 3

Tipo de techo
Zinc
Eternit
Teja/Losa
Paja

Tipo de paredes
Adobe
Bloque

	Ladrillo	
Tipo de piso	Tierra	
	Madera	
	Cemento	

D. FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Ítem	Casi nunca	A veces	Casi siempre
Yo estoy satisfecho o a gusto con el apoyo que recibo de mi familia cuando algo me molesta			
Yo estoy satisfecho o a gusto con la forma en la que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas que tengo conmigo.			
Yo estoy satisfecho con el modo en que mi familia acepta y da apoyo a mis deseos de emprender nuevas actividades.			
Yo estoy satisfecho con el modo en que mi familia expresa su afecto y responde a mis emociones como cuando estoy triste.			
Yo estoy satisfecho con la forma de cómo mi familia y yo compartimos el tiempo, el trabajo y el dinero.			

3.4 Herramienta para determinar el perfil epidemiológico y los procesos protectores y destructivos

3.4.1 Formulario para revisión médica.

Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

Área de Salud

Los gerontes y el proceso salud-enfermedad: una aproximación desde la determinación social en la comunidad de Ingapirca.

Código de la encuesta ☐☐☐☐☐

HISTORIA DE SALUD INDIVIDUAL

A. DATOS DEMOGRÀFICOS

Nombres y apellidos _____

Edad en años cumplidos ☐☐☐ años

B. PROBLEMAS POR ORGANOS Y SISTEMAS

Padece de alergias Si ☐ ¿A qué es alérgico? _____

No ☐

¿Posee alguna molestia que le preocupe?

Si ☐ ¿Qué molestia? _____

No ☐

Problemas digestivos

Antecedentes _____

Síntomas _____

Signos _____

Problemas respiratorios

Antecedentes _____

Síntomas _____

Signos _____

Problemas cardio vasculares

Antecedentes _____

Síntomas _____

Signos _____

Problemas renales

Antecedentes _____

Síntomas _____

Signos _____

Problemas osteo articulares

Antecedentes _____

Síntomas _____

Signos _____

Problemas Neurológicos

Antecedentes _____

Síntomas _____

Signos _____

Problemas de piel, uñas y pelo

Antecedentes _____

Síntomas _____

Signos _____

3.4.2 Grupo focal con gerontes

PROCESOS PROTECTORES Y DESTRUCTIVOS GRUPO FOCAL

1. Objetivo

Conocer la relación entre procesos protectores y destructivos, salud-enfermedad de los "adultos mayores"

2. Participantes

2.1 10 adultos mayores de etnia indígena.

2.2 10 adultos mayores de etnia mestiza.

3. Guion

3.1 Bienvenida

3.2 Presentación del moderador

3.3 Definición de los objetivos

3.4 Resolución de preguntas y comentarios

3.5 Batería de preguntas a grupo focal

1. ¿Cómo se sienten a su edad en sus comunidades?
2. ¿Siente que ser mestizo/indígena, le ha traído problemas en el acceso a los servicios de salud?
3. ¿Cree que el ser hombre o mujer le ha traído problemas para acceder a los servicios de salud?
4. ¿La migración en la comunidad, considera que ha sido buena o mala para su salud?
3. ¿A nivel personal, Ud. que hace para mantenerse saludable?
4. ¿Qué hace cuando se enferma?
5. ¿Siente que la comunidad le ayuda cuando se enferma? ¿Cómo?
6. ¿Su familia le ayuda cuando se enferma? ¿Cómo?
7. ¿Qué le ayuda a mantenerse saludable? ¿y a enfermarse?

Código grabación: | | | | | | | | |

Apuntes del moderador

_____

_____

3.5 Consentimiento previo, libre e informado.

Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

Área de Salud

Maestría en Epidemiología y Salud Colectiva

Los gerontes y el proceso salud-enfermedad: una aproximación desde la determinación social en la comunidad de Ingapirca.

Consentimiento previo, libre e informado.

Fecha: _____

Yo _____ con cédula de identidad número_____, residente en la comunidad de Ingapirca del cantón Cañar, he sido informado por el señor Carlos Fabián Abambari Ortíz sobre los objetivos del estudio titulado "Los gerontes y el proceso salud-enfermedad: una aproximación desde la determinación social en la comunidad de Ingapirca" y se me ha permitido realizar las preguntas necesarias sobre la investigación, por lo que:

Declaro conocer el proceso de la investigación, la importancia de la misma, los objetivos y la posterior entrega de los resultados a mi persona y a la comunidad por lo que autorizo mi participación en esta investigación, así como la publicación de los resultados de la misma.

La investigación mencionada respetará la identidad de los participantes, guardando su anonimato y cumplirá los principios de bioética: autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia.

_____

Firma o huella del participante.

3.6 Percepciones de líderes comunitarios sobre los procesos de cambio social de la Parroquia y los gerontes

Tabla 21

Percepciones de líderes comunitarios sobre procesos comunitarios de cambios sociales

Componente consultado	Líderes Indígenas	Líderes Mestizos
¿Considera Ud. que la Parroquia ha sufrido grandes cambios sociales, económicos, culturales u otros a lo largo de su historia? ¿Cuales?	Los indígenas consideran que existen cambios serios en la comunidad, estos cambios se basan en un modelo anclado a la dolarización, que generó migración y por ende cambios en la sociedad y en la familia: *"eso ahora por ejemplo en cuanto alimentación ahora hemos tenido ya el nivel medio digamos no antes que no habían ni la primaria apenas tercer baño, cuarto año había y no te terminamos ni la primaria; primaria anteriormente era sexto año, entonces todo eso ahora aunque como digo la calidad educación como ellos dicen, dicen que es de calidad pero totalmente yo no veo calidad pero por lo menos como digo más o menos si quiera dicho que termina la secundaria yo que sé, pasan al universidad entonces de eso"* (Líder comunitario indígena)	Consideran han existido cambios sustanciales en la comunidad en los últimos años, no se centran en la dolarización como los indígenas, sino que revelan otros detalles, uno de ellos y punto de coincidencia con los indígenas es la percepción de que los tiempos pasados eran mejores tanto en educación como en la formación de los hijos: *"Desde chiquito hemos vivido aquí, iba a la escuela de la comuna, era lindos tiempos antes no como ahora ya todo se está perdiendo todos los valores inculcados"* *"Si ahora ya no son respetuosos y las costumbres se ha perdido, las guaguas que vienen a la escuela, colegio ya no saludan son malcriados y como los padres no viven con ellos porque se fueron a la Yoni se crían solo con los abuelos nada más, ya no ayudan nada en la casa solo quieren estar en la calle"* *"los guambras solo tomando quieren pasar en la calle sin hacer nada van para allá y ya vienen con otra ropa nueva ya no quieren ir al campo"* (Líder comunitarios mestizo)
Cambios en la educación	Los cambios en la educación son vistos como buenos, parcialmente: *"bueno antes cuando nosotros éramos guambras jugábamos en la escuela todo era a nuestra forma ahorita,*	Se coincide con el pensamiento de los gerontes de la etnia indígena, los cambios son

