



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE GERONTOLOGÍA

TESIS

**AUTOESTIMA Y BIENESTAR PERSONAL DE LAS
PERSONAS ADULTAS MAYORES (PAMs) DE
ALOJAMIENTO FLEXIBLE (HOSPEDERÍA) EN SITUACIÓN
DE CALLE DEL PROGRAMA NACIONAL VIDA DIGNA EN
LIMA METROPOLITANA**

PRESENTADO POR

**BACHILLER
SHEILLA IRENE LINDO VARGAS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
GERONTÓLOGO**

LIMA - PERÚ

2015

ÍNDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO	14
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	14
1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	17
1.2.1. DELIMITACIÓN ESPACIAL.....	17
1.2.2. DELIMITACIÓN SOCIAL.....	17
1.2.3. DELIMITACIÓN TEMPORAL.....	17
1.2.4. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL.....	17
1.3. PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN	18
1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL.....	18
1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS.....	18
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	18
1.4.1. OBJETIVO GENERAL.....	18
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
1.5. HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	19
1.5.1. HIPÓTESIS GENERAL.....	19
1.5.2. HIPÓTESIS SECUNDARIAS.....	19
1.5.3. VARIABLES (DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL)....	19
1.6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	19
1.6.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN	19
a) TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	20
b) NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	20
1.6.2. MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	20
a) MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN.....	20
b) DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	20
1.6.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN	21
a) POBLACIÓN.....	21
b) MUESTRA.....	21
1.6.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS ..	21
a) TÉCNICA.....	21
b) INSTRUMENTOS.....	21

a.	1.6.5. UTILIZACIÓN DEL PROCESADOR SISTEMATIZADO COMPUTARIZADO.....	23
	1.6.5.1. PRUEBAS ESTADÍSTICAS.....	23
	1.6.5.2 FUENTES.....	23
	JUSTIFICACIÓN, IMPORTANCIA Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	23
	a) JUSTIFICACIÓN.....	23
	b) IMPORTANCIA.....	24
	c) LIMITACIONES.....	24
	 CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	26
	2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	26
	2.2. BASES TEÓRICAS.....	29
	2.3. MARCO NORMATIVO NACIONAL E INTERNACIONAL.....	29
	2.4. MARCO NORMATIVO NACIONAL.....	29
	2.5. DOCUMENTOS INTERNACIONALES.....	31
	2.6. PROYECTO PILOTO «VIDA DIGNA».....	34
	2.4. BASES TEÓRICAS.....	65
	2.4.1. MARCO CONCEPTUAL SOBRE VEJEZ Y ENVEJECIMIENTO.	65
	 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	
	 CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	
	3.1. ANÁLISIS DE TABLAS Y GRÁFICOS	
	3.2. CONCLUSIONES	
	3.3. RECOMENDACIONES	
	3.4. APORTE CIENTÍFICO	
	3.5. FUENTES DE INFORMACIÓN	
	 ANEXOS	
	1. MATRIZ DE CONSISTENCIA	
	2. ENCUESTAS – CUESTIONARIOS – ENTREVISTAS	

DEDICATORIA:

A Cristo, por darme la fortaleza y permitirme
cumplir mis metas.

A mis padres, mi fuente de inspiración

A mis hermanos y Álex por ser ejemplo

De lucha y superación

Los amo

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, ser maravilloso que me dio fuerza y fe para concluir en lo que me parecía imposible terminar.

A la directora de la Escuela Profesional de Gerontología, Doctora Miriam Bazán Torres

A mis queridos formadores

RECONOCIMIENTO

La realización de esta investigación de tesis, fue posible a la cooperación de todas las personas adultas mayores beneficiarias del Programa Nacional Vida Digna, del Servicio de Atención Básica, al Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables por asumir este gran reto y responder a las necesidades de las poblaciones vulnerables. Cabe también agradecer a la Dra. Ilse Janine Villavicencio por su gentileza, cooperación y constante apoyo en la investigación. Por último a todas aquellas personas que en forma directa o indirecta contribuyeron a que este trabajo de investigación pudiera llevarse a cabo.

RESUMEN

El presente investigación estudia las relaciones que existen entre el bienestar y la participación en las actividades en las personas adultas mayores -PAMs.

Revisando la teoría que sustenta el presente estudio con respecto a la autoestima y realizando un recorrido por su historia, desde las primeras teorías de la felicidad hasta nuestros días. Existen diferentes definiciones del bienestar subjetivo, satisfacción vital o felicidad, que aunque sean afines no son equivalentes, y generan confusión en el momento de su uso, nacen teorías integradoras, como el modelo propuesto por (Veenhoven, 1984), en el que agrupa los determinantes de la satisfacción con la vida, o el modelo del equilibrio estático de (Headey, B., Veenhoven, R. & Wearing, A., 1991).

En la actualidad, contamos con una gran cantidad de información sobre los efectos de los factores sociodemográficos como el género, la edad, el estado civil, el empleo, la educación, la religión o los ingresos, variables incluidas

generalmente en las encuestas sociales sobre las causas de la felicidad. No obstante, a pesar de que todas ellas se hallan relacionadas con el bienestar subjetivo, no son muy fuertes al explicar la varianza del mismo, sugiriendo las conclusiones de diversos estudios que las variables demográficas sólo pueden explicar entre el 8% y el 15% de la variabilidad del bienestar subjetivo (Andrews, F. M., & Withey, S. B., 1976) y (Argyle, 1999)

Los principales hallazgos encontrados en la investigación, referente a las relaciones entre el bienestar subjetivo, la autoestima y el optimismo, y los factores demográficos edad, género y estatus laboral.

Se caracteriza la madurez humana y la adultez tardía, etapa de la vida en la que se hallan los participantes de este estudio, se estudiara el proceso de envejecimiento, el cual nos lleva a definir la vejez, utilizando para ello diversos criterios (edad cronológica, edad funcional, edad física y edad psicológica). También se define la vejez desde dos visiones contrapuestas, la positiva y la negativa. Asimismo, presentaremos los distintos vocablos que existen relativos a las personas adultas mayores. No todas las personas envejecen del mismo modo. En este sentido, cabe hablar principalmente de tres formas de envejecimiento: la vejez normal, la patológica y la vejez con éxito.

Al revisar las teorías del envejecimiento, se observa las teorías biológicas, las teorías sociológicas, y las teorías psicológicas. Dentro de éstas últimas, merece una especial atención la teoría de la actividad, por su relación directa con las predicciones de este trabajo, y es que dicha teoría sostiene que la base del envejecimiento óptimo o saludable es la actividad (Havighurst, R. J. & Albrecht, 1953)

Y es un reto realizar el presente estudio en una población que se beneficia de los servicios de Atención Básica, el Programa Nacional Vida Digna que viene articulando con los Centros de Atención Residencial diurnos para Personas Adultas Mayores (CARPAM- Hospederías) en situación de calle en Lima Metropolitana.

La presente tesis está conformada por tres capítulos Capítulo I: Planteamiento Metodológico, Capítulo II: Marco Teórico Capítulo III: Presentación, Análisis e Interpretación de Resultados, cada uno con su desarrollo pertinente.

ABSTRACT

This research explores the relationship between welfare and participation in activities in older adults -PAMs.

Reviewing the theory behind this study with respect to self-esteem and making a tour of its history, from the first theories of happiness until today. There are different definitions of subjective well-being, life satisfaction or happiness that although they are related are not equivalent, and generate confusion at the time of use, born integrative theories, as proposed by (Veenhoven, 1984) model, in which groups determinants of life satisfaction, or model of static balance (Headey, B., Veenhoven, R. & Wearing, A., 1991).

At present, we have a wealth of information on the effects of sociodemographic factors such as gender, age, marital status, employment, education, religion or income, generally including variables in social surveys causes of happiness. However, although all of them are related to subjective well-being, they are not very strong in explaining the variance of the same, suggesting the

findings of several studies that demographic variables can explain only between 8% and 15% of SWB variability (Andrews, FM, & Withey, SB, 1976) and (Argyle, 1999)

Major findings in research concerning the relationship between subjective well-being, self-esteem and optimism, and demographic factors of age, gender and employment status.

Human maturity and late adulthood stage of life in which study participants are, characterized the aging process, which leads us to define old age, using various criteria (chronological age were studied, functional age, physical age and mental age). Old age from two opposing views, positive and negative is also defined. Also, we will present the different words that exist concerning the elderly. Not all people age similarly. In this sense, one can speak mainly three forms of aging: normal aging, pathological and aging successfully.

In reviewing the theories of aging, biological theories, sociological theories and psychological theories is observed. Inside of the latter, deserves special attention the activity theory, for its direct relationship with the predictions of this work, is that this theory holds that the basis of optimal or healthy aging is the activity (Havighurst, RJ & Albrecht, 1953)

And it is a challenge to perform this study in a population that benefits from the services of Primary Care, the National Vida Digna articulating program that comes with the Centers for daytime Residential Care for Older Persons (CARPAM-Hospederías) homeless in Lima Metropolitana.

This thesis consists of three chapters Chapter I: Methodological Approach, Chapter II: Theoretical Framework Chapter III: Presentation, Analysis and Interpretation of Results, each with its appropriate development.

INTRODUCCIÓN

Una de las primeras crisis de las personas adultas mayores (PAMs), es a menudo una crisis de desgaste, desánimo y desilusión, por la experiencia que viven al verse no aceptadas, a pesar de que se sienten todavía como seres vigentes y capaces de servir.

En la presente investigación sobre la autoestima de los PAMs, en situación de calle con el componente de alojamiento flexible (hospedería), se amplía el conocimiento sobre la percepción que tienen de sí mismos los adultos mayores. La cual se da por diversos factores, uno de ellos es la apariencia física o la edad, entre otros. (Aguirre, 1977)

La situación actual del adulto mayor en el Perú, es preocupante ya que se observa que existen personas que son excluidas de los privilegios de los que gozan otras personas, es importante ocuparse de este sector de la población para poder restituirles sus derechos al igual que todos los ciudadanos en todos los aspectos: biológico, psicológico, económico, jurídico y social en que vive actualmente el adulto mayor.

Se expresa la importancia que tiene la autoestima para los adultos mayores, la relación existente entre sus pares y sus familiares si es que todavía existen lazos familiares, en general de la sociedad en la que están inmersos y en la que se desenvuelven día a día. Así, como también mencionamos aspectos como la jubilación, aunada a la situación económica, al desempleo, a la marginación entre otros que redundan en el bienestar personal.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO METODOLOGICO

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La población del Perú al igual que muchos de los países en vías de desarrollo se caracteriza por ser joven. El 38% de su población es menor de 15 años, y sólo el 9.1 % corresponde a los 60 años o más cuya proyección al año 2025 será del 12%. (Manrique De Lara, 2013). Sin embargo esta estructura demográfica ha empezado a variar en las últimas décadas y se agudizan tales cambios debido principalmente a la declinación de las tasas de mortalidad y fecundidad. Esta última según la Encuesta Demográfica y Salud Familiar (ENDES) señala un promedio de hijos por mujer de 4.1 para el período 1984- 1986, frente a 5.2 del censo de 1981 y al 6.1 del censo de 1972. La alta mortalidad infantil 116/mil en menores de 5 años, y de 82/mil de 0 a 1 años, crea la dramática situación de tener que priorizar la atención de los problemas de acuerdo con su magnitud y la presión ejercida socialmente.

Los PAMs, componentes de un grupo minoritario, no han sido considerados dentro de esas prioridades. Las mayores posibilidades para la supervivencia, y el cuidado de la salud la tienen los PAMs del estrato social alto o medio alto con mayor poder económico. En los sectores populares en cambio, la pobreza margina a los mayores de una atención de primera categoría. Aproximadamente sólo 25% del total de gerontos están amparados por la Seguridad Social, son los jubilados de las empresas públicas o privadas que aportaron durante su vida productiva para lograr ésta protección en su vejez. Los que no aportaron o los que no ejercieron ocupaciones dependientes, si no tuvieron la capacidad o la precaución de ahorrar, a riesgo de devaluaciones monetarias, y si no tienen el apoyo familiar están

condenados a una vida de desamparo. Algunos son acogidos en instituciones de inspiración caritativa, y por MIMPM.

ESSALUD, se ha limitado a un programa de actividades culturales y sociales, por ejemplo pasajes reducidos en el transporte urbano. Cuenta con algunos consultorios en los centros de salud periféricos para la atención de los ancianos, a cargo de médicos generales sin formación en geriatría a pesar de contar en la capital con hospitales de 1000 a 800 camas y de 400 en otras ciudades del país.

La Sociedad de Beneficencia de Lima Metropolitana cuenta con asilos y albergues periféricos donde se presta atención de salud restringida de manera interdisciplinaria. El problema con los asilos y albergues es que por reglamento deben ingresar supuestamente sanos, pero esto no se cumple, a lo que se suman los que se enferman estando ya institucionalizados, convirtiéndose prácticamente en hospitales sin tener la infraestructura para funcionar como tales. Estas personas padecen mucho para ser recibidos en los hospitales generales. La Municipalidad de Lima posee un asilo, así como el distrito de Chorrillos, otro.

El Ministerio de Salud que ha señalado los problemas de salud de la población peruana, simplemente ha eludido a los adultos mayores. No ha habilitado ni un servicio, ni un consultorio de geriatría en los hospitales generales del país, ni en los centros de salud repartidos en la red de atención a la población. Situación que viene de muchos años atrás.

La Fuerza Armada y la Policía Nacional cuentan con unidades geriátricas en sus hospitales generales y la Marina de Guerra posee un moderno centro geriátrico anexo al hospital general.

Las instituciones no gubernamentales son grupos muy motivados, con gran sensibilidad social, pero tienen severas limitaciones financieras, teniendo en cuenta

el escenario social y político del país: ésta situación es común en todo el territorio nacional. Mencionaremos las que están registradas en el Instituto Nacional de Planificación: Asociación Horizontes de la Tercera Edad, Posee un consultorio en un sector de Lima, Centro de Investigación y Desarrollo Gerontológico. (CIDEG). Cuenta con consultorios en parroquias en distritos de Lima, Fundación Peruana de Ayuda a la Tercera Edad (FUPATE). Tiene consultorios externos de atención médica, odontológica y talleres ocupacionales, PRO – VIDA – PERU Trabaja en asentamientos precaristas en el puerto del Callao (atención médica, psicológica y social), Asociación Peruana de Estudios Gerontológicos (APEG). Ha realizado un trabajo de investigación sobre el estado de la memoria en 04 ciudades del país, auspiciado por la “Sociedad Memoria y Vida” de París (Francia), dirigido por el Profesor Ives Ledan Seurs, La Asociación de Empleados Jubilados del Sector Público, así como la Asociación Nacional de Cesantes y Jubilados de Educación (ANCIJE) poseen clubes de jubilados y esta última un policlínico afiliado a la seguridad social, Club de Jubilados del Instituto Peruano de Seguridad Social, Existe un programa de Geriatría del Instituto Peruano de Seguridad Social en el hospital de apoyo Yanahuara en la ciudad de Arequipa, Se han multiplicado en nuestro medio las llamadas “casas de reposo”, “hogares de ancianos” ó “residencias” para la clase media, los que salvo contadas excepciones su finalidad es el lucro, no cumpliendo con los requisitos mínimos para su funcionamiento, solicitando en cambio altas retribuciones en dinero a los familiares de estos pacientes.

Las PAMs, en situación de calle, es la población más vulnerable pues no tiene acceso a ninguna de estas agrupaciones que se ha mencionado, es por ello el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables – MIMP, ha implementado el

Programa Nacional Vida Digna, en diferentes ciudades de nuestro país, y esto ha motivado que planteemos varias interrogantes ¿Cuál es el autoestima de la Persona Adulta Mayor en situación de calle?, ¿Cuál es la calidad de vida de la Persona Adulta Mayor en situación de calle?, ¿Cuál es el Bienestar personal de la Persona Adulta Mayor en situación de calle?, entre otras, como el campo de acción es muy amplio tanto en problemas que afectan a las PAMs y a Nivel Nacional, nos situaremos en una problemática en particular y cercana.

¿Qué relación que existe entre el Autoestima y el Bienestar Personal de las Personas Adultas Mayores (PAMs) en situación de calle del Servicio de Atención Básica del Programa Nacional Vida Digna en Lima Metropolitana?

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1. DELIMITACIÓN ESPACIAL

Área geográfica del estudio. Lima Metropolitana.

1.2.2. DELIMITACIÓN SOCIAL

Poblaciones Vulnerables, Personas Adultas Mayores PAMs

1.2.3. DELIMITACIÓN TEMPORAL

El campo de acción es muy amplio de las PAMs a Nivel Nacional, nos situaremos en los primeros adultos mayores atendidos en el Programa Nacional Vida Digna que se inició entre los años 2013 y 2014.

1.2.4. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL

Los problemas que afectan a las PAMs es muy amplio y se puede generar un vasto conocimiento pero nos avocaremos a una problemática en particular y cercana como es el Autoestima y Bienestar Personal de las PAMs en situación de calle del Servicio de Atención Básica del Programa Nacional Vida Digna en Lima Metropolitana.

1.3. PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN

1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Qué relación existe entre el Autoestima y el Bienestar Personal de las Personas Adultas Mayores (PAMs) en situación de calle del Servicio de Atención Básica del Programa Nacional Vida Digna en Lima Metropolitana 2014?

1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS

- a. ¿Cuál será el nivel de Autoestima de las Personas Adultas Mayores (PAMs) en situación de calle del Servicio de Atención Básica del Programa Nacional Vida Digna en Lima Metropolitana?
- b. ¿Cuál será el nivel de Bienestar Personal de las Personas Adultas Mayores (PAMs) en situación de calle del Servicio de Atención Básica del Programa Nacional Vida Digna en Lima Metropolitana?

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación que existe entre Autoestima y el Bienestar Personal de las Personas Adultas Mayores (PAMs) en situación de calle del Servicio de Atención Básica del Programa Nacional Vida Digna en Lima Metropolitana.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Establecer el nivel de Autoestima de las Personas Adultas Mayores (PAMs) del Servicio de Atención Básica del Programa Nacional Vida Digna en Lima Metropolitana.

- b. Establecer el nivel de Bienestar Personal de las Personas Adultas Mayores (PAMs) en situación de calle que tienen el componente de alojamiento flexible (hospedería) del Programa Nacional Vida Digna en Lima Metropolitana.

1.5. HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. HIPÓTESIS GENERAL

El Autoestima se relaciona significativamente con el Bienestar Personal de las Personas Adultas Mayores (PAMs) en situación de calle del Servicio de Atención Básica del Programa Nacional Vida Digna en Lima Metropolitana

1.5.2. HIPÓTESIS SECUNDARIAS

- a. El nivel de Autoestima es medio de las Personas Adultas Mayores (PAMs) en situación de calle del Servicio de Atención Básica del Programa Nacional Vida Digna en Lima Metropolitana.
- b. El nivel de Bienestar Personal es medio de las Personas Adultas Mayores (PAMs) en situación de calle del Servicio de Atención Básica del Programa Nacional Vida Digna en Lima Metropolitana.

1.5.3. VARIABLES

VARIABLES	Definición Conceptual	Definición Operacional
Autoestima X	Valoración generalmente positiva de sí mismo	<ul style="list-style-type: none"> • Interna • Externa
Bienestar personal Y	Integra tres elementos que lo caracterizan. Carácter individual, la propia experiencia personal y en las percepciones y evaluaciones de la misma. Dimensión global, que incluye una valoración o juicio de todos los aspectos de la vida.	<ul style="list-style-type: none"> • Individual • Experiencia personal • Evaluaciones de la misma

Cuadro 1: Variables Definición Conceptual y Operacional

Fuente: Propia del Investigador

1.6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1. TIPO Y NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

a. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Aplicada o Factual.

b. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Nivel Descriptivo Correlacional.

1.6.2. MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

a. MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN

Se ha utilizado el método inductivo – deductivo, para el diseño de la base de datos y la consulta de la información.

Cuyas fases de la investigación, que se realizaron son: Identificación y formulación del problema, Formulación de objetivos e Hipótesis, Diseño de la Investigación, Trabajo de campo (aplicación de instrumentos de medición), Análisis de la Base de datos (preparación, depuración, entre otros), Procesamiento de Datos, Análisis descriptivo de técnicas univariadas, bivariadas, multivariadas, Construcción del modelo de regresión, análisis de la correlación, coeficiente de determinación, etc., Análisis y discusión de resultados, Conclusiones y Recomendaciones, Aporte Científico.

b. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de esta investigación es no experimental (ex post facto) transeccional, correlacional causal.

Las investigaciones transeccionales son definidas como diseños que recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único, su propósito es descubrir variables y analizar su incidencia e interrelación, pueden abarcar varios grupos, subgrupos de personas, objetos o indicadores el grafico que le corresponde a este diseño es:

X → Y

1.6.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

Hospederías/ Genero	Hombres	Mujeres	Total	Porcentaje
Manos Benditas	16	1	17	38
San Martin de Porras				
Medalla Milagrosa	25	3	28	62
San Juan de Lurigancho				
Total	41	4	45	100

Cuadro 2: Hospederías Flexibles Lima por genero

Fuente: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables PAMs empadronadas durante el periodo de agosto del año 2012 hasta diciembre del año 2013.

1.6.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

b. TÉCNICAS

La base de datos para el presente estudio que proporcionó el Programa Nacional Vida Digna del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.

c. INSTRUMENTOS

Se utilizó la observación directa, encuesta, entrevista e inventario psicológico.

Se realizó de acuerdo a las variables de investigación que se describe en el siguiente cuadro:

VARIABLES	TECNICAS
Autoestima = X	Test de Rosenberg
Bienestar personal = Y	Hoja de registro

Cuadro 3: Variables e Instrumentos de Medición

Fuente: Propia del Investigador.

d. UTILIZACIÓN DEL PROCESADOR SISTEMATIZADO COMPUTARIZADO

Para el procesamiento de datos se utilizara las siguientes herramientas: la hoja de cálculo Excel, SPSS.

e. PRUEBAS ESTADÍSTICAS

Se utilizaron métodos estadísticos, como: análisis y exploración de datos, recodificación de datos, proceso de datos faltantes, estadística descriptiva (análisis de técnicas univariadas, bivariadas, multivariadas). Determinación de la Población y Muestra. Regresión y correlación.

f. FUENTES

Asociación de Psicología Americana APA 6ta Edición.

1.6.5. JUSTIFICACIÓN, IMPORTANCIA Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

a. JUSTIFICACIÓN

Según los datos del INEI el grupo poblacional de personas adultas mayores son el de mayor crecimiento anual en el Perú, pues, según el Censo de Población y Vivienda del año 2007 existen un total de 2 millones 495 mil 643 personas adultas mayores que representan el 9,1% de la población total del país y cada año esta cifra aumenta en un 3,3%, teniendo como proyección para el año 2025, un 12,4%, y en el 2050 se estima se eleve a 21.8%, por lo que se incrementará la demanda de servicios de atención para este grupo etario.

En nuestro país existe un sector de esta población adulta mayor que se encuentra en un alto riesgo vulnerabilidad y que requiere de mejores tratos y una vida más digna: las personas adultas mayores en situación de calle.

La protección y restitución de los derechos, de este sector vulnerable de la población, ha llevado al Gobierno Central a la creación del Programa Nacional Vida Digna a cargo del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, mediante Decreto Supremo N° 006-2012/MIMP, el mismo que tiene como finalidad precisamente restituir y proteger los derechos de las personas adultas mayores en situación de calle.

El Programa Nacional VIDA DIGNA, con enfoque de derechos, brinda atención especializada a las personas adultas mayores en situación de calle priorizando sus derechos y la cobertura de sus necesidades a través de sus servicios de atención integral y básica, a través de los Centros de Atención Residencial para Personas Adultas Mayores (CARPAM) y Hospederías respectivamente, mejorando de esta manera sus condiciones de vida.

b. IMPORTANCIA

La presente investigación es importante porque va a estudiar el autoestima y el bienestar personal de las Personas Adultas Mayores en situación de calle que tienen el componente de alojamiento flexible (hospedería), cuando las PAMs están en abandono moral y físico de su familia se convierte en un sector de la población muy vulnerable y es un problema social del país poco estudiado. El estudio sirve para realizar el diagnóstico de la presente población, una vez culminado se entregara los resultados y recomendaciones al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables para la toma de decisiones. Y contribuirá a hacer mejoras al programa Nacional Vida Digna, que está en implementación progresiva en todo el país.

La presente investigación tiene una relevancia social significativa, pues va a contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida de las PAMs en situación de abandono moral, económico y social.

c. LIMITACIONES

En relación a la autoestima y el bienestar personal, existe la posibilidad de que algunas personas pudieran mentir sobre su situación emocional, con la intención de procurar dar respuestas esperadas, es decir, la persona puede expresar tener una situación emocional acorde a lo socialmente deseable y no necesariamente coincida con su situación actual. Aunque los encuestadores fueron capacitados para evitar este tipo de distorsiones, es probable que ciertas entrevistas no reflejen la situación emocional tal cual.

Pero se lograra un aporte es positivo y en especial para el Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables que es la Institución que formula y ejecuta programas sociales para poblaciones vulnerables, a través de los resultados y recomendaciones que se remitirá, realizarán estrategias para mejorar el autoestima de la PAMs que tienen empadronadas hasta el momento y a las que empadronarán en el futuro con la característica de PAMs que están en situación de abandono total que deambulan por las calles y fijen pautas para el desarrollo del autoestima y esto condicione el mejoramiento de la salud mental de las PAMs, y superen las dificultades de bienestar personal. Existen pocos trabajos que estudian las relaciones entre el bienestar personal y la autoestima en la edad mayor, no encontrándose en la literatura ningún estudio que aborde este tema y más aún en las Personas Adultas Mayores (PAMs) en situación de calle que tienen el componente de alojamiento flexible (hospedería). Por lo tanto tiene una gran contribución e impacto en la sociedad.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

En América Latina, Brasil, Chile, Uruguay y Argentina tienen experiencias desarrolladas con personas en situación de calle.

Brasil es uno de los pocos países del continente que cuenta con una Política Nacional para la Población en Situación de Calle, dirigida a proteger y promover los derechos ciudadanos de este grupo poblacional. A partir de su promulgación, se crea el Centro Nacional de Defensa de los Derechos Humanos para la Población en Situación de Calle y Recolectores de Materiales Reciclables – CNDDH. Igualmente, se instituye el Comité Intersectorial de Acompañamiento y Monitoreo de la Política Nacional para la Población en Situación de Calle – CIAMPR integrado por nueve representantes de la sociedad civil y nueve de instituciones públicas federales. Además, la coordinación del Comité Intersectorial está en manos de la Secretaria Especial de Derechos Humanos de la Presidencia de la República.

Chile, el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), del Ministerio de Desarrollo Social de Chile, ofrece diversos servicios a las personas adultas mayores, entre los cuales destacan los “Establecimientos de Larga Estadía” (ELEAM) o Residencia Colectivas de Larga Estadía para Adultos Mayores, las cuales forman parte del Programa Vivienda Tuteladas de SENAMA y surgen a partir de un convenio de cooperación vigente entre el Ministerio de Vivienda y Urbanismo, MINVU, y el Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA. Se financia con recursos ministeriales, lo cual permite su construcción y posterior operación. De esta forma, el Ministerio de Vivienda y Urbanismo construye y el SENAMA

administra, operando la provisión de servicios en alianza con entidades con experiencia en atención de mayores. Otro programa que cuenta el Ministerio de Desarrollo Social de Chile es el Programa Chile Solidario, que incluye el “Programa Calle”, orientado al trabajo con adultos que se encuentran en esta situación. Dicho programa es ejecutado indistintamente por municipalidades, Gobernaciones Provinciales y ONG’s y su administración y asistencia técnica está a cargo de Ministerio de Desarrollo Social.

Uruguay cuenta con un Programa de Atención a Personas en Situación de Calle (PASC), a cargo del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) que tiene como objetivo contribuir a la reinserción socio-cultural y laboral de las personas y familias en situación de calle. Se ofrece a estos ciudadanos y ciudadanas un refugio para descansar, además de cena y desayuno, cama, ropa y posibilidad de ducharse. Estos centros nocturnos están abiertos todo el año, de 19:00 a 8:00 horas, cada lugar cuenta con un equipo técnico que trabaja para encontrar alternativas que les permitan a estas personas salir de la situación de calle y poder ejercer sus derechos.

El 13 de enero de 2011 se aprobó en **Argentina**, la Ley de Protección y Restitución de los Derechos de las personas en situación de calle y en riesgo de caer en esta situación, que tiene por objetivo restituir los derechos consagrados constitucionalmente y su posterior garantía de continuidad respecto de las personas en situación de calle; y proteger integralmente los derechos respecto de las personas en riesgo a la situación de calle.

Entre las principales intervenciones dirigidas a personas en situación de calle, destacan las desarrolladas en **Argentina** por el Gobierno de la Ciudad

Autónoma de Buenos Aires que cuenta con un programa de atención social inmediata para familias o personas solas en situación de calle, entendiéndose por tal, a aquellas que se encuentran en inminente situación de desamparo habitacional o se hallen transitoriamente sin vivienda o refugio por motivo de desalojo u otras causas.

Carmona Valdés, Sandra Emma, El Bienestar Personal En El Envejecimiento (2008), **México.** El propósito de esta investigación consistió en analizar el bienestar personal de los adultos mayores y los factores que contribuyen a predecir y mantener al mismo, en la ciudad de Monterrey, México. Los factores considerados fueron el género, el estrato socioeconómico, el estado civil, la edad, la escolaridad, la autonomía y la falta de ella, la presencia o ausencia de enfermedades y las interacciones sociales con el bienestar personal. El concepto de bienestar incluyó la satisfacción actual y satisfacción con la vida, el estado de ánimo, la percepción del tiempo, la percepción de felicidad actual y la apreciación de felicidad a lo largo de la vida. Bajo una muestra de 1056 adultos mayores, hombres y mujeres, en un rango de 65 a 99 años, se construyó la escala de interacción social y la escala de bienestar personal, el puntaje de autonomía/sin autonomía, y el puntaje de presencia/ausencia de enfermedades. Los resultados de la regresión indican una relación predictiva significativa de las interacciones sociales, la escolaridad, la autonomía y la salud con el bienestar personal de los adultos mayores. El estrato socioeconómico, el género, el estado civil y la edad parecieron no contribuir significativamente al bienestar personal en el adulto mayor.

González Herero, Vanessa, (2008), Bienestar Personal y Actividades en la Edad Adulta Tardía, **España,** Universidad de Málaga Facultad de Psicología,

Tesis Doctoral, La autora de esta tesis ha sido becada por el Ministerio de Educación y Ciencia, asociada al proyecto de investigación BSO2003-02689. Referencia de la beca: BES-2004-5875. El objetivo principal de esta investigación fue examinar cómo el bienestar (bienestar personal, satisfacción vital, felicidad, afecto positivo y afecto negativo) se conectaba en la edad adulta con la participación en las actividades (frecuencia, número y satisfacción con las actividades), y con ciertas dimensiones de la personalidad, tales como la autoestima y el optimismo. Asimismo, se analizó cómo dichas variables se relacionaban con otras de naturaleza sociodemográfica: edad, sexo y situación laboral. La muestra incluyó a 250 participantes de 50 a 82 años con distintas situaciones laborales (amas de casa, trabajadores y jubilados). Los resultados de los análisis de regresión mostraron que la autoestima, el optimismo, el número de actividades llevadas a cabo y la satisfacción con las actividades, predecían un mayor bienestar. Aquellos que experimentaban mayor bienestar al participar con frecuencia en las actividades eran, por género, las mujeres, por edad, el grupo más joven (50 a 65 años), y por situación laboral, los trabajadores y las amas de casa. Los resultados de los análisis de varianza mostraron que los hombres experimentaban más afecto positivo que las mujeres. Que las personas de 66 a 82 años y las mujeres jubiladas tenían una autoestima más alta. Y que las personas que participaban con más frecuencia en las actividades y obtenían más satisfacción eran, por edad, las personas de 66 a 82 años, por sexo, las mujeres, y por situación laboral, las personas jubiladas.

2.2. BASES TEORICAS

2.2.1. MARCO NORMATIVO NACIONAL E INTERNACIONAL

2.2.1.1. MARCO NORMATIVO NACIONAL

- Constitución Política del Perú, artículo 4º, el cual señala que el Estado protege, entre otros, al anciano en estado de abandono.
- Ley N° 29158 – Ley Orgánica del Poder Ejecutivo.
- Ley N° 28803 – Ley de las Personas Adultas Mayores.
- Ley N° 27972 – Ley Orgánica de Municipalidades.
- Ley N° 27867 – Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- Ley N° 27408 – Ley que establece la atención preferente a las mujeres embarazadas, las niñas, niños, los adultos mayores, en lugares de atención al público.
- Ley N° 27783 – Ley de Bases de la Descentralización.
- Decreto Legislativo N° 1098 – Aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.
- Decreto Legislativo N° 346 – Ley de Política Nacional de Población, la cual concuerda con lo establecido en el artículo 4º de la Constitución Política del Perú respecto a la protección que brinda el Estado al anciano. Su modificatoria la Ley N° 26530.
- Decreto Supremo N° 011-2011-MIMDES – Aprueba la “Política Nacional en relación a las Personas Adultas Mayores”.
- Decreto Supremo N° 013-2006-MIMDES – Reglamento de la Ley de las Personas Adultas Mayores.

- Resolución Ministerial N° 017-2003-MIMDES, dispone que organismos públicos, descentralizados del MIMP procedan a priorizar ejecución de proyectos a favor de niños, adolescentes, personas adultas mayores y personas con discapacidad.
- Decreto Supremo N° 003-2012-MIMP, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del MIMP.
- Decreto Supremo N° 004-2013-PCM, que aprueba la Política Nacional de Modernización de la gestión Pública.
- Ley N°26918, Ley de Creación del Sistema Nacional para la Población en Riesgo.
- Decreto Supremo N°002-2013-MIMP-Plan Nacional para Personas Adultas Mayores 2013-2017.
- Decreto Supremo N°009-2010-MIMDES, que establece los requisitos mínimos para el funcionamiento de los Centros de Atención Residencial para Personas Adultas Mayores.
- Decreto Supremo N°006-2012-MIMP, que crea el Programa Nacional Vida Digna a cargo del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.
- Resolución Ministerial N°152-2014-MIMP, que aprueba el Manual de Operaciones del Programa Nacional Vida Digna.
- Plan Nacional para Las Personas Adultas Mayores 2013-2017

2.2.1.2. DOCUMENTOS INTERNACIONALES

- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 2º numeral 1, el cual señala que los Estados partes están comprometidos a garantizar y respetar los derechos reconocidos por el mencionado documento.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas: Observación General N° 6 denominada “Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad”, aprobada en 1995, en la que se especifican las obligaciones que corresponden a los Estados que son parte del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en temas como: trabajo, seguridad social, salud, educación, familia, igualdad de derechos entre hombres y mujeres, entre otros.
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales – “Protocolo de San Salvador”, artículo 17º, establece que toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad. En tal cometido, los Estados partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica.
- Convenio N° 102 sobre normas mínimas de seguridad social, que contiene en su capítulo V las prestaciones de vejez.
- “Plan de Acción sobre el Envejecimiento” y “Declaración Política” aprobados en la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento de la ONU, que se celebró durante los días 8 a 12 de abril de 2002 en Madrid,

España. Abarcan el envejecimiento activo, la atención primaria en salud, el VIH en las personas de edad y la prevención del maltrato.

- Resolución N° 50/141 del 30 de enero de 1996, de la Organización de las Naciones Unidas, a través de la cual propone a los Estados Miembros la formulación de programas especiales para las personas de edad.
- Estrategia Regional de Implementación para América Latina y El Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid, elaborada en la Primera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento: Hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre de 2003.
- Recomendación General N° 27 sobre las mujeres mayores y la protección de sus derechos humanos. CEDAW - CONVENCIÓN SOBRE LA ELIMINACION DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER, tiene como propósito principal evidenciar las particulares formas de discriminación que enfrentan las mujeres adultas mayores.
- Explora la relación entre todos los artículos de la Convención y las particularidades de esa etapa vital y señala los compromisos asumidos por los Estados que forman parte de la Convención en aras del respeto a los derechos de dicha población. Incluye recomendaciones sobre políticas públicas que permitan transversalizar las respuestas en las

estrategias nacionales, iniciativas para el desarrollo y acciones que permitan a las mujeres mayores participar plenamente sin discriminación y sobre la base de la igualdad con el hombre.

- Declaración de Brasilia, documento elaborado durante la Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento, desarrollada en Brasil (Diciembre – 2007), por el cual los países de la región, reafirman su compromiso de no escatimar esfuerzos para promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de todas las personas de edad, trabajar en la erradicación de todas las formas de discriminación y violencia y crear redes de protección de las personas de edad para hacer efectivos sus derechos.
- Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe, elaborada durante la Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe, desarrollada en Costa Rica del 8 al 11 de mayo de 2012. Dicho documento constituye la contribución de América Latina y el Caribe al 51º período de sesiones de la Comisión de Desarrollo Social del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, de febrero de 2013.
- Carta Andina para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos, que en la Parte IX, sobre los Derechos de Grupos sujetos de protección especial, se hace referencia a los derechos de los adultos mayores.

2.2.2. PROYECTO PILOTO “VIDA DIGNA” Protegiendo los derechos de las personas adultas mayores en situación de calle.

a. Presentación

El Estado Peruano reconoce, promueve, respeta y genera las condiciones para el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores, fomentando la igualdad de oportunidades y el respeto a una vida digna, así como la defensa de sus intereses, conforme lo señala la Ley N° 28803-Ley de las Personas Adultas Mayores.

Por ello, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables establece en el Decreto Legislativo N° 1098-Ley de Organización y Funciones del MIMP (Decreto Supremo N° 003-2012-MIMP, artículo 65°), la responsabilidad de promover y proteger los derechos de las personas adultas mayores, buscando la articulación de las diferentes intervenciones del Estado y de la sociedad, con la finalidad de garantizar sus derechos fundamentales y una vida digna, haciendo énfasis en las personas que se encuentran en mayor situación de vulnerabilidad.

La intervención del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables se sustenta en la consideración de que, de acuerdo al Censo de Población y Vivienda del año 2007, las personas adultas mayores representan el 9,0% de la población nacional, siendo el 7,7% personas adultas mayores de 60 a 79 años y el 1,3% de 80 a más años de edad. La atención prioritaria se apoya además en las proyecciones oficiales, que estiman que para el año 2020, la proporción de la población adulta mayor subirá al 11% del total de la población, y para el año 2025 será el 12.4%.

Asimismo, las políticas públicas de promoción y protección de los derechos de las personas adultas mayores, se sustentan en el reconocimiento de aspectos

que generan mayor vulnerabilidad como el poco acceso a los servicios de salud, puesto que el 55.87% (INEI; 2007.) de las personas de 65 a más años no tenía acceso a ningún seguro de salud (de las cuales, el 54.15 % eran mujeres) y, que solo 487,809 personas adultas mayores habían sido beneficiadas de una pensión de jubilación (ONP, 2011), y 126,788 personas de 65 a más años habían sido beneficiarias del Programa Pensión 65 (Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social: <http://www.pension65.gob.pe/index.php/home/page/4/12>, 2012), entre otros aspectos.

Como puede observarse, la baja cobertura del sistema previsional, y las dificultades de acceder a un sistema de salud (sea público o privado), así como el desempleo o la pobreza, son condiciones que aumentan la situación de vulnerabilidad de las personas adultas mayores, y que inciden en que luego se conviertan en personas adultas mayores en situación de calle.

Para efectos de este proyecto, las personas adultas mayores en situación de calle son aquellas que no tienen vivienda y que pernoctan en la calle en forma permanente, padeciendo por ello de una sistemática exclusión: por la condición de personas adultas mayores, y por ende susceptibles a tener alguna discapacidad física o mental y, por ser pobres.

Si bien no existen cifras exactas actuales acerca del número y condiciones de las personas adultas mayores en situación de calle en nuestro país, el XI Censo de Población y VI de Vivienda de 2007 señalaba la existencia de 212 personas en situación de calle en Lima Metropolitana y 2,974 a nivel nacional (INEI, 2007).

Teniendo en consideración su alta vulnerabilidad, es importante que el Estado en forma intergubernamental, intersectorial e interinstitucional, articule y refuerce la oferta de servicios de protección y asistencia para este segmento poblacional, con

el propósito de atender de manera inmediata e integral, las necesidades básicas de las personas adultas mayores en situación de calle, coadyuvando así al ejercicio de sus derechos fundamentales, en el marco del respeto a la dignidad de la persona humana.

Para garantizar esta atención integral, es fundamental ofertar tanto servicios institucionalizados como no institucionalizados, en tanto que los primeros estarán dirigidos a la permanencia de las personas adultas mayores en situación de calle en espacios especializados para garantizar su atención integral, mientras que los segundos se orientarán a brindar atención específica de alojamiento y alimentación básica, teniendo una flexibilidad de entrada y salida y así dar atención a aquellas personas que no desean institucionalizarse.

Para lograr lo señalado, es importante el fortalecimiento de los Centros de Atención Residencial para Personas Adultas Mayores (CARPAM) como espacios especializados que brindan atención integral mediante la provisión de servicios de alojamiento, alimentación, asistencia de salud, servicio social, lavandería, entre otros.

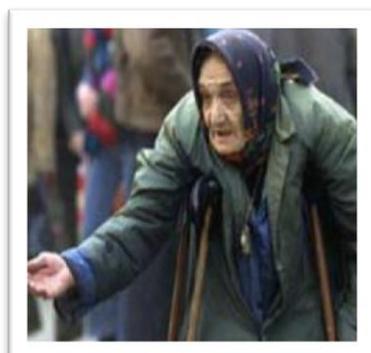
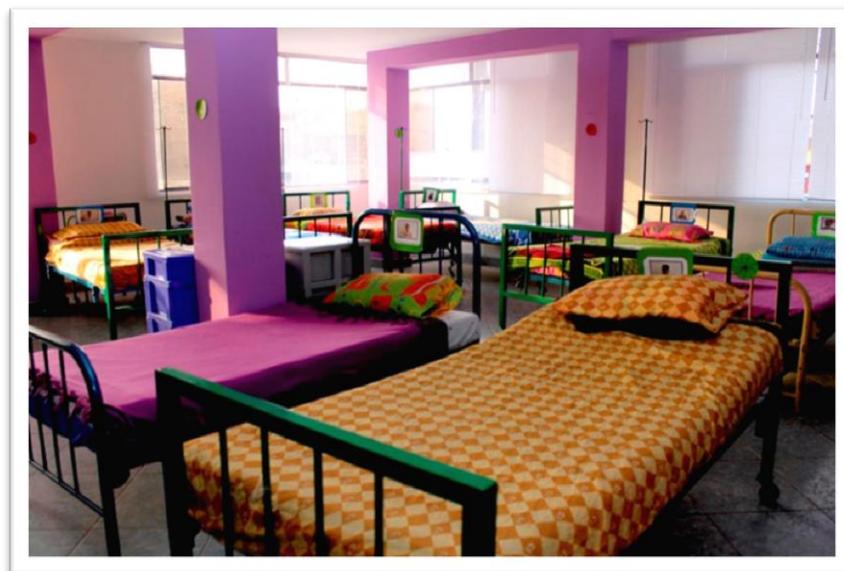
Por otro lado, en el caso de las personas adultas mayores en situación de calle que voluntariamente decidan optar por un régimen no institucionalizado, se proveerá de servicios de alojamiento, vestimenta, higiene, alimentación básica en hospederías, identidad, seguro integral de salud y pensión 65.

Asimismo, para aquellas personas adultas mayores con riesgo de convertirse en personas en situación de calle, se les proveerá servicios de alimentación en comedores sociales y Centros de Desarrollo Integral de la Familia (CEDIF).

Dado que se trata de un sector de la población en extrema pobreza, se gestionará la inclusión dentro del Programa "Pensión 65", a fin de coadyuvar a

mejorar su situación económica, facilitando su acceso a recursos monetarios que les permitan atender algunas necesidades básicas que no son provistas por los servicios ofrecidos desde esta intervención.

Finalmente, es preciso señalar que el proyecto piloto “VIDA DIGNA” permitirá validar un modelo de atención de las personas adultas mayores en situación de calle, que puede ser replicado en otras ciudades del país, efectuando los ajustes técnicos necesarios para garantizar la sostenibilidad e impacto del proyecto. Dicho modelo aportará al diseño de una política nacional de intervención para personas en situación de calle.





Imágenes de los centros de hospedería

b. Estado Situacional del Proyecto Vida Digna

Si bien no existe una data oficial de las personas adultas mayores en situación de calle pues existe sub registro (información no reportada o identificada) sobre el tema, el Censo Nacional de Población del 2007 recoge información sobre personas sin vivienda, señalando que en Lima Metropolitana había 212 personas mayores en situación de calle (150 varones y 62 mujeres). En total, se calcula que a nivel nacional estamos hablando de un total de 2974 personas, de las cuales el 69.74% son varones.

A mayor edad, mayor es el riesgo para la salud, generándose situaciones que requieren intervenciones más complejas: hospitalización frecuente o institucionalización, según el caso. Como referencia, cabe señalar que según la ENDES Continua 2011, una proporción importante de las personas adultas mayores en el Perú presenta algún tipo de discapacidad: 34,7%.

La situación de pobreza también es un grave problema que afecta a las personas adultas mayores a nivel nacional. Al respecto, según datos del Censo del año 2007, se considera que el 30,4% de la población adulta mayor está en situación de pobreza, entre las cuales un 10,6% de las personas mayores viven en condiciones de pobreza extrema. Según la Encuesta Nacional de Hogares correspondiente al IV trimestre del año 2011, un 15% de personas adultas mayores habita en hogares unipersonales, en potencial riesgo de desalojo, si no tiene posibilidades de atender al pago de su vivienda y no está siendo protegido por el sistema previsional (Política Nacional en relación a las Personas Adultas Mayores, D.S. 011-2011-MIMDES).

Si bien es cierto, en la actualidad coexisten en el Perú, formas institucionalizadas de brindar albergue a este grupo poblacional, la demanda por

estos servicios desborda la capacidad instalada en lo que se refiere al servicio de alojamiento, alimentación y cuidados básicos. En Lima Metropolitana, los centros de atención residencial públicos han llegado al límite de su capacidad y sólo están albergando a 630 personas mayores, con un costo promedio mensual entre 800 y 1000 soles por residente. Los CARPAM públicos reciben múltiples pedidos de alojamiento que no pueden ser atendidos y que permiten deducir que la demanda no está siendo atendida. Por ejemplo, la Beneficencia Pública recibe un promedio de 50 solicitudes de admisión cada mes, de las cuales un aproximado de 30 reúne las condiciones, pero sólo 2 o 3 pueden ser admitidas.

Asimismo, existe una multiplicidad de servicios de alimentación de carácter asistencial ofrecidos por diferentes instituciones, tales como comedores populares municipales; comedores de la Beneficencia Pública; comedores de centros parroquiales o de grupos religiosos, entre los más comunes, que tampoco se dan abasto.

Como se puede apreciar, se precisa reforzar la oferta de servicios bajo un enfoque de protección de derechos, porque si no llegan a este sector de la población altamente vulnerable, es debido a que se trata de un segmento disperso, heterogéneo, con problemas de documentación, que vive en su mayor parte al margen del sistema social y es fuertemente discriminado.

c. Marco Normativo para la Intervención

Es preciso señalar que en el Perú existen pocas disposiciones legales para atender las diversas necesidades de las personas adultas mayores que están en situación de calle. Es preciso entonces aprovechar los avances realizados en otros países para enriquecer el marco normativo nacional correspondiente.

La Ley N° 28803- Ley para las Personas Adultas Mayores, señala en su artículo 3° acerca de los derechos de la persona adulta mayor, que ellas tienen derecho a *“la igualdad de oportunidades y una vida digna, promoviendo la defensa de sus intereses”* y *“la protección contra toda forma de explotación y respeto a su integridad física y psicoemocional”*, siendo por tanto, la atención de las personas adultas mayores en situación de calle una de las primeras responsabilidades del Estado.

Por otro lado, dicha norma establece en su artículo 14° sobre asistencia social que, en caso de situación de riesgo e indigencia, las personas adultas mayores (PAM) podrán ingresar en algún centro de asistencia público, el mismo que evalúa inmediatamente su situación y le brinda la atención integral correspondiente.

La ley citada establece como situaciones de riesgo las siguientes: a) Que la persona adulta mayor carezca de condiciones esenciales y recursos económicos para su subsistencia y salud. b) Que carezca de familiares o esté en estado de abandono. c) Que sufra trastornos físicos y mentales que la incapaciten, la pongan en riesgo a ellas o a otras personas.

Cabe señalar que, en la práctica el Estado y la sociedad peruana no han podido responder adecuadamente a las necesidades de las personas adultas mayores en situación de riesgo e indigencia, debido a que se trata de un sector complejo, cuya atención es costosa y especializada y porque la capacidad instalada no ha sido la suficiente para atender a una población que va en aumento.

Sin embargo, cabe precisar que el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables- MIMP (antes MIMDES), de acuerdo al Decreto Legislativo N° 1098 que establece la Ley de Organización y Funciones del MIMP, ejerce la rectoría sobre la promoción y protección de los derechos de las personas adultas mayores.

En este marco, a través del Decreto Supremo N° 003-2012 que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables se asigna a la Dirección General de la Familia y la Comunidad la función y competencia de diseñar, promover, coordinar, monitorear y evaluar las políticas, planes, programas y proyectos para la promoción de los derechos de las personas adultas mayores, a través de las acciones realizadas por la Dirección de Personas Adultas Mayores, precisando en su artículo 65° *“Proponer lineamientos, dispositivos legales, planes, programas, proyectos y normas internas en temas de personas adultas mayores, especialmente en aquellos sectores de la población que sufren discriminación o desprotección social”*.

Sin embargo, la Ley N° 23853-Ley Orgánica de Municipalidades indica en el inciso 4) del artículo 67° que las Municipalidades en materia de defensa y promoción de los derechos del niño y el adolescente, educación, cultura, conservación de monumentos, turismo, recreación y deportes; tiene la función de *“Promover, cooperar, organizar y sostener cunas y guarderías infantiles, establecimiento de protección al niño desvalido, al minusválido y al anciano”*. Por tanto, asume la responsabilidad de efectuar programas o proyectos de atención directa a la población en situación de riesgo o vulnerabilidad social.

De esta manera, el Proyecto Piloto “Vida Digna” articularía las acciones de rectoría (promoción, seguimiento, monitoreo y evaluación) del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, con las acciones de ejecución directa de las Municipalidades Provinciales, en coordinación con otros sectores e instituciones, para garantizar la atención integral de las necesidades de las personas adultas mayores en situación de calle.

Finalmente, es importante recordar que en octubre del año 2010, mediante Decreto Supremo N° 009-2010-MIMDES, se aprobaron los requisitos mínimos para el funcionamiento de Centros de Atención Residencial para Personas Adultas Mayores (CARPAM). Este dispositivo reglamenta el funcionamiento de dichos establecimientos con el propósito de brindar una atención de calidad. Sin embargo, es preciso indicar que la gran mayoría de los CARPAM autorizados son de carácter privado y aún existen al interior del país algunos albergues públicos que no han podido lograr superar la valla de los requisitos mínimos para su funcionamiento.

En la actualidad, el MIMP ha fiscalizado 153 CARPAM a nivel nacional (128 en Lima y 25 en regiones), entre los cuales 128 (solo los de Lima) cuentan con autorización sectorial y 24 ya se encuentran inscritos en el Registro Central.

d. Fin del Proyecto

Proteger el derecho a una vida digna para las personas adultas mayores en situación de calle en el marco de la protección de sus derechos humanos.

e. Propósito del Proyecto

Proteger los derechos de las personas adultas mayores en situación de calle de Lima y tres regiones del país (Ancash, Junín y Arequipa), en materia de alojamiento, alimentación, higiene, atención médica básica y transferencia monetaria.

f. Población Beneficiaria y Periodo del Proyecto

Se considerará como población objetivo a las personas adultas mayores que se encuentran en situación de calle de Lima, Ancash, Arequipa y Junín, durante el periodo de agosto del año 2012 hasta diciembre del año 2013.

La población beneficiaria de este proyecto piloto estará compuesta como sigue:

CIUDAD	Beneficiarios/as
Lima	450
Huaraz	100
Arequipa	100
Huancayo	100
TOTAL	750

Cuadro 4: Población beneficiaria a Nivel Nacional

Fuente: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables PAMs empadronadas durante el periodo de agosto del año 2012 hasta diciembre del año 2013.

g. Sustento Técnico de las Intervenciones

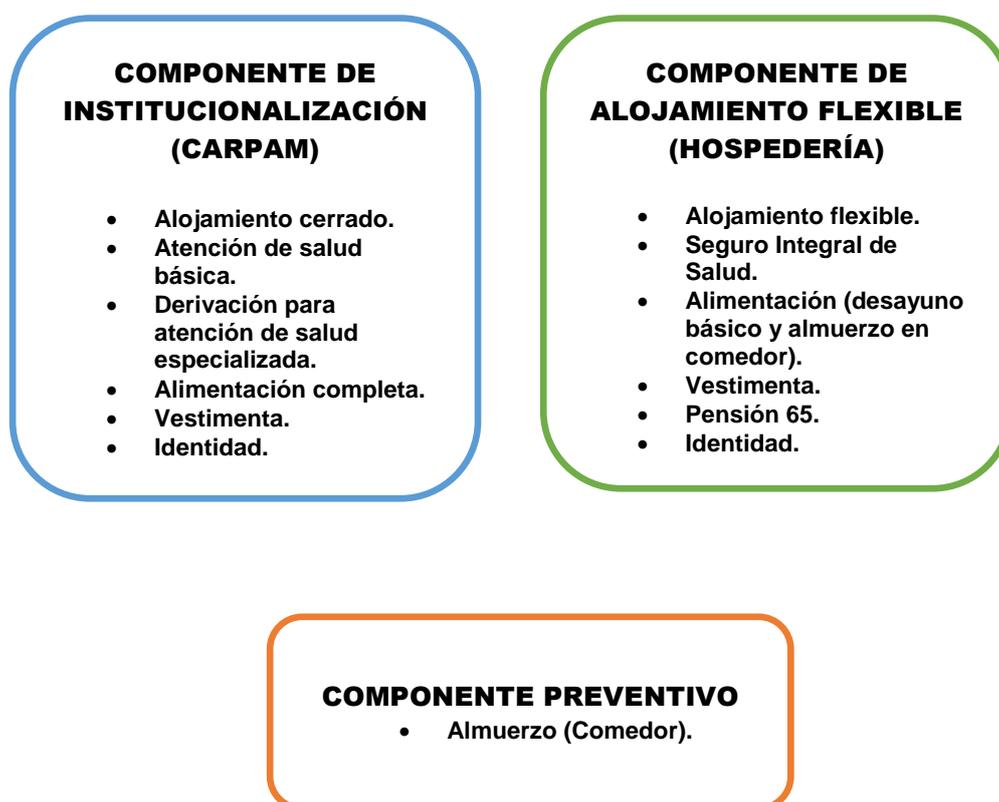
Como se señaló antes, las personas mayores en situación de calle viven al margen de los sistemas de protección social y no tienen asegurada una atención sistemática de sus necesidades básicas. Por eso mismo, se trata de un sector altamente dependiente de los mecanismos de apoyo asistencial público y caritativo. Frente a esta situación se requiere reforzar, ampliar y diversificar la oferta de servicios de protección y asistencia social para atender de manera inmediata las necesidades de las personas adultas mayores en situación de calle.

Así, este proyecto tiene como propósito intervenir en aquellos aspectos más urgentes: el alojamiento, la alimentación, la atención básica de salud, la vestimenta, la higiene, la identidad y, servicios diferenciados para las personas que deciden institucionalizarse dentro de los Centros de Atención Residencial (CARPAM) y las personas que dicen no institucionalizarse y optan por la modalidad de hospedería, como el seguro integral de salud y la pensión 65.

Teniendo en cuenta que no se cuenta con información exacta sobre las características y necesidades totales de las personas adultas mayores en situación

de calle, se llevarán a cabo diagnósticos situacionales, para realizar los ajustes técnicos correspondientes durante la intervención.

De esta manera, el proyecto piloto se estructura con base en los siguientes componentes:



Como se puede apreciar cada uno de los componentes ofrece diversos servicios que se corresponden con los ejes de atención siguientes: a) Fortalecimiento de CARPAM; b) Alimentación; c) Hospederías, d) Atención Médica Básica y d) Transferencias monetarias (véase Matriz Lógica), que se pasan a detallar.

a) Fortalecimiento de CARPAM: Los Centros de Atención Residencial para Personas Adultas Mayores – CARPAM son albergues institucionalizados que ofrecen una atención integral de las necesidades que tiene una persona mayor. Ofrecen además del alojamiento, un servicio de alimentación adecuada a la

condición de estas personas y brindan atención básica de salud, vestimenta e higiene. Son, en ese sentido, los espacios idóneos para acoger a aquellas personas mayores que no tienen adónde vivir. El proyecto Vida Digna propone entonces el fortalecimiento de los CARPAM públicos existentes en las zonas seleccionadas a través de la mejora del equipamiento y el fortalecimiento de sus recursos humanos, con la finalidad de que puedan ampliar su capacidad instalada en 175 cupos (en Lima: Albergue Canevaro, Huaraz: Albergue Mosquera Páucar, Huancayo: San Vicente de Paúl y Arequipa: Albergue de Jesús).

b) Alimentación: El proyecto Vida Digna se propone reforzar y ampliar la cobertura del servicio de alimentación prestado por Comedores Sociales de las Sociedades de Beneficencia Pública (Santa Rosa) y por Centros de Desarrollo Integral familiar (CEDIF) que administra el INABIF en Lima Metropolitana, Huaraz y Huancayo. En Arequipa se fortalecerá el Comedor Social de Arequipa, institución que tradicionalmente viene atendiendo las necesidades de la población más pobre. La intervención apunta a mejorar su equipamiento y dotar del recurso humano adicional para ampliar la oferta en un total de 400 raciones alimentarias adicionales.

El servicio de alimentación estará dirigido a las personas adultas mayores que deciden optar por el servicio de hospedería (no institucionalizadas) y aquellas personas que se encuentran en situación de riesgo de mantener su situación de calle en Lima, Ancash, Arequipa y Junín.

c) Hospederías: Una particularidad de muchas personas mayores en situación de calle es que rechazan ajustarse a normas estrictas de comportamiento como las que plantean los albergues y prefieren incluso enfrentar los riesgos de la calle con tal de mantener su autonomía a ingresar a una institución. Por esta razón, tal como

se hace en otros países, se plantea establecer un servicio de Hospederías, que brinden alojamiento nocturno, vestimenta (inicial) higiene y desayuno básico, que atenderá a 175 personas mayores. Si bien es cierto, esta no es la solución ideal, permitirá mejorar considerablemente sus condiciones de vida. Cabe señalar además que las personas usuarias de las hospederías, tendrían también acceso al servicio de alimentación de los comedores sociales promovidos por el proyecto **“Vida Digna”**.

Cabe señalar que, en tanto se avanza en la propuesta de establecer un programa de hospederías a nivel nacional, en el proyecto piloto se recurrirá a alquilar y adecuar locales para dar inmediata atención a la población intervenida. Mientras tanto, se diseñará una Hospedería modelo utilizando el antiguo local del Estanco de la Sal, en coordinación con la Municipalidad del Rímac.

d) Atención Médica: Todas las personas mayores captadas por el proyecto pasarán por un chequeo médico en un servicio de salud público. Aquellas que tengan la oportunidad de ingresar a un albergue público, tendrán acceso a una atención de salud básica, en la medida que los albergues ofrecen servicios capaces de detectar y tratar trastornos de salud menores y en caso de complicación, derivan a centros de salud especializados.

Se apunta además a que todas las personas mayores beneficiarias de este programa se incorporen al Seguro Integral de Salud, el que tendrá que readecuar sus protocolos y paquetes de atención a este sector de población.

En el caso de aquellas personas con problemas de salud mental (Alzheimer, demencia senil, alcoholismo, drogadicción u otros), se coordinará con el MINSA su atención en centros de salud especializados, tales como el Hospital Hermilio

Valdizán y el Hospital Larco Herrena. Algo similar se hará en las ciudades del interior con los hospitales correspondientes.

En aquellos casos que requieran tratamiento prolongado con internamiento, se realizarán las coordinaciones para diseñar un servicio específico con el MINSA, en Lima y en los departamentos seleccionados.

El proyecto piloto también contempla la habilitación de un área especial en los CARPAM públicos del proyecto, destinado a la atención de personas adultas mayores con trastornos mentales.

e) Transferencias Monetarias: Dado que se trata de una población extremadamente vulnerable en lo económico, se requiere incorporar a los beneficiarios y beneficiarias del proyecto en el Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65, dado que es el esquema de transferencia monetaria existente que atiende a las personas adultas mayores en situación de extrema pobreza.

En lo que va del año, Pensión 65 viene atendiendo a 126,787 adultos mayores de 15 departamentos del país con una asignación bimensual de 250 soles. Con la dación del DS 009-2012-MIDIS del 05 de julio del 2012, se ha ampliado la cobertura de Pensión 65 a todo el país. De acuerdo a lo coordinado inicialmente con dicho Programa, ellos se encargarían de adecuar el procedimiento de evaluación de beneficiarios del SISFHO a fin de incorporar a las personas mayores en situación de calle, con cargo a su propio presupuesto.

Este componente se incorpora al proyecto piloto en la perspectiva de que esta transferencia tiene el sentido solidario de devolver a estas personas mayores abandonadas una mínima parte de lo que entregaron a la sociedad en los periodos

en los que estuvieron en capacidad de aportar sus fuerzas, conocimientos y experiencia.

Por otro lado, cabe señalar que tanto para la incorporación al SIS como a PENSION 65, se requerirá el concurso del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil - RENIEC, con la finalidad que se pueda proporcionar el Documento de Identidad Nacional de manera gratuita a las personas en situación de calle.

Para que estas intervenciones sean posibles, se requiere desarrollar una serie de actividades (ver Matriz Lógica más adelante), entre las cuales destacan dos por su nivel de prioridad:

h. Capacitación del Servicio de Serenazgo: La Ley Orgánica de Municipalidades establece que el Serenazgo es un cuerpo organizado que sirve de apoyo al Alcalde para hacer cumplir las disposiciones municipales y además es un servicio que desarrollan las municipalidades en materia de seguridad ciudadana. En el caso de Lima Metropolitana, el servicio de Serenazgo se encuentra regulado por la Ordenanza N° 638, de fecha 10 de junio de 2004, y por las modificaciones a esta última contenidas en la Ordenanza N° 645, de fecha 01 de julio de 2004, ambas expedidas por la Municipalidad Metropolitana de Lima. De acuerdo a dichas disposiciones, el Serenazgo tiene las funciones siguientes:

- 1) Coordinar con la Policía Nacional la realización de las operaciones de patrullaje general y selectivo.
- 2) Prestar auxilio y protección a la comunidad.
- 3) Supervisar e informar el cumplimiento de las normas de seguridad en establecimientos públicos de cualquier naturaleza o índole.
- 4) Propiciar la tranquilidad, orden, seguridad y convivencia pacífica de la comunidad.

- 5) Vigilar la preservación de la calidad de vida, limpieza y ornato público.
- 6) Colaborar y prestar apoyo a los órganos de su respectivo Gobierno Local cuando lo soliciten para la ejecución de acciones de su competencia.
- 7) Orientar al ciudadano cuando requiera algún tipo de información.

Como se puede apreciar, las funciones 2, 4, 5 y 7 están en total correspondencia con el propósito de este proyecto, y por esa razón es necesario involucrar plenamente al serenazgo o instancia similar, en el esquema de intervención del proyecto en las cuatro ciudades seleccionadas.

Dado que este servicio público está orientado a la ciudadanía en general, es preciso planificar y capacitar al personal de serenazgo (400 serenos) para que pueda ser cumplido adecuadamente.

El Serenazgo intervendrá al inicio del proceso, facilitando la identificación adecuada de las personas adultas mayores en situación de calle en el ámbito de sus jurisdicciones, canalizando su debido registro a cargo de la municipalidad correspondiente, y así continuar con el seguimiento de cada caso. El Serenazgo, además brindará una asistencia clave, coordinando con otros servicios sociales municipales disponibles, se haría cargo de llevar a todas las personas recogidas a que se realicen un chequeo de salud y luego brindarán información general sobre la oferta de servicios sociales habilitados por el proyecto en su localidad (albergue público, comedor social u hospedería).

Se ha considerado incluir además a la Policía Nacional del Perú en esta tarea, para lo cual se coordinará para la capacitación de un contingente a definir de efectivos para el trabajo de identificación y derivación de casos.

Diagnósticos rápidos: Se está ante un caso sui generis sobre el cual se tiene muy poca información, ya que esta población se ubica en los márgenes del sistema social, no tiene localización fija y está muy estigmatizada y excluida, lo que dificulta su identificación y acceso para fines de estudio. Lo señalado indica que se precisa realizar un abordaje no convencional, para recoger información directa sobre las propias personas beneficiarias acerca de su situación, demandas y necesidades. Asimismo, debe recogerse datos sobre los servicios sociales existentes en cada localidad que son utilizados por esta población para ver sus potencialidades para la incorporación futura al proyecto. Esta actividad está prevista para la etapa inicial de la intervención y se plantea realizar 04 diagnósticos rápidos (uno por ciudad intervenida).

i. Fases del Proyecto

PRIMERA FASE: AGOSTO-DICIEMBRE 2012 EN LIMA

- 1) Sub fase I: Generando Condiciones (agosto-setiembre 2012)
- 2) Sub fase II: Inicio de la Intervención (setiembre-octubre 2012)
- 3) Sub fase III: Atención directa (octubre-diciembre 2012)

SEGUNDA FASE: ENERO-DICIEMBRE 2013 EN LIMA Y REGIONES

- 1) Sub fase I: Generando condiciones (enero-marzo 2013)
- 2) Sub fase II: Atención directa (abril-diciembre 2013)

Cuadro 5: Fases del Proyecto

Fuente: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables PAMs empadronadas durante el periodo de agosto del año 2012 hasta diciembre del año 2013.

PRIMERA FASE 2012 (AGOSTO-DICIEMBRE): LIMA

SUB FASE: A.- Generando condiciones (agosto- setiembre 2012)	<ul style="list-style-type: none">• Diagnóstico rápido sobre la situación de las personas adultas mayores en situación de calle.• Convenio MIMP-Municipalidad Metropolitana de Lima.• Convenio MIMP-Municipalidad del Rímac.• Articulación con RENIEC, MIDIS (Pensión 65), MINSA (SIS).• Capacitación a 400 miembros del serenazgo de la Municipalidad Metropolitana de Lima y personal PNP para identificación y derivación de los casos.
---	--

Cuadro 6: Primera Fase 2012 - Generando Condiciones

Fuente: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables PAMs empadronadas durante el periodo de agosto del año 2012 hasta diciembre del año 2013.

PRIMERA FASE 2012 (AGOSTO-DICIEMBRE): LIMA

SUB FASE: B.- Inicio de la intervención (setiembre- octubre 2012)	<ul style="list-style-type: none">• Registro de personas adultas mayores en situación de calle del Cercado de Lima, a cargo de la Municipalidad Metropolitana de Lima.• Fortalecimiento y acondicionamiento del albergue Canevaro, para ampliar su servicio a 100 personas adultas mayores.
--	--

Cuadro 7: Primera Fase 2012 - Inicio de la Intervención

Fuente: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables PAMs empadronadas durante el periodo de agosto del año 2012 hasta diciembre del año 2013.

PRIMERA FASE 2012 (AGOSTO-DICIEMBRE): LIMA

- SUB FASE:**
C. Atención directa (octubre-diciembre 2012)
- Atención integral (alojamiento, alimentación, vestimenta, identidad, servicios de salud e higiene) para 100 personas adultas mayores en situación de calle en el albergue Canevaro.
 - Servicio de hospedería (*) (pernoctación, desayuno básico, higiene, vestimenta) para 100 personas adultas mayores en situación de calle.
 - Servicio de alimentación en comedores (Pestalozzi, Caja de Agua y Santa Rosa) para 250 personas adultas mayores en situación de riesgo a estabilizar la situación de calle.
 - Inclusión de 250 personas mayores en situación de calle en el Programa Pensión 65 (100 de hospederías y 150 de comedores).
 - Incorporación al SIS de todas las personas que participan en el proyecto y cumplen con los requisitos exigidos para su incorporación.

(*) Se gestionará el local del Estanco de Sal para su refacción e implementación.

Cuadro 8: Primera Fase 2012 - Atención Directa

Fuente: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables PAMs empadronadas durante el periodo de agosto del año 2012 hasta diciembre del año 2013.

SEGUNDA FASE 2013 (ENERO-DICIEMBRE): LIMA Y REGIONES

- SUB FASE:**
A.- Generando condiciones (enero-marzo 2013)
- Diagnóstico rápido sobre la situación de las personas adultas mayores en situación de calle.
 - Convenio MIMP-Municipalidades Provinciales
 - Capacitación a 60 miembros del serenazgo de las municipalidades provinciales y personal PNP para identificación y derivación de los casos.
 - Registro de personas adultas mayores en situación de calle en las ciudades capitales de los departamentos seleccionados.
 - Fortalecimiento y acondicionamiento de tres (3) albergues públicos de Huancayo, Huaraz y Arequipa, para ampliar su servicio a 75 personas adultas mayores (25 en cada uno).

Cuadro 9: Segunda Fase 2013 - Generando Condiciones

Fuente: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables PAMs empadronadas durante el periodo de agosto del año 2012 hasta diciembre del año 2013.

SEGUNDA FASE 2013 (ENERO-DICIEMBRE): LIMA Y REGIONES

SUB FASE: B.- Atención directa (abril-diciembre 2013)	<ul style="list-style-type: none"> • Atención integral (alojamiento, alimentación, vestimenta, identidad, servicios de salud e higiene) para 75 personas mayores adultas mayores en situación de calle en albergues públicos. • Servicio de alimentación para 150 personas adultas mayores en situación de calle en comedores públicos (50 en cada departamento). • Servicio de hospedería (alojamiento, vestimenta, higiene y desayuno básico) para 75 personas adultas mayores en situación de calle. • Inclusión de personas mayores en situación de calle en el Programa Pensión 65. (75 de hospederías y 150 de comedores). • Incorporación al SIS de todas las personas que participan en el proyecto y cumplen con los requisitos exigidos para su incorporación.
--	---

Cuadro 10: Segunda Fase 2013 - Atención Directa

Fuente: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables PAMs empadronadas durante el periodo de agosto del año 2012 hasta diciembre del año 2013.

j. MATRIZ LOGICA DEL PROYECTO PILOTO

RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p>FIN</p> <p>Proteger el derecho a una vida digna para las personas adultas mayores en situación de calle en el marco de la protección de sus derechos humanos.</p>	<p>Proyecto de Decreto Supremo que define la política nacional de intervención para personas adultas mayores en situación de calle.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Documento que contiene la propuesta de Decreto Supremo sobre el tema. 	<ul style="list-style-type: none"> • Decisión política al más alto nivel para aprobar e implementar esta política y de impulsarla a nivel nacional.
<p>PROPOSITO</p> <p>Proteger los derechos de las personas adultas mayores en situación de calle de Lima y 3 regiones del país (Arequipa, Ancash y Junín), en materia de alojamiento, alimentación y atención básica de</p>	<p>Un total de 750 personas adultas mayores en situación de calle atendidas a diciembre de 2013, distribuidas así:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 450 en Lima • 100 en Ancash • 100 en Junín • 100 en 	<ul style="list-style-type: none"> • Un documento de evaluación del proyecto piloto que presente los resultados alcanzados en las ciudades intervenidas y que aporte lecciones aprendidas y recomendaciones para la 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de Convenios de Cooperación Interinstitucional con las Municipalidades de Lima Metropolitana, de Huancayo, de Huaraz y de Arequipa, para llevar adelante el proyecto piloto.

salud.	Arequipa	intervención. <ul style="list-style-type: none"> Registro de personas adultas mayores en situación de calle del Cercado de Lima actualizado mensualmente. 	<ul style="list-style-type: none"> Asignación oportuna y suficiente de los recursos económicos para la puesta en marcha de las acciones. Estabilidad política para la vigencia continuada de los acuerdos a los que se llegue con las instancias ejecutoras.
--------	----------	---	--

Cuadro 11: Matriz Lógica del Proyecto

Fuente: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables PAMs empadronadas durante el periodo de agosto del año 2012 hasta diciembre del año 2013.