	en este tiempo todo, todo, todo se ha cambiado totalmente" *"Yo me acuerdo bien clarito cuando nosotros estuvimos en la escuela sólo con ver, con lo que castigaban a los otros compañeros era suficiente de aprender, yo eso me acuerdo, veras al que venía sin deber hacían encargar a otro alumno."* (Líder comunitario indígena).	buenos en el sentido de mejores prestaciones de la educación, pero cuestionan la calidad de la misma.
Cambios en el estado de salud	Se considera que se ha mejorado en las prestaciones de salud: *"Entonces eso, en cuanto a la salud quiero decir también, antes no había nada, ni siquiera quien ponga una inyección, nadie, peormente para tener un sub centro, nada, eso lo que he visto mejor en ese campo ha estado trabajando, nuestras como digo, las mujercitas que algunas han tenido que por sí solas han aprendido a la vez va a curar por lo menos siquiera de mal aire no sé de qué no más."*	Mencionan que existe una mayor prestación de salud de tipo occidental, sin embargo, se nota un nivel de insatisfacción con la calidad de estas prestaciones: *"Antes no ve no había nada que ir donde el doctor en la casa mismo se curaba dolor de barriga con agüita de manzanilla, dolor de cabeza poníamos ungüento de gallina y pasaba ahora tanta cosa de ir al hospital y solo mandan dando pastillas."*
Influencia de los cambios sociales en la salud de los gerontes	Al respecto es clara la posición de los líderes, en lo que respecta a la influencia de los cambios en la vida de los gerontes, la respuesta es clara: si ha influido. En la mayoría de los casos estos cambios son percibidos como negativos por los líderes comunitarios, económicamente los gerontes se ven afectados por la dolarización especialmente:	La influencia de los cambios sociales, económicos y de la cultura si ha afectado la vida de los gerontes, en la mayoría de los casos esta influencia es percibida como mala, incluida la situación de salud.

	"yo me acuerdo eso, pero ahora llegó la dolarización que pasa pongamos de aquí unos $20, cambió los $20 y se acabó (risas)" En el campo de la salud, los gerontes son conscientes de la afectación económica en procesos protectores de la salud, por ejemplo, la alimentación: *"se comía la comida libre no era contaminada y ahora en cambio puro ingredientes"*	
Situación laboral de los gerontes	La mayoría de los líderes menciona que los gerontes "descansan" o se dedican a actividades menores del hogar: *"los mayorcitos casi ya como ya no hay fuerzas, que hacen descansar"* *"claro para mantener siquiera bueno coger hierbita para los cuycitos, o a las gallinitas así lo único es de eso pues, algunos tienen alguna vaquita yo que sé si quiere algo porque está cercanito, al lado de la casa ellos mantienen."* *"los adultos mayores nada más se dedican nada más, así como dice don Nicolás a costar hierbita para los cuyes, algunas cositas, cositas suaves hacen de ahí ya cosas pesadas ya no hacen ya no hay como hacer ellos ya no tienen fuerza porque ya no tienen ánimo de caminar ni nada porque pasan descansando"*	En la mayoría de los casos los gerontes no realizan actividades remuneradas, al igual que los mestizos se establece que realizan actividades reducidas como el cuidado de animales y en comparación con años anteriores los gerontes ya no están con los mismos "ánimos": *"me retirado por problemas de salud y además la comuna ya no quiere que trabajemos, ni que vayamos a las mingas, solo colaboramos con platita algunas veces, pero ya no vamos al cerro."* *"Ya uno se pasa solo en la casita se pasa haciendo de sembrar papitas, pero poco, poco, sacando lechecita."* *"ahora ya no hay como nada hacer como cuando uno era joven madrugaba a trabajar, ahora ya levantamos de día siete de la mañana recién está levantando uno, ya el frio hace daño duele las piernitas ya no se puede hacer nada"*
Situación de salud de los gerontes	Todos los líderes consideran que es mala o deteriorada:	Mencionan que la situación de salud es complicada, las enfermedades crean vulnerabilidad en la población, en ocasiones los problemas de clima,

	"claro de la salud hablaríamos que pasan mal de la salud por que por las épocas del tiempo mismo, del frío mismo ahora que es más, más complicado es que afecta a los pulmones afecta el reumatismo, afecta la gastritis ¿Por qué?, porque no se alimentan bien no comen a sus horas pasan abandonados y a veces los hijos somos irresponsables damos tiempo para otras cosas pero nos damos tiempo para la visita a los padres entonces eso es a veces uno comerán o no comerán entonces todas esas consecuencias yo creo que no es felicidad para los mayorcitos"	económicos y la mala alimentación son los más frecuentes al momento de analizar las causas: *"Las enfermedades vienen porque no se alimentan bien como decían antes se comía duro, duro ahora solo comen esos chitos, chupetes y golosinas, antes se comía machica, arroz de cebada, el chapo con harta leche eso era bueno para los huesos."* *"Ahora hay enfermedades raras se escucha uno en la televisión, antes vivíamos hasta 100 años y más ahora ya jovencitos ya están sin poder ni levantar un saco de papas, ya no sirven para nada"*
Participación de los gerontes en decisiones comunitarias	En la mayoría de los casos los líderes comunitarios aceptan que los gerontes ya no participan en decisiones de la comunidad: *"veo que ahora ya no participan ya los mayorcitos porque ya prácticamente, ellos ya no pueden salir claro cuando era joven como decir en mi tiempo no cuando yo vivía aquí en Sisid, salíamos a trabajar duramente pero ahora ya, algunos ya se desaparecieron los mayores, pero ahora algunos viejitos que están todavía ya no pueden salir."*	Existe una división de opiniones, la mitad de los entrevistados consideran que existe exclusión por la edad sin embrago otros líderes consideran que debido a su experiencia son involucrados, en ninguno de los casos se menciona lo citado por los indígenas en el sentido de la auto-exclusión de las decisiones comunitarias. *"Nosotros viejitos ya no servimos para nada en la comunidad por eso ya no nos llaman para las mingas dice solo que vaya a las reuniones porque ya no avanzamos a trabajar."* *"Nosotros los mayores ayudamos en la comunidad con nuestra experiencia claro que por las fuerzas que ya no tenemos como no podemos ayudar en los trabajos de campo, pero si yendo a las reuniones y dando opiniones para mejorar a la comuna."*
Influencia de la migración en la vida de los gerontes	Todos los líderes consideran que el aporte de la migración es las remesas, es decir un aporte económico, sin embargo, en cuestiones familiares fue perjudicial.	Las opiniones fueron divididas: *"La migración ha sido buena porque ha permitido que ingrese dinero y mejorar las casitas ahora tenemos, casitas bien terminadas antes había mucha pobreza, teníamos casitas que*

		cuando llovía se mojaba todito adentro las cobijitas porque eran casitas de lodo y zinc con palitos así no más." *"La verdad doctor cuando los hijitos se han ido, han dejado con pena, hemos quedado llorando porque se van y no sabemos si van a llegar vivos o no ve en las noticias sale que han muerto en el camino, porque dicen ca que por allá hay un terreno seco que tienen que pasar y no hay agua ni comida, también doctor tenemos que gastar platita porque hay que pagar bastante platita."* *"Por irse los padres a Estados Unidos dejando a las guaguas para que cuiden los mayores ahora hasta droga hay en esta comunidad, antes era todo bonito, tranquilo trabajábamos bien ahora ya los guaguas ya andan en malos caminos, no estudian porque los papas les mandan el dinero de allá y no se digan los jóvenes ahora ya toman trago y no respetan a los mayores uno ya viejo ya no quieren hacer lo que uno le dice. (Llanto)"*
Diferencias por etnia	Los líderes comunitarios indígenas expusieron que no existen diferencias sustanciales en el trato, por ejemplo, las diferencias más hacen relación a la propia cultura y alimentación, no así en la salud donde exponen que las enfermedades afectan de igual manera a todos: *"Bueno puede haber diferencia tal vez en la alimentación uno podía haber alimentado menos otro bien alimentado al menos tal vez porque las enfermedades son las mismas porque, estamos enfermando como decía del frío mismo todos, osea que les afecta todo eso entonces yo pienso que no ha de haber variaciones"* *"Yo creo que no hay diferencia"*	La comunidad expone que existe un trato preferencial a los indígenas, fundamentado en el mal trato del que fue sujeto esta comunidad de indígenas en la época colonial y posterior a ella en la misma comunidad de Ingapirca, además algunos líderes consideran que se trata de una retribución por la discriminación que sufrieron los indígenas por parte de los mestizos
Diferencias por sexo	Los líderes comunitarios consideran que la salud de los gerontes si está condicionada por	Se estableció que principalmente es el sexo femenino el que prevalece en la comunidad:

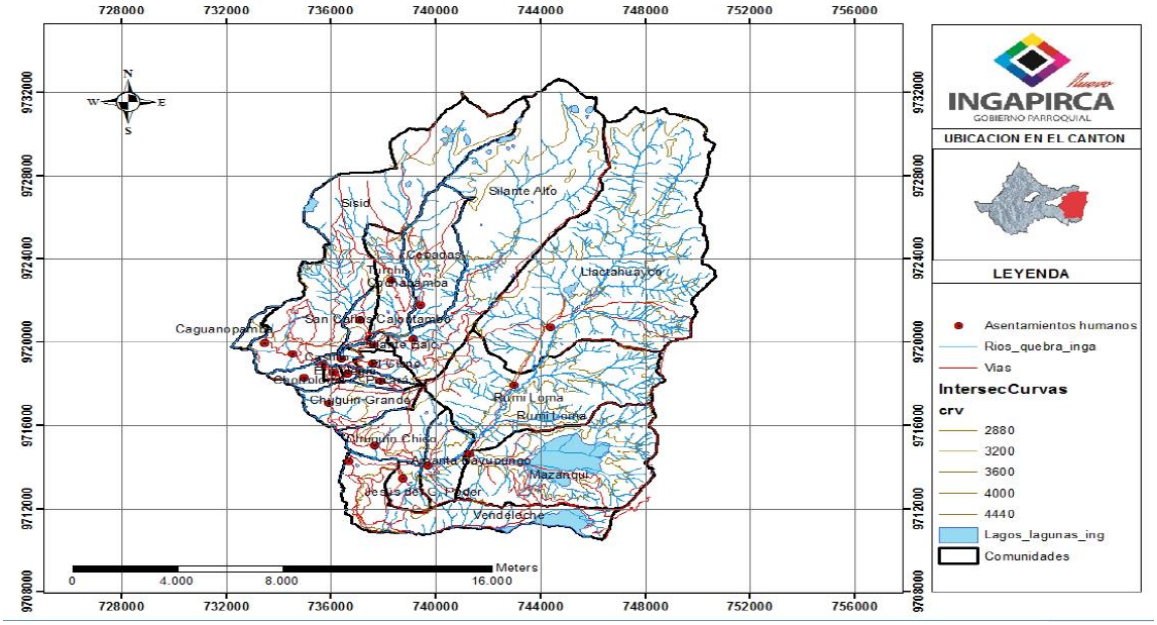
	el género, consideran que las actividades diarias, y reconocen que a pesar que los hombres pueden poseer actividades laborales pesadas, la verdadera carga de trabajo la lleva la esposa o mujer	"*Mayorcitos ya solo mujeres van quedando ya hombres ya no hay nada todos han muerto ya de viejitos, la vejez también llega y ya van muriendo eso también las mujercitas quedan con los nietos a vivir nada más."* *"No digo yo a todos tratan por igual se hombre mujer igual es lo que si algunos si consideran viendo que son mayorcitos otros no ahí dejan al viejo que este no más solito."* Además, se comparte la percepción, al igual que los indígenas, que las mujeres por sus actividades son las que se enferman más y sufren más
Situación actual de salud de los gerontes	Los líderes indígenas consideran la situación de salud de los gerontes como delicada, pero existe un proceso protector que es la predisposición de los líderes para apoyar a los gerontes en situación delicada	Existen diversas opiniones, básicamente comentan que la salud de los gerontes está comprometida al igual que su situación social, recalcan en la exclusión social, aunque mencionan que por el dinero son aceptados incluso en las reuniones

Fuente: Grupo Focal a líderes comunitarios indígenas y mestizos, Ingapirca 2018.
Elaboración propia (2019).