EJES DE ATENCIÓN

A. INSTITUCIONALIZACIÓN: Personas adultas mayores en situación de calle residentes en albergues públicos.	175 personas mayores reciben atención integral en albergues públicos de las ciudades intervenidas gradualmente a partir de octubre de 2012 en Lima y de abril 2013 en Huaraz, Huancayo y Arequipa.	<ul style="list-style-type: none"> Reportes mensuales sobre el proceso de incorporación de estas personas a los albergues y acerca de su situación específica. Informes trimestrales de seguimiento y monitoreo del servicio ofrecido. Informes de visitas inopinadas. 	<ul style="list-style-type: none"> Que se mantenga la disposición a participar en el proyecto, en las autoridades de los albergues y a brindar la información y las facilidades necesarias para el éxito de la intervención a todo lo largo del proceso.
B. HOSPEDERÍAS: Personas adultas mayores en situación de calle cuentan con servicio de hospedería (alojamiento flexible).	175 personas adultas mayores en situación de calle de las ciudades intervenidas (100 en Lima, 75 en provincias), que no desean institucionalizarse, pernoctan en lugares	<ul style="list-style-type: none"> Informe sobre la oferta habilitada existente en cada una de las ciudades intervenidas. Reportes mensuales sobre el servicio de hospederías. Sondeo rápido de satisfacción de 	<ul style="list-style-type: none"> Que no ocurran incidentes graves que puedan hacer desistir a quienes ofrecen los servicios de hospedería a estas personas. Que las municipalidades involucradas

	<p>adecuados, cercanos a los lugares donde viven, a partir de octubre de 2012 en Lima y abril 2013 en provincias.</p>	<p>los/as usuarios/as acerca del servicio al primer mes de funcionamiento.</p>	<p>hagan suya esta iniciativa y le den el impulso necesario.</p>
<p>C. ALIMENTACION: Personas adultas mayores en situación de calle tienen acceso a servicios de alimentación.</p>	<p>400 personas adultas mayores (250 en Lima y 150 en provincias) tienen acceso a una ración alimenticia balanceada en comedores y Centros de Desarrollo Integral para la Familia cercanos, desde octubre 2012 en Lima y desde abril 2013 en provincias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informe sobre la oferta habilitada existente en cada una de las ciudades intervenidas. • Reportes mensuales sobre el servicio de alimentación. • Sondeo rápido de satisfacción de los/as usuarios/as acerca del servicio al primer mes de funcionamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que no ocurran incidentes graves que puedan hacer desistir a quienes ofrecen los servicios de hospedería a estas personas. • Que las municipalidades involucradas hagan suya esta iniciativa y le den el impulso necesario.
<p>D. ATENCIÓN MÉDICA BÁSICA: Personas adultas mayores en situación de calle reciben atención médica básica en albergue.</p>	<p>Todas las personas mayores captadas serán objeto de un chequeo preventivo de salud al ingresar al proyecto. Las personas adultas mayores que son alojadas en albergues (175 en total: 100 en Lima y 75 en provincias) tienen acceso al servicio de salud que le brindan las instituciones que los acogen a partir de octubre de 2012 y abril de 2013.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reportes mensuales sobre atenciones de salud brindadas a la población en los albergues. • Reportes mensuales del MINSA y DIRESAs correspondientes, sobre los chequeos médicos. • Informes acerca de la derivación de casos complejos a otras dependencias estatales de los albergues y del MINSA o DIRESAs correspondientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que los aportes del proyecto piloto sean aprovechados convenientemente por los albergues para la mejora de sus servicios de atención básica de salud.

Todos los casos con problemas de salud mental grave serán derivados al MINSA para su atención especializada.

<p>E. TRANSFERENCIAS MONETARIAS: Personas adultas mayores en situación de calle se integran al sistema de protección social existente.</p>	<p>Previa evaluación para su incorporación al SISFHO, 575 personas adultas mayores participantes en el proyecto piloto son incorporadas de manera regular al Programa Pensión 65 a partir de noviembre 2012 en Lima y de mayo 2013 en regiones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reportes mensuales del Programa Pensión 65 sobre la situación de los casos incorporados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que se logre flexibilizar los esquemas de selección e incorporación del Programa Pensión 65 para que pueda acoger a esta población.
---	---	--	---

Cuadro 12: Segunda Fase Ejes de Atención del Proyecto

Fuente: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables PAMs empadronadas durante el periodo de agosto del año 2012 hasta diciembre del año 2013.

ACTIVIDADES

FASE I: EN LIMA

<p>1) Diagnóstico rápido sobre la situación de las personas adultas mayores en situación de calle.</p>	<p>30.000</p>	<p>Registro contable o financiero que da cuenta del avance en la ejecución del gasto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr la colaboración de los informantes para el recojo de información. • Que la peligrosidad de las zonas de estudio haga imposible el recojo de información.
<p>2) Convenio MIMP-Municipalidad Metropolitana de Lima.</p>	<p>Presupuesto de la DIPAM</p>	<p>IDEM</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que se mantenga la disposición de la Municipalidad de participar en este proyecto.

3) 400 miembros del Serenazgo de la Municipalidad Metropolitana de Lima para identificación y derivación de los casos.	20.000	IDEM	<ul style="list-style-type: none"> • Que la Municipalidad adopte las medidas necesarias para que el Serenazgo sea adecuadamente capacitado en el tema y que haya suficiente apertura hacia la asistencia técnica del MIMP.
4) Registro de personas adultas mayores en situación de calle del Cercado de Lima.	Forma parte del Diagnóstico	IDEM	<ul style="list-style-type: none"> • Que el personal de Serenazgo cumpla con la tarea periódica de registrar lo acordado.
5) Fortalecimiento y acondicionamiento del albergue Canevaro, para ampliar su servicio a 100 personas adultas mayores.	465,343	IDEM	<ul style="list-style-type: none"> • Que se mantenga la disposición a participar por parte de las autoridades del albergue, a lo largo de toda la intervención.
6) Implementación de un ambiente especial en el CARPAM para las personas adultas mayores –SC que tengan problemas de salud mental.			
7) Atención integral (alojamiento, alimentación, servicios de salud) para 100 personas adultas mayores en situación de calle en el albergue Canevaro.	792.172	IDEM	<ul style="list-style-type: none"> • Que se mantenga la disposición a participar por parte de las autoridades del albergue, a lo largo de toda la intervención.
8) Servicio de	569.915	IDEM	<ul style="list-style-type: none"> • Que no ocurran

<p>hospedería (pernoctación y desayuno básico) para 100 personas adultas mayores en situación de calle.</p>			<p>incidentes graves que puedan hacer desistir a quienes ofrecen los servicios de hospedería a estas personas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que las municipalidades involucradas hagan suya esta iniciativa y le den el impulso necesario.
<p>9) Servicio de alimentación en comedores (Pestalozzi, Caja de Agua y Santa Rosa) para 250 personas adultas mayores en situación de riesgo a estabilizar la situación de calle.</p>	<p>639.105</p>	<p>IDEM</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que no ocurran incidentes graves que puedan hacer desistir a quienes ofrecen los servicios de alimentación a estas personas. • Que las municipalidades involucradas hagan suya esta iniciativa y le den el impulso necesario.
<p>10) Seguimiento y monitoreo de las actividades</p>	<p>Presupuesto de la DIPAM</p>	<p>IDEM</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que institucionalmente se le dé la importancia necesaria a estas actividades.
<p>11) Supervisión</p>	<p>Presupuesto de la DIPAM</p>	<p>IDEM</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que la carga de trabajo regular y extraordinario, no impida realizar estas actividades.

Cuadro 12: SEGUNDA FASE ACTIVIDADES DEL PROYECTO

Fuente: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables PAMs empadronadas durante el periodo de agosto del año 2012 hasta diciembre del año 2013.

FASE II: REGIONES

12) Diagnóstico rápido sobre la situación de las personas adultas mayores en situación de calle.	45.000	Registro contable o financiero que da cuenta del avance en la ejecución del gasto.	<ul style="list-style-type: none">• Lograr la colaboración de los informantes para el recojo de información.• Que la peligrosidad de las zonas de estudio haga imposible el recojo de información.
13) Convenio MIMP-Municipalidades Provinciales	Presupuesto de la DIPAM	IDEM	<ul style="list-style-type: none">• Que se mantenga la disposición de las municipalidades de participar en este proyecto.
14) Capacitación a 60 miembros del serenazgo de las municipalidades provinciales para identificación y derivación de los casos.	20.000	IDEM	<ul style="list-style-type: none">• Que las municipalidades adopten las medidas necesarias para que sus equipos de serenazgo sean adecuadamente capacitados en el tema y que haya suficiente apertura hacia la asistencia técnica del MIMP.
15) Registro de personas adultas mayores en situación de calle en las ciudades capitales de los departamentos seleccionados.	Una parte será abordada en el Diagnóstico y la otra en el proceso por la municipalidad con sus fondos propios	IDEM	<ul style="list-style-type: none">• Que las municipalidades participantes cumplan con la tarea periódica de actualizar este registro.

16) Fortalecimiento y acondicionamiento de tres (3) albergues públicos, para ampliar su servicio a 75 personas adultas mayores (25 en cada departamento).	924.926	IDEM	<ul style="list-style-type: none"> • Que se mantenga la disposición a participar por parte de las autoridades de los albergues, a lo largo de toda la intervención.
17) Servicio de hospedería (pernoctación y desayuno básico) para 75 personas adultas mayores en situación de calle.	268.350	IDEM	<ul style="list-style-type: none"> • Que las municipalidades involucradas hagan suya esta iniciativa de promover hospederías y le den el impulso necesario.
18) Servicio de alimentación en comedores para 150 personas adultas mayores en situación de riesgo a estabilizar la situación de calle.	403.203	IDEM	<ul style="list-style-type: none"> • Que no ocurran incidentes graves que puedan hacer desistir a quienes ofrecen los servicios de alimentación a estas personas. • Que las municipalidades involucradas hagan suya esta iniciativa y le den el impulso necesario.

19) Seguimiento y monitoreo de las acciones en regiones.	45000	IDEM	<ul style="list-style-type: none"> • Que institucionalmente se le dé la importancia necesaria a estas actividades.
20) Supervisión del proceso	25.000	IDEM	<ul style="list-style-type: none"> • Que la carga de trabajo regular y extraordinario, no impida realizar estas actividades.

*NOTA: Costos en nuevos soles.

Cuadro 13: Segunda Fase Regiones

Fuente: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables PAMs empadronadas durante el periodo de agosto del año 2012 hasta diciembre del año 2013.

k. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONALES

Para la ejecución del Proyecto Piloto “VIDA DIGNA” se precisará la firma de Convenios entre MIMP – Municipalidad Metropolitana de Lima y Municipalidades Provinciales de Arequipa, Huaraz y Huancayo.

MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES	
Dirección de Personas Adultas Mayores	INABIF
<ul style="list-style-type: none"> • Diseña el expediente técnico de la propuesta. • Elabora los diagnósticos rápidos. • Capacita al serenazgo y PNP. • Da asistencia y acompañamiento técnico durante la intervención. • Monitorea y evalúa los resultados globales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Brinda servicios de alimentación a través de los comedores de los Centros de Desarrollo Integral para la Familia (Lima).

Cuadro 14: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

Fuente: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables PAMs empadronadas durante el periodo de agosto del año 2012 hasta diciembre del año 2013

MUNICIPALIDADES DISTRITALES Y PROVINCIALES

Municipalidad de Lima Metropolitana y Municipalidades Provinciales de Huancayo, Arequipa y Huaraz

- Gestiona y administra los servicios de: albergues, hospederías y comedores.
- Crea y actualiza el registro de beneficiarios del proyecto piloto.

Municipalidad Distrital del Rímac

- Gestiona y administra el servicio de hospedería: Estanco de Sal.
-

Cuadro 15: Municipalidades Distritales y Provinciales

Fuente: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables PAMs empadronadas durante el periodo de agosto del año 2012 hasta diciembre del año 2013

I. OTROS PARTICIPANTES INSTITUCIONALES EN EL PROYECTO

Se promoverán alianzas al interior del Estado para la implementación de este proyecto piloto, que dará pautas para el diseño posterior de un programa de intervención intersectorial de más largo alcance. En este momento, se han identificado las siguientes entidades con las cuales se precisa establecer alianzas:

MIDIS (Pensión 65)	MINSA	RENEC	MININTER (PNP)	MINISTERIO PÚBLICO
<ul style="list-style-type: none"> • Evalúa a las personas mayores en situación de calle a través del SISFOH. • Incorpora a las personas mayores en situación de calle en el programa Pensión 65. 	<ul style="list-style-type: none"> • Brinda seguro integral de salud (SIS) a las personas adultas mayores en situación de calle. • Acondiciona los servicios existentes en salud mental para atender a esta población. • Amplia la cobertura de servicios especializados de salud mental. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega gratuita del DNI. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoya en la identificación y traslado de las personas mayores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cautela el debido proceso para traslado de las personas mayores a los CARPAM u hospederías

Cuadro 16: Otros Participantes Institucionales en el Proyecto

Fuente: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables PAMs empadronadas durante el periodo de agosto del año 2012 hasta diciembre del año 2013

m. PRESUPUESTO GENERAL:

COSTO TOTAL DE LA PROPUESTA PILOTO	
Lima - Arequipa - Huancayo - Huaraz	
COMPONENTE 1 CARPAM	Presupuesto
Alojamiento	99.000
Vestimenta	101.750
Alimentación completa	740.000
Atención de salud básica	655.440
Higiene	195.251
Servicios varios	391.000
Sub total	2.182.441
COMPONENTE 2 Hospederías	
Alojamiento	246.500
Alimentación	140.500
Vestimenta	35.750
Higiene	92.015
Funcionamiento de hospedería	263.500
Servicios varios	60.000
Sub total	838.265
COMPONENTE 3 Alimentos	
Alimentos	612.000
Higiene	56.208
Servicios	32.400
Equipamiento de cocina personal	120.000
	221.700
Sub total	1.042.308
Gastos Administrativos	
Diagnóstico	75.000
Oficina Vida Digna - Diagnóstico - Capacitación	600.100
Capacitación	40.000
Movilidad	51.000
Evaluación del proyecto piloto	70.000
Sub total	836.100
Costo Total	4.899.114

Cuadro 17: Costo Total de la Propuesta Piloto

Fuente: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables PAMs empadronadas durante el periodo de agosto del año 2012 hasta diciembre del año 2013

2.2.3. BASES TEÓRICAS

2.2.3.1. MARCO CONCEPTUAL SOBRE VEJEZ Y ENVEJECIMIENTO

La concepción del envejecimiento se observa como proceso, que se inicia con el nacimiento de las personas y que en sí mismo constituye uno de los mayores logros de la humanidad. En este sentido, de acuerdo a nuestra legislación y desde el punto de vista cronológico de la vejez, se entiende por persona adulta mayor a aquella que tenga 60 o más años de edad. (Ley N^o, 28803)

Como lo señala el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), existen diversos modelos para entender y conceptualizar la vejez como etapa de vida, entre los que destacan el de edad cronológica, el de edad fisiológica y el de edad social, sin embargo es necesario partir de un concepto principal para el diseño de nuestras políticas, ya que ello orientará las intervenciones dirigidas a este grupo poblacional.

El concepto de edad cronológica tiene que ver con el límite a partir del cual una persona se considera adulta mayor, en este sentido es un asunto sociocultural y está muy vinculado con la edad fisiológica en el sentido que "...el inicio cronológico de la vejez se relaciona con la pérdida de ciertas capacidades instrumentales y funcionales para mantener la autonomía y la independencia... desde esta perspectiva el envejecimiento lleva consigo cambios en la posición del sujeto en la sociedad, debido a que muchas responsabilidades y privilegios - sobre todo aquellos asociados al empleo - dependen de la edad cronológica" (Arber y Ginn, citados en CELADE-CEPAL, 2011, p.3) (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, 2011)

a- LA VEJEZ

Por otro lado, el concepto de edad fisiológica se refiere "...al proceso de envejecimiento físico que, aunque vinculado con la edad cronológica, no puede interpretarse simplemente como la edad expresada en años. Se relaciona más bien con la pérdida de las capacidades funcionales y con la disminución gradual de la densidad ósea, el tono muscular y la fuerza que se produce con el paso de los años" (Arber y Ginn, op.cit, p.3).

Si bien los conceptos de edad cronológica y edad fisiológica son útiles, este Plan toma como concepto de base el de edad social, aplicado "a las actitudes y conductas que una sociedad considera adecuadas para una determinada edad cronológica..." (Fericgla, citado en op.cit. pp. 2-3), entendiendo que la concepción que se tenga sobre la vejez, independientemente de la relación directa que tenga con la edad cronológica, está básicamente determinada por las pautas impuestas por cada sociedad.

Desde esta perspectiva, se reconoce entonces que conceptos como vejez y género, son resultado de una "construcción social e histórica que posee el significado que una sociedad otorga a los procesos biológicos que la caracterizan" (Arber y Ginn, op.cit, p.3), pero que es preciso cuestionarse esta construcción cultural, en tanto no permite atender de manera justa y adecuada a las personas adultas mayores. Por tanto, las intervenciones en políticas públicas deben comprender de manera crítica a la vejez, a partir de su construcción social, ya que ello permitirá intervenir en ciertos factores sobre los que hay que trabajar necesariamente para lograr una sociedad más integrada, solidaria y justa para las PAM.

b- EL ENVEJECIMIENTO

Se puede conceptualizar el proceso de envejecimiento de acuerdo a dos dimensiones: el envejecimiento que experimenta la población y aquel que viven las personas.

El envejecimiento de la población se define como el aumento de la proporción de personas de edad avanzada (60 años y más) con respecto a la población total. Dicho proceso deriva de la acción combinada de dos elementos fuertemente relacionados entre sí, el demográfico y el epidemiológico: El primero, “se refiere a las transformaciones en la estructura de la población, principalmente a causa de la disminución de la fecundidad y la mortalidad”. El segundo, “alude al cambio hacia una menor incidencia, prevalencia y letalidad de las enfermedades infecciosas y agudas, junto con el incremento de la incidencia, prevalencia y letalidad de las enfermedades crónicas degenerativas e incapacitantes” (Ham Chande, 1996, citado en CELADE-CEPAL, 2011, p.6). (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, 2011)

El envejecimiento como proceso individual que experimentan las personas, puede ser tratado desde diferentes enfoques y teorías como las presentadas a continuación:

1) ENFOQUE BIOLOGICISTA

El enfoque biologicista tiene su base en dos teorías: la del envejecimiento programado, “que sostiene que los cuerpos envejecen de acuerdo a un patrón de desarrollo normal establecido en cada organismo y que este programa, predefinido para cada especie, está sujeto solamente a modificaciones menores, y la teoría del desgaste natural del envejecimiento, que asegura que los cuerpos envejecen

debido al uso continuo, es decir, que la vejez es el resultado de agravios acumulados en el cuerpo” (Papalia y Wendkos, 1998 citados en CELADE – CEPAL 2011 p.7).

Los defensores de la teoría del envejecimiento programado señalan que como cada especie tiene sus propios patrones de envejecimiento y su propia expectativa de vida, este patrón es innato en todos los seres vivos; de otro lado, los promotores de la teoría del desgaste natural, comparan el cuerpo con una máquina, cuyas partes se desgastan debido al uso. (Papalia y Wendkos 1998).

La diferencia entre ambas teorías es sustancial, mientras que la teoría del envejecimiento programado se centra en el determinismo y en el hecho casi ineludible de que poco se puede hacer por intervenir en el proceso de envejecimiento, la teoría del desgaste natural otorga un margen de posibilidades a la intervención mediante la prevención y la acción.

2) ENFOQUE PSICOLÓGICO

Desde un enfoque psicológico el envejecimiento se enfoca usualmente desde dos teorías opuestas en su concepción: la teoría de la desvinculación y la del envejecimiento satisfactorio.

La teoría de la desvinculación nos señala que “...la vejez se caracteriza por un alejamiento mutuo de la propia persona adulta mayor y la sociedad. La persona adulta mayor reduce voluntariamente sus actividades y compromisos, mientras que la sociedad estimula la segregación generacional presionando, entre otras cosas, para que la gente mayor se retire del mercado laboral y de la vida en sociedad. Algunos críticos de esta teoría sostienen que esta desvinculación parece estar

menos asociada con la edad que con otros factores como la mala salud, la viudez, la jubilación o el empobrecimiento” (Papalia y Wendkos, 1998 citados en CELADE - CEPAL, 2011 p. 8).

Esta teoría conceptualizaba la desvinculación social como un proceso natural y positivamente funcional. La desvinculación social o desapego de las personas adultas mayores de sus instituciones y roles sociales es explicada así como un proceso de beneficios mutuos que está arraigada en la declinación biológica y psicológica.

Opuesta a la teoría de la desvinculación se encuentra la teoría del envejecimiento satisfactorio introducida por John Rowe en 1987, quien señala “...que este sería el resultado del mantenimiento de las capacidades funcionales, físicas, cerebrales, afectivas y sociales, de un buen estado nutricional, un proyecto de vida motivante y el empleo de paliativos apropiados que permitan compensar las incapacidades, entre otros elementos” (Vellas, 1996 citados en CELADE - CEPAL, 2011 p. 8).

De acuerdo a la teoría de la actividad, ello significaría que mientras más activas se conserven las personas adultas mayores, su envejecimiento sería más satisfactorio. Cabe precisar que esta teoría, a diferencia de la anterior, intenta dar una explicación socio cultural del envejecimiento, al considerar los factores sociales, históricos y culturales que estructuran y limitan la participación social de las personas adultas mayores; sin embargo reduce el valor humano a factores como la actividad y la productividad, dejando de lado el hecho de que las personas adultas mayores, independientemente de su nivel de actividad, merecen un lugar dentro de la sociedad.

3) ENFOQUE SOCIAL

Desde la perspectiva del enfoque social se encuentra la teoría funcionalista del envejecimiento, que propone el hecho de que en la vejez se produce una ruptura social y una pérdida progresiva de las funciones en el sentido de los roles. Los críticos de esta teoría manifiestan que esta forma de entender el envejecimiento proporciona herramientas ideológicas para justificar argumentos sobre el “carácter problemático” de una población que envejece, y que percibe a las personas adultas mayores como improductivas o no comprometidas con el desarrollo de la sociedad. (Bury, 1995, citado en CELADE - CEPAL, 2011 p. 9).

Otra de las teorías explicativas se refiere a la economía política de la vejez, que señala que el elemento básico para entender la situación de las personas adultas mayores en las sociedades capitalistas modernas, es que la calidad de vida alcanzada en esta etapa del ciclo de vida, está directamente influenciada por su posición en el mercado de trabajo al momento de jubilarse (Estes, 1986, citado en CELADE - CEPAL, 2011 p. 9). Los críticos de esta teoría manifiestan que, “aun cuando esta aproximación resulte útil, debe convenirse que la continuidad pre y post jubilatoria no existe en la esfera económica - el nivel de ingreso - o en el plano de las relaciones sociales - entendidas como relaciones de producción - y que tampoco resulta satisfactoria la alternativa de considerar a las personas mayores como una categoría social única, caracterizada por la desvinculación del sistema productivo y la tributación a la seguridad social” (Redondo, 1990 citado en CELADE - CEPAL, 2011 p. 9).

Por otro lado, la teoría de la dependencia estructurada enfoca su atención en “...el sistema social en vez de dirigirla a las características de las personas.

Propone que la estructura y la organización de la producción son el origen de las características de la dependencia, y contrapone una perspectiva que pone énfasis en la creación social” (Mouzelis, 1991 citado en CELADE - CEPAL, 2011 p. 9).

Dicha teoría enfoca cuestiones trascendentales como “...las reglas y recursos que influyen y limitan la vida cotidiana de las personas adultas mayores, a la vez que funciona como un correctivo del individualismo de teorías anteriores sobre el envejecimiento” (Bury, 1995 citado en CELADE - CEPAL, 2011 p. 9).

Por otro lado, tal como señalan algunos críticos, las teorías presentadas solo examinan la vida de las personas adultas mayores alrededor de marcos sociológicos establecidos, juzgando muchas veces a estas personas en base al ideal de patrones determinados sobre la vida productiva y reproductiva de las generaciones más jóvenes, lo cual no permite comprender plenamente la vejez (Mc. Mullin, (1995), citado en CELADE - CEPAL, 2011 p. 9).

Vale decir, que es a partir de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento (2002) que se comienza a enfocar la problemática de las personas adultas mayores desde una perspectiva más centrada en los derechos, ese año, los países miembros de Naciones Unidas reunidos en la Asamblea, deciden aprobar la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, señalando en el artículo 1º de su Declaración Política lo siguiente:

Los representantes de los Gobiernos reunidos en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en Madrid, hemos decidido adoptar un Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento para responder a las oportunidades que ofrece y los retos que plantea el envejecimiento de la población en el siglo XXI y para promover el desarrollo de una sociedad para todas las edades. En el marco de ese Plan de Acción,

estamos resueltos a adoptar medidas a todos los niveles, inclusive a nivel nacional e internacional, en tres direcciones prioritarias: las personas de edad y el desarrollo; la promoción de la salud y el bienestar en la vejez, y el logro de entornos emancipadores y propicios. (Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento)

Asimismo, en el año 2006, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) durante el trigésimo primer periodo de sesiones, propone que “El principio de titularidad de derechos debe guiar las políticas públicas”. En este sentido, se pretende orientar el desarrollo de acuerdo al marco normativo de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, creados en acuerdos vinculantes tanto nacionales como internacionales. (CEPAL, Junio 2011)

Tomando en cuenta lo anterior, es en esta perspectiva que se ha enfocado el desarrollo del presente plan nacional, desde la concepción de una persona adulta mayor sujeta de derechos que comprometen al Estado en sus tres niveles de gobierno (nacional, regional y local) y al resto de la Sociedad.

c- PERSONAS ADULTAS MAYORES Y DERECHOS

La Constitución Política del Perú, reconoce a las personas adultas mayores todos los derechos fundamentales expresados en su artículo 2º, y establece expresamente en su artículo 4º la protección de la familia, señalando que: la comunidad y el Estado protegen especialmente al niño, al adolescente, a la madre y al anciano en situación de abandono.

La Ley N° 28803, establece un marco normativo para garantizar los mecanismos legales para el ejercicio pleno de los derechos reconocidos en la Constitución Política y los Tratados Internacionales vigentes de las personas

adultas mayores, para mejorar su calidad de vida y que se integren plenamente al desarrollo social, económico, político y cultural, contribuyendo al respeto de su dignidad.

Dicho documento normativo enfatiza ciertos derechos de la persona adulta mayor como son:

- 1) La igualdad de oportunidades y una vida digna promoviendo la defensa de sus intereses.
- 2) Recibir el apoyo familiar y social necesario para garantizarle una vida saludable, necesaria y útil, elevando su autoestima.
- 3) Acceder a programas de educación y capacitación que le permitan seguir siendo productivo.
- 4) Participar en la vida social, económica, cultural y política del país.
- 5) El acceso a la atención preferente en los servicios de salud integral, servicios de transportes y actividades de educación, cultura y recreación.
- 6) El acceso a la atención hospitalaria inmediata en caso de emergencia.
- 7) La protección contra toda forma de explotación y respeto a su integridad física y psicoemocional.
- 8) Recibir un trato digno y apropiado en cualquier procedimiento judicial y administrativo que la involucre.
- 9) Acceder a condiciones apropiadas de reclusión cuando se encuentre privada de su libertad.
- 10) Vivir en una sociedad sensibilizada con respecto a sus problemas, sus méritos, sus responsabilidades y sus capacidades y experiencias.
- 11) Realizar labores o tareas acordes a su capacidad física o intelectual. No será explotada física mental ni económicamente.
- 12) La información adecuada y oportuna en los trámites para su jubilación.
- 13) No ser discriminada en ningún lugar público o privado.

En este sentido, el artículo 5 de la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, aprobada por Decreto Legislativo N° 1098, establece que este Portafolio tiene dentro de su ámbito de competencia la

promoción y protección de los derechos de las personas adultas mayores y ejerce la rectoría al respecto.

Asimismo, la Política Nacional en relación a las Personas Adultas Mayores es un instrumento de gestión y orientación para desarrollar una política integradora, con los enfoques de derecho, género, intergeneracional e intercultural.

d- EL SERVICIO PÚBLICO (Dromi, 2005)

El Plan Nacional para Las Personas Adultas Mayores 2013-2017 tiene contemplado el enfoque de servicio público y gestión descentralizada, ello con la finalidad de identificar el conjunto de bienes y prestaciones de servicios que debe brindar el Estado desde sus tres niveles de gobierno a las personas adultas mayores, con el objetivo de garantizar su mejor calidad de vida e inclusión social. Por ello, esta sección tiene como objetivo brindar un marco general de lo que se entiende por el enfoque de servicio público.

Es obligación del Estado es brindar servicios públicos y crear condiciones para que las personas ejerzan sus derechos y garantizar la protección de las mismas, si estos derechos son violados. El servicio público está relacionado entonces con el fin del Estado en sí mismo, que es la consecución del bienestar común. En consecuencia, su poder se convierte en función, es decir, su derecho de mandar deviene en deber de administrar actividades en beneficio de los ciudadanos (Dromi, 2005).

La Presidencia del Consejo de Ministros (Presidencia del Consejo de Ministros) define la prestación del servicio que será directamente entregado al beneficiario o beneficiaria, de la siguiente manera:

“Los servicios públicos son las actividades, acciones o prestaciones realizadas por las entidades públicas en beneficio de los y las ciudadanos/as, en el marco de sus derechos constitucionales, con el objetivo de garantizar su desarrollo individual y colectivo. Los servicios públicos se desarrollan bajo la autorización, control, vigilancia y fiscalización del Estado, en el marco de las leyes correspondientes, sin discriminación alguna.”

Los servicios públicos deben responder a determinados principios (Bielsa, 1967):

- Generalidad: Todos los administrados tienen derecho a exigirlo en igualdad de condiciones respecto de la ley.
- Uniformidad: La tarifa, si es que corresponde, debe ser una para cada clase y categoría de servicio público.
- Continuidad: Indefinida y por excepción definida.
- Regularidad: funcionamiento normal, dentro de las mismas condiciones.
- Obligatoriedad: El derecho de “usar” servicio público se funda en la obligación del Estado de tutelar interés público y darle satisfacción.
- Calidad y eficiencia: Hace referencia a que el servicio que se ofrece cumpla la satisfacción de los usuarios y se adapte efectivamente a sus necesidades y condiciones.
- Subsidiariedad: El Estado presta el servicio público, sólo si el privado no está en condiciones o no desea hacerlo, con el fin de garantizar el bienestar de la población.

- Enfoque territorial: El cambio progresivo del enfoque sectorial a un enfoque territorial que les permita a los gobiernos regionales y locales integrar las funciones de acuerdo a las necesidades y demandas existentes en su territorio.

Se recalca que el MIMP ha adoptado un enfoque hacia el servicio público realizando un cambio de visión y de acción de las entidades públicas. Se pasa de una gestión basada en funciones a una gestión por resultados, cuyo producto final es un servicio público directamente recibido por el ciudadano. Esto permite construir un Estado creador y generador de valor público, pues su acción se enfoca en el ciudadano.

e- ENFOQUES TRANSVERSALES EN MATERIA DE PERSONAS ADULTAS MAYORES

1) ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS

La dignidad de las personas es el fundamento de los derechos humanos. Su punto de partida es la dignidad intrínseca y el igual valor de todos los seres humanos. Los derechos humanos son iguales, indivisibles e interdependientes y deben ser ejercidos sin discriminación alguna. Todos son importantes y por tanto, deben ser respetados.

Los derechos humanos son además un instrumento fundamental para el análisis de las desigualdades sociales y para corregir las prácticas discriminatorias y el injusto acceso a recursos económicos, sociales y políticos necesarios para la satisfacción de necesidades fundamentales, las cuales obstaculizan el logro del bienestar de cada persona o grupo social y el progreso en materia de desarrollo humano. El enfoque de derechos humanos reconoce que el respeto, protección y

promoción de los derechos humanos, constituyen obligaciones primarias del Estado, que son garantizadas por la comunidad internacional; su cumplimiento está protegido por los tratados sobre la materia de los que el Perú es parte, la Constitución Política y la ley impone un deber de progresividad y una prohibición de regresividad.

Desde esta perspectiva, el enfoque de los derechos aplicado al Plan Nacional para las PAM busca promover el empoderamiento de las personas mayores y generar una sociedad inclusiva para este grupo poblacional. Ello significa comprender que las personas mayores son sujetos de derecho, y que por lo tanto disfrutan de un nivel de ciudadanía que les brinda garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su familia, su sociedad, su entorno inmediato y las futuras generaciones.

2) ENFOQUE DE IGUALDAD DE GÉNERO

Pone en evidencia las desigualdades sociales y de género. Sobre esta base, este enfoque propugna modificar las relaciones de poder que afectan a las mujeres, cuestionando toda forma de dominación y de discriminación que esté basada en las características físicas sexuales de las personas, erradicando además toda forma de violencia basada en el género.

El concepto de género en que se basa este enfoque permite entender qué roles, atributos, comportamientos, posiciones jerárquicas, asumidos de manera distinta y excluyente por hombres y mujeres, no son naturales sino contruidos social y culturalmente mediante un largo proceso de socialización, que se inicia desde el nacimiento. Estos roles históricamente asignados a cada género han

creado desventajas a las mujeres e impiden su plena realización y participación en el bienestar.

Asumir el enfoque de género lleva a asegurar, tanto a mujeres como a varones, el acceso en igualdad de condiciones a recursos que satisfagan sus necesidades fundamentales como seres humanos. En ese sentido, se requiere promover una justicia compensatoria y distributiva que permita reajustar el desequilibrio actual producto de discriminaciones históricas. Para ello impulsa acciones positivas para fortalecer la participación de las mujeres en los ámbitos laborales, políticos y en la toma de decisiones en todos los campos del quehacer humano, movilizándolo el potencial de las mujeres en beneficio de la sociedad.

Este enfoque coadyuva a promover cambios en la división sexual del trabajo tradicional, con el fin de lograr igual valoración, reconocimiento social y respeto por lo que se realiza tanto en el ámbito productivo como en el reproductivo y propugna asimismo que hombres y mujeres compartan en igualdad, responsabilidades y decisiones en los espacios públicos y domésticos. Propone asimismo desarrollar una estrategia de transversalidad de la igualdad de género en la ejecución de todas las medidas que afectan a la sociedad, con el fin de lograr la igualdad entre hombres y mujeres, en el respeto de sus diferencias.

3) ENFOQUE DE INTERCULTURALIDAD

Parte del reconocimiento de que el Perú es una sociedad pluricultural, multiétnica y multilingüe y asume que la convivencia armónica de diferentes comunidades étnicas y culturales aporta a la construcción de una sociedad integrada y tolerante, que favorece la integración de toda la población a la vivencia de la ciudadanía, fundamento de un verdadero desarrollo nacional.

Propugna el respeto a la diferencia cultural como derecho humano, que se basa en el reconocimiento del derecho a la diversidad, que se expresa en las diferentes racionalidades, cosmovisiones y prácticas culturales de los pueblos y grupos que coexisten en el seno de una misma nación.

Por tanto, rechaza las visiones discriminatorias y excluyentes que se basan en posturas etnocentristas y plantea la necesidad de abrirse al conocimiento de culturas distintas a la nuestra, para reconocer y valorar sus aportes al bienestar y al desarrollo humano. Esto implica el compromiso de facilitar un diálogo permanente y horizontal entre mujeres y hombres de poblaciones étnicas y culturalmente diversas de los ámbitos rurales y urbanos del país.

Se parte de reconocer que en nuestro país el envejecimiento toma diversas particularidades teñidas por razones de género, raza, etnia, religión, cultura y orientación sexual. Es fundamental que exista el profundo respeto de los unos/as por los otros/as, para asumir con absoluta tolerancia dichas peculiaridades, lo cual se podría traducir con un adecuado manejo intercultural.

Este enfoque contempla el Plan Nacional para las PAM, principalmente en los ejes de política de participación y educación.

4) ENFOQUE INTERGENERACIONAL

Parte del reconocimiento de que todas las personas transitamos por etapas generacionales que marcan diferencias en términos de las capacidades físicas y mentales y que llevan a que las necesidades, aportes y responsabilidades de las personas varíen en cada etapa del ciclo de vida. Sostiene que debe haber

reconocimiento y respeto de estas diferencias de edad, en un marco de igualdad de derechos.