3.7 Mapas complementarios

Mapa 8

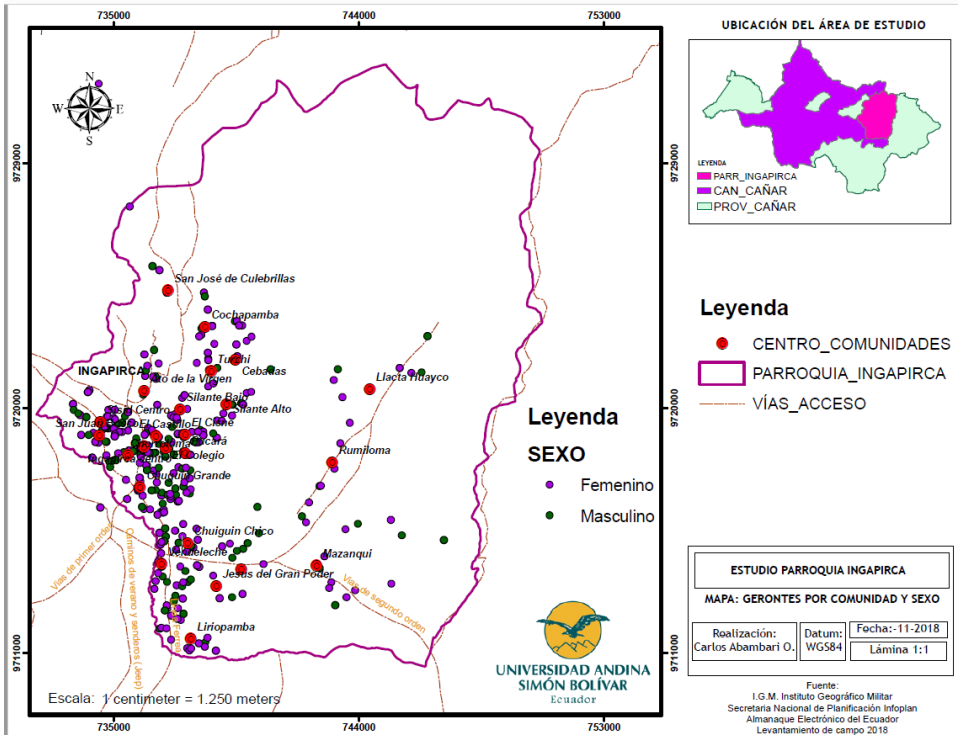
Localización de comunidades de la parroquia Ingapirca



Fuente y elaboración: (Gobierno Autónomo Descentralizado de la Parroquia Ingapirca y Equipo consultor 2015, 8)

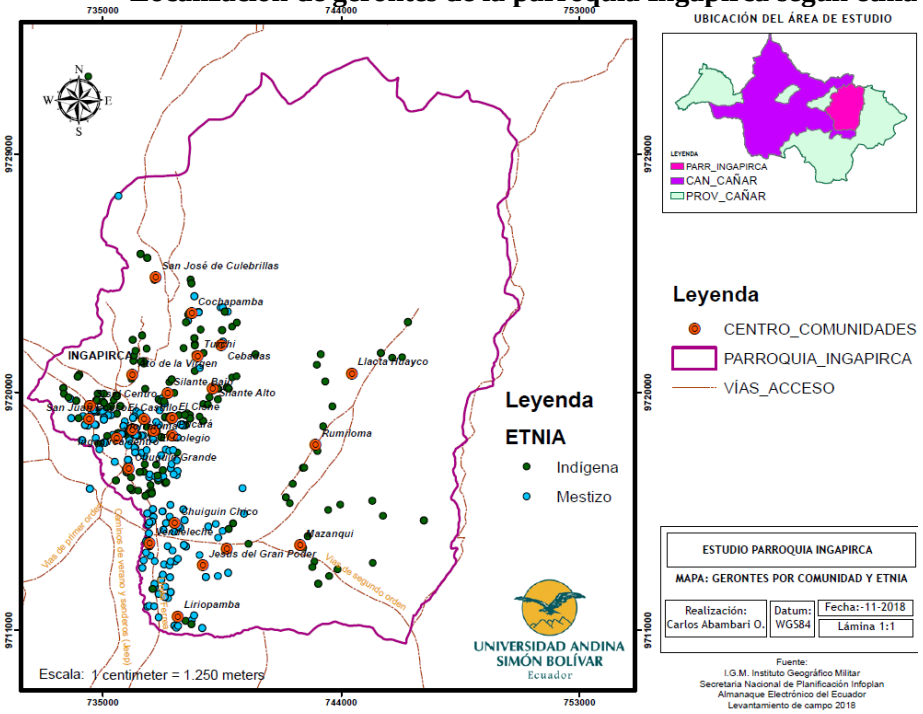
Mapa 9

Localización de gerontes de la parroquia Ingapirca según sexo



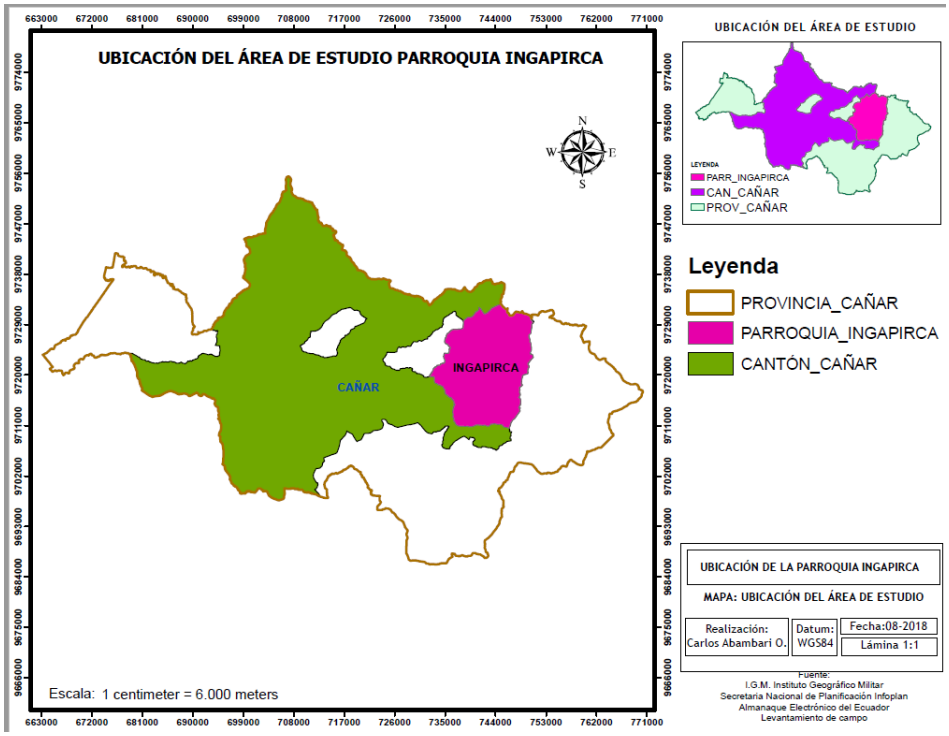
Mapa 10

Localización de gerontes de la parroquia Ingapirca según etnia



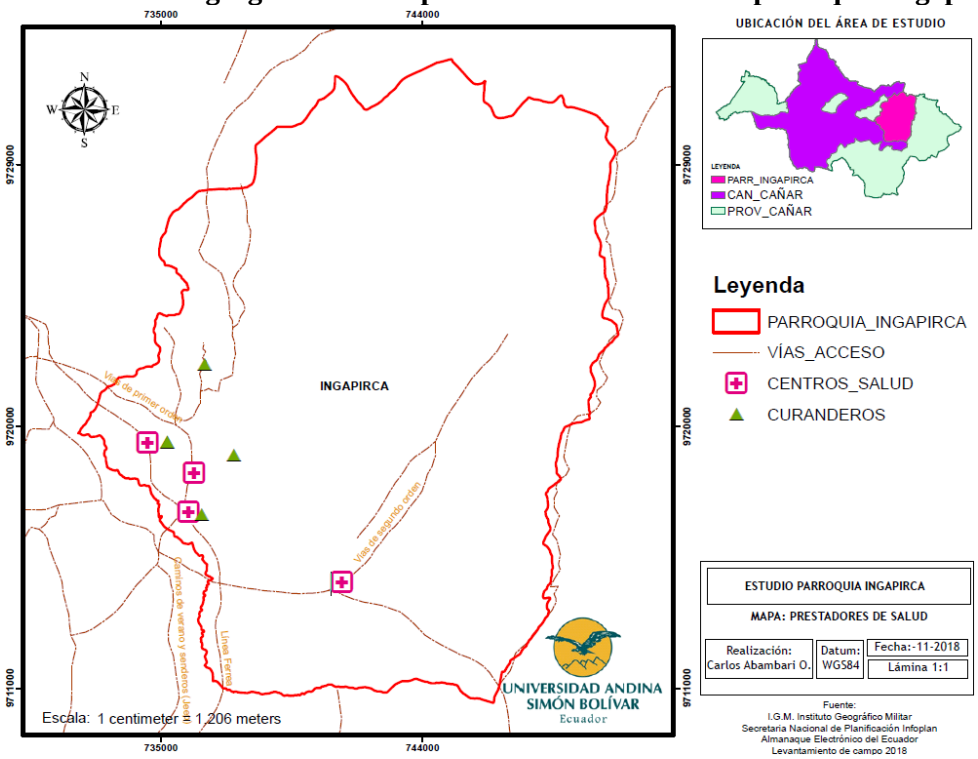
Mapa 11

Localización del área de estudio



Mapa 12

Localización geográfica de los prestadores de salud en la parroquia Ingapirca



3.8 Percepción sobre la situación de salud de los gerontes (auto-percepción)

Tabla 22

Caracterización diferencial por etnia las percepciones y construcciones de los gerontes sobre la situación de salud

Premisa	Indígena	Mestizo
Percepción de salud.	Los gerontes indígenas principalmente relacionan el estar saludable con "estar bien", la ausencia de dolor, tranquilidad y alegría; en este sentido se resalta que los indígenas no ponen todo su interés en el dolor físico o en la ausencia de dolor para estar sano: *"Salud no pasar así con dolores"* *"Una tranquilidad pes, estar bien claro me voy para un lado otro lado, me voy a Cañar, Azogues, Ingapirca, en mi libertad ya uno que conoce y vive aquí"* *"Sería algo bueno que uno este sano y bueno para tener cualquier dialogo con cualquiera"* Un componente también importante es la visión de conjunto que poseen los indígenas, para ellos estar sano también es poder compartir con los demás el día a día, conversar.	Los gerontes mestizos poseen una percepción integral de la salud, la relaciona principalmente con la falta de enfermedad, la armonía en el hogar, el trabajo, la alegría personal y con la religión: *"Cuando está sano limpio siquiera estar alegre siquiera estar andando por ahí siquiera viendo animalitos"* *"Para mi estar sano este me siento bien cuando todo el campo social este bien y si yo me encuentro con una pequeña dolencia ósea psicológicamente parece que llevándome con la familia que estén mis hijos, mis parientes, mis cuñados en perfectas condiciones parece que uno se siente bien no"* *"Estar sano es una bendición de Dios pues"* *"Sentirse bien eso es ya una bendición de Diosito, que es el que cura todo y da todo."* *"Ser sano es estar felicidad, alegre no tienen ningún cansancio, uno a pesar de que cundo es joven también ahora y de las edades que hemos pasado viene poquito dificultoso nada más."*
Percepción de enfermedad	Se relaciona en esta etnia principalmente con el dolor y la necesidad de búsqueda de prestaciones de salud como acudir a un médico de atención en medicina occidental principalmente, también asocian la enfermedad con tristeza, aunque no se menciona si es como consecuencia del dolor o que la tristeza es la enfermedad: *"Estar enfermo lloro ya"*	Se hace referencia a lo biológico, se menciona el dolor como un componente importante de la definición de enfermedad, además los gerontes posee un fuerte apego hacia lo sentimental o psicológico, asumen que la tristeza se halla enmarcada en la enfermedad: *"Un martirio."*