El enfoque intergeneracional, asume el supuesto de la necesaria interdependencia de las generaciones en las comunidades que habitan, que apunta a la construcción de una sociedad inclusiva y democrática, en la apuesta por “Una sociedad para todas las edades” (Lema del Año Internacional de las Personas Adultas Mayores de las Naciones Unidas, 1999). Esta es la base para construir entornos propicios que contribuyan a reforzar la solidaridad entre las personas al interior de las comunidades.

Asimismo, este enfoque propone conocer, respetar y valorar a las personas de los distintos grupos de edad, en particular, a las personas adultas mayores y a los niños, niñas y adolescentes, y fomenta relaciones democráticas entre los distintos grupos de edad en los distintos espacios de convivencia y de relación social. Este enfoque promueve el fortalecimiento de los lazos afectivos intergeneracionales, en el marco de una cultura de respeto, superando mitos y estereotipos que afectan y restringen oportunidades de convivencia plena y enriquecedora.

Se incorpora al plan principalmente en el eje de política de educación, conciencia y cultura sobre el envejecimiento y la vejez.

2.2.3.2. AUTOESTIMA.

Freud dice que el “yo” es el centro regulador de la adaptación consciente del que forman parte la percepción, la inteligencia y la motricidad. Por su parte Allport (Díaz, Mejía y Nishimura , 1992) ha utilizado el término de “sí mismo” en vez de “yo”, porque considera que el “sí mismo” es la manera en que una persona percibe

la forma en que se estima y se evalúa; el concepto que tiene de sí misma. Y es éste concepto que tiene de sí mismo, el que interviene directamente en la formación de la autoestima. Es el “sí mismo” el que se ve involucrado física, mental y socialmente en proporción directa con la autoestima, ya que son ellos los que se incluyen en la persona para determinarla. Existen tres factores importantes que determinan la autoestima: En primer lugar, está el factor psicológico, que es la comprensión por parte del individuo de sus propias capacidades y limitaciones, En segundo lugar, tenemos el factor social, que es el estatus de un individuo dentro de su grupo, En tercer lugar, está el factor conductual, que es la propia historia del individuo en cuestión de éxitos y fracasos.

Cuando se reflexiona acerca de esto, se debe considerar el grado de satisfacción en sí o de la autoestima, que tienen una gran influencia sobre la conducta, y sobre el dinamismo interior de la persona. Ya que la conducta del individuo suele reflejar la autoestima, de este modo, se establece una interacción entre la autoestima del individuo y la estimación que los demás le manifiestan. Se observa que la autoestima de un individuo está formada por varios estímulos exteriores que afectan directamente su propio concepto, ya sea de una manera positiva o negativa, y que como consecuencia afectan su personalidad y comportamiento. Esto que plantean (Díaz, Mejía y Nishimura, 1992) coincide con lo que menciona Virginia Satir, cuando asevera, que la autoestima es un concepto, una actitud, un sentimiento, una imagen; es decir, es la capacidad de valorar el yo y tratarnos con dignidad, amor y realidad y esto, está representado por la conducta. Muchas veces, la representación de sí mismo de un individuo cambia, no sólo en función de las circunstancias actuales en que se encuentran y de la persona con quien se enfrente, sino también en función de impresiones que creen haber

causado en ocasiones anteriores. Aceptarse como se es, es un concepto que puede ser cambiado, si no se está realmente convencido de ello, ya que la opinión ajena puede hacer cambiar nuestra forma de pensar hacia nosotros mismos y por lo tanto, redefinir nuestra autoestima. Con lo mencionado anteriormente, concluimos que la autoestima de cada individuo se halla influenciada por la forma en que otras personas le juzgan, por eso cuando se experimenta un fracaso, se siente la necesidad de confianza y de elogios con el fin de restablecer su imagen. Lo que quiero decir con esto, es que la autoestima es el grado de satisfacción que se tiene de la percepción de sí mismo; es decir, el sentimiento de valoración que tiene el individuo de sí. Y esa valoración que tiene el individuo de sí, se ve afectada por las relaciones que se establecen con los otros.

a. LA FORMACIÓN DE LA AUTOESTIMA DEL ADULTO MAYOR.

Una vez que se refirió a aspectos que tienen que ver con la formación de la autoestima, se seguirá en la misma línea, indicando que la autoestima de los adultos mayores, se forma con la valoración que se haga de la percepción que se tiene de sí mismo, en la cual interfieren factores como, las capacidades físicas, las capacidades mentales y el aspecto externo del adulto mayor, que se va afectando con el paso de los años. La pérdida de estas capacidades y de aspecto, crean en el individuo temores y afectan de modo negativo su autoestima, ya que se sienten improductivos, muchas veces pierden su independencia, y esto tiene repercusiones en la formación de su autoestima, en ocasiones, llegan a tener reacciones extremistas como: agresión o sumisión. No únicamente esto tiene que ver con la formación de la autoestima, sino además, la relación que mantenga con sus familiares, amigos, etc., y los sentimientos asociados a ellos.

La autoestima alta, en esta edad, es muy necesaria para que el individuo pueda sobrevivir en sus relaciones familiares y sociales. Y cuando la persona mayor siente que vale poco, siguiendo el planteamiento de Virginia Satir, “espera el engaño, el maltrato y el desprecio de los demás; esto la abre a la posibilidad de convertirse en víctima; cuando alguien espera lo peor, baja la guardia y permite que lo peor suceda; para defenderse tendrá que ocultar detrás de un muro de desconfianza y hundirse en la terrible sensación de soledad y aislamiento. De ésta forma al verse separado de los demás, se vuelve apático, indiferente hacia sí mismo y quienes le rodean. Para este tipo de personas es difícil ver, escuchar o pensar con claridad y tienden a sufrir el maltrato y el desprecio de otros”.

Por estas situaciones, es por las que se puedan dar las situaciones de aislamiento de los adultos mayores; asimismo, por la forma en que son concebidos y tratados por la sociedad. Al mismo tiempo, hay veces que la familia y los amigos, obligan al individuo a un retiro social y familiar para evitar enfrentamientos desagradables que afecten más su autoestima (Díaz, Mejía y Nishimura, 1992) Cuando las personas mayores están desempleadas, su independencia económica se pierde, y ahora tiene que depender económicamente de otros, lo sitúa en desventaja en cuanto a su derecho de opinión y decisión sobre su comportamiento. En cambio, cuando es pensionado, la situación en la que se encuentra es diferente, ya que si está en condiciones de recibir directamente el dinero, se puede decir, que es independiente; pero si algún familiar es el encargado de administrar el dinero, esto lo puede llevar a una condición de dependencia. De igual forma, la autoestima, tiene que ver con la condición económica en que se encuentre el adulto mayor, ya que repercute en la forma de valorarse. Otro contexto es el que se da, si el individuo acepta su edad y la pérdida de sus capacidades, porque

entonces lo puede reflejar a las personas que lo rodean, y es mucho más posible que lo acepten como es, lo cual hace que la autoestima del adulto mayor sea retroalimentada y así acepte su lugar en la familia y en la sociedad. (Díaz, Mejía y Nishimura, 1992) concluyen, que la autoestima en los adultos mayores se ve afectada por las siguientes causas: Deterioro físico y mental, Pérdida de la juventud en su apariencia física, Jubilación, Pérdida de independencia económica, Permanecer en una institución o asilo.

Estas causas afectarán en un modo negativo a las personas y las pueden llevar al sufrimiento o a la autocompasión. En la autoestima también influye, lo que se conoce como, el ideal del yo, que son las ideas que tiene la persona mayor, de lo que le gustaría poder ser, punto que analizaremos en el siguiente inciso.

b. LA AUTOESTIMA Y EL IDEAL DEL YO EN RELACIÓN CON LA AUTOESTIMA.

De acuerdo con lo que plantea Chemama, R., “el ideal del yo” es la instancia psíquica que elige entre los valores morales y éticos requeridos por el superyó, aquellos que constituyen un ideal al que el sujeto aspira. El “ideal del yo” aparece en primer lugar para Freud, S., como un sustituto del yo ideal. Bajo la influencia de las críticas parentales y del medio exterior, las primeras satisfacciones narcisistas procuradas por el “yo ideal” son progresivamente abandonadas y el sujeto busca reconquistarlas bajo la forma de este nuevo ideal del yo. Ulteriormente, después de la elaboración de la segunda tópica, el “ideal del yo” deviene una instancia momentáneamente confundida con el superyó, en razón de su función de autoobservación, de juicio y de censura, que aumenta las exigencias del yo y favorece la represión. Sin embargo, se diferencia de él, en la medida en que intenta canalizar las exigencias libidinales y las exigencias culturales, en razón de

lo cual interviene, en el proceso de sublimación. Para Freud, el fanatismo, la hipnosis o el estado de enamoramiento representan tres casos en los que un objeto exterior: el jefe, el hipnotizador o el amado, viene a ocupar el lugar del ideal del yo, designa la instancia de la personalidad, cuya función en el plano simbólico es regular, la estructura imaginaria del yo, las identificaciones y los conflictos que rigen sus relaciones con sus semejantes. El “ideal del yo”, es lo que se quiere llegar a ser y la autoestima es la valoración que se hace de sí mismo, por ello sucede, que regularmente las personas mayores no se sienten satisfechas con lo que viven en ese momento de su vida y preferirían ser lo que no son. Díaz, Mejía y Nishimura (1992) sostienen que la inmensa mayoría de las personas, desean conseguir un “yo real” que se parezca lo más posible al “yo ideal”, pero en el caso de las personas mayores, regularmente tienen un “yo ideal”, muy alejado del “yo real”, por esta razón, muchas veces este intento, es el que les provoca conflictos que lo hacen sentir mal.

c. LAS PÉRDIDAS DEL ADULTO MAYOR Y SU REPERCUSIÓN EN LA AUTOESTIMA.

Sucede, que las personas mayores experimentan pérdidas, no sólo físicas, sino también sociales; entre las primeras, podemos mencionar, el hecho de que las células envejecen, los órganos y los sistemas también; en el organismo se producen inevitablemente unos cambios somáticos, siendo los más significativos: la disminución de la agudeza visual y auditiva, cambios degenerativos en las articulaciones, osteoporosis, deformaciones corporales, envejecimiento de las células epiteliales, con su pérdida de elasticidad, la arteriosclerosis con pérdida de riego sanguíneo en todo el organismo que afecta a los órganos vitales con disminución de sus funciones, siendo más sensibles a esta falta el cerebro y el

corazón disminuyendo la capacidad mental, psíquica y física, la pérdida de la memoria de fijación y la facilidad de la memoria de evocación, alteraciones del sueño y disminución de la función sexual. Entre las pérdidas sociales puedo mencionar, siguiendo el planteamiento de José Antonio Aguirre (1977), las pérdidas de los amigos y familiares que se mueren. Algunos familiares se desplazan fuera del hogar en que nacieron y las personas mayores se van quedando solas. A veces, las personas mayores, han de cambiar su hogar de siempre, por otro nuevo, que tal vez no les pertenece porque es el de un hijo y como ya se dijo, puede ser rechazado de la familia porque dificultan y entorpecen la vida normal de la familia y porque los familiares no pueden soportar la carga económica o de atención que supone la persona mayor que han de cuidar. Entre las pérdidas de amigos o familiares, según lo señalado por (O'Connor, 1990), la muerte es una herida y esto lleva al adulto mayor al dolor psicológico, que es tan importante como cualquier herida física observable. El tiempo de luto, puede ser incluso de un año, pero todo depende del grado de intimidad que se haya tenido con la persona que falleció y de la actitud que se tome ante ésta situación. La sociedad también los rechaza, porque su eficacia no es la de antes y entorpecen la vida vertiginosa del hombre de hoy, muchas personas consideran que sus reflejos son tan lentos que sólo sirven de estorbo, que su imagen tampoco es placentera y que sólo crean dificultades con su inutilidad por eso la sociedad ha de procurarles centros especializados, residencias idóneas, centros de recreo con arquitectura especial. Antes de ser molesto, de ser un estorbo y de crear problemas, la sociedad los ha excluido de su trabajo habitual, estén o no en condiciones de seguir laborando. Muchos de ellos son conscientes, en sus últimos años, de que su rendimiento no es el mismo que antes, que hay otros más jóvenes a su lado que lo

realizan mejor y más rápido y esta forma de pensar influye directamente en la redefinición de su autoestima. Otra pérdida, que se da en el aspecto laboral, es el retiro; el cual, cada quien lo vive según su personalidad y sus motivaciones. Como ya se mencionó, para unos es la liberación, el poder relajarse y hacer lo que les plazca el resto de su vida; mientras que para otros, es el comienzo de su final. (O'Connor, 1990), menciona entre las pérdidas más importantes que puede experimentar una persona, la muerte y la separación. Aunque la pérdida más absoluta y contundente es la muerte de uno mismo, o un cambio radical en el cuerpo, como el perder la vista, un miembro o una enfermedad física deteriorante, como el cáncer, la esclerosis múltiple y otras, que afectan la apariencia o la fuerza vital. El segundo tipo de pérdida más seria, es la separación de personas significativas en nuestra vida por muerte, divorcio o abandono. Un tercer nivel de pérdidas que requiere ajustes a nuevas formas, incluye los cambios normales del desarrollo en la vida, algunos ejemplos son la adolescencia o el final de la escuela, traslados, matrimonios, los cambios relacionados con la edad que ocurren en el cuerpo, como el perder cabello, reducción de energía, o aún convertirse en abuelo. La cuarta, es la pérdida de objetos importantes, como son: el dinero, las esperanzas, las aspiraciones o expectativas, así como cambios en el medio social. Cada una de estas pérdidas, causa dolor y éste es mayor o menor en proporción a la severidad de la pérdida. Éste dolor y la angustia causada por la pérdida, tienen una respuesta normal, que es el duelo, siendo el proceso de recuperación después de que ocurre una pérdida perturbante en la vida; es un estado de intranquilidad incómodo y doloroso, y si no se experimenta, si se reprime o se niega y se interioriza, puede conducir a una seria enfermedad física y/o emocional. Pero los cambios relacionados con la edad, accidentes o intervenciones quirúrgicas, son las

que dejan cicatrices porque son pérdidas que afectan la autoimagen de una persona. Lo que es cierto, es que el adulto mayor vive en la esperanza de perder los menos objetos posibles y de conservar los más que se pueda; pero la mayoría de las pérdidas que se dan en esta etapa de la vida, tienen que suceder y lo único que se puede hacer es aprender a vivir con ellas, para que no tengan un efecto negativo en la autoestima de los adultos mayores.

d. DEPRESIÓN Y AUTOESTIMA.

En (Díaz, Mejía y Nishimura, 1992) considera que el deprimido se halla dominado por sus sentimientos de pérdida, culpa o baja autoestima; percibe una pérdida como rechazo de sí mismo por la manera en que la confunde inconscientemente con experiencias previas y sensibilizadoras, es decir, que las pérdidas aunadas a otros factores como son, la tristeza, el aislamiento y la culpa, entre otros, pueden ocasionar la depresión y esto provoca que los adultos mayores modifiquen su valoración de sí mismo de forma negativa. Freud, S. consideró las aseveraciones de Abraham, K. y manifestó que en la depresión, hay una acentuada pérdida de autoestima, que se ve reflejada en la persona, cuando insiste en sus deficiencias e insuficiencias; además, expresa sus sentimientos inconscientes respecto a la persona pérdida y asume atributos que percibía de aquella persona. (Díaz, Mejía y Nishimura, 1992) Un rasgo típico de un paciente depresivo es su carácter sadomasoquista, que proviene de la ambivalencia hacia el objeto perdido e incorporado y es causa de desprecio de sí mismo, de auto denigración y en ocasiones deriva, en una conducta autodestructiva, además de necesitar de una ayuda emocional continuada. Después de experimentar una pérdida, ya sea como resultado de un hecho obvio y real o de privaciones encubiertas, el sujeto deprimido comienza a valorar sus vivencias de una manera

negativa. Las pérdidas van íntimamente relacionadas con la depresión y éstas con la autoestima o valoración de sí mismo; ya que si una persona ha tenido pérdidas dolorosas es muy probable que esto genere una depresión en el individuo, sobre todo tomando en cuenta que los adultos mayores experimentan numerosas pérdidas que redefinen su autoestima.

e. REDEFINICIÓN DE LA AUTOESTIMA DEL ADULTO MAYOR.

Virginia Satir (Satir, 1978), comenta que los seres humanos pueden crecer y cambiar a lo largo de su existencia, esto es un poco más difícil al pasar de los años y en ocasiones requiere de más tiempo, todo depende de nuestra voluntad de aferrarnos a ciertas actitudes; los primeros pasos, son: conocer que existe la posibilidad de un cambio y comprometernos con él; por lo dicho, vemos que en cualquier edad y aún en la edad mayor podemos cambiar la imagen y la valoración que se tiene de sí mismo, en la cual influyen los cambios físicos, psicológicos y sociales, ya mencionados. En ésta edad, que (Satir, 1978) llama “los últimos años”, es de vital importancia tener una alta autoestima, ya que permite continuar descubriendo los recursos que no habían sido tomados en cuenta hasta ese momento. (O’Connor, 1990) indica que todos los cambios significativos en la vida implican un proceso de duelo, ya que le decimos adiós a una parte del antiguo ser, a viejas formas, a caminos familiares; lo antepuesto es muy importante debido a que se toman en cuenta todos los cambios que le suceden al adulto mayor y cada que acontezca uno de esos cambios, lo va a inducir a la redefinición de su autoestima. Entonces, la redefinición de la autoestima se da cuando ocurre una pérdida y si no se está preparado, ésta redefinición se da de forma negativa.

2.1.1. BIENESTAR SUBJETIVO

2.1.1.1. FELICIDAD: DE LA FILOSOFÍA A LAS BASES DE DATOS

Actualmente la cuestión del bienestar subjetivo se halla en auge, y son muchos los que, desde la investigación social y psicológica, intentan responder a diversos interrogantes que se plantean acerca del mismo. La primera pregunta tiene que ver con la medición del bienestar subjetivo: ¿puede éste ser medido? Si la respuesta fuera negativa, toda la investigación desarrollada en dicha área no tendría sentido. Por tanto, hay que postular y demostrar que el bienestar subjetivo puede ser medido, aunque esta tarea no está exenta de complicaciones. Esto conduce al planteamiento de otras cuestiones: ¿qué grado de bienestar subjetivo tienen las personas?; y ¿existen diferencias entre éstas en dicho grado? Claramente, si no existieran diferencias en el nivel de bienestar subjetivo, no habría interés alguno por su estudio ni por realizar mejoras en el mismo. Así, partiendo de la base de que las personas difieren en el nivel de bienestar subjetivo, cabe preguntarse por los factores influyentes en esas diferencias. Y es aquí donde cobran importancia los determinantes del bienestar subjetivo. A su vez, este interrogante enlaza con otro: ¿puede aumentarse el bienestar subjetivo de forma continua? A este propósito existen dos hipótesis, contrapuestas, que tratan de responderlo: una de ellas apoya la modificabilidad del bienestar subjetivo que, por consiguiente, puede aumentar, aunque sólo sea de forma temporal, cuando mejoran las condiciones de vida; la otra mantiene que el bienestar subjetivo es un rasgo inmutable y que, por tanto, las mejoras en las condiciones de vida no influyen sobre los niveles del mismo (Jaime Barrientos, 2005). Sin embargo, el interés por estas cuestiones no es algo reciente. Las primeras formulaciones o teorías de la felicidad se remontan al siglo IV a.C. y aparecen de la mano de

filósofos y trágicos griegos. Fue precisamente en el teatro griego donde fue cobrando peso la idea de que los humanos contribuían a su propio infortunio con sus acciones. Poco después, en la generación de los grandes pensadores atenienses Sócrates, Platón y Aristóteles, el tema de la felicidad se fue abriendo paso en la filosofía: Sócrates se preguntaba en qué consistía el supremo bien: ¿en el placer o en la sabiduría? La respuesta, según la doctrina socrática –o platónica-, es que residía en la combinación de ambos. Por otro lado, Aristóteles se cuestionaba la procedencia de la felicidad: ¿procedía del azar o de las acciones propias? Y llega a la conclusión de que la felicidad depende de una combinación de factores: “Suele preguntarse si es posible aprender a ser dichoso, si se adquiere la felicidad por medio de ciertos hábitos; o si es, más bien, efecto de algún factor divino y, si se quiere, resultado del azar. Yo sostengo que la felicidad, cosa divina, no nos la envían exclusivamente los dioses, sino que la obtenemos por la práctica de la virtud, mediante un largo aprendizaje o una lucha constante. Y añado que ella es, en cierta manera, accesible a todos. Como vale más conquistar la felicidad a este precio que deberla al simple azar, la razón nos obliga a suponer que es así realmente como el hombre puede llegar a ser dichoso” Así, se puede ver cómo a lo largo de la historia los filósofos han visto la felicidad como el factor motivador más importante de las acciones humanas, considerándola como el máximo bien. Para Aristóteles la felicidad es aquello a lo que aspiran los humanos sin excepción, es la meta suprema de la vida, el único valor final y suficiente en sí mismo: final en tanto que todas las cosas están orientadas hacia ella, y suficiente porque una vez alcanzada ya nos es necesario desear nada más.

La palabra griega que Aristóteles utiliza para referirse a la felicidad en su *Ética a Nicómaco* es “eudaimonía”: buen (“eu”) “daimon”, buena suerte, buen

destino y buen ángel, así como buen hacer (Fierro, 2007). El eudaimonismo es una teoría ética que llama a las personas a reconocer y a vivir de acuerdo con el daimon o “sí mismo verdadero” (Norton, 1976). Para Aristóteles el daimon hace referencia a las potencialidades de cada persona e incluye tanto las potencialidades que son compartidas por todos los humanos como virtud de nuestra especie, como aquellos potenciales únicos que diferencian unas personas de otras. Los esfuerzos para vivir conforme ese daimon y realizar esos potenciales (autorrealización), es lo que da lugar a la condición denominada eudaimonía. Para Watermanz (1990a, 1990b) dichos esfuerzos representan la expresión personal del individuo.

Diversos filósofos y pensadores mostraron el mejor camino para alcanzar la felicidad. Así, mientras los epicúreos propusieron la exaltación de los placeres, los estoicos apuntaban hacia el bloqueo de las pasiones. Por su parte, la filosofía oriental concebía la felicidad como el estado de armonía que se alcanzaba cuando entraban en equilibrio las energías o fuerzas. Estas ideas también se hallan en la base de las concepciones de Hipócrates sobre la salud física, vista como el balance o equilibrio entre los fluidos del cuerpo (Castro Solano y Díaz Morales, 2000). En la actualidad el término felicidad (“happiness”) hace referencia a la felicidad hedónica, una experiencia subjetiva que incluye, según Kraut (1979), “la creencia de que uno está obteniendo las cosas importantes que quiere, así como ciertos afectos placenteros que acompañan dicha creencia”. La expresión más sólida del hedonismo como teoría ética fue avanzada en el siglo IV a.C. por el filósofo griego Aristipo de Cirene, según el cual la meta de la vida es experimentar la máxima cantidad de placer, siendo la felicidad la totalidad de los momentos hedónicos de la persona. Esta teoría fue seguida por muchos. Así, para Hobbes, la

felicidad se encuentra en la búsqueda exitosa de nuestros apetitos humanos. Y para filósofos utilitaristas como Bentham (1789), la forma en la que se construye la buena sociedad es a través de los esfuerzos individuales para maximizar el placer y el interés personal (cit. Ryan y Deci, 2001). Bentham definió la felicidad en términos de experiencia psicológica como “la suma de placeres y dolores”. Según Veenhoven (1994), la investigación en el campo de la satisfacción vital (life satisfaction) se remonta al pensamiento ilustrado del siglo XVIII. La Ilustración sostiene que el fin de la vida humana es la vida en sí misma, más que el servicio al rey o a Dios. Aparecen como valores centrales la realización personal y la felicidad, y se concibe la sociedad como el medio para alcanzar la buena vida. En el siglo XIX el pensamiento evoluciona y se manifiesta en la premisa utilitarista de Bentham que sostiene, como mejor sociedad, la que proporciona “la mayor felicidad para el mayor número de personas”. Esta idea está en la base de los múltiples intentos de reforma social que influyeron, en el siglo XX, en el desarrollo de los estados de bienestar en occidente, y especialmente en Europa. La ignorancia, la pobreza y la enfermedad fueron los primeros males combatidos en un intento de transformar la sociedad en otra “más vivible”. Con objeto de registrar los logros del progreso, surgen las estadísticas sociales, contabilizando el progreso en términos de alfabetización, control de enfermedades epidémicas y eliminación del hambre. A estos avances les siguieron intentos para conseguir un estándar de vida material justo para todos. Los incrementos en los ingresos de dinero, así como la seguridad e igualdad de éstos, sirvieron para medir los progresos conseguidos. En este contexto, en el que muchos países europeos estaban consolidados como ricos Estados de bienestar y en los que empezaban a ganar importancia los valores post-materiales frente al crecimiento económico, aparece, no exento de

polémica, el término “calidad de vida”, enfatizando la necesidad de buscar más allá del bienestar material. A principios de los 70, tras el desencanto con los tradicionales criterios económicos del bienestar, comienza la búsqueda de indicadores de tipo social. En diversos países europeos empiezan a realizarse encuestas periódicas de calidad de vida para determinar la influencia que factores demográficos, como el nivel de ingresos o el matrimonio, ejercen sobre el bienestar subjetivo (Bradburn, 1969, Andrews y Withey, 1976). Se descubre así que mejoras objetivas de las condiciones materiales (educación, economía, salud, etc.) no se corresponden con incrementos en el bienestar de las personas. Este movimiento fue conocido con el nombre de “Movimiento de los indicadores sociales”. Pero pese a su éxito inicial, pronto comenzó a decaer, fundamentalmente por las recesiones económicas de los años 70 y los 80, y por el desempleo masivo. En la actualidad se cuenta con “The World Database of Happiness” (Veenhoven, 2001), una base de datos mundial que puede ser consultada a través de Internet (<http://www.eur.nl/fsw.research/happiness/>), y que reúne la mayor parte de los estudios sobre el tema de la satisfacción vital, la felicidad y el bienestar subjetivo en el mundo. Asimismo, existen revistas como *Social Indicators Research* o *Journal of Happiness Studies*, que publican artículos relacionados con el tema, así como una gran variedad de libros destacados como *The Quality of American Life* (Campbell et al., 1976), *Social Indicators of Well-being* (Andrews y Withey, 1976), o más reciente, *Authentic Happiness* (Seligman, 2002), libro que abre un nuevo campo de estudio dentro de la Psicología, la “Psicología Positiva”. El objetivo central de ésta se basa en comprender y explicar la felicidad y el bienestar subjetivo, y en predecir con exactitud los factores que pueden influir en dichos estados. Así, los estudios dentro de esta orientación se centran en definir qué es la

felicidad, cuán felices son las personas, qué factores influyen en la misma y cómo se puede incrementar. Por tanto, deja de interesarse en el estudio de la enfermedad o los estados negativos (Carr, 2004). Según Diener y Biswas-Diener (2000), en los últimos 50 años la investigación en bienestar subjetivo ha evolucionado a través de dos etapas, que recientemente entra en una sofisticada tercera etapa: A lo largo de la primera etapa los investigadores obtenían medidas simples, de desconocida fiabilidad y validez, de felicidad y satisfacción vital, de varios grupos de participantes, para después describir los niveles medios de bienestar subjetivo de estos grupos. Así pues, en los comienzos, los trabajos eran meramente descriptivos y no decían nada acerca de los procesos psicológicos que controlan el bienestar subjetivo.

Luego se revisaremos los modelos conceptuales que explican el bienestar subjetivo. Aparecen, entre ellos, los siguientes:

- a. **Modelos del temperamento y de la personalidad.** Diversos autores (Costa McCrae, 1980; Tellegen et al., 1988) sostienen que el temperamento innato es muy influyente en los niveles de bienestar subjetivo de las personas a largo plazo, aunque eventos inmediatos puedan mover a las personas hacia arriba o hacia abajo de su línea base.
- b. **Modelo de la adaptación.** Algunos autores postulan que las personas suelen adaptarse tanto a los buenos como a los malos eventos, dejando así de influir éstos en el bienestar subjetivo. Cabe destacar, entre ellos, el modelo de la “rutina hedónica” de Brickman y Campbell (1971), según el cual, con el tiempo, las personas terminan adaptándose tanto a las buenas como a las malas condiciones, volviendo, a partir de entonces, a una neutralidad hedónica.

- c. **Modelo del equilibrio dinámico.** Combina la idea de la adaptación con la del temperamento. Los autores que lo desarrollan, Headey y Wearing (1992), predicen que los eventos harán a las personas felices o infelices, dependiendo de si dichos eventos son buenos o malos. Pero además, con el paso del tiempo, las personas regresarán a su línea base que está determinada por sus temperamentos.
- d. **Teorías de las metas y los valores.** Este modelo asegura que las personas serán felices en la medida que progresen hacia sus metas y actúen conforme a sus valores (Emmons, 1986; Oishi, Diener, Suh y Lucas, 1999). En línea con lo anterior, Diener, Suh, Lucas y Smith (1999) describen a la persona feliz como aquella que posee un temperamento positivo, tiende a mirar el lado positivo de las cosas y no realiza excesivas rumiaciones sobre los malos eventos, vive en una sociedad económicamente desarrollada, tiene íntimos amigos y posee recursos adecuados para realizar progresos hacia metas valiosas.
- e. **Teoría del Flujo.** Según Csikszentmihalyi (1997), una persona será feliz si participa en actividades interesantes en las que la habilidad de la persona y el reto de la actividad se hallen en concordancia.
- f. **Modelo de la comparación social.** La idea central en él es que las personas serán felices en la medida en que se comparen con personas que estén en peor situación, e infelices si dichas comparaciones las realizan con personas que se encuentran en mejor situación que ellas (Festiger, 1954; Carp y Carp, 1982, Emmons, Larsen, Levine y Diener, 1983).
- g. **Teoría de la Evaluación.** Diversos criterios de estimación pueden afectar al bienestar subjetivo (Diener y Lucas, 2000). Generalmente, influirán sobre el bienestar subjetivo de las personas aquellos criterios altamente relevantes, pues

suelen destacar habitualmente para ellas. La importancia de los criterios dependerá, en parte, del temperamento de la persona, la cultura y los valores. Sin embargo, en ocasiones, un criterio particular que no destaca normalmente, puede influir en un momento dado en las estimaciones de felicidad de las personas, dependiendo de si la situación requiere que se le preste atención.

También se incluyen diversos elementos como a) diseños longitudinales, para determinar mejor la dirección causal, b) medidas de procesos subyacentes, c) manipulaciones experimentales, y d) múltiples medidas, para inferir los procesos psicológicos que influyen en el bienestar subjetivo a través de los patrones de puntuaciones en las medidas. La idea básica es que para entender científicamente un fenómeno, se debe tener una teoría que incorpore las medidas (Diener y Biswas-Diener, 2000). Al realizar informes de satisfacción vital parece que las personas escogen selectivamente información destacada para ellas en ese momento, y que sea congruente con su identidad. Es bastante probable que existan discrepancias entre las medidas de satisfacción vital global y las escalas que miden la satisfacción con cosas concretas. Estas discrepancias parecen reflejar factores tales como el auto-concepto de las personas, sus ideas de lo que es normativo o deseable, y aquellos conceptos que los participantes tienen disponibles de forma habitual. Así, las discrepancias entre esos dos tipos de medidas, generales y específicas, pueden ayudar a entender el bienestar subjetivo de las personas (Diener y Biswas-Diener, 2000). Línea de investigación influyente ha sido la de los estudiosos del área de la salud mental. Jahoda (1958), puso el énfasis en el estudio de dicha área. Más que continuar centrándose en la ausencia de síntomas negativos, como la angustia y la depresión, habría que centrarse en el estudio de la felicidad y de la

satisfacción vital. Cabe destacar, asimismo, a los psicólogos de la personalidad y sus estudios acerca de las personalidades de las personas felices e infelices (Wessman y Ricks, 1966); e igualmente a los psicólogos sociales y cognitivos (Brickman y Campbell, 1971; Parducci, 1995), y sus investigaciones sobre la influencia que la adaptación y las normas cambiantes (“varying standards”) ejercen sobre los sentimientos de bienestar de las personas. Con todo, los principales progresos realizados han sido la definición y medición de la felicidad, logros que han permitido avanzar en su comprensión. Sin duda, son los estudios de medición los que ayudan a obtener definiciones cada vez más claras de los componentes del bienestar subjetivo (Diener, 1984).

2.1.1.2. DESCRIPCIONES DEL BIENESTAR SUBJETIVO

Se expondrán las distintas definiciones del término bienestar subjetivo, y de otros vocablos afines, como felicidad, satisfacción vital, calidad de vida, bienestar psicológico, etc., desarrolladas por los autores más relevantes, y pioneros, en el estudio del mismo. No obstante, conviene saber la enorme dificultad que ha entrañado llegar a una definición desde la Psicología del bienestar subjetivo o de la felicidad, fundamentalmente, por dos razones. La primera, porque aquélla siempre ha estado más interesada en reducir la infelicidad que en promover la felicidad. Así, se encuentra que el número de artículos psicológicos publicados que tratan los estados negativos superan a aquellos que estudian los estados positivos en una proporción de 17 a 1 (Hernández y Valera, 2001). Y la segunda, porque la proliferación de conceptos y términos semejantes al bienestar subjetivo, pero no equivalentes, ha hecho muy difícil su operacionalización. A menudo, en la literatura aparecen autores que usan estos términos indistintamente, frente a otros que muestran sus preferencias por unos y no por otros. Por ejemplo, mientras que Ruut

Veenhoven privilegia el término felicidad (happiness) (aunque en el pasado privilegiaba life satisfaction satisfacción vital), Ed Diener y Ronald Inglehart privilegian el término bienestar subjetivo (subjective wellbeing). En 1967 Wilson realiza una revisión de la literatura en el área de la felicidad (happiness) y extrae dos importantes conclusiones, la primera de ellas, que las personas felices son aquellas que disfrutan de más ventajas. Y describe así a la persona feliz: “La persona feliz se muestra como una persona joven, saludable, con una buena educación, bien remunerada, extravertida, optimista, libre de preocupaciones, religiosa, casada, con una alta autoestima, una gran moral de trabajo, aspiraciones modestas, de uno u otro sexo y con una inteligencia de amplio alcance”. La segunda conclusión, que las teorías de la felicidad poco han avanzado desde la época de los filósofos griegos. Poco tiempo después de la revisión de Wilson, en los años 70, bajo el nombre de Movimiento de los Indicadores Sociales, diversos autores como Bradburn (1969), Andrews y Withey (1976) o Campbell, Converse y Rodgers (1976), partiendo de una necesidad de medición social, tratan de llevar a cabo el estudio de los términos calidad de vida (quality of life) y bienestar subjetivo (subjective well-being) seguidos de otros como satisfacción vital (life satisfaction) y bienestar social (social well-being). A partir de los 80 esta situación da un giro y comienza a aparecer un número creciente de trabajos teóricos y empíricos en el área de la felicidad. Así, autores como Argyle (1987), Csikszentmihalyi (1990), Inglehart (1990), Myers (1992) o Veenhoven (1991 y 1994) se centran en estudiar directamente el concepto de felicidad (happiness) (Hernández y Valera, 2001). En 1984, Veenhoven presenta una descripción del perfil de las personas felices: “Se las encuentra en los países más prósperos económicamente, generalmente están dentro de los grupos mayoritarios más que en los minoritarios, mejor posicionadas

socialmente, casadas y con buenas relaciones familiares y con amigos. En cuanto a características personales son aparentemente sanas, tanto física como mentalmente. Son activas y se sienten en control con sus vidas. En el aspecto político tienden a ocupar posiciones intermedias, no muy extremas. En términos generales, se puede afirmar que la felicidad está ligada al “hombre promedio” en el ambiente promedio”. Según Diener (1994), las distintas definiciones existentes en el área del bienestar subjetivo (subjective well-being) pueden ser agrupadas dentro de tres categorías:

- a. **Normativa:** el bienestar subjetivo es considerado como la posesión objetiva de una cualidad deseable, no como un estado subjetivo. Dentro de esta categoría, el bienestar es definido a través de criterios externos como la virtud o la bondad.
- b. **Subjetiva:** en esta definición se concede a cada persona el derecho a decidir en qué medida sus vidas son buenas, o lo que es lo mismo, en qué medida evalúan sus vidas en términos positivos. Aquí el término bienestar subjetivo está relacionado con el de satisfacción con la vida, ya que se necesita del informante para determinar qué es la buena vida.
- c. **Experiencia emocional placentera:** esta descripción del bienestar subjetivo como experiencia emocional placentera, es la más cercana a la manera en que dicho término suele usarse en el discurso diario, denotando una preponderancia del afecto positivo sobre el afecto negativo.