	"Estar enfermo, es que ya no estoy con salud completa." *"Enfermo, así mismo muy triste no estoy bien, no estoy con salud completo"* Principalmente la enfermedad es relatada con síntomas y signos de enfermedad	*"Es un poco triste ya no poder caminar ni ir a ver a los animales, hay que estar en casa sentado solo escuchando la gloria de Dios nada más."* *"Enfermo es lo más triste, afligida en veces no se puede tomar un vaso de agua en tranquilidad, diga usted si se toma un vaso de agua lo mismo se vuelve y eso ya no se puede hacer no, esa razón hay veces que me pongo una inyección, bueno un ratito me calma peo el resto vuelve a lo mismo."*
Percepción de la situación general de salud	Todos los entrevistados mencionaron que se sienten mal, en especial por el dolor que sienten en diversas partes de su cuerpo, nuevamente se resalta que se menciona muy frecuentemente la "tranquilidad" como factor en la salud. *"De mi salud mal estoy con la salud, tengo dolor de mis talones quiero ir hacer curar, pero nadie me cura, solo las noches tengo dolor de los talones, dolor de estas partes."* *"Si me duele la cabeza, ya no hay fuerza esa tranquilidad."* *"Ahorita medio estoy andando, me vienen del Centro de Salud a ver qué está pasando con mi vida."*	Se menciona que en general la situación de salud es regular o mala, conforme la edad avanza se van presentando las dolencias, ha disminuido la fuerza para trabajar y las enfermedades se van presentando paulatinamente, acusan principalmente afectaciones en el sistema músculo esquelético: *"…entorno a mi salud como los años se va dando, uno ya se va bajando cualesquiera pequeñas dolencias, no no vamos hablar cosas que uno se va quedar invalido o imposibilitado para hacer cualquier cosa, las piernas de repente, los brazos, algunas veces el estómago, la espalda ya se dobla mucho si se trabaja mucho tiempo entonces ya"* *Bueno cuando ya está enferma, ya hace fiero ya y la tristeza ya."* *"Bueno respecto a la salud ya se siente menos fuerza, ya la vista medio falla, ya el oído también ya medio sordito eso es lo que pasa ya con la edad que va cogiendo."* *"Hasta ahorita estoy normal ya viene bajando, bajando duele a veces parte, parte"*

La etnia como condicionante de la salud	Existen criterios divididos, en la mayoría de los casos consideran que la etnia no juega un papel importante, como condicionante de la salud en los gerontes, que igual se enferman los mestizos y los indígenas: *"Yo pienso que casi han de ser por ahí."* *"Igual porque digo, porque los indígenas lo que han enseñado digo mala costumbre yo primero culpo a los curas."* Otros gerontes consideran que los indígenas están mejor de salud y en una minoría que los mestizos: *"Nosotros indígenas somos más sanos."* *"Indígenas más enfermos vuelta tanto sufrimiento así trabajando así con vacas, sacando leche andamos vuelta"* Nuevamente se vuelve a introducir en este contexto lo psicológico, específicamente el sufrimiento.	Los gerontes mestizos consideran que la etnia no es un condicionante para la salud, esta percepción es más marcada que en los gerontes indígenas: Igual todos. *"Casi ya estamos yendo igual (risas)."* *"Igual que los otros."* *"La misma cosa creo que ha de ser, porque si estoy enferma yo, si está enferma la otra persona es la misma cosa."* Algunos gerontes mestizos consideran que los indígenas se enferman menos por ser más "duros", esta aseveración hace referencia a que poseen mayores defensas por mejor alimentación u otros factores relevantes. *"En esas dos partes hay personas mestizas que se enferman más los indígenas no mucho porque son más bien alimentados."*
Estado de salud según sexo	En la etnia indígena se considera que las mujeres presentan mayores enfermedades o situaciones de salud que limitan su día a día, acusan directamente a la mayor carga laboral y familiar de las mujeres y a procesos biológicos propios como la menopausia: *"Mujeres tienen trabajo más para lavar, para planchar, cocinar, para cebada así tostar todo."* *"Todo hacemos las mujeres vuelta, marido vuelta ya aquí en mesa ponemos la comidita ya salen otro trabajo en el día, ahora ya mayorcito ya no puede nada trabajar, mi marido ya no trabaja nada."* *"mmmm creo que las mujeres enferman más en ese caso"*	Los gerontes mestizos consideran que los gerontes de su edad comparten las mismas condiciones de salud sin considerar el género, es decir los hombres y las mujeres se enferman en la misma frecuencia: *"Casi lo mismo."* *"Casi, para mi casi parecen iguales"* *"Todos somos iguales nos enfermamos igual"* *"La misma cosa ahora ya pues desde cuando que vamos decayendo ya la mayoría."* Una parte de los gerontes, al igual que el grupo de indígenas considera que las mujeres son más afectadas por las enfermedades: *"..la mayor parte son las mujeres, porque en estos casos son las personas que han tenido a los hijos y han tenido desgaste físico, moral entonces son más las mujeres que los hombres."*