En cuanto a las características distintivas del bienestar subjetivo, Diener (1994) enumera tres: es subjetivo, ya que reside en la experiencia del individuo; incluye medidas positivas, su medición no se centra exclusivamente en la ausencia de factores negativos; y tiene una dimensión global, ya que

evalúa todos los aspectos de la vida de una persona. Una vez explicada la problemática existente para definir el bienestar subjetivo, por la multitud de conceptos afines, aunque no equivalentes, se presentan a continuación los vocablos preferidos por los distintos autores y las definiciones que realizan, indicándose entre paréntesis el término original empleado en inglés. Bradburn (1969) habla de la estructura del bienestar psicológico (psychological well-being) y lo define como un juicio global que las personas realizan al comparar su afecto negativo con su afecto positivo. El autor aboga por la independencia de ambos afectos, y para él, la ausencia de afecto negativo no es lo mismo que la presencia de afecto positivo. Por tanto, para conseguir un mayor bienestar será necesario reducir el afecto negativo y aumentar el afecto positivo. Para Ryff (1989a, 1989b) el bienestar psicológico se basa en formulaciones del desarrollo humano y en los retos de vida existenciales, siendo el desarrollo personal un elemento central para el mismo. Campbell, Converse y Rodgers (1976) utilizan el concepto de satisfacción vital (life satisfaction) y la definen como la discrepancia entre las aspiraciones y los logros. Sin embargo, Veenhoven (1991) define la satisfacción vital (life satisfaction) como “el grado en que una persona evalúa la calidad global de su vida en términos positivos”; es decir, cuánto le agrada a una persona la vida que lleva. Diener y Biswas-Diener (2000) utilizan el vocablo de bienestar subjetivo (subjective well-being). Éste representa las evaluaciones que las personas realizan de sus vidas, incluyendo la felicidad, las emociones placenteras, la satisfacción vital, y una relativa ausencia de emociones y afectos no placenteros. Por tanto, el bienestar subjetivo representa las evaluaciones cognitivas y afectivas que las personas realizan de sus vidas (Diener, 1994). Otro concepto análogo al

término de bienestar subjetivo es el de calidad de vida (quality of life), que hace referencia a una gran variedad de situaciones valoradas muy positivamente o consideradas deseables para las personas o comunidades humanas (Casas, 1999). El término de bienestar social (social well-being) también mantiene cierta equivalencia con el resto de conceptos. Representa las condiciones materiales, objetivamente observables de la calidad de vida. Hace referencia al orden social para promover la satisfacción de las necesidades individuales que son compartidas, así como a las necesidades pluripersonales. Como la calidad de vida, denota situaciones que son valoradas positivamente o consideradas deseables, o el hecho de ir las cosas bien, o ir las cosas a mejor. Precisamente, las palabras inglesas que se traducen por bienestar tienen, etimológicamente, una connotación positiva: “welfare” significa ir por buen camino, desde un punto de vista material y social. Por su parte, “well-being” hace referencia al hecho de estar o sentirse bien, desde una dimensión más psicológica o psicosocial. Y por último, un término que se está utilizando recientemente en el debate científico, “well-becoming”, enfatiza los objetivos y aspiraciones que se pretenden conseguir a lo largo de un proceso (Casas, 1999). Para Keyes (1998), el bienestar social es la evaluación de las propias circunstancias y del funcionamiento en la sociedad. A partir de finales de los años 60, el concepto de calidad de vida, visto desde una perspectiva macrosocial, deja de fundamentarse exclusivamente en el materialismo y en las condiciones económicas (Pigou, 1932; Thorndike, 1939) (cit. Casas, 1999) para pasar a entenderse, desde una perspectiva psicosocial, como un concepto con componentes subjetivos (Blanco, 1985, Casas, 1996). El estudio de la calidad de vida no sólo se interesa por las situaciones sociales

problemáticas, de necesidad social o malestar social, sino que tiene una orientación positiva, y trata de identificar las situaciones de bienestar social y psicológico, así como comprender aquellos factores que contribuyen a lograr, mantener y promover las mencionadas situaciones positivas (Casas et al., 2001). Levi y Anderson (1980) definen la calidad de vida, desde una perspectiva psicosocial, como “una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como la percibe cada persona y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa (...). Las medidas pueden referirse a la satisfacción global, así como a sus componentes, incluyendo aspectos como la salud, matrimonio, familia o trabajo”. Para Veenhoven (1994), el término calidad de vida tiene dos significados: a. La presencia de condiciones consideradas necesarias para una buena vida, b. La práctica del vivir bien como tal.

Al afirmar que la calidad de vida de un país es mala, damos a entender que ese país no es “vivable” para sus habitantes, pues le faltan condiciones esenciales, como la alimentación, la vivienda o los cuidados médicos. En cambio, en el nivel individual, el término puede usarse con sus dos significados. Así, al decir que una persona no vive bien, queremos decir que le faltan cosas que son consideradas necesarias e indispensables para vivir y/o que dicha persona languidece. Además, Veenhoven (2000) propone una clasificación de los significados específicos del término calidad de vida basada en dicotomías: por un lado, entre oportunidades y resultados vitales; por otro, entre calidades externas e internas. Poniendo juntas estas dicotomías resultan cuatro clases de calidad de vida: la capacidad del entorno “vivable”, la

capacidad (personal) para vivir, la utilidad externa de la vida y la apreciación interna de la vida (Véanse cuadros 18 y 19).

	Calidades Externas (Outer Qualities)	Calidades Internas (Inner qualities)
Oportunidad de vida (Life Chances)	Habilidad del entorno (Livability of environment) (Buenas condiciones de vida)	Capacidad (personal) para vivir (Life-ability of the person) (Capacidades propias para afrontar los problemas de la vida)
Resultados de Vida (Life Results)	Utilidad vital (Utility of life) (Una buena vida ha de ser buena por algo más que por ella misma)	Apreciación de la vida (Appreciation of life) (Bienestar subjetivo, satisfacción vital y felicidad)

Cuadro 18. Las Cuatro Calidades De Vida

Fuente: Veenhoven, R. (2000)

Una caracterización integradora de “calidad de vida” propuesta por Ardila (2003): “Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida”.

	Calidades Externas (Outer Qualities*)	Calidades Internas (Inner qualities*)
	Habilidad del entorno (Livability of environment) *	Capacidad (personal) de la persona (Life-ability of the person)*
Oportunidad de vida (Life Chances*)	<ul style="list-style-type: none"> • Ecológica: Clima moderado, aire limpio, casa amplia • Social: Libertad, igualdad y Fraternidad • Económica: Florecimiento de las artes y las ciencias, educación generalizada 	<ul style="list-style-type: none"> • Salud física Negativa: libre de enfermedad Positiva: energético, resistente • Salud mental Negativa: sin alteraciones mentales Positiva: autónomo, creativo • Conocimiento: Alfabetización, estudios • Habilidades: Inteligencia, modales • Arte de vivir (art of living*): Variedad de gustos, estilos de vida

Resultados de vida (Life results*)	<p>Utilidad vital objetivo (Objective utility of life*)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilidad externa (external utility*): A nivel familiar: criar a los hijos, cuidar a los amigos A nivel social: ser un buen ciudadano • Perfección moral (moral perfection*): autenticidad, compasión, originalidad 	<p>Apreciación subjetivo de la vida (Subjective appreciation of life*)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de aspectos vitales (appraisals of life aspects*): satisfacción con el trabajo, con la variedad • Animo dominante (prevailing moods*): depresión, entusiasmo • Evaluación general (overall appraisals*): • Afectiva: nivel de ánimo general Cognitiva: satisfacción con la vida
--	---	--

CUADRO 19. CUALIDADES INTERNAS Y EXTERNAS, OPORTUNIDADES Y RESULTADOS DE VIDA

Fuente: Veenhoven, R. (2000)

2.1.1.1. Los componentes del bienestar subjetivo

Diener, Scollon y Lucas (2004) presentan los componentes del bienestar subjetivo como una jerarquía conceptual con dos niveles de especificidad. En el nivel más alto colocan el concepto de bienestar subjetivo que refleja la evaluación general que una persona realiza de su vida. En el siguiente nivel señalan cuatro componentes específicos en los que se desglosa el bienestar subjetivo de las personas. Estos componentes son el afecto positivo, el afecto negativo, la satisfacción vital, y la satisfacción en distintos ámbitos. Cada uno de ellos aporta un elemento específico sobre la calidad subjetiva de la vida de una persona. Todos ellos mantienen correlaciones moderadas con el resto, y además se hallan relacionados conceptualmente. En este sentido, Headey y Wearing (1992), encuentran que distintas medidas de bienestar (Life –as-a-whole index; Life fulfillment index; Satisfaction with life scale; Fordyce’s 0-10 happy scale; Positive affect scale) correlacionan entre sí de forma moderada (media = 0.55). Las cuatro

primeras medidas correlacionaron a un nivel particularmente alto (media = 0.62), mientras que las correlaciones entre éstas con el afecto positivo, aunque significativas, fueron menores (media = 0.41). Además, todas estas medidas correlacionaron, significativamente y de manera negativa, aunque a un nivel más bajo, con el afecto negativo (media = 0.34).

Afectos placenteros	Afectos no placenteros	Satisfacción vital	Ámbitos de satisfacción
Alegría (joy)	Culpa y vergüenza	Deseo de cambiar la vida	Trabajo
Euforia (elation)	Tristeza	Satisfacción con la vida actual	Familia
Satisfacción (contentment)	Ansiedad y preocupación	Satisfacción con el pasado	Ocio
Orgullo	Rabia	Satisfacción con el futuro	Salud
Cariño (affection)	Estrés	Visión de las personas significativas de la propia vida	Ingresos

Cuadro 20. Componentes del Bienestar Subjetivo

Fuente: Diener, Sub, Lucas y Smith, 1999

2.1.2. VEJEZ Y ACTIVIDADES

2.1.2.1. LA MADUREZ HUMANA

El tema de la madurez humana conjuga la descripción de cómo son y viven las personas adultas y la exposición de cómo podrían ser y vivir. Para ello se estudian y se describen, en función de valores ampliamente aceptados en nuestra sociedad, las vidas y conductas de personas relevantes (científicos, políticos,

escritores, etc.) y de otras, que sin serlo, constituyen un buen ejemplo de cómo es “un buen madurar” adulto o un “buen envejecer” (Fierro, 1999).

Desde la psicología del desarrollo, y no menos, desde la psicología de la personalidad, se han presentado diversos modelos que ejemplifican la madurez deseable. En la primera cabe destacar, por ejemplo, a Loevinger (1976) y su teoría del desarrollo del yo. Según ella, en la madurez se produce una creciente complejidad y sofisticación del yo en la organización de la experiencia, en sucesivos grados de autoconciencia y responsabilidad, de autonomía individual y de integración o coherencia interna. Por su parte, Fierro (1999) hace especial hincapié en los modelos de madurez que se desprenden del estudio de la personalidad, como los de Rogers (1961) y Maslow (1968). Rogers (1961) afirma que la personalidad formada consiste en el proceso de llegar a “convertirse en persona”, persona que está abierta a la experiencia, que es fiel a sus principios, que se acepta a ella misma y a los demás, y que confía en ella misma y en los otros. Por otro lado, Maslow (1968), presenta a la persona “autoactualizada” como aquella que ha llegado a realizar sus posibilidades, caracterizada por ser creadora, estar centrada en los problemas, capaz de aceptarse a sí misma, a los demás y a la naturaleza, desprendida, autónoma, con sentido del humor, y capaz de vivir experiencias cumbres o vivencias inmediatas de la realidad.

Fierro (1999) presenta para la edad adulta una propuesta de madurez psicológica o (comporta) mental (ver cuadro 1), donde destaca principalmente la capacidad de comunicación, de amor, de goce, de trabajo, de disposición activa y creativa, y la elaboración de un sentido de la propia identidad que suele ir acompañado de un proyecto de vida referido al futuro, y en relación con el estilo cognitivo, la persona madura, además, sería aquella que se hace cargo de la

complejidad de la existencia humana, que ha perdido certidumbres, si bien no todas, es más perpleja y consciente de la fragilidad del pensamiento y de las contradictorias concepciones del mundo. En la edad adulta aún no han desaparecido las antiguas creencias juveniles, aunque según el autor, quedan altamente cuestionadas:

Con el paso de los años la persona se va adentrando en la adultez tardía. En este periodo, además de las características propias de la persona madura, hay otras que tienden a desarrollarse: la serenidad o la búsqueda de ella, de tranquilidad, el progresivo desasimiento y sentimiento de libertad o liberación respecto a perturbaciones menores y a convenciones sociales, a lo socialmente pautado, el sentimiento de dignidad, el sentido del humor y de la ironía, el reconocimiento de las contradicciones y limitaciones de la vida, la aceptación y la ternura incluso hacia los antagonistas. En este periodo, somos conscientes de que hemos vivido la mayor parte del tiempo, y tratamos de conferir un sentido a nuestras vidas. Poco a poco vamos dando paso a otra etapa: la vejez. Es tiempo de recordar y de hacer un balance autobiográfico, un tiempo donde predomina la mezcla de emociones, donde la añoranza y la melancolía por el tiempo y lo no realizado conviven con la satisfacción por todo lo vivido (Fierro, 1999).

Conviene subrayar, en fin, que el desarrollo durante la adultez y la vejez está caracterizado por procesos de cambio, pero también con importantes elementos de continuidad. Estos elementos de cambio y de continuidad están implicados en el desarrollo cognitivo (pensamiento postformal, conocimiento experto y sabiduría), de la personalidad (autoconcepto y autoestima) y social (las relaciones de apego). En todo caso, los cambios que se producen en esas etapas suelen mantener una

línea de continuidad con todo el desarrollo anterior y no se presentan como ruptura o desintegración de las adquisiciones precedentes (Palacios, 1999).

-
- Es relativamente estable coherente en su comportamiento, aunque también es capaz de cambio adaptativo;
 - Es diferente de otras personas como resultado de un proceso de desarrollo diferenciador generado con los años y con la experiencia proceso que acaba por configurarle como persona singular y única, aunque no rara o excéntrica;
 - Se conoce, percibe y valora a sí mismo de modo realista, sin graves distorsiones en su autoconcepto;
 - Realiza acciones autorreferidas y autorreguladoras en grado y calidad suficiente para alcanzar con alguna eficacia cierto control sobre su propia vida;
 - Es capaz de tomar decisiones razonables relevantes para sí mismo en condiciones de incertidumbre;
 - Se adapta a las situaciones, a las circunstancias, a la vez que actúa para adaptarse a sus propias necesidades;
 - Es capaz de afrontar los acontecimientos adversos que le afectan y las situaciones completas que se le presentan;
 - Reacciona para defender espacios de libertad adquiridos –o esperados- y eventualmente amenazados;
 - Sabe discernir cuándo está indefenso, a merced de fuerzas externas, y cuándo no lo está, cuándo tiene, al menos en parte, bajo su control las circunstancias de su vida;
 - Transforma la activación biológica –inherente al ser vivo- en actividades que, al enlazar con acierto conductas consumatorias e instrumentales, dotan la vida de significado;
 - Hace de la necesidad –que es a la vez motivación y carencia – virtud y se guía por su sabiduría –o moral- de vida de lo necesario en una jerarquía de necesidades ajustada a razón;
 - Desarrolla patrones de comportamiento en curso abierto de acción y no en ciclos repetitivos, cerrados sobre sí mismos y autopetpetuados;
 - Gracias a lo cual es capaz de cuidar de sí mismo, de gestionar su propia experiencia de vida en orden a hacerla satisfactoria al máximo.

Cuadro 21. Propuesta de madurez (comporta) mental (...) en la edad adulta es psicológica o comportamentalmente madura quien: cumple con las indicaciones de esta tabla.

Fuente: Fierro 1999 p. 581

2.1.2.2. EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento de la población, o el creciente número de personas mayores presentes en sociedades consideradas también cada vez más

senescentes, se ha convertido en un fenómeno de auténtica relevancia mundial, que afecta, no sólo, a nivel demográfico (asciende el peso relativo del conjunto de personas con más de 65 años dando lugar a una población envejecida), sino también a nivel económico, pues se produce un cambio en la relación entre la población económicamente activa (la que se sitúa entre los 16 y los 64 años) y la dependiente (la menor de 16 años y la mayor o igual a 65 años), afectando, además, a nivel cultural, científico y político (supone un enorme caudal de votantes) y a la situación general social y humana actual. Las necesidades y los problemas de nuestros ancianos se convierten así en nuestras propias necesidades y problemas. Si además se tiene en cuenta la situación precaria en la que muchos de ellos viven (pobreza, aislamiento social, enfermedad), y el compromiso actual de ayuda asistencial y económica que las políticas sociales han adquirido en Occidente, se puede comprender más fácilmente el auge que ha experimentado el tema de la vejez, convirtiéndose en un foco de especial preocupación (Fernández Lópiz, 1998), y poniendo de relieve la urgente necesidad entorno al establecimiento de recursos preventivos que contribuyan a mejorar la calidad de vida y el bienestar en la vejez.

El proceso de envejecimiento que está teniendo lugar, fundamentalmente, en las sociedades más desarrolladas, se debe esencialmente a dos factores: al descenso de la mortalidad o aumento de la esperanza de vida, y al descenso de los índices de fecundidad y, consecuentemente, de natalidad (Fernández Lópiz, 1998).

Es interesante destacar cinco características del fenómeno del envejecimiento de la población según López y Villanueva (2002):

- a. El incremento del volumen de mayores. Actualmente la población de personas de 60 años y más está aumentando a un ritmo anual del 2%, y en los próximos 25 años se prevé que siga creciendo.
- b. No existe un crecimiento homogéneo en todas las edades de la vejez, siendo el número de personas de más de 80 años el que presenta el crecimiento más rápido.
- c. Se invierte la proporción entre jóvenes y ancianos. De este modo, conforme aumenta la población mayor de 60 años, disminuye la de los menores de 15 años.
- d. Hombres y mujeres difieren a la hora de envejecer. Esta diferencia se caracteriza por la feminización de la vejez, especialmente en las edades más avanzadas, debido a la mayor esperanza de vida de las mujeres.
- e. La generalización del envejecimiento en el mundo. En este momento los países en vías de desarrollo están envejeciendo a un ritmo muy superior al de los países desarrollados, a pesar de ser estos últimos los primeros en mostrar los problemas de envejecimiento de la población.

El envejecimiento de la población es un proceso inevitable que determina el grado de madurez demográfica de la misma, ya que se produce como consecuencia de la evolución a la baja tanto de la natalidad como de la mortalidad, fenómeno denominado “transición demográfica”. Según Vinuesa (1989), el envejecimiento es un proceso que se concreta en el crecimiento relativo (proporción del grupo de viejos) y absoluto (número absoluto de cada grupo de edad y sexo) de la población formada por los viejos, inicialmente característico de los países más desarrollados, pero en la actualidad es considerado como uno de

los grandes cambios sociales que están teniendo lugar a escala mundial (Population Reference Bureau, 1999).

2.1.2.3. LAS ACTIVIDADES EN LA EDAD MAYOR

Numerosos estudios realizados con adultos mayores han demostrado el importante papel que tiene la participación en las actividades de ocio sobre el bienestar psicológico y físico de los mismos. Para Argyle (1987), el ocio es un componente primordial de la satisfacción vital. En línea con lo anterior, Freysinger (1993) enumera una serie de estudios que muestran cómo en la adultez tardía, la participación en las actividades está relacionada con la satisfacción vital, con la salud mental, el bienestar subjetivo, con la moral y la confianza en sí mismo. Por tanto, la participación en actividades de ocio es un indicador de la calidad de vida experimentada por las personas y proporcionada por la sociedad de la cual forman parte (Allison y Smith, 1990).

En la adultez tardía, cuando la participación en las actividades y los roles sociales están cambiando, es especialmente relevante tomar parte en actividades informales, sociales o de ocio (Atchley, 1989). Sin embargo, parece que no es tanto la cantidad como la calidad de la participación en las actividades de ocio lo que es importante para el bienestar subjetivo de las personas (Russell, 1987).

2.1.2.4. ACTIVIDAD DE OCIO

El ocio es un concepto complejo y tratar de definirlo nunca ha sido una tarea fácil. A lo largo de la historia han aparecido distintas descripciones del ocio y diversos enfoques que han intentado explicarlo.

El ocio ha sido considerado durante muchos años como aquello que se hacía con el tiempo que quedaba después de trabajar. En este sentido, ya Aristóteles (Política I), en una de las primeras definiciones de ocio de las que se tienen

referencia, habló de tiempo exento de la necesidad de labor. Hoy en día se sabe que esto no es así, pues hay personas que no trabajan y otras conceden mayor importancia al tiempo libre que al dedicado al trabajo.

Se presentan ahora algunas aclaraciones del vocablo ocio realizadas por autores clásicos como Veblen, de Grazia, Dumazeider, Kaplan y Neulinger, recogidas por Kelly y Godbey (1992): Thorstein Veblen (1899) definió el ocio como el “consumo improductivo del tiempo”, e hizo hincapié en que se trataba de un tiempo distinto al del trabajo y que simbolizaba estatus porque no producía riqueza ni ingresos.

Más adelante, Sebastián de Grazia (1964) resumió los principales acercamientos de Aristóteles al tema del ocio del siguiente modo:

“El ocio es un estado del ser en el que la actividad se realiza por su propio bien o por su propia finalidad...Y lo llamamos finalidad sin reservas, lo cual es siempre deseable por sí mismo y nunca por el bien de algo más”. Según el autor, “el ocio hace referencia a un estado del ser, una condición del hombre, la cual pocos desean y menos consiguen”.

Asimismo, cabe destacar la definición de ocio realizada en 1967 por Joffre

Dumazedier, considerado el “principal precursor de la sociología del ocio en Europa”, el ocio se debe diferenciar de las obligaciones familiares y socioreligiosas así como del trabajo remunerado, explicándolo del siguiente modo:

“El ocio es actividad- aparte de las obligaciones del trabajo, la familia y la sociedad- hacia las que el individuo volverá a voluntad, bien para relajarse, por diversión, o para ir ampliando su conocimiento y su participación social espontánea, el ejercicio libre de su capacidad creativa”.

En 1975, Max Kaplan propuso la existencia de seis enfoques distintos desde los que se podían tratar el concepto del ocio, cada uno basado en una premisa distinta:

- **El acercamiento clásico o humanista:** está basado en el concepto del ser humano que requiere libertad de acción.
- **La perspectiva terapéutica:** asume que el ocio puede emplearse como una forma de intervención dirigida a personas con problemas de salud.
- **El modelo cuantitativo:** aboga por la definición de ocio como cantidad de tiempo y presume que éste puede ser identificado por la forma en que se usa el tiempo.
- **El concepto institucional:** concibe el ocio como un elemento del sistema social, que cumple una serie de funciones de gran importancia para la sociedad.
- **La perspectiva epistemológica:** define el ocio basándose en los valores que tiene dentro de una cultura particular.
- **El acercamiento sociológico:** se basa en la premisa de que el ocio, y todo lo demás, se define en un contexto social en el que participan actores sociales que crean su propio universo de significados.

2.1.2.5. TAXONOMÍAS DE LAS ACTIVIDADES

Durante mucho tiempo los sociólogos parecían haber aceptado el tratamiento del ocio en términos de “actividades”. La investigación basada en lo que la gente hacía y en los factores que influían sus elecciones de participación tuvieron como base pragmática alguna lista de actividades que eran asumidas como ocio. La mayor parte de las investigaciones concebían el ocio en términos de una lista particular de actividades que incluían en sus estudios. En general, las actividades eran llevadas a cabo fuera del horario de trabajo y se diferenciaban de aquellas otras requeridas para el mantenimiento del sí mismo y de la casa. Además, cada lista era representativa de cientos o incluso miles de actividades que podrían ser

consideradas como ocio, y muchas de ellas solían omitir actividades comunes como comer, conversar o el juego familiar.

Se observan numerosas clasificaciones de las actividades de ocio, debido a la necesidad de agrupar las miles de éstas últimas dentro de grandes categorías que permitieran su análisis estadístico. Una de dichas clasificaciones es la que realizaron Overs, Taylor, Cassell y Chernov (1977). Los autores organizaron 34 actividades de ocio dentro de nueve categorías específicas: juegos; educación-entretenimiento-cultural; deportes; naturaleza; colección; arte-música; artesanía; voluntariado y organización.

Por su parte, Tinsley y Johnson (1984) realizaron un análisis de cluster con las actividades listadas por Overs et al. (1977) y encontraron agrupaciones que sugerían la existencia de categorías más abstractas: estimulación intelectual, catarsis, compensación expresiva, compañerismo hedonista, compañerismo de apoyo, soledad segura (secure solitude), rutina, indulgencia temporal, seguridad moderada, y esteticismo expresivo.

Tinsley, Teaff, Colbs, y Kaufman, (1985) reutilizaron la lista de actividades de Overs y colaboradores con una muestra de personas mayores para formar categorías analíticas-cluster, y encontraron las siguientes: compañerismo, compensación, desconexión temporal, soledad cómoda, soledad expresiva, servicio expresivo.

En cuanto a investigaciones realizadas con personas mayores y con las listas de actividades cabe mencionar el estudio que Stones y Kozma (1986) llevaron a cabo en dos etapas distintas. En una primera etapa, los autores desarrollaron un inventario de actividades denominado "The Memorial University of Newfoundland

Activities Inventory” (MUNAI). Dicho inventario estaba basado en una lista que contenía, además de las conductas de ocio (por ejemplo, excursiones con miembros de la familia), actividades relacionadas con el trabajo e instrumentales (hacer las tareas domésticas para sí misma, para el esposo, y para los demás). Los resultados de los análisis factoriales realizados con los datos sobre la frecuencia de participación dieron lugar a un factor instrumental -independencia doméstica- y cuatro factores de conducta de ocio: participación familiar, actividad solitaria, participación comunitaria y actividad doméstica. En la segunda etapa, utilizaron un diseño longitudinal de 18 meses y pusieron a prueba dos modelos, uno reactivo (reactivity model) y otro de propensión (propensity model) a las relaciones entre actividad-felicidad:

- a. El modelo reactivo afirma que la felicidad está, en parte, determinada por los niveles de actividad.
- b. El modelo de propensión asume que tanto los índices de felicidad como de actividad son reflejos de distintas predisposiciones subyacentes.
- c. Los resultados apoyaron el segundo modelo ya que: 1. La estructura de la actividad se conservó estable a lo largo del intervalo longitudinal; 2. Las personas mantuvieron una posición relativamente estable tanto en los índices de felicidad como en los de actividad y 3. Las relaciones de orden cero (zero-order) de las actividades con la felicidad tiende a permanecer estable en el tiempo pero no explica fidedignamente más del 10% de la varianza en las puntuaciones del MUNSH (“the Memorial University of Newfoundland Scale of Happiness).

2.1.2.6. TIPOS DE ACTIVIDADES DE OCIO

Segun Argyle (1996) existen diversas actividades de ocio:

a. La televisión

En la actualidad, la actividad de ocio más común es ver la televisión, una actividad que no requiere ningún tipo de esfuerzo o habilidad. El aumento en la cantidad de televisión que se ve en el mundo occidental, pudiendo considerarse como la tercera actividad que consume más cantidad de tiempo (justo por detrás del tiempo destinado a dormir y a trabajar), es visto como el cambio más acentuado en el ocio (Argyle, 1996).

b. La música

Escuchar música es otra de las principales actividades de ocio del mundo moderno, aunque la mayoría de las veces se escucha música mientras se realiza otra actividad, como al conducir o al hacer las tareas domésticas.

La música claramente proporciona una gran cantidad de placer, también produce estados de excitación, seguidos de sentimientos de tranquilidad y paz, en los que se olvidan todas las preocupaciones (Argyle, 1996).

c. La lectura

A través de la lectura, las personas pueden establecer relaciones imaginarias con los personajes de las novelas, llegando a identificarse con ellos y sentir que los conocen.

En las clases para adultos, éstos pueden debatir sobre libros con sus compañeros de clases, siendo además un contexto propicio para obtener apoyo social, como sucede en otros grupos de ocio.

La lectura, aunque se realice pocos minutos al día, es considerada una gran fuente de satisfacción, obteniendo en una encuesta nacional americana la misma puntuación en satisfacción que el “estar con los amigos” (Argyle, 1996).

Según Fernández-Ballesteros (1997), los hombres leen con mayor frecuencia que las mujeres.

d. Los “hobbies”

Los “hobbies” hacen referencia a una variedad de actividades que son llevadas a cabo principalmente en solitario y en casa. Suelen incluirse los siguientes: la jardinería, el bricolaje, las labores de punto, el arte y la artesanía, la fotografía, el cuidado de los animales domésticos, la observación de las aves, la geología, el coleccionismo, el ordenador y la mayor parte de los juegos de azar (Argyle, 1996).

Los hobbies parecen ser más importante para los ancianos y los jubilados, encontrándose, en un estudio holandés, que aquéllos a la hora de predecir la satisfacción vital de los mayores son más importantes que tener vida social (Van Loon y Dooghe, 1978). Otros autores encuentran que el aumento del tiempo destinado a los hobbies y a otras actividades de ocio se considerada una de las principales ventajas de hacerse mayor. Las personas mayores salen menos de casa y la mayor parte de su ocio tiene lugar en ellas, donde desarrollan sus hobbies (Luszki y Luszki, 1985).

Los hobbies guardan una estrecha relación con el género. Por ejemplo, las mujeres se interesan más por las labores de coser, hacer ropa, etc., y los hombres por el bricolaje, la reparación de coches, y los ordenadores. Los hobbies proporcionan sentido de identidad, favorecen la autoestima y, además, son una importante fuente de motivación social, algunos de ellos son parte de la vida

familiar, mientras que otros unen a las personas en grupos y organizaciones con los mismos intereses (Argyle, 1996).

e. La vida social

La vida social tiene un papel muy importante en el ocio. Implica dos aspectos fundamentalmente: la sociabilidad “pura”, centrada principalmente en la conversación y en otras interacciones sociales; y el ocio que se lleva a cabo en casa o fuera de ella.

La participación social, ya sea en servicios comunitarios o en actividades diarias sociales, como el entretenimiento con amigos, visitarlos, o acudir a eventos sociales y culturales, se considera un recurso muy importante para la satisfacción vital de los adultos mayores, incluso después de controlar diversas variables como la salud, los auto-informes de vitalidad, el apoyo social, la afiliación organizacional y los niveles previos de satisfacción vital (Argyle, 1996).

Aunque la participación social es muy importante en todo el ciclo vital, las actividades sociales adquieren una importancia creciente en la jubilación cuando ya no hay niños que cuidar o trabajos a los que acudir. Así, la participación en actividades sociales en la adultez tardía es el predictor más importante de la satisfacción vital para los jubilados que ya no pueden obtener beneficios de las actividades profesionales (Harlow y Cantor, 1996).

La cantidad de tiempo de ocio pasado con los amigos varía enormemente con la edad y con la etapa del ciclo vital. Al llegar a la edad adulta los amigos se ven mucho menos, y suelen sustituirse por tiempo pasado con la familia y con los compañeros de trabajo, con quienes mantienen fundamentalmente dos tipos de contactos sociales: por un lado, de ayuda y colaboración relacionada con el trabajo, y por otro lado, mantienen charlas, bromas, juegos y conversaciones

personales que nada tienen que ver con el trabajo. Sin embargo, las relaciones con los amigos continúan siendo importantes para los solteros. En la adultez tardía, cuando las personas se jubilan o enviudan, vuelven a necesitar a los amigos de nuevo, y los buscan a través de los grupos de ocio (Argyle y Henderson, 1985).

Por su parte, Argyle y Furnham (1983) enumeran tres razones principales como las responsables de la satisfacción de las relaciones con los amigos, con el matrimonio y con otras relaciones: 1. la ayuda material e instrumental; 2. el apoyo emocional; 3. la compañía.

f. El deporte y el ejercicio

El deporte es una de las principales formas de ocio y una de las que produce mayores beneficios. También es interesante subrayar que sea una de las pocas formas de ocio que es a la vez retadora y divertida. Además, contiene un fuerte componente social.

La evidencia más potente sobre el efecto causal del ocio sobre la felicidad proviene de los experimentos realizados sobre los efectos del deporte y otras formas de ocio. Se encuentra que caminar a paso ligero durante diez minutos induce en las personas un incremento de sentimientos positivos y una mayor energía, efectos que continúan hasta dos horas después de su realización (Thayer, 1989). Asimismo, la práctica regular de aeróbic incrementa la felicidad y reduce la depresión y la ansiedad (Biddle y Mutrie, 1991).

Para Argyle (1996) la práctica de ejercicio físico y deportiva es efectiva, en parte, debido a la liberación de endorfinas, pero también debido a la interacción social con los demás, y tal vez, a la experiencia de éxito, de auto-eficacia. Muchas actividades de ocio se realizan en grupos (coros, equipos, clubes sociales, etc.), y esto es, especialmente para las personas extrovertidas, una fuente de felicidad.

Además, hay que tener en cuenta la naturaleza inductora del buen humor de las actividades, como la música y el baile, así como el apoyo social y la integración social que conllevan. Aún más, a través de estas actividades es posible satisfacer determinadas necesidades sociales, como por ejemplo, la intimidad y la cooperación.

El deporte y el ejercicio tienen numerosos beneficios sobre la felicidad, la salud física y mental y, como se ha comentado anteriormente, ponen a las personas de buen humor, probablemente incluso más que cualquier otra actividad de ocio, y muy especialmente cuando se realizan en grupos. Tanto el deporte como el ejercicio implican un reto y requieren concentración y esfuerzo. En comparación con otras actividades de ocio retadoras, como, por ejemplo, los hobbies, producen también un fuerte afecto positivo, ya que se disfrutan intrínsecamente (Argyle, 1996).

El deporte y el ejercicio físico decaen con la edad, y de forma más rápida para las mujeres, que realizan muy poco ejercicio después de los sesenta, aparte de caminar.

El ejercicio físico potencia la competencia funcional global de la persona mayor y retrasa la aparición de la debilidad severa, prolongando así en numerosos años el periodo de vida independiente (Shephard, 1978). La evidencia demuestra que la actividad está relacionada con una baja mortalidad y una mayor duración del ciclo vital.

Tanto la actividad física como la actividad social promueven la competencia y tienen efectos preventivos y de recuperación sobre las reacciones del estrés y las enfermedades (cit. Stones y Kozma, 1989).

g. Deporte como espectáculo

Los deportes es otra actividad de ocio muy extendida. Las mujeres ven mucho menos deporte que los hombres, y además prefieren ver actividades deportivas de otro tipo como la gimnasia, el tenis o el patinaje. Los espectadores suelen desarrollar un fuerte sentido de identificación con los jugadores estrella, con el equipo, el club, los otros fan, y a veces, con la ciudad o país que el equipo representa. Además la identificación suele realizarse llevando bufandas, banderas y otras insignias. Algunos estudios han sugerido que es la búsqueda de excitación lo que produce la atracción, y, en concreto, el fútbol produce grandes niveles de excitación y entretenimiento. Además, asistir a eventos deportivos es un acontecimiento social muy motivador ya que los espectadores suelen acudir con amigos o familiares, se reúnen con otras personas conocidas del mismo grupo, y toman parte en una gran variedad de actividades de manera conjunta (Argyle, 1996).

h. La religión

Algunos de los hallazgos mejor establecidos en la psicología de la religión son que las mujeres son más activas en la religión que los hombres, y que experimentan mayor felicidad los más religiosos, aunque a menudo el efecto encontrado es pequeño (Argyle, 1999).

La religión básicamente es un fenómeno social y sus beneficios sobre la salud y la felicidad se derivan principalmente de la asistencia a la iglesia (Witter, Okun y Haring, 1985), siendo dichos beneficios mayores en las personas socialmente aisladas.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Autoestima. Valoración generalmente positiva de sí mismo. Real Academia Española

Bienestar Personal. Según Diener (1994), el concepto de bienestar personal integra tres elementos que lo caracterizan. Por un lado, está su carácter individual, basándose en la propia experiencia personal y en las percepciones y evaluaciones de la misma. Por otro lado, se encuentra su dimensión global, que incluye una valoración o juicio de todos los aspectos de la vida.

Envejecimiento. Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad. (OMS, <http://www.who.int/topics/ageing/es/>)

Personas Adultas Mayores PAMs. Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 años se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamara de forma indistinta persona de la tercera edad.

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1- ANÁLISIS DE TABLAS Y GRÁFICOS

3.1-1. ESTADISTICA DESCRIPTIVA

Centro de Hospedería	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Manos Benditas SMP	1	16	17
Medalla Milagrosa SJL	3	25	28
Total	4	41	45

Tabla 1 Centro de Hospedería y género

Fuente. Programa Vida Digna Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

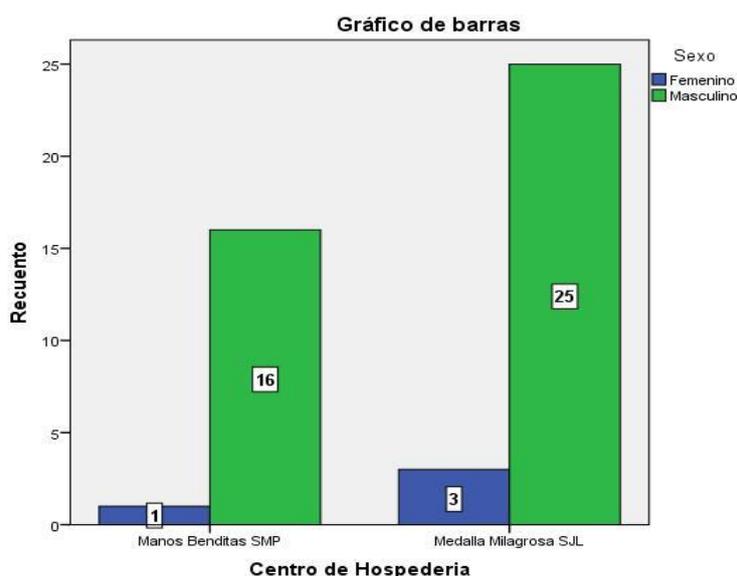


Gráfico 1 Centro de Hospedería y género

Fuente. Programa Vida Digna Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables tienen dos Centros de Hospedería de alojamiento flexible en dos distritos populares como Manos Benditas en San Martín de Porres y Medalla Milagrosa en San Juan de Lurigancho, dando el beneficio a 45 PAMs, que reciben el servicio de Cena, un lugar para dormir totalmente acondicionado y Desayuno, solamente dejando que la PAMs vea por su almuerzo, pues ellos en su actividad diaria son ambulantes o piden limosna.

Edad	
Media	73,33
Mediana	74,00
Moda	69 ^a
Desviación estándar	7,023
Varianza	49,318
Rango	29
Mínimo	61
Máximo	90
a. Existen múltiples modas. Se muestra el valor más pequeño.	

Tabla 2 Estadísticas de la edad de las personas que hacen uso de las Hospederías

Fuente. Del investigador tomado del Programa Vida Digna Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

La edad Promedio de las PAMs es de 73 años, la edad que más se repite es de 69 años, las edades fluctúan entre 61 y 90 años.

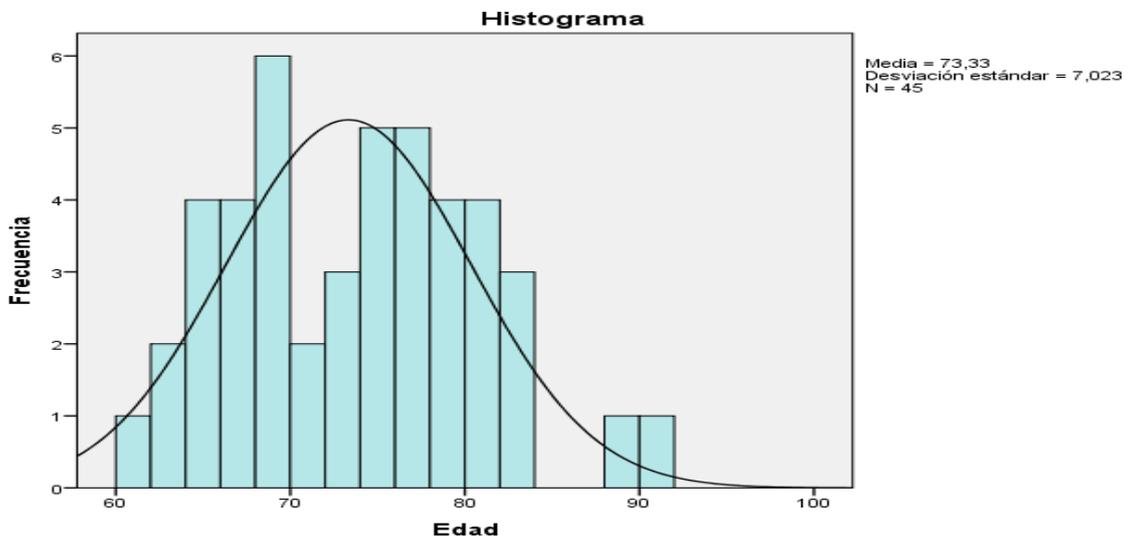


Grafico 2 Histograma de la edad de las personas que hacen uso de las Hospederías

Fuente. Del investigador tomado del Programa Vida Digna Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

a. RESULTADOS DESCRIPTIVOS DEL TEST DE AUTOESTIMA

	Frecuencia	Porcentaje
Muy en desacuerdo	9	20.0
En desacuerdo	19	42.2
De acuerdo	14	31.1
Muy de acuerdo	3	6.7
Total	45	100.0

Tabla 3 Soy una persona de valía

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

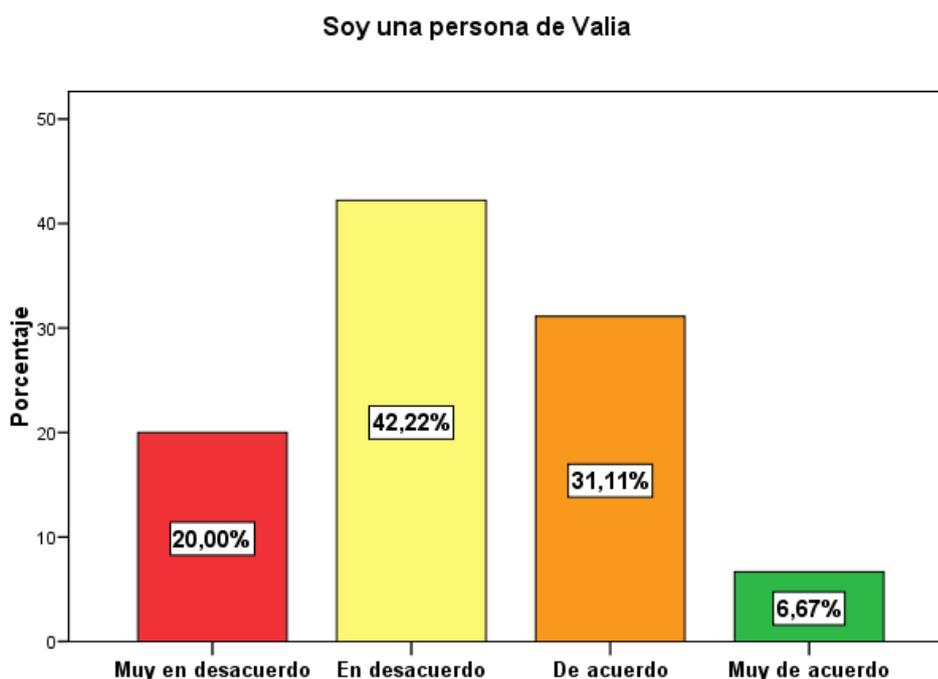


Gráfico 3 Soy una persona de valía

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

El 42.2 % respondió en desacuerdo en ser una persona de valía, mientras el 31,11% está de acuerdo y el 20 % está en muy en desacuerdo con ser una persona de valía y solo un 6.67 % se considera en ser una persona de valía.

	Frecuencia	Porcentaje
Muy en desacuerdo	1	2.2
En desacuerdo	20	44.4
De acuerdo	23	51.1
Muy de acuerdo	1	2.2
Total	45	100

Tabla 4 Pienso que soy un fracaso en todo

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

Pienso que soy un fracaso en todo

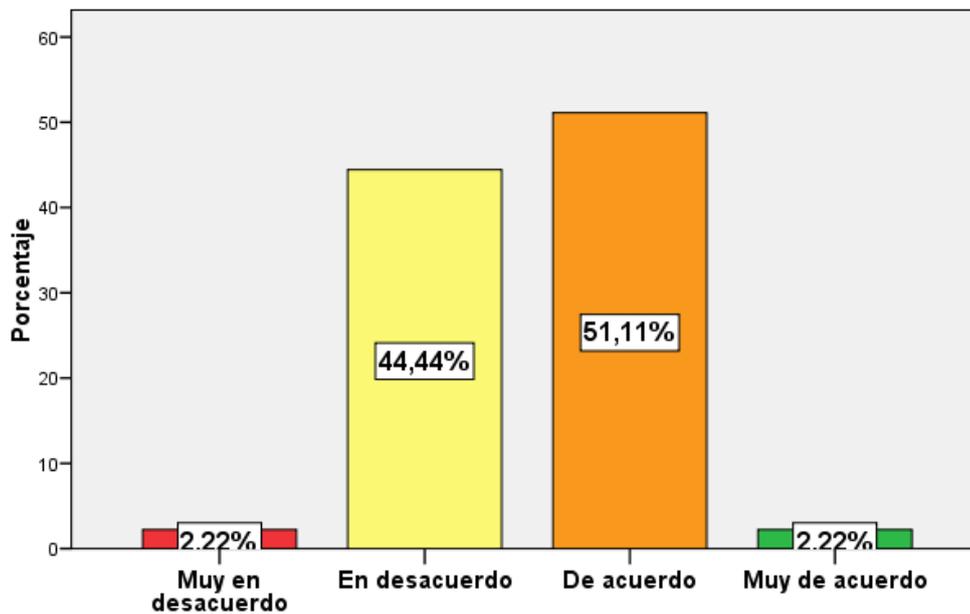


Grafico 4: Pienso que soy un fracaso en todo

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

El 51.1 % respondió en estar de acuerdo en ser un fracaso en todo, mientras el 44.4% está de desacuerdo y solo 2,2 % está en muy en desacuerdo y muy de acuerdo.

	Frecuencia	Porcentaje
Muy en desacuerdo	11	24.4
En desacuerdo	13	28.9
De acuerdo	18	40.0
Muy de acuerdo	3	6.7
Total	45	100.0

Tabla 5: Tengo un buen número de buenas cualidades

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

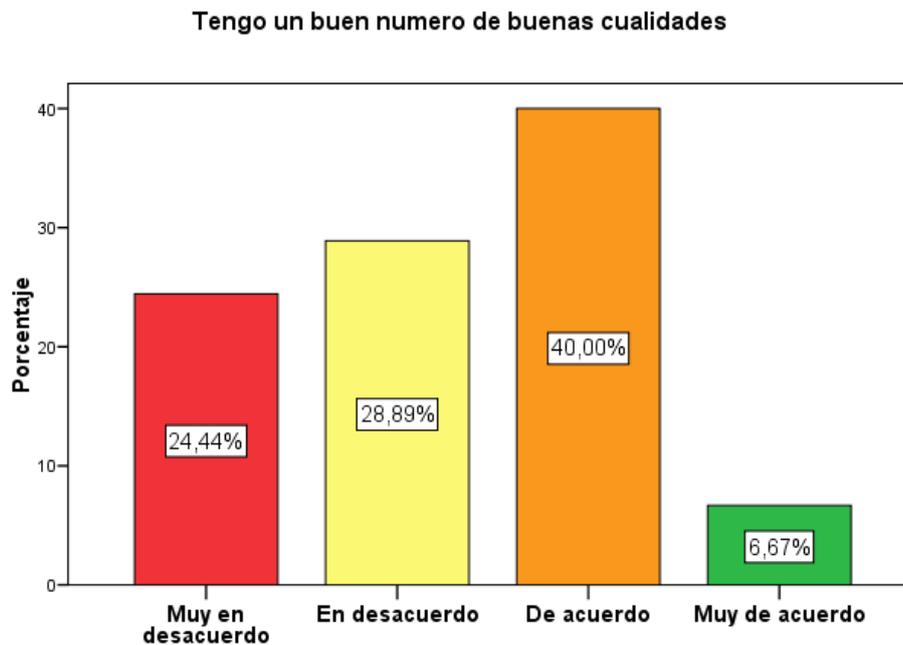


Gráfico 5: Tengo un buen número de buenas cualidades

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

El 40 % considera que tiene un buen número de cualidades, el 29% en desacuerdo el 24.4 % muy en desacuerdo y solo 6.67 % está en muy de acuerdo.

	Frecuencia	Porcentaje
Muy en desacuerdo	10	22.2
En desacuerdo	2	4.4
De acuerdo	16	35.6
Muy de acuerdo	17	37.8
Total	45	100.0

Tabla 6: Soy capaz de hacer las cosas como tan bien como los demás

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

Soy capaz de hacer las cosas como tan bien como los demás

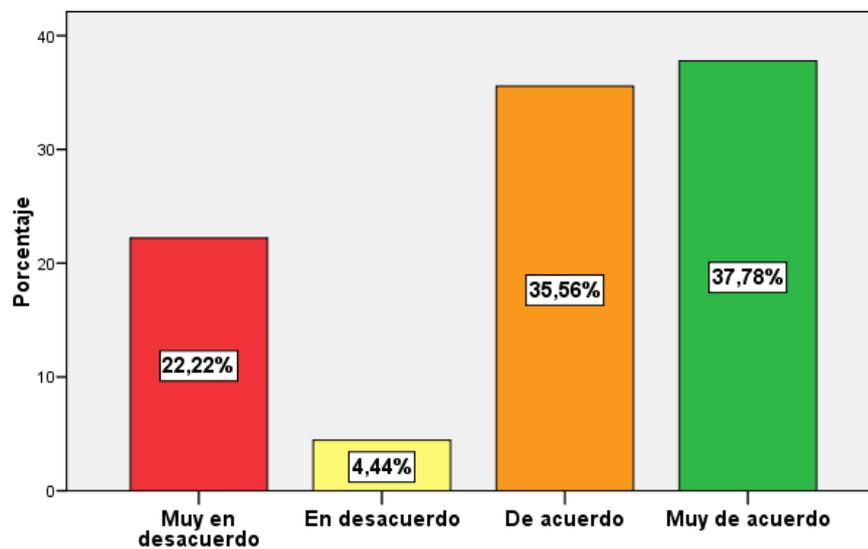


Gráfico 6: Soy capaz de hacer las cosas como tan bien como los demás

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

El 73,4 % respondió en estar de acuerdo y muy de acuerdo en ser capaz de hacer las cosas tan bien como los demás, mientras el 26,6% está en desacuerdo y muy en desacuerdo.

	Frecuencia	Porcentaje
Muy en desacuerdo	27	60.0
En desacuerdo	0	0.0
De acuerdo	10	22.2
Muy de acuerdo	8	17.8
Total	45	100.0

Tabla 7: Tengo mucho de que enorgullecerme

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

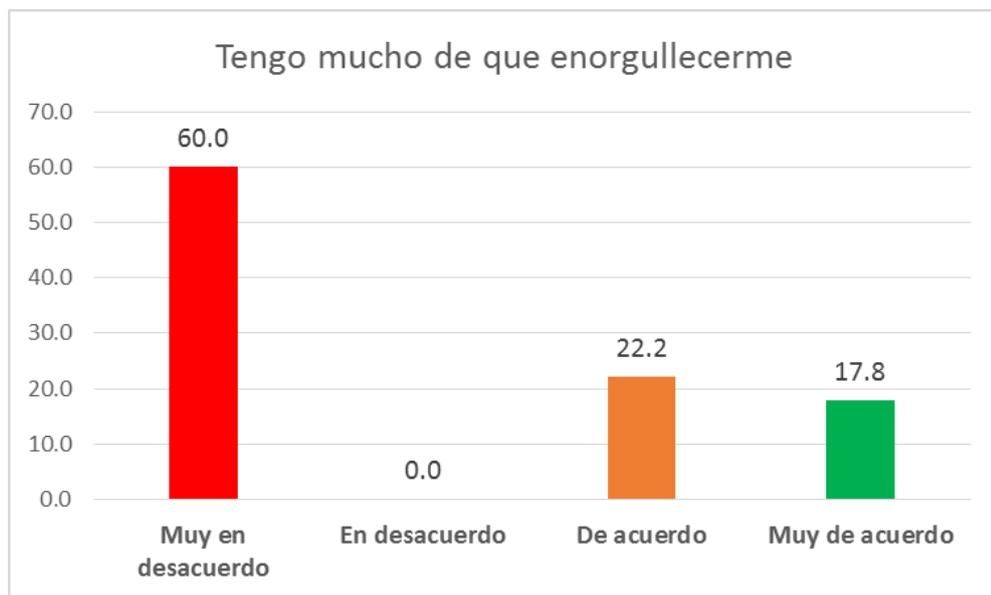


Gráfico 7: Tengo mucho de que enorgullecerme

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

El 60 % respondió en estar en muy en desacuerdo acuerdo en enorgullecerse, mientras el 22.2% está de acuerdo y solo 17.8 % está en muy de acuerdo.

	Frecuencia	Porcentaje
Muy en desacuerdo	20	44.4
En desacuerdo	2	4.4
De acuerdo	14	31.1
Muy de acuerdo	9	20.0
Total	45	100.0

Tabla 8: Tengo una actitud positiva hacia mí mismo

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

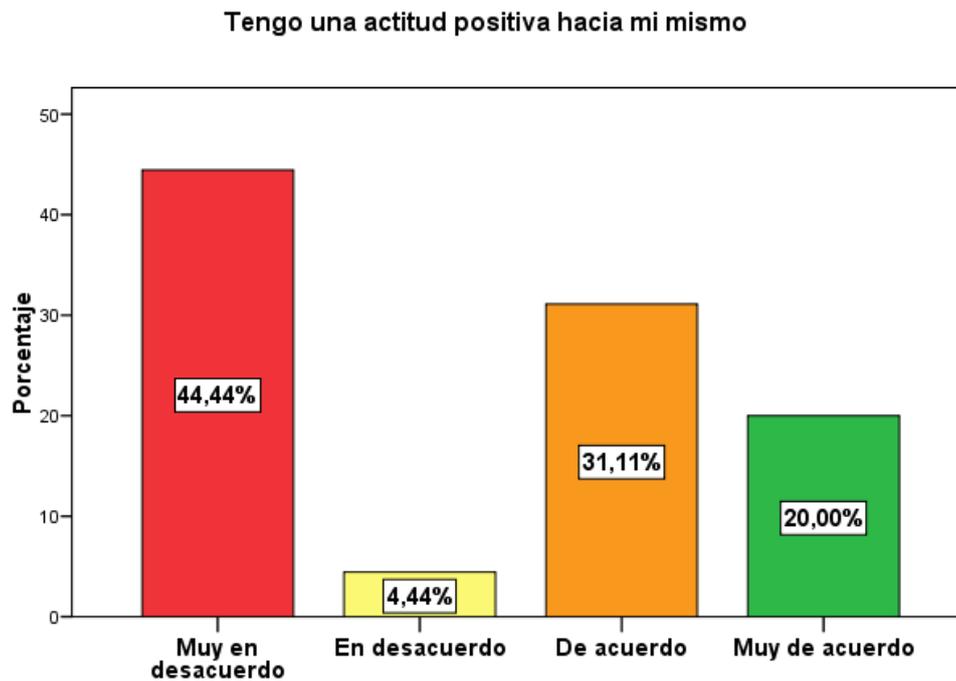


Gráfico 8: Tengo una actitud positiva hacia mí mismo

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

El 48.8 % respondió en estar en muy en desacuerdo de tener una actitud positiva hacia sí mismo, mientras el 31.1% está de acuerdo y el 20 % está en muy de acuerdo.

	Frecuencia	Porcentaje
Muy en desacuerdo	16	35.6
En desacuerdo	3	6.7
De acuerdo	11	24.4
Muy de acuerdo	15	33.3
Total	45	100.0

Tabla 9: Me siento satisfecho conmigo mismo

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

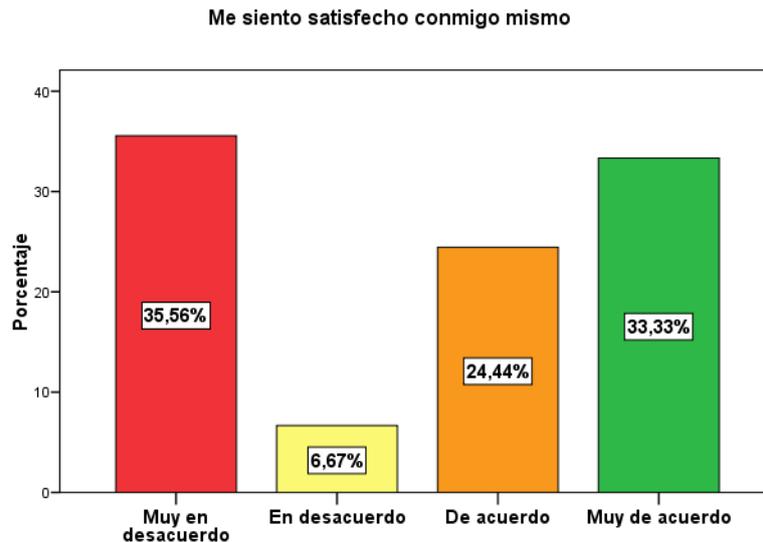


Gráfico 9: Me siento satisfecho conmigo mismo

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

El 41.23 % respondió en estar en muy en desacuerdo en estar satisfecho consigo mismo, mientras el 24.4% está de acuerdo y el 33.3 % está en muy de acuerdo.

	Frecuencia	Porcentaje
Muy en desacuerdo	20	44.4
En desacuerdo	0	0.0
De acuerdo	17	37.8
Muy de acuerdo	8	17.8
Total	45	100.0

Tabla 10: Podría tener mayor consideración conmigo mismo

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

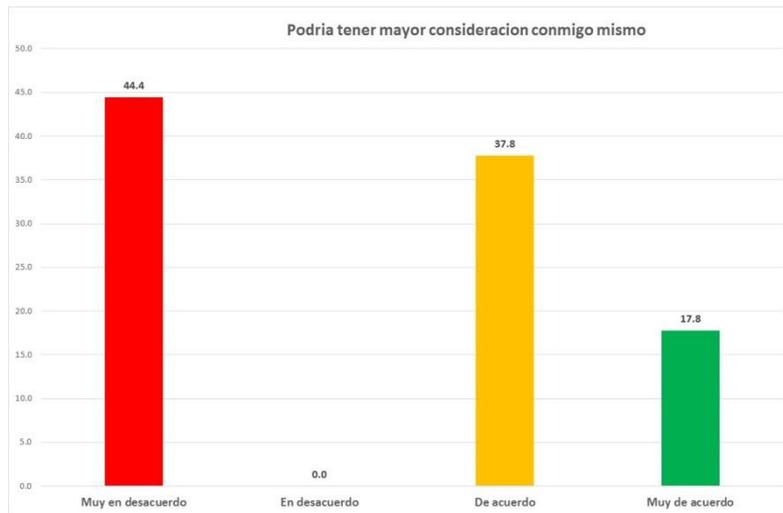


Gráfico 10: Podría tener mayor consideración conmigo mismo

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

El 44.4 % respondió en estar en muy en desacuerdo en que Podría tener mayor consideración conmigo mismo, mientras el 37.8% está de acuerdo y solo 17.8 % está muy de acuerdo.

	Frecuencia	Porcentaje
Muy en desacuerdo	14	31.1
En desacuerdo	6	13.3
De acuerdo	17	37.8
Muy de acuerdo	8	17.8
Total	45	100.0

Tabla 11: Me siento inútil

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

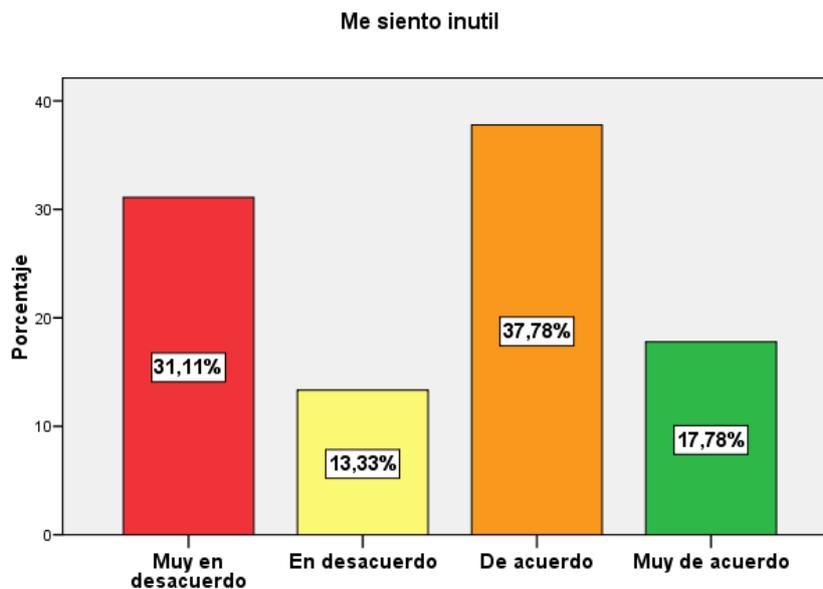


Gráfico 11: Me siento inútil

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

El 44.4 % respondió en estar en muy en desacuerdo en que se siente inútil, mientras el 37.8% está de acuerdo y solo 17.78 % está muy de acuerdo.

	Frecuencia	Porcentaje
Muy en desacuerdo	21	46.7
En desacuerdo	1	2.2
De acuerdo	14	31.1
Muy de acuerdo	9	20.0
Total	45	100.0

Tabla 12: Soy del todo bueno

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

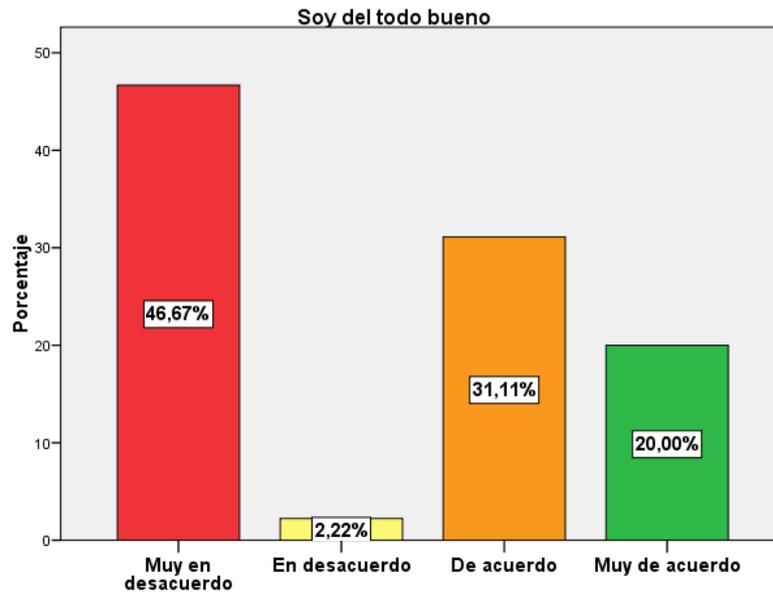


Gráfico 12: Soy del todo bueno

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

El 48.89% respondió en estar en muy en desacuerdo en ser del todo bueno, mientras el 31.1% está de acuerdo y solo 20 % está muy de acuerdo.

b. RESULTADOS DESCRIPTIVOS DEL TEST DE BIENESTAR PERSONAL

	Frecuencia	Porcentaje
No, en lo absoluto.	6	13.3
Más bien no.	19	42.2
Más bien sí.	11	24.4
Si, en lo absoluto.	9	20.0
Total	45	100

Tabla 13. Por las mañanas suelo despertarme relajado y con ganas de empezar un nuevo día

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

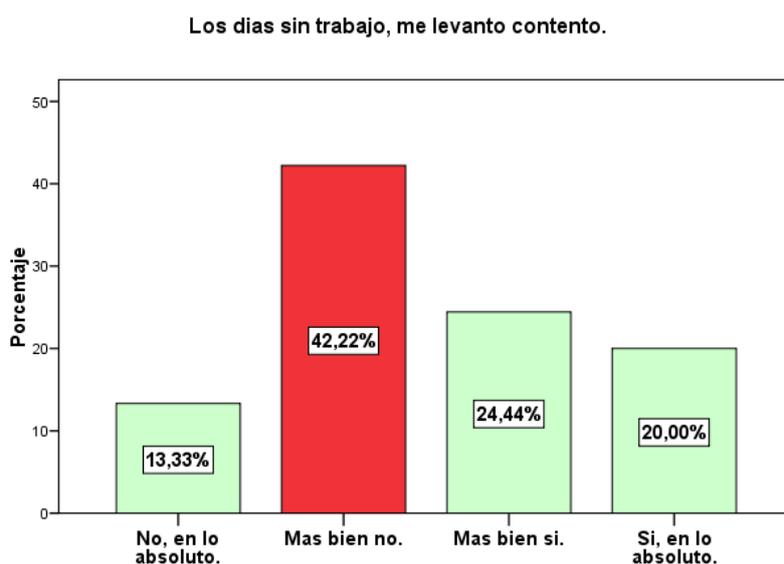


Gráfico 13: Los días sin trabajo, me levanto contento

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

El 55.5% respondió en estar no en lo absoluto estar de acuerdo en que por las mañanas suele despertarse relajado y con ganas de empezar un nuevo día, mientras el 24.4% está más bien si de acuerdo y solo 20 % responde si, en lo, absoluto.

	Frecuencia	Porcentaje
No, en lo absoluto.	15	33.3
Más bien no.	3	6.7
Más bien sí.	18	40.0
Si, en lo absoluto.	9	20.0
Total	45	100.0

Tabla 14: Estoy siendo menos feliz de lo que esperaba cuando era más joven

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

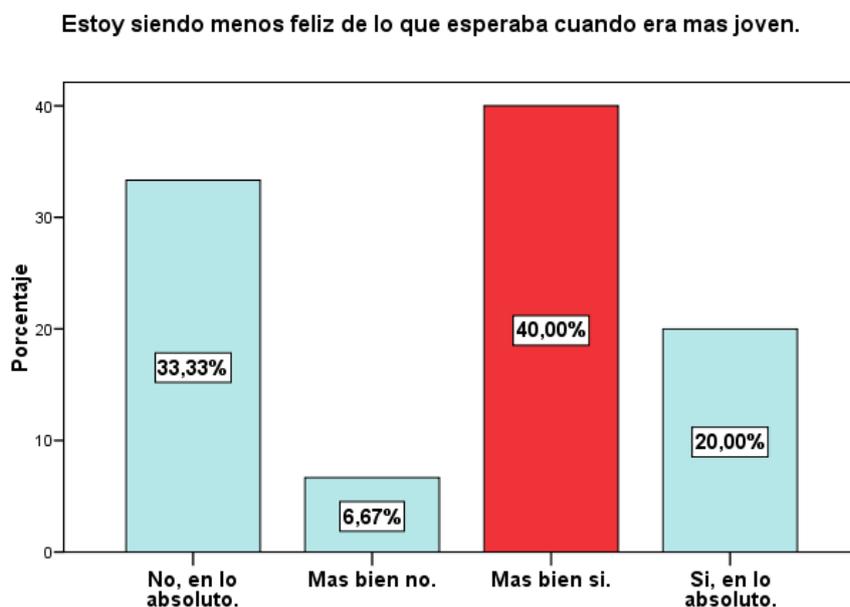


Gráfico 14: Estoy siendo menos feliz de lo que esperaba cuando era más joven

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

El 40% respondió en no en lo absoluto estar de acuerdo en que este siendo menos feliz de lo que esperaba cuando era más joven, mientras el 40% está más bien si de acuerdo y solo 20 % responde si, en lo, absoluto.

	Frecuencia	Porcentaje
No, en lo absoluto.	17	37.8
Más bien no.	6	13.3
Más bien sí.	12	26.7
Si, en lo absoluto.	10	22.2
Total	45	100.0

Tabla 15: La vida ofrece pocas satisfacciones

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

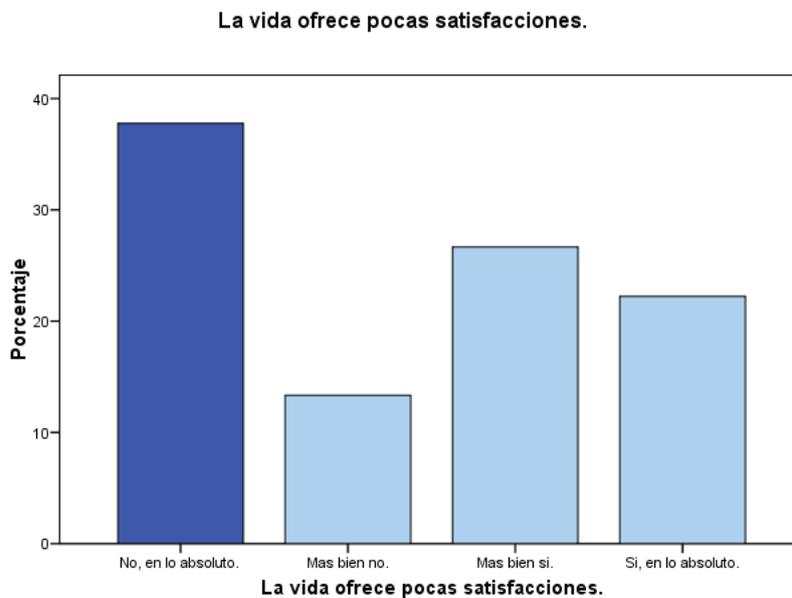


Gráfico 15. La vida ofrece pocas satisfacciones

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

El 51.1% respondió en no en lo absoluto estar de acuerdo en que la vida ofrece pocas satisfacciones, mientras el 26.6% está más bien si de acuerdo y solo 22.2% responde si, en lo, absoluto.

	Frecuencia	Porcentaje
No, en lo absoluto	5	11.1
Más bien no	15	33.3
Más bien sí	19	42.2
Si, en lo absoluto	6	13.3
Total	45	100

Tabla 16: Le pongo humor a la vida

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

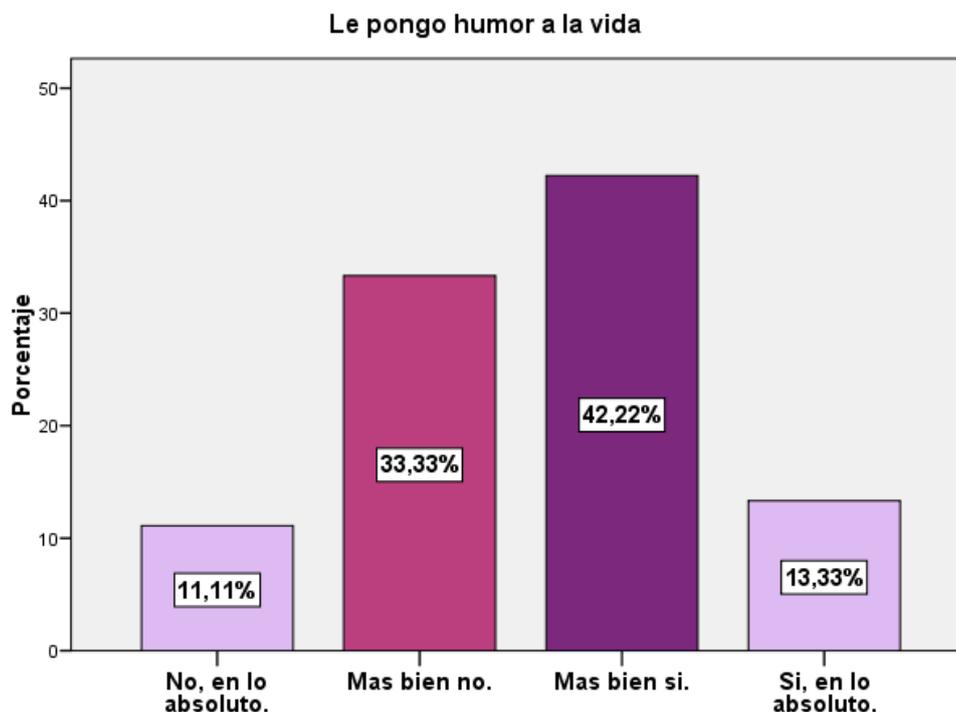


Gráfico 16: Le pongo humor a la vida

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

El 44.4% respondió en no en lo absoluto estar de acuerdo en que le pone humor a la vida, mientras el 42.2% está más bien si de acuerdo y solo 13.33% responde si, en lo, absoluto.