	En la minoría de los casos se considera que los varones se enferman más que las mujeres.	
Percepción del geronte en torno a la preocupación de la comunidad hacia la salud.	Las percepciones son dividas, los gerontes que mencionan que existe una preocupación de la comunidad hacia los gerontes basan su criterio en visitas por parte de los vecinos, consideraciones de la comunidad al eliminar el trabajo hacia los gerontes, campañas o reuniones para abordar el tema de la salud en gerontes, etc. Si ósea que a mí me quieren quiere que trabaja, de repente trabajo, pero hacer fuerzas grandes no puedo de ahí así un poco pequeña de hacer fuerza si trabajo. *"Si puede estar preocupando."* *"Vecinito sabe visitar, ladito no más vive, otras casas votado vuelta todos ido a Estados Unidos, mayor vuelta todos mueren, guaguas a Estados Unidos casa botadas todo triste, solo nosotros no más, este vecino, este otro vecino vivimos solo unito no más sabe visitar vuelta"* En lo que respecta a los gerontes que mencionan que no hay preocupación por parte de la comunidad basan su respuesta en criterios como la individualidad de las familias, falta de respeto de las nuevas generaciones, abandono, etc.: *"Ojalá se preocupara por la salud."* *"Que van a preocuparse ya cada uno por su lado."* *"Quien va preocuparse, eso también en un caso que no preocupa uno mismo, a lo menos mi familia."*	La mayoría de los gerontes mencionaron que la comunidad no apoya a los gerontes, existiendo un sentimiento de individualización, los gerontes refieren que "cada uno" sobrevive como puede y la comunidad no forma parte sustancial de ellos: *"Algunos si algunos ni siquiera intentan preguntar. (Risas)."* *"No, la comunidad no"* *"No las dirigencias no, nos preocupamos familiarmente así en el campo social."* *"No eso si no nadie se preocupa por nosotros."* *"No creo por lo que no apoyan, no hay ningún apoyo."* *"No preocupa nada."* *"Dentro de la salud no han hecho nada, de ahí algunos amigos preguntan cómo sigue estás haciendo, solamente llegamos saludamos nada más*" Los gerontes que manifestaron apoyo de la comunidad mencionaron básicamente que el apoyo se limita a las consultas del estado de salud: *"Si algunos compañeras si se preocupan dicen: "Don Padilla vaya hacerse curar o sino vamos para acá", pero a veces la pobreza que se yo uno no se va, porque a veces dice vamos a tal parte, pero uno no se va no porque hay veces que nos falta el recurso económico, eso es lo único que le puedo decir"*
Percepción del geronte en torno a la preocupación de la familia hacia la salud.	La totalidad de los gerontes consideraron que las familias se preocupan por la salud de los gerontes,	No todos los gerontes mestizos refirieron apoyo familiar, los que refirieron apoyo citaron

	esta preocupación pasa por la visita cuando están enfermos, prestación de apoyo con medicina tradicional y búsqueda de atención en la medicina occidental; en el caso de hijos migrantes el apoyo se limita a lo económico. *"Si vuelta hay enfermo dan remedio, hacen alguna agüita, hacen vuelta llevar así a Centro de Salud, saben llevar vuelta."* *"mmmm ose a que hacen examinar así llevando a la clínica así a las farmacias así."* *"Si mi hija, mi hijo si preocupan para que, de mentir ya diosito, una chulla hijita aquí tengo."* *"Claro si mi familia, mi sobrina, mi cuñada"*	mayoritariamente que se limita a las visitas domiciliarias a los gerontes: *"Familia de repente cuando encuentran ahí como estas dicen."* *"Así de repente cuando saben que estoy mal de la salud vienen a ver mis hijos porque viven lejos."* *"Si ellos si se preocupan, aunque solo vivimos los dos no más con mi esposa."* En el caso de la migración, la ayuda se limita al apoyo económico: *"Mi familia si principalmente mis hijos, se preocupan ellos hay veces que ellos dicen: "Papa ya he mandado platita hagan de curar" hay veces que no se cura porque ya no avanza mismo con el tiempo que estamos las inyecciones son caras, medicinas que son caras, los pasajes todo a veces que ya no se avanza el sueldo que mandan ellos también de allá."*
Influencia de la migración en la salud de los gerontes.	Los gerontes consideran que la migración afectó su salud, como se venido citando anteriormente, los gerontes toman en cuenta mucho la parte psicológica en su salud, en este sentido en esta pregunta los gerontes también consideran que la migración trajo sufrimiento a los gerontes. "Tanto sufrimiento llorando, como muerto van Estados Unidos vuelta." Por otro lado, otra consecuencia de la migración es los beneficios económicos que les permiten a los gerontes acceder a prestaciones de salud fuera del sector público. *"Si él manda tras para que cure, el otro día no más opero la vista también."*	Los gerontes mencionan que la migración de sus familiares les afectó en especial en la parte psicológica, especialmente tristeza y pena por el partir de sus familiares, por otro lado, el beneficio a la salud de los gerontes se limita al envío de recursos económicos para solventar el gasto de prestaciones de salud: Si porque cuando los hijos se fueron ella sufrió mucho y ahí empezó a enfermar pasaba solo llorando *"Si, si ellos ayudan siquiera para remedio mandan la platita también todo."* *"Así que tristeza, pena, si me enfermado el mes de agosto fui regresando casi retiramos llorando, llorando."*

	"Siii, mis sobrinos, mis cuñados todos están allá pero siempre ellos se preocupan mandan alguna cosita." *"Bueno para que voy a mentir, mis hijos si a la mama hasta ahora mismo gracias a dios mandan platita que haga curar y ahora ya hacemos curara todo, pero bueno de todas maneras ya de ahí aquí usted sabe…"*	*"Hijos también, ósea siempre ha sido un pilar de aporte para el fomento económico en caso de alguna enfermedad de uno, o de la esposa, o de mi cuñada, ha sido un aporte valioso que ellos nos han aportado, aunque sea diez dólares es un aporte económico de buena fe y en el campo moral también le levantan la autoestima a uno."* *"Si, si saben mandar alguna cosita para curarme cuando sepan que yo estoy mal de la salud"*
El género y la situación de salud de los gerontes.	Los gerontes coinciden en manifestar que el género femenino es el más afectado, acusan esta situación a la propia "delicadeza" del género femenino, resaltan las preocupaciones mayores que poseen las mujeres (hogar, familia, etc.), también se acusa a la mayor carga laboral de las mujeres (hogar, cuidados del hogar, cría y cuidado de animales, etc.): *"Porque nosotros, las mujeres son delicadezas ya enferman de alguna cosa ya están con dolor, así pues, nosotros los hombres puede estar enfermo ya tenemos que ir a trabajar."* *"mmm la mujer también siempre se preocupa pucha queriendo hacer curar solamente onde los doctores no hemos ido porque siempre aquí no más queriendo curar con medicinas naturales así no más, de ahí donde los doctores no hemos ido todavía."* *"Uno por ser madre se piensa por los hijos."* *"mmm yo digo como digo veras las mujercitas siempre pasan en la casa aún más siendo joven están con guaguas, con animales, trabajando,*	En la mayoría de los casos se establece que el género no influye en la presentación de enfermedad, en el menor de los casos se establece que las mujeres son las que mayormente se encuentran afectadas: *"Bueno el trabajo sinceramente yo me doy cuenta que las mujeres trabajan más por la razón siguiente tiene que madrugar hacer café, después ver a los hijos, ver los animales tienen más trabajo que los varones, bueno nosotros también trabajamos, ayudamos a ellas también no mucho pero un poco no más, las mujeres trabajan más"* *"Casi yo diría de mi parte casi igual las enfermedades, porque uno tiene una enfermedad otro tiene otra, pero en cambio la relación de las enfermedades es casi lo mismo para una persona."* *"Yo creo que casi oigo pues tanto ni mujer tanto ni hombre viven enfermos, pero no muy graves sino por ahí un poco."*