	Frecuencia	Porcentaje
No, en lo absoluto.	19	42.2
Más bien no.	12	26.7
Más bien sí.	8	17.8
Si, en lo absoluto.	6	13.3
Total	45	100.0

Tabla 17: Pase muy bien mis últimas semanas

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

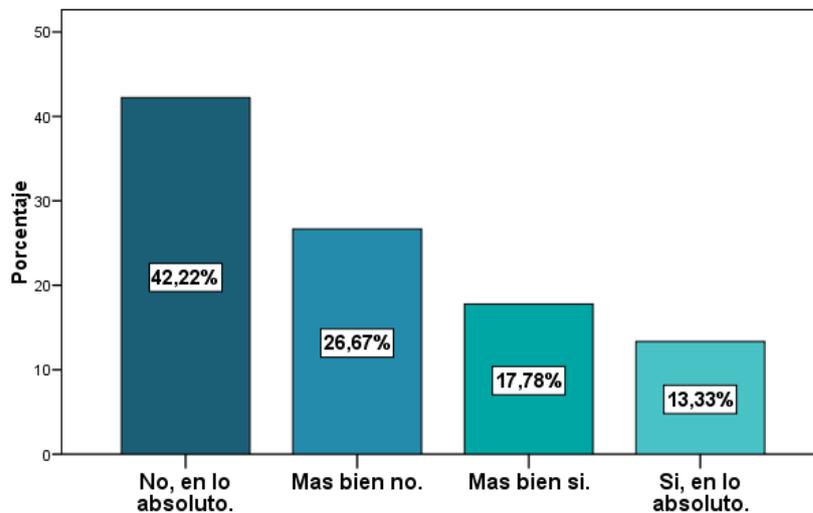


Gráfico 17: Pase muy bien mis últimas semanas

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

El 68.9% respondió en no en lo absoluto estar de acuerdo en que **pase muy bien las últimas semanas**, mientras el 17.78% está más bien si de acuerdo y solo 13.33% responde si, en lo, absoluto.

	Frecuencia	Porcentaje
No, en lo absoluto.	22	48.9
Más bien no.	3	6.7
Más bien sí.	11	24.4
Si, en lo absoluto.	9	20.0
Total	45	100.0

Tabla 18: Preferiría huir de todo lo que me rodea

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

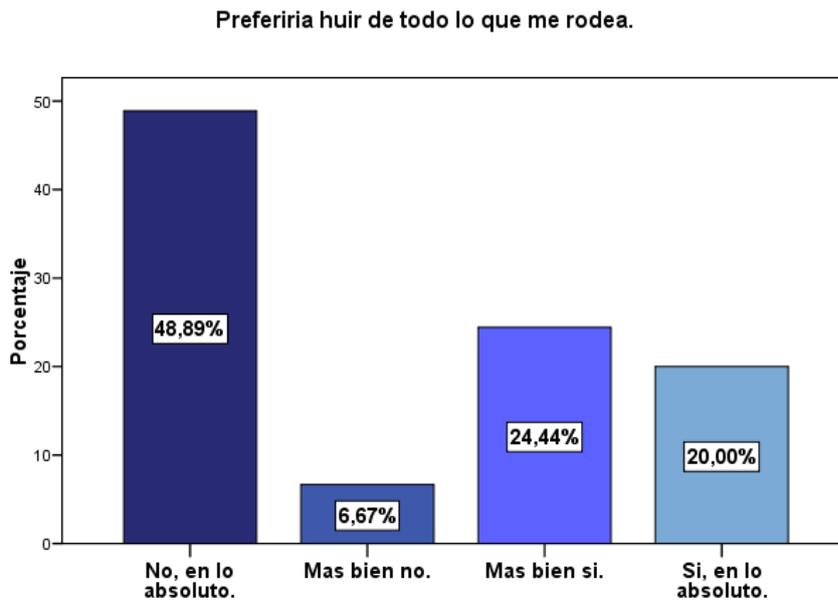


Gráfico 18: Preferiría huir de todo lo que me rodea

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

El 54.5% respondió en no en lo absoluto estar de acuerdo en que preferiría huir de todo lo que me rodea, mientras el 24.4% está más bien si de acuerdo y solo 20% responde si, en lo, absoluto.

	Frecuencia	Porcentaje
No, en lo absoluto.	4	8.9
Más bien no.	11	24.4
Más bien sí.	22	48.9
Si, en lo absoluto.	8	17.8
Total	45	100

Tabla 19: Estoy teniendo mala suerte

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

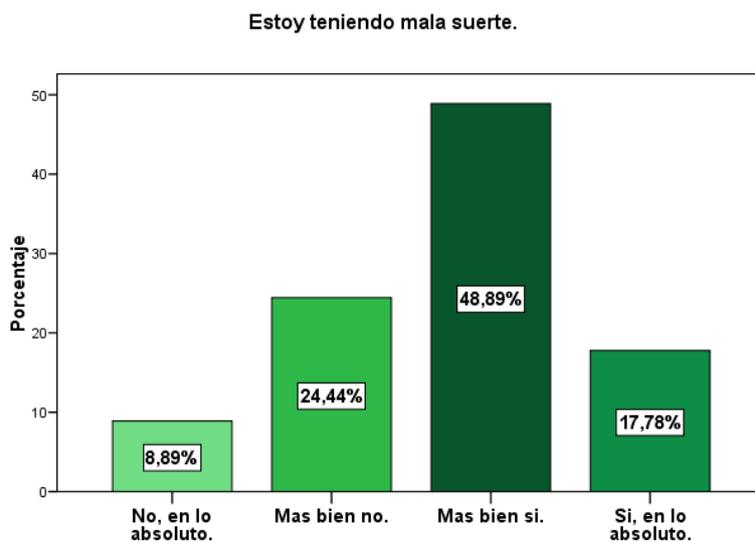


Gráfico 19: Estoy teniendo mala suerte

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

El 33.2% respondió en no en lo absoluto estar de acuerdo en que **está teniendo mala suerte**, mientras el 48.8% está más bien si de acuerdo y solo 17.8% responde si, en lo, absoluto. Esto se debe a que ya están dentro del programa de vida digna donde se les está restituyendo sus derechos.

	Frecuencia	Porcentaje
No, en lo absoluto.	23	51.1
Más bien no.	1	2.2
Más bien sí.	8	17.8
Si, en lo absoluto.	13	28.9
Total	45	100

Tabla 20: La vida me resulta bastante triste

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

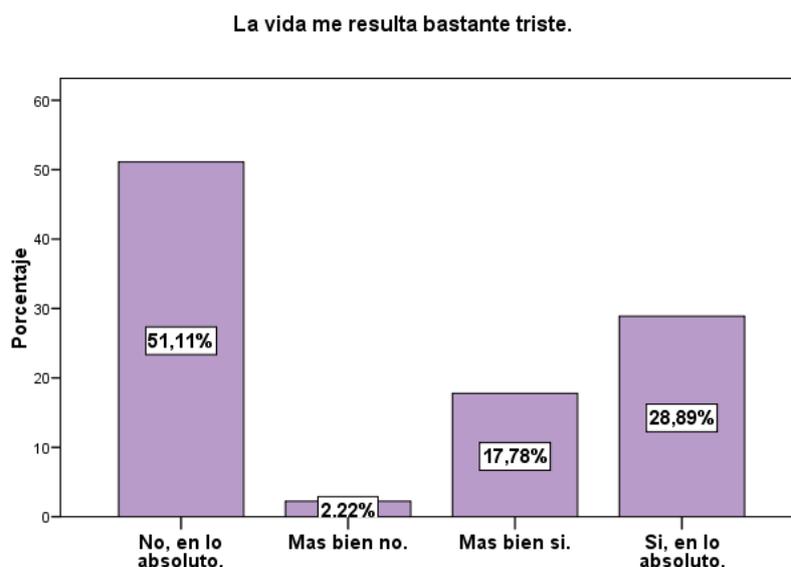


Gráfico 20: La vida me resulta bastante triste.

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014

El 51.11 % respondió que no en lo absoluto la vida le resulta bastante triste, mientras el 28.8% está más bien si de acuerdo y solo 17.8% responde que más bien sí. Esto se debe a que ya están dentro del programa de vida digna donde se les está restituyendo sus derechos y están sintiendo que ya no tiene sentido estar triste, pues en algo se está solucionando sus problemas.

	Frecuencia	Porcentaje
No, en lo absoluto.	3	6.7
Más bien no.	15	33.3
Más bien sí.	21	46.7
Si, en lo absoluto.	6	13.3
Total	45	100

Tabla 21: A gusto me cambiaría por otra persona

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

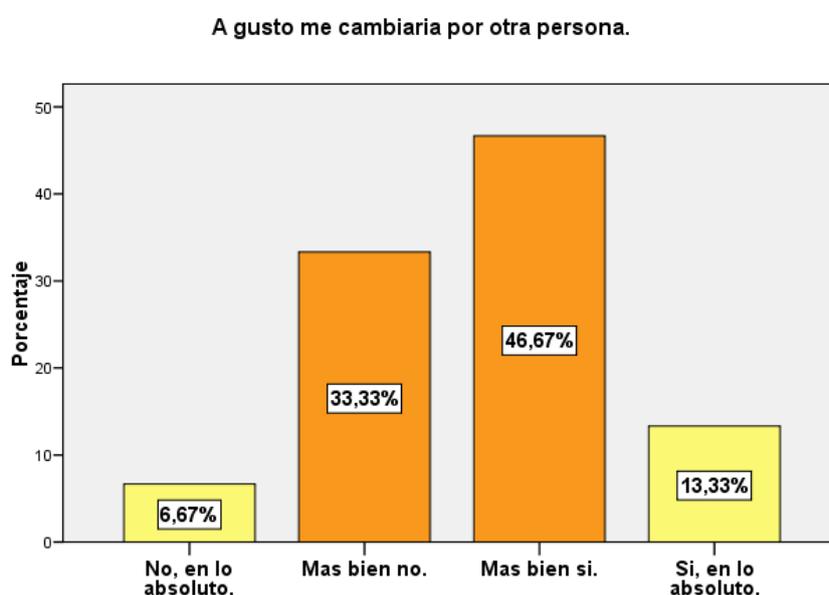


Gráfico 21: A gusto me cambiaría por otra persona

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

El 39.9% respondió en no en lo absoluto estar de acuerdo en que **seme cambiaría por otra persona** mientras el 60% está más bien si de acuerdo y si, en lo, absoluto.

	Frecuencia	Porcentaje
No, en lo absoluto.	19	42.2
Más bien no.	4	8.9
Más bien sí.	12	26.7
Si, en lo absoluto.	10	22.2
Total	45	100.0

Tabla 22: Tengo poca suerte con los amigos

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

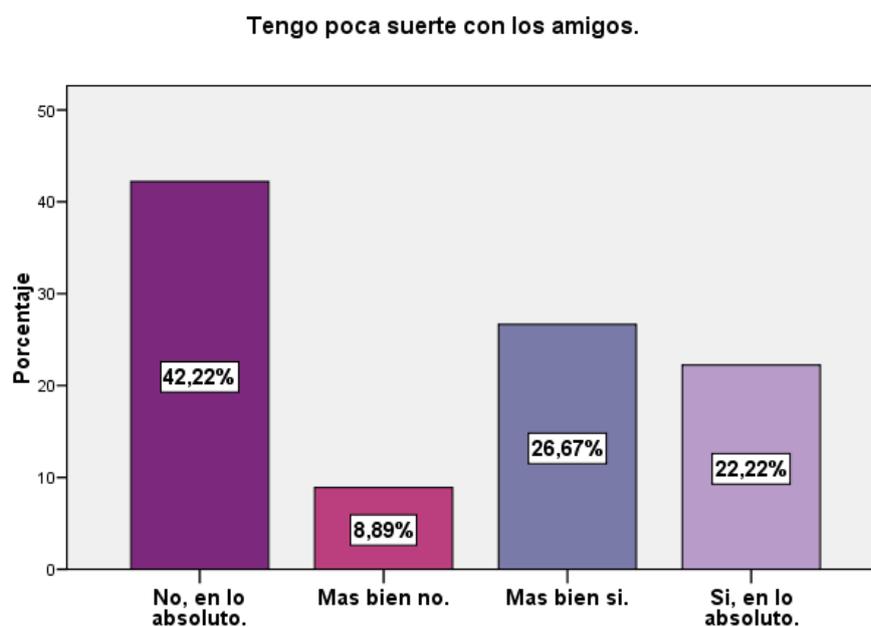


Gráfico 22: Tengo poca suerte con los amigos

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

El 51% respondió en no en lo absoluto estar de acuerdo en que **tiene poca suerte con los amigos**, mientras el 48.8% está más bien si de acuerdo y si en lo, absoluto.

	Frecuencia	Porcentaje
No, en lo absoluto.	8	17.8
Más bien no.	10	22.2
Más bien sí.	19	42.2
Si, en lo absoluto.	8	17.8
Total	45	100

Tabla 23: Me gusta la casa en la que vivo ahora

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

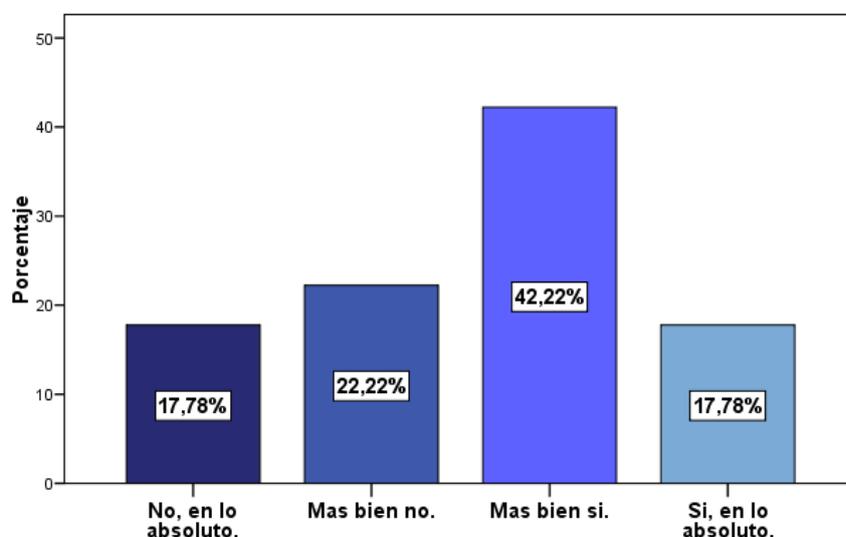


Gráfico 23: Me gusta la casa en que la que vivo ahora

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

El 40% respondió que no en lo absoluto estar de acuerdo en que le gusta la casa en que vive ahora, mientras el 60% está más bien si de acuerdo y si, en lo, absoluto. Esto se debe a que ya están dentro del programa de vida digna donde se les da una buena hospedería.

	Frecuencia	Porcentaje
No, en lo absoluto.	8	17.8
Más bien no.	7	15.6
Más bien sí.	20	44.4
Si, en lo absoluto.	10	22.2
Total	45	100

Tabla 24: En casa me toca vivir situaciones desagradables

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

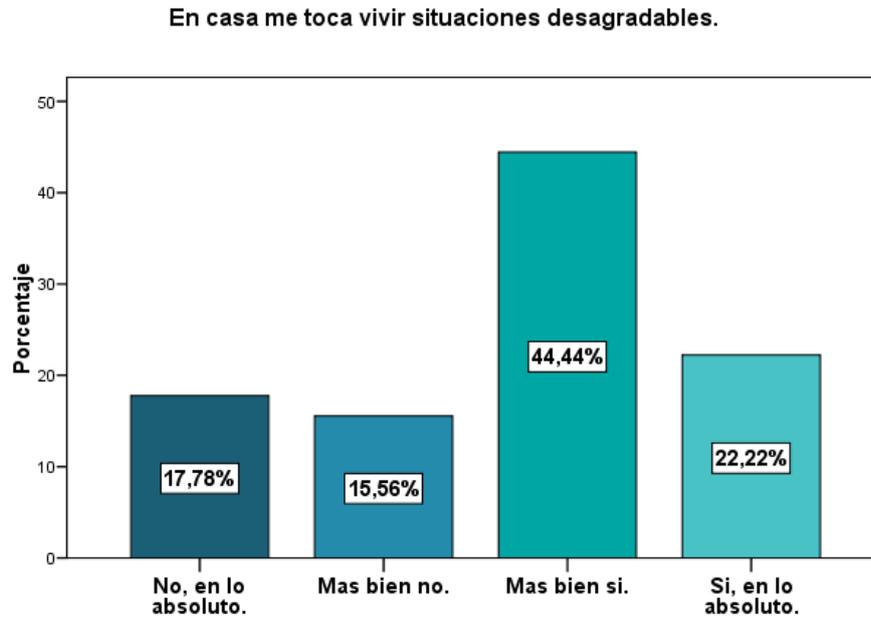


Gráfico 24: En casa me toca vivir situaciones desagradables

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

El 33.2% respondió en no en lo absoluto estar de acuerdo que en su casa le toca vivir situaciones desagradables, mientras el 68.8% recalca que más bien sí, es por ello que acuden al programa de vida digna donde se les restituyendo sus derechos.

	Frecuencia	Porcentaje
No, en lo absoluto	18	40.0
Más bien no	7	15.6
Más bien sí	10	22.2
Si, en lo absoluto	10	22.2
Total	45	100

Tabla 25: Me da tristeza no ser niño

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

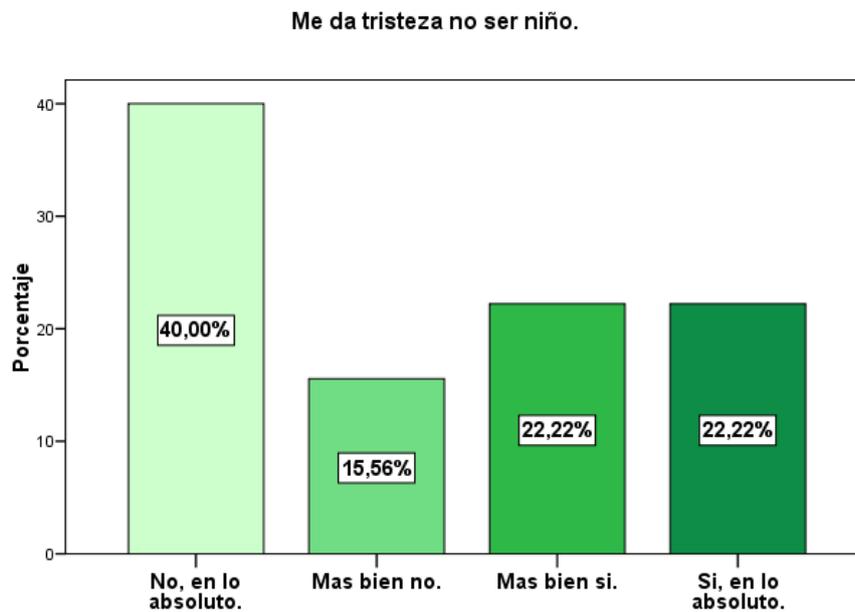


Gráfico 25: Me da tristeza no ser niño

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

El 55.5% respondió en no en lo absoluto estar de acuerdo en que **le da tristeza no ser niño**, mientras el 44.4% está más bien si de acuerdo y en lo, absoluto. Esto se debe a que aceptan la etapa de vida en la que están.

Creo que hay personas que me quieren mal

	Frecuencia	Porcentaje
No, en lo absoluto.	9	20.0
Más bien no.	8	17.8
Más bien sí.	19	42.2
Si, en lo absoluto.	9	20.0
Total	45	100.0

Tabla 26: Creo que hay personas que me quieren mal

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

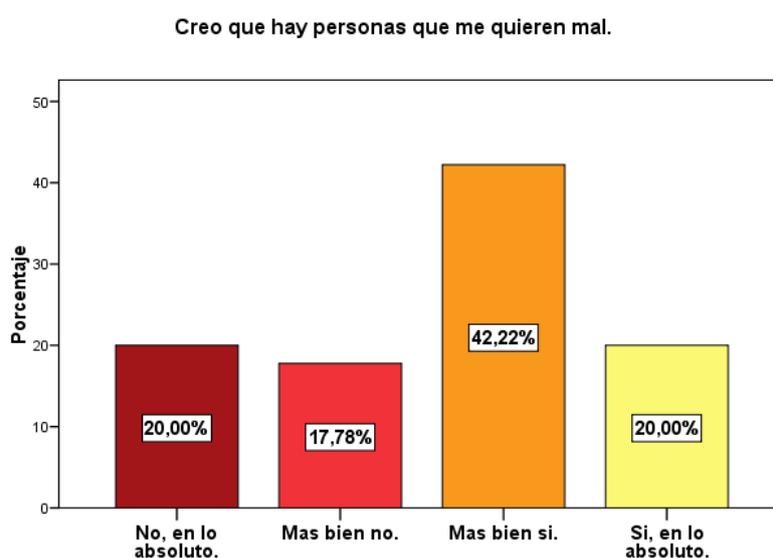


Gráfico 26: Creo que hay personas que me quieren mal

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

El 37.78% respondió en no en lo absoluto estar de acuerdo en que **creen que hay personas que me quieren mal**, mientras el 42.2% está más bien si de acuerdo y solo 17.8% responde si, en lo, absoluto. Esto se debe a que ya están dentro del programa de vida digna donde se les está restituyendo sus derechos.

	Frecuencia	Porcentaje
No, en lo absoluto.	12	26.7
Más bien no.	10	22.2
Más bien sí.	15	33.3
Si, en lo absoluto.	8	17.8
Total	45	100

Tabla 27: Veo el futuro bastante negro

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

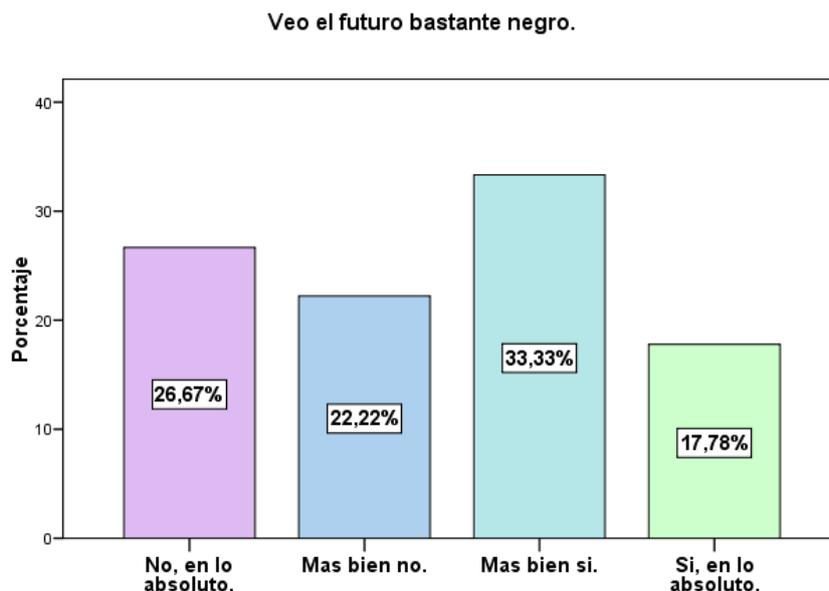


Gráfico 27: Veo el futuro bastante negro

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

El 48.8% respondió en no en lo absoluto estar de acuerdo en que ve el futuro bastante negro, mientras el 51.2% está más bien si de acuerdo y responde si, en lo absoluto. Esto se debe a que ya están formados parte del programa de vida digna y sienten cierta seguridad. Esta pregunta sirve como reactivos para encontrar mentiras en sus declaraciones, es un inventario psicológico, no necesariamente se refiere al Programa Nacional Vida Digna.

Disfruto mucho con pequeñas cosas de cada día

	Frecuencia	Porcentaje
No, en lo absoluto.	13	28.9
Más bien no.	10	22.2
Más bien sí.	15	33.3
Si, en lo absoluto.	7	15.6
Total	45	100

Tabla 28: Disfruto mucho con pequeñas cosas de cada día

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

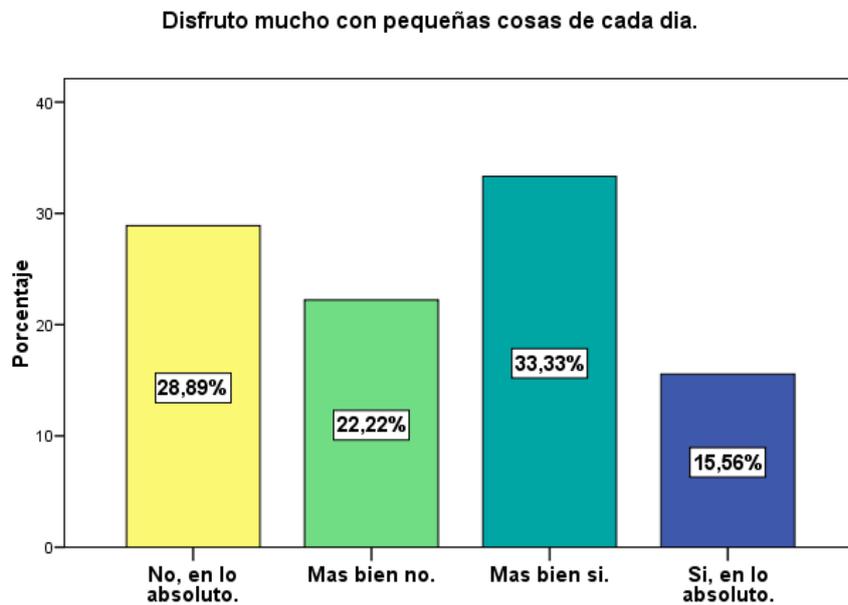


Gráfico 28: Disfruto mucho con pequeñas cosas de cada día

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

El 51.1% respondió en no en lo absoluto estar de acuerdo en que **disfruta mucho con pequeñas cosas de cada día**, mientras el 48.9% está más bien si de acuerdo y responde si, en lo, absoluto.

	Frecuencia	Porcentaje
No, en lo absoluto.	12	26.7
Más bien no.	8	17.8
Más bien sí.	16	35.6
Si, en lo absoluto.	9	20.0
Total	45	100

Tabla 29: Estoy contento con lo que hago a diario

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

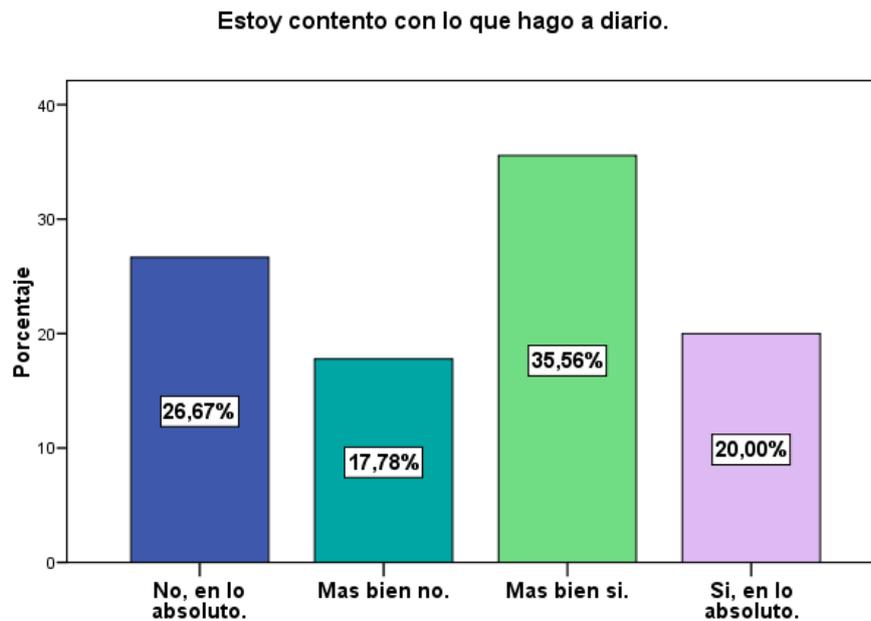


Gráfico 29: Estoy contento con lo que hago a diario

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

El 44.4% respondió en no en lo absoluto estar de acuerdo en que **está contento con lo que hace a diario**, mientras el 55.6% está más bien si de acuerdo y responde si, en lo, absoluto. Pues tiene un régimen de vida mixto, en la Hospedería y en las calles, se refiere a los dos lugares.

	Frecuencia	Porcentaje
No, en lo absoluto.	20	44.4
Más bien no.	5	11.1
Más bien sí.	10	22.2
Si, en lo absoluto.	10	22.2
Total	45	100

Tabla 30: La vida trae más alegrías que penas

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

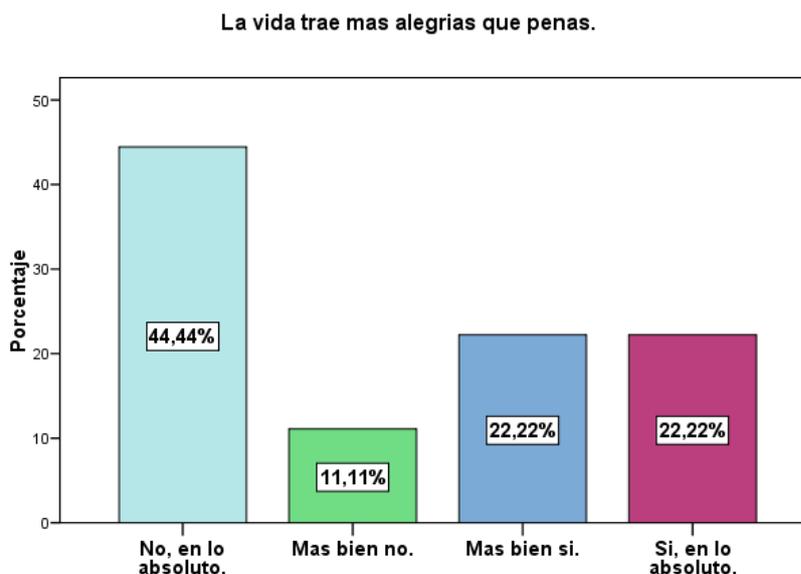


Gráfico 30: La vida trae más alegrías que penas

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

El 55.5% respondió en no en lo absoluto estar de acuerdo en que la vida trae más alegrías que penas, mientras el 44.5% está más bien si de acuerdo y responde si, en lo, absoluto.

	Frecuencia	Porcentaje
No, en lo absoluto.	7	15.6
Más bien no.	11	24.4
Más bien sí.	19	42.2
Si, en lo absoluto.	8	17.8
Total	45	100

Tabla 31: Me arrepiento de muchas cosas que he hecho

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

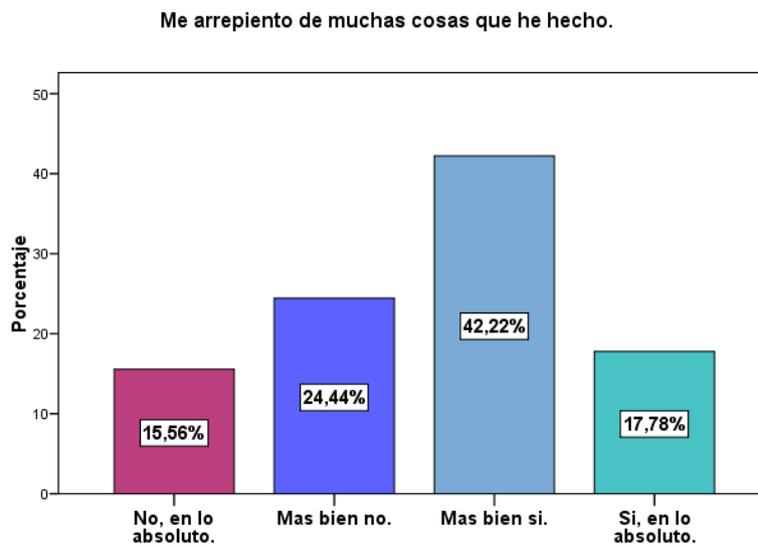


Gráfico 31: Me arrepiento de muchas cosas que he hecho

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

El 40% respondió en no en lo absoluto estar de acuerdo en que **se arrepiento de muchas cosas que he hecho**, mientras el 60% está más bien si de acuerdo y responde si, en lo, absoluto. Donde asumen las equivocaciones o decisiones erróneas de la vida.

	Frecuencia	Porcentaje
No, en lo absoluto.	8	17.8
Más bien no.	9	20.0
Más bien sí.	19	42.2
Si, en lo absoluto.	9	20.0
Total	45	100

Tabla 32: Si pudiera, cambiaría mi vida del todo

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

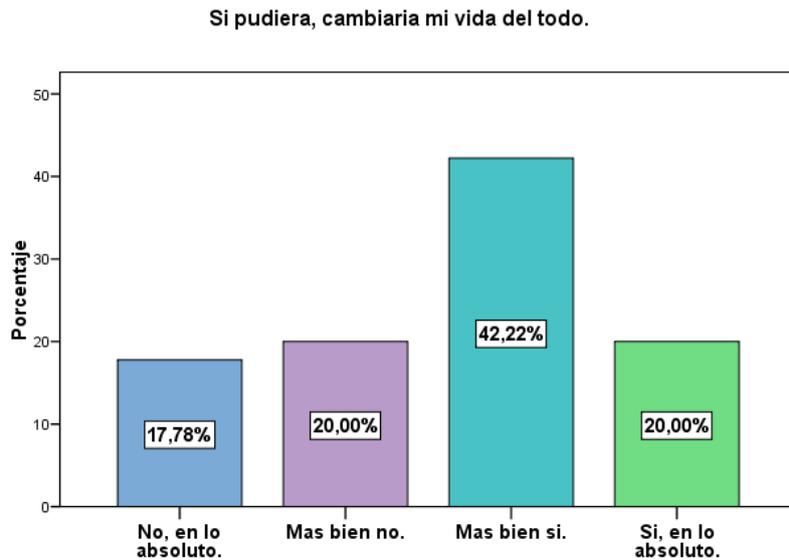


Gráfico 32: Si pudiera, cambiaría mi vida del todo

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

El 37.78% respondió en no en lo absoluto estar de acuerdo en que **si pudiera, cambiaria mi vida del todo** mientras el 62.2% está más bien si de acuerdo y responde si, en lo, absoluto.

	Frecuencia	Porcentaje
No, en lo absoluto.	21	46.7
Más bien no.	3	6.7
Más bien sí.	11	24.4
Si, en lo absoluto.	10	22.2
Total	45	100

Tabla 33: Soy de los que lloran de tristeza
Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

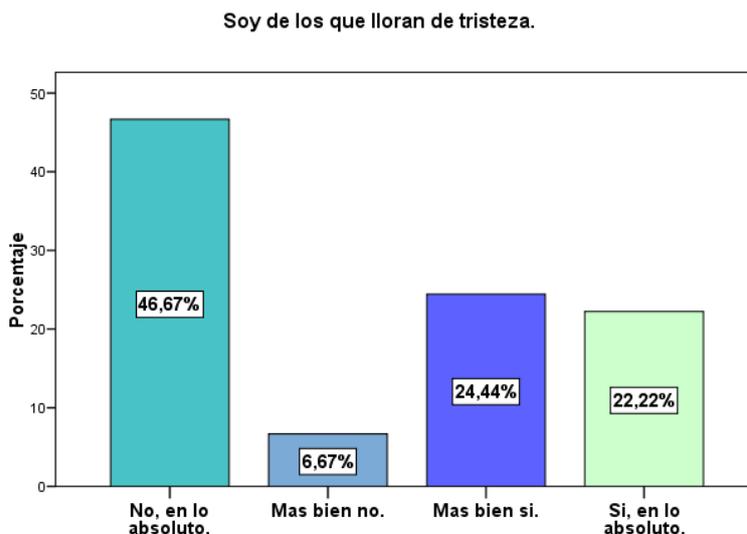


Gráfico 33: Soy de los que lloran de tristeza
Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

El 53.4% respondió en no en lo absoluto estar de acuerdo en que asegura que **lloran de tristeza**, mientras el 46.6% está más bien si de acuerdo y responde si, en lo, absoluto.