	criando animales, entonces ahí está con montón de tares, el hombre no pues el hombre vamos a un trabajo por decir yo he sido albañil yo me meto en un trabajo y fresco vengo tarde, vengo a veces sino esta la merienda hasta bravo dice porque no hiciste la merienda (risas)"	
Clase social y situación de salud de los gerontes.	La mayoría de los gerontes consideraron que el poseer dinero por lo general no garantiza la salud, a pesar que proporciona mayor acceso a medicina y prestaciones: *"El dinero no pues claro platita también para ir a comprar cualquier cosita, alimento mismo así ya"* Por otro lado, también consideran que el poseer dinero es fuente de preocupación y de enfermedad: *"No, no la enfermedad puede ser, yo creo que puede ser que persona rica se muere con muerte repentina porque no vez sufre por2que tiene mucho no sabe qué hacer, no sabe ni cómo gastar, ni cómo hacer más y un pobre no ni aunque no tenga nada como cualquier pobreza y duermo tranquilito"*	Los gerontes consideran que los bajos recursos económicos si condicionan la salud, pero se basan principalmente en las prestaciones de salud cuando ya se encuentran enfermos. *"De repente ya pes, siempre la pobreza afecta porque siempre, por ejemplo, desde el mes de diciembre no estoy entregando la leche ha sido feo, ya cuando viene la quincena ya parece que va venir siquiera 20, 30 dólares siquiera eso me da pena porque recién están llenas las vaquitas, eso ha de ser han de parir el 15 de abril."* *"Si depende de la clase social, porque no se no uno mismo debería atenderse no, o curarse o ponerse atención uno mismo, hay veces que uno mismo se siente despreocupa en eso, porque hay veces que los bajos recursos económicos que no hay como hacer eso."* *"La enfermedad se da en todos no importa si tiene o no dinero, claro que se cura con el dinero, yo pienso que primero es Dios"*
Percepción de la situación actual de salud	Los gerontes coinciden en mencionar que se sienten mal de salud en la actualidad, el dolor es la principal queja en especial en articulaciones y a nivel cefálico; además exponen que el sentimiento negativo hace referencia al abandono de su trabajo e incluso el estar alejado de sus hijos o nietos:	Los gerontes refieren no sentirse del todo bien, las dolencias físicas afectan su día a día, sin embargo, se nota una mejor respuesta que los gerontes indígenas, además los gerontes mestizos hace referencia continuamente a la limitación en acciones como el caminar y como en casos

	"Ahorita vuelta enfermo duele pues este brazo, este vuelta ojo también no ve nada, todito obscuro, pero ya operado así, ahí aun no operado clarito aun no falla nada ambos ojos no fallan nada." *"Solo por las piernitas me siento mal, pero de ahí el resto del cuerpito no, no me hallaron nada no digo y tan solo eso sangre espesa hallaron"* *"Ahorita como digo siempre siento mal no que no estoy contento con la salud, me siento mal, las guaguas también vienen un ratito ven y se van porque ya viven separado dicen: "Papito hasta luego me voy no más ". y se van quien daré de comer siquiera, daré hacienda almuercito, dejare hacienda comidita nadie me dice nada eso me afecta."*	anteriores se introduce la tristeza como indicador de enfermedad. *"Bueno no le diría genial del uno al diez, en general le diría el 50 por ciento a mi edad en el campo de vida que yo llevo más o menos por el 50 por ciento.* *De repente así estoy mal de la salud."* *"Si, me duele la espalda, tengo gastritis."* *"…medio triste y con dolencias."* *"Yo ahorita estoy medio fregada, porque así no puedo ya caminar duro, no puedo oiga así de trabajar duro ya no hay como y así hasta la comidita ya no hay como comer bastante por lo que ya no hay como comer así por la enfermedad."*
Actitudes para mejorar la salud de los gerontes	Los gerontes manifiestan varias actitudes o situaciones que se podrían realizar para mejorar su salud, dentro de ellas se esboza la necesidad de acudir a sistemas de salud ya sea medicina occidental o alternativa, además se introduce el criterio de medicina de especialidad, se introduce la necesidad de contar con una buena alimentación para mejorar la salud y el uso de la medicina tradicional: *"Ojalá que los doctores curen ya digo donde hemos andado"* *"No, yo tomaba un litro de leche, cuando saco la leche"* *"Ósea, yo que haría puchicas, comer bien, tomar bien, nada más pues, ahí bien mejorar bien comer*	Los gerontes mestizos consideraron que las acciones curativas y preventivas dentro de un modelo de salud estructurado y sus unidades como el Centro de Salud es una actividad que podría mejorar su salud, además mencionan que una buena alimentación y la recreación son factores importantes para mejorar su salud: *"Podría mejorar mi situación de salud yendo al Sub centro, quizás yendo a unas clínicas, a unos hospitales, único que podría curarse eso, porque hay veces que uno siendo del campo ya no es resistible eso, uno se toma unas agüitas del campo, pero ya no es resistible eso."* *"No pues mejorarse la salud es distrayendo, conversando algo, dialogando con algunos vecinos* algunos amigos, entonces eso es la

	y tomar bien alguno no come no toma ya está muriendo." *"Comiendo la misma comida antigua, no ahora solo arroz y fideo…"*	*mejoría d la salud y de ahí ya cuidarse en la comidita también."* *"Con medicamentos y alimentación"*

Fuente: Entrevistas realizadas a gerontes indígenas y mestizos, Reporte de citas asociadas a códigos de la entrevista.
Elaboración propia (2018)