	Frecuencia	Porcentaje
No, en lo absoluto.	8	17.8
Más bien no.	15	33.3
Más bien sí.	15	33.3
Si, en lo absoluto.	7	15.6
Total	45	100

Tabla 34: Me han salido mal muchas cosas

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

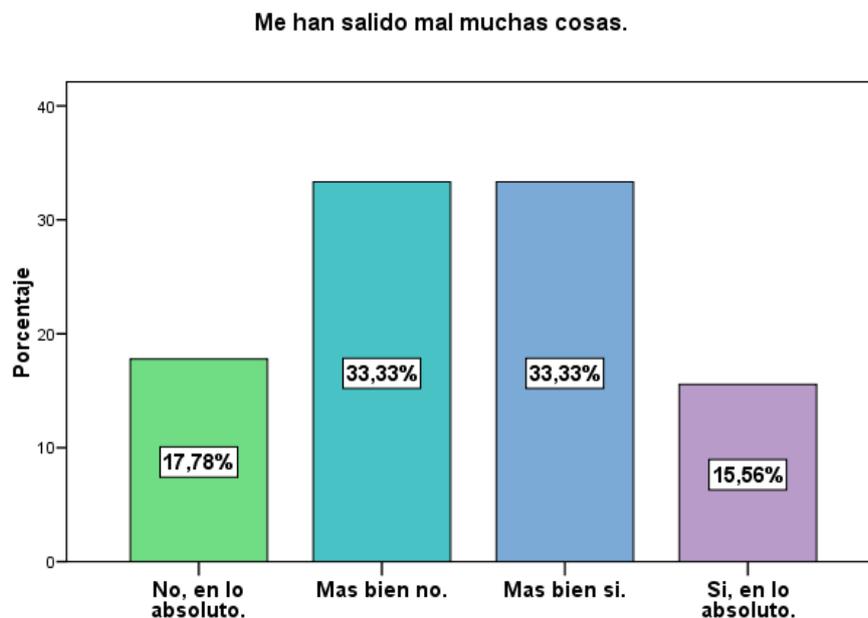


Gráfico 34: Me han salido mal muchas cosas

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

El 51.1% respondió en no en lo absoluto estar de acuerdo en que **le han salido mal muchas cosas** mientras el 48.9% está más bien si de acuerdo y responde si, en lo, absoluto.

	Frecuencia	Porcentaje
No, en lo absoluto.	9	20.0
Más bien no.	12	26.7
Más bien sí.	15	33.3
Si, en lo absoluto.	9	20.0
Total	45	100

Tabla 35: Estoy pasando por penas en la vida

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

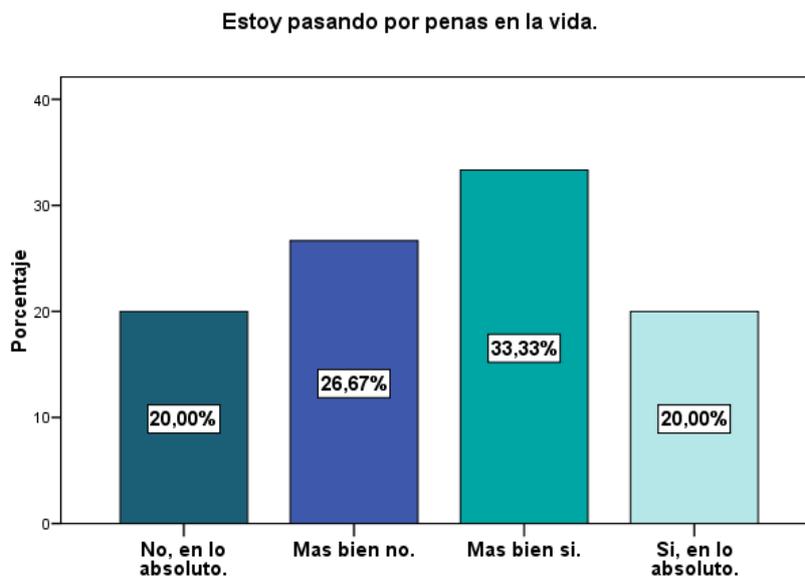


Gráfico 35: Estoy pasando por penas en la vida

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

El 46.7% respondió en no en lo absoluto estar de acuerdo en que **está pasando por penas en la vida**, mientras el 53.3% está más bien si de acuerdo y responde si, en lo, absoluto. Teniendo en consideración que el ser humano en situaciones difíciles, siente pena, aunque sean emociones momentáneas.

c. ESTADÍSTICAS DE AUTOESTIMA

AUTOESTIMA		
N	Válido	45
	Perdidos	0
Media		23,71
Mediana		24,00
Moda		25
Desviación estándar		3,946
Varianza		15,574
Rango		19
Mínimo		14
Máximo		33

Tabla 36: Estadística descriptiva de los puntajes de la autoestima PAMs que hacen uso de las Hospederías

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

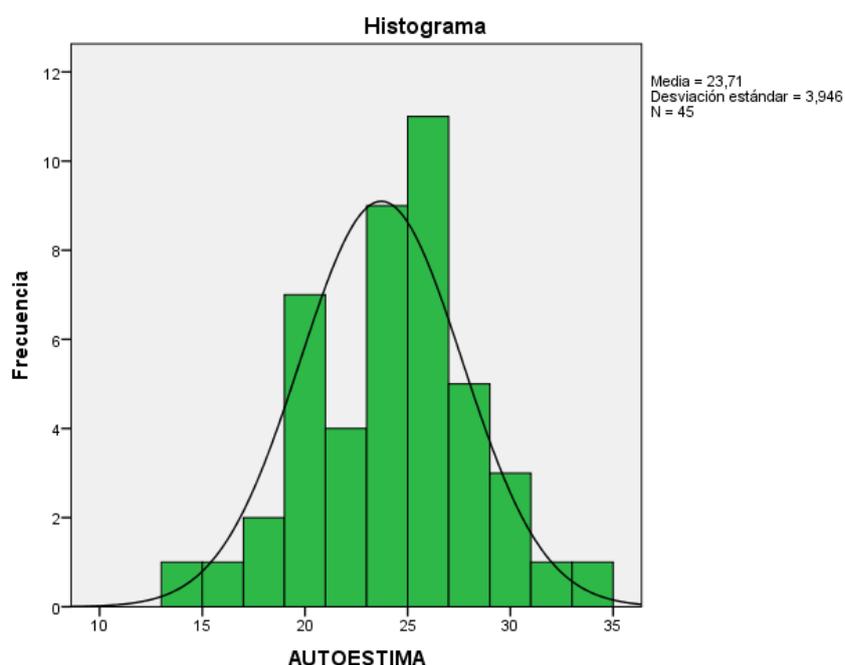


Gráfico 36: Histograma de los puntajes de la autoestima de las PAMs que hacen uso de las Hospederías

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

d. **CATEGORIZACIÓN DE LOS NIVELES DE AUTOESTIMA**

Autoestima	Puntaje	Cantidad	%
Alta	30 – 40	2	11.8
Media	20 - 30	11	64.7
Baja	10 - 20	4	23.5
Total		17	100.0

Tabla 37: Categorización de autoestima de las PAMs de la Hospedería Manos Benditas – SMP

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

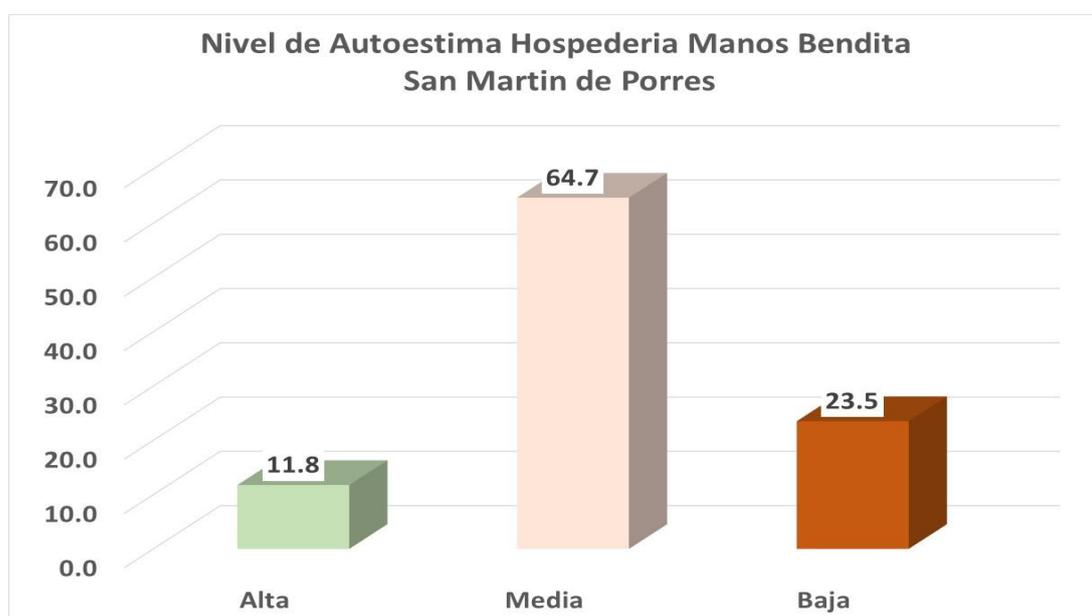


Gráfico 37: Categorización de autoestima de las PAMs de la Hospedería Manos Benditas – SMP

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

El nivel de autoestima es medio en un 64.7%, el nivel bajo de 23.5% y el 11,8% el Nivel de alto en la de la Hospedería Manos Benditas – SMP

Autoestima	Puntaje	Cantidad	%
Alta	30 – 40	0	0.0
Media	20 - 30	26	92.9
Baja	10 - 20	2	7.1
Total		28	100.0

Tabla 38: Categorización de autoestima de las PAMs de la Hospedería Medalla Milagrosa – SJL

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

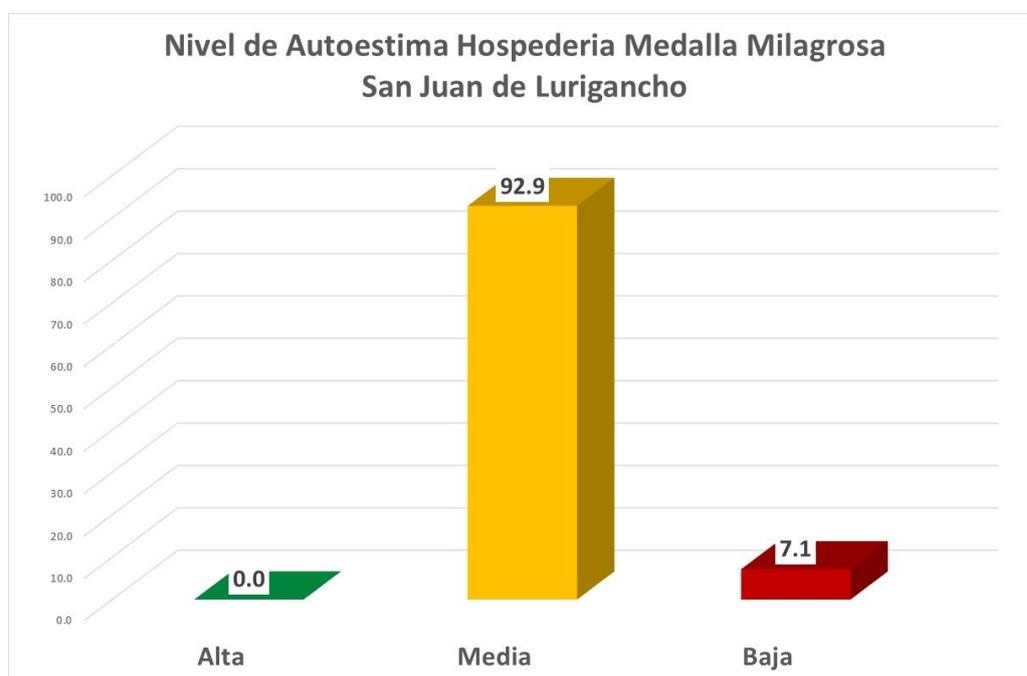


Gráfico 38: Nivel de autoestima hospedería Medalla Milagrosa San Juan de Lurigancho

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

El nivel de autoestima es medio en un 92.9%, el nivel bajo de 7.1% y el 0,0% el Nivel de alto en la de la Hospedería Medalla Milagrosa – San Juan de Lurigancho

Autoestima	Puntaje	Cantidad	%
Alta	30 – 40	2	4.4
Media	20 - 30	37	82.2
Baja	10 - 20	6	13.3
Total		45	100.0

Tabla 39: Categorización de la autoestima de las PAMs

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

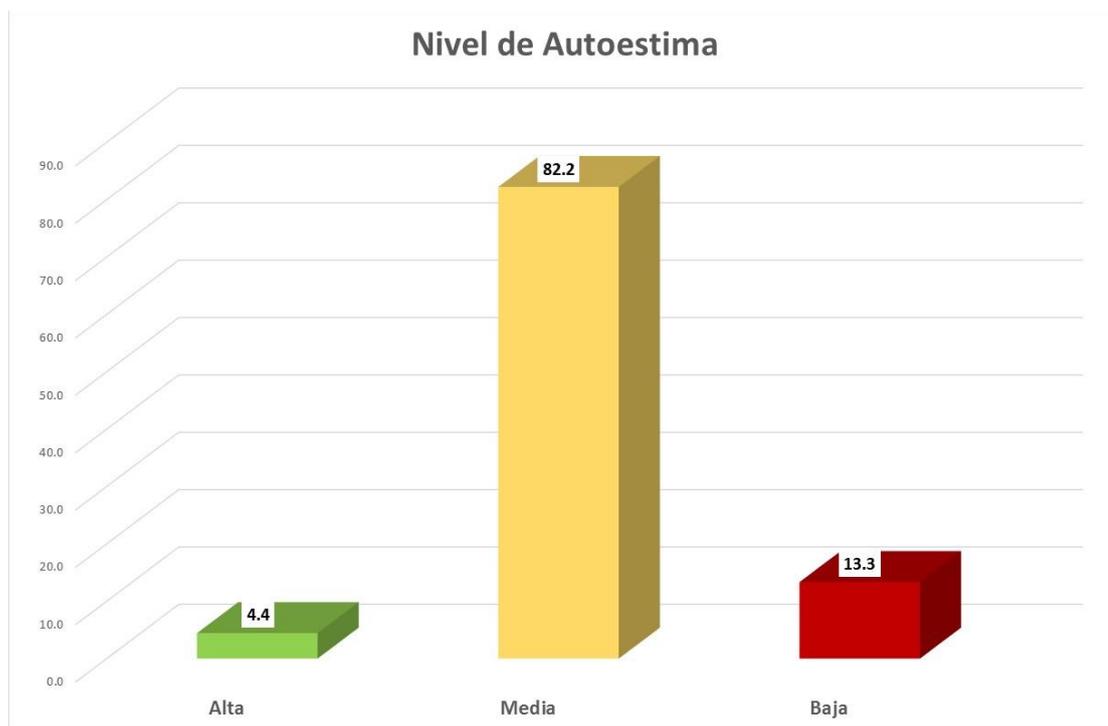


Gráfico 39: Nivel de autoestima General de todos los PAMs

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

El nivel de autoestima es medio en un 82,2%, el nivel bajo de 13,3% y solo 4,4% el

Nivel de autoestima alto

e. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LOS PUNTAJES DE LA BIENESTAR PERSONAL

BIENESTAR PERSONAL	
Media	58,36
Mediana	57,00
Moda	53 ^a
Desviación estándar	7,392
Varianza	54,643
Rango	35
Mínimo	43
Máximo	78
a. Existen múltiples modas. Se muestra el valor más pequeño.	

Tabla 40: PAMs que hacen uso de las Hospederías

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014

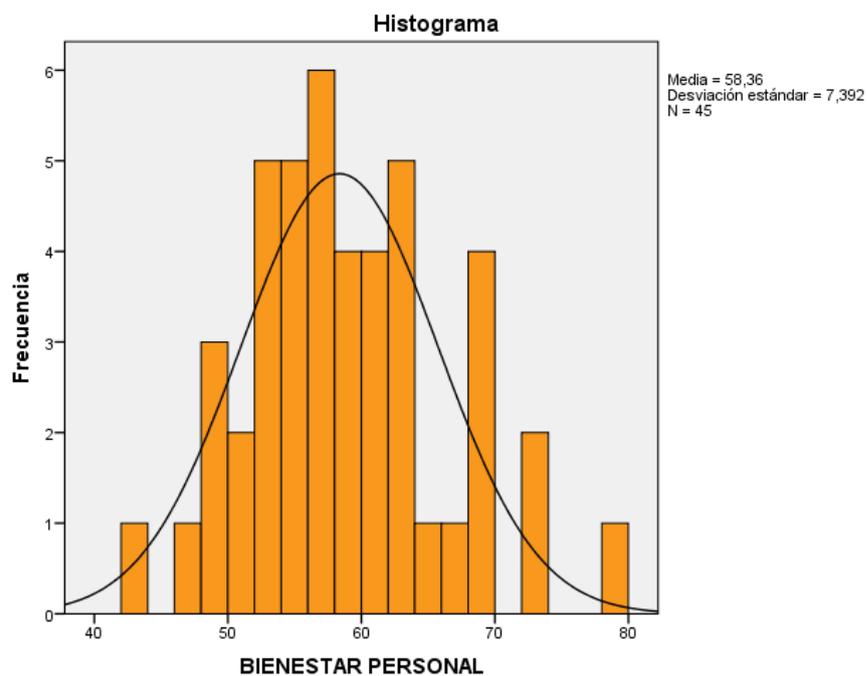


Gráfico 40: Histograma de los puntajes de bienestar personal

PAMs que hacen uso de las Hospederías

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014

f. **Categorización de los Niveles de Bienestar Personal**

Bienestar Personal	Puntaje	Cantidad	%
Alta	72 - 96	0	0.0
Media	48 - 72	28	100.0
Baja	24 - 48	0	0.0
Total		28	100.0

Tabla 41: Categorización del Bienestar Personal de las PAMs de la Hospedería Medalla Milagrosa – SJL

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

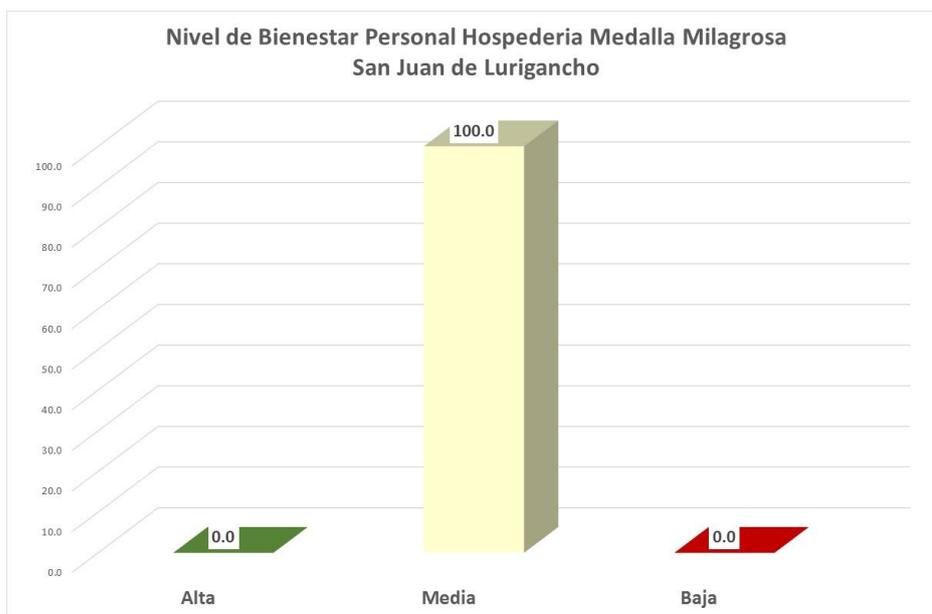


Gráfico 41: Categorización del Bienestar Personal de las PAMs de la Hospedería Medalla Milagrosa – SJL

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

El nivel de bienestar personal es medio en un 100%, el nivel bajo y el Nivel de alto es de 0.0% en la de la Hospedería Medalla Milagrosa – SJL

Bienestar Personal	Puntaje	Cantidad	%
Alta	72 - 96	3	17.6
Media	48 - 72	12	70.6
Baja	24 - 48	2	11.8
Total		17	100.0

Tabla 42: Categorización del Bienestar Personal de las PAMs de la Hospedería Manos Benditas – SMP

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

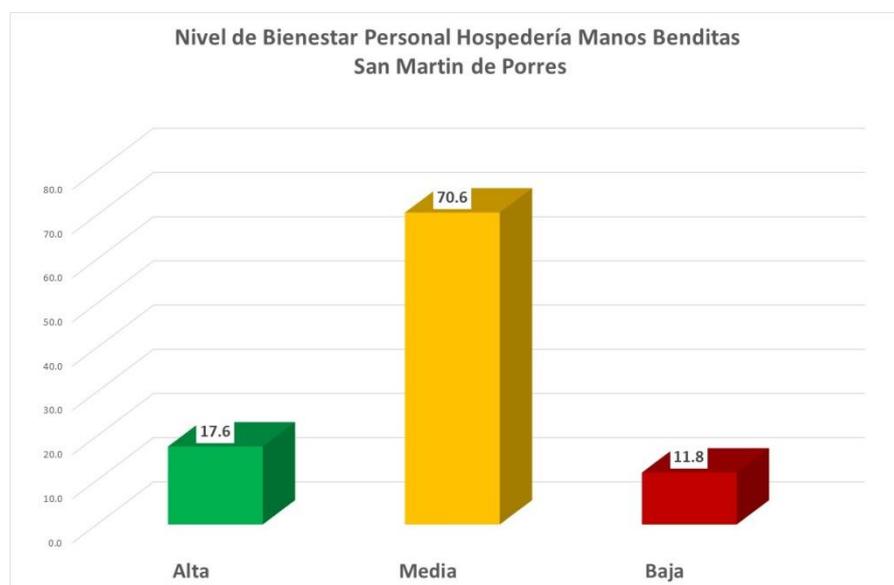


Gráfico 42: Categorización del Bienestar Personal de las PAMs de la Hospedería Manos Benditas – SMP

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

El nivel de bienestar personal es medio en un 70.6%, el nivel bajo de 11.8% y el 17.6% el Nivel de alto en la de la Hospedería Manos Benditas – SMP

Bienestar Personal	Puntaje	Cantidad	%
Alta	72 - 96	2	4.4
Media	48 - 72	40	88.9
Baja	24 - 48	3	6.7
Total		45	100.0

Tabla 43: Categorización del bienestar personal de las PAMs

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

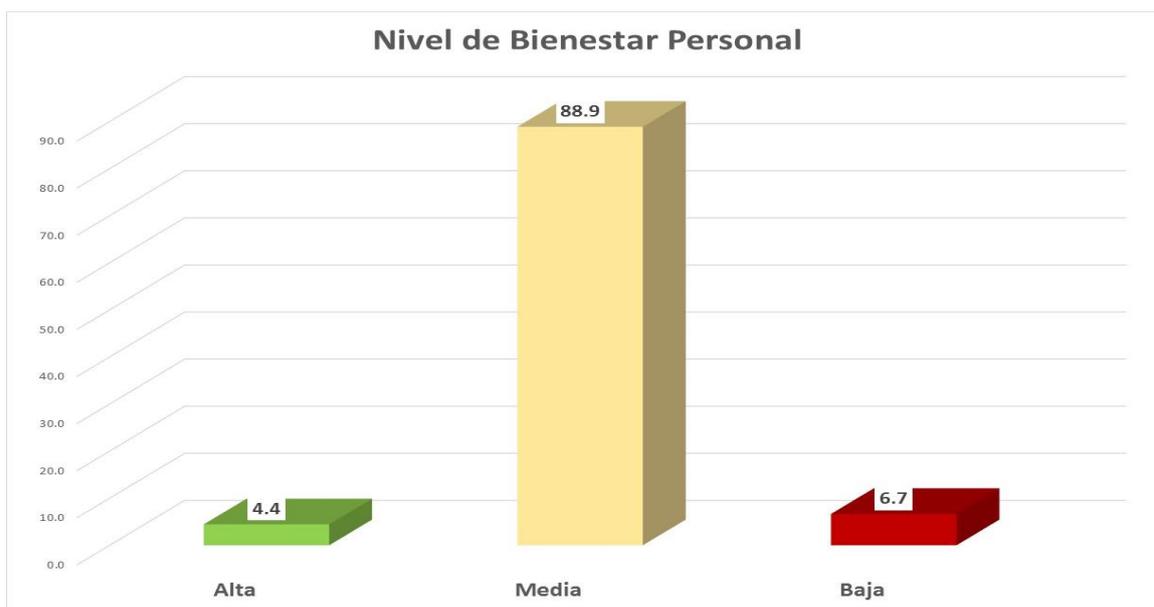


Gráfico 43: Categorización del bienestar personal de las PAMs

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

El nivel de bienestar personal es medio en un 88.9%, el nivel bajo de 6,7% y solo 4,4% el Nivel de alto

Bienestar Personal	Puntaje	Cantidad	%
Alta	72 - 96	0	0.0
Media	48 - 72	28	100.0
Baja	24 - 48	0	0.0
Total		28	100.0

Tabla 44: Categorización del Bienestar Personal de las PAMs de la Hospedería Medalla Milagrosa – SJL

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

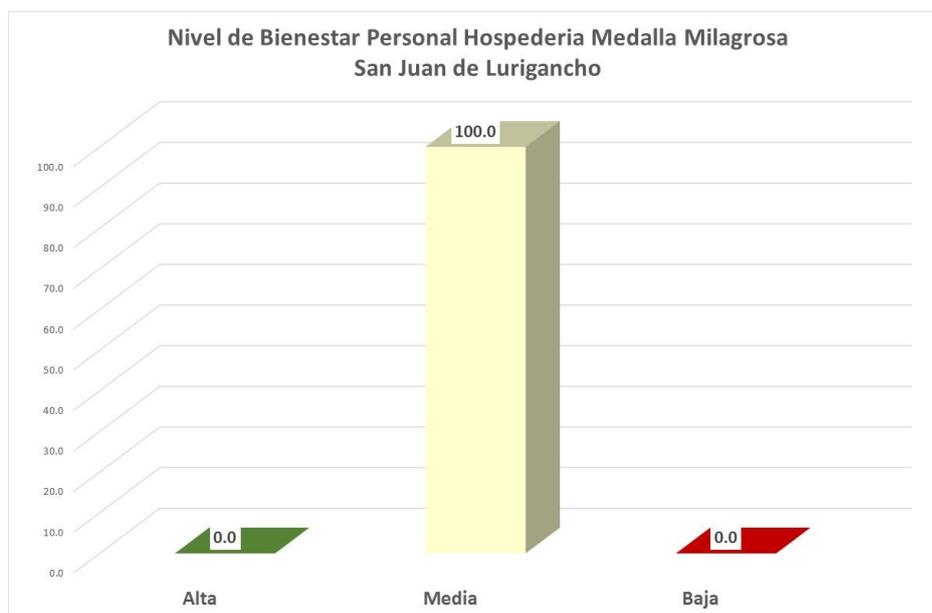


Gráfico 44: Categorización del Bienestar Personal de las PAMs de la Hospedería Medalla Milagrosa – SJL

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

El nivel de bienestar personal es medio en un 100%, el nivel bajo y el Nivel de alto es de 0.0% en la de la Hospedería Medalla Milagrosa - SJL

g. CORRELACIÓN DE AUTOESTIMA Y BIENESTAR PERSONAL DE LAS PAMS

		AUTOESTIMA	BIENESTAR PERSONAL
AUTOESTIMA	Correlación de Pearson	1	,256
	Sig. (bilateral)		,090
	N	45	45
BIENESTAR PERSONAL	Correlación de Pearson	,256	1
	Sig. (bilateral)	,090	
	N	45	45

Tabla 45: Correlación de Autoestima y Bienestar Personal de las PAMs
Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,256 ^a	,065	,044	7,229

a. Predictores: (Constante), AUTOESTIMA

b. Variable dependiente: BIENESTAR PERSONAL

Tabla 46: Resumen del Modelo de Autoestima y Bienestar Personal de las PAMs

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

La correlación entre el autoestima y el bienestar personal de las PAMs es de 0.256 siendo una correlación positiva débil, es decir a mayor autoestima, mejor bienestar personal, pero en este grupo de PAMs, es muy bajo, pues una población vulnerable que necesita más atención y estrategias para mejorar el autoestima y por consiguiente el bienestar personal.

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Error estándar	Beta		
1	(Constante)	69,718	6,636		10,506	,000
	AUTOESTIMA	-,479	,276	-,256	-1,735	,090

a. Variable dependiente: BIENESTAR PERSONAL

Tabla 47: Coeficientes del Modelo de Autoestima y Bienestar Personal de las PAMs

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

Se genera un modelo matemático:

$$Y = 69.718 - 0.479 X$$

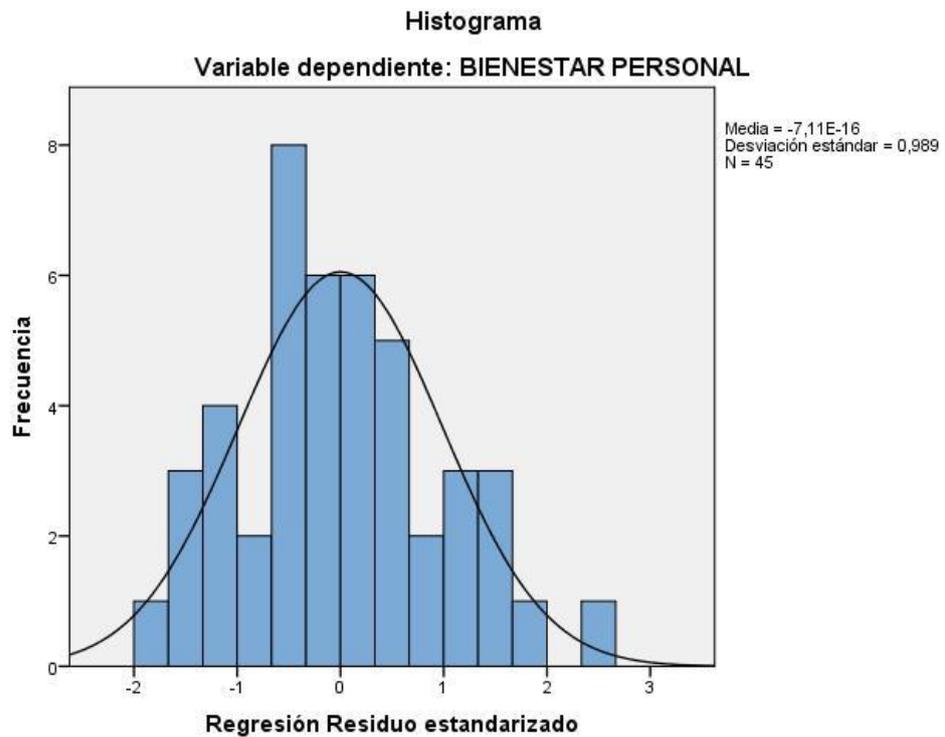


Gráfico 45: Histograma del Modelo de Autoestima y Bienestar Personal de las PAMs

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

Gráfico P-P normal de regresión Residuo estandarizado

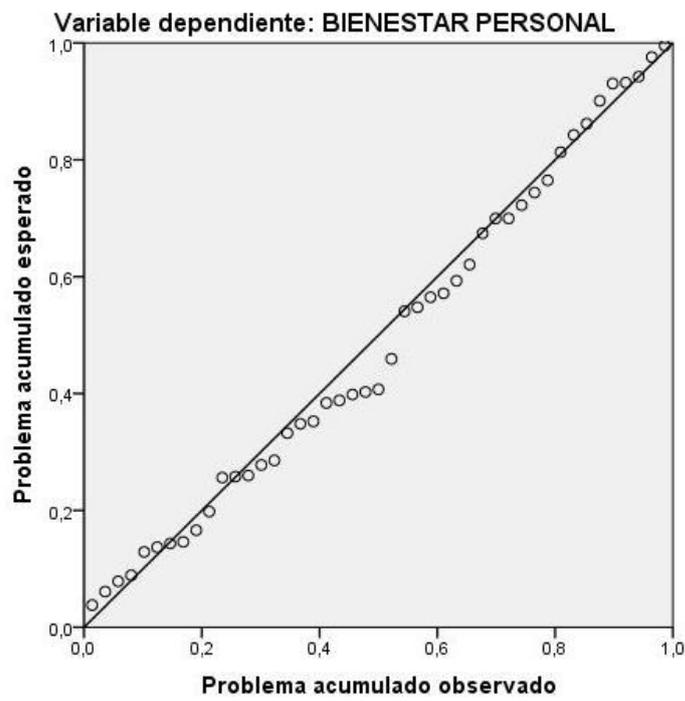


Gráfico 46: Grafico P-P normal de regresión Residuo Estandarizado

Fuente. Propia del investigador tomado el Octubre 2014.

3.2- CONCLUSIONES

Conclusión General

- El Autoestima se relaciona en un 0.256 con el Bienestar Personal de las Personas Adultas Mayores (PAMs) en situación de calle del Servicio de Atención Básica en Lima Metropolitana 2014. Es una correlación positiva débil.

Conclusiones Específicas

- El nivel de Autoestima es medio en un 82,2%, el nivel bajo de 13,3% y solo 4,4% el Nivel de autoestima alto de las Personas Adultas Mayores (PAMs) en situación de calle del Servicio de Atención Básica en Lima Metropolitana.
- El nivel de Bienestar Personal es medio en un 88.9%, el nivel bajo de 6,7% y solo 4,4% el Nivel de alto de las Personas Adultas Mayores (PAMs) en situación de calle del Servicio de Atención Básica en Lima Metropolitana.

3.3- RECOMENDACIONES

- Se recomienda mejorar las estrategias para elevar el Autoestima y el Bienestar Personal de las Personas Adultas Mayores (PAMs) en situación de calle del Servicio de Atención Básica en Lima Metropolitana 2014.

- Establecer programas de Autoestima de las Personas Adultas Mayores (PAMs) en situación de calle del Servicio de Atención Básica en Lima Metropolitana. De acuerdo con las percepciones de los usuarios para una mejor calidad en el servicio.

- Establecer Programas el nivel de Bienestar Personal de las Personas Adultas Mayores (PAMs) en situación de calle del Servicio de Atención Básica en Lima Metropolitana. De acuerdo con las percepciones de los usuarios para una mejor calidad en el servicio.

3.4- APOORTE CIENTIFICO

- APLICACIÓN PRÁCTICA E IMPACTO PARA LA SOCIEDAD.

La presente investigación es muy importante porque va a estudiar el autoestima de las Personas Adultas Mayores en situación de calle del Servicio de Atención Básica y su bienestar personal, cuando las PAMs están en abandono moral y físico de su familia se convierte en un sector de la población muy vulnerable y es un problema social del país poco estudiado. El estudio sirve para realizar el diagnóstico de la presente población, una vez culminado se entregara los resultados y recomendaciones al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables para la toma de decisiones.

La presente investigación tiene una relevancia social significativa, pues va a servir para contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida de las PAMs en situación de abandono moral, económico y social.

– Metas específicas.

Establecer el nivel de Autoestima de las Personas Adultas Mayores (PAMs) en situación de calle de alojamiento flexible (hospedería) de Lima Metropolitana.

Establecer el nivel de Bienestar Personal de las Personas Adultas Mayores (PAMs) en situación de calle que tienen el componente de alojamiento flexible (hospedería) de Lima Metropolitana 2014.

Establecer la relación que existe entre el nivel de autoestima de las Personas Adultas Mayores (PAMs) en situación de calle que tienen el componente de

alojamiento flexible (hospedería) de Lima Metropolitana 2014 con el Bienestar Personal.

– **Contribución e impacto.**

El aporte es positivo y en especial para el Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables que es la Institución que formula y ejecuta programas sociales para poblaciones vulnerables, a través de los resultados y recomendaciones que se les remitirá, realizarán estrategias para mejorar el autoestima de la PAMs que tienen empadronadas hasta el momento y a las que empadronarán en el futuro con la característica de PAMs en situación de calle que están en situación de abandono total, deambulan por las calles; se fijen pautas para el desarrollo de la autoestima y ello condicione el mejoramiento de la salud mental de las PAMs, se superen las dificultades de bienestar personal.

Existen pocos trabajos que estudian las relaciones entre el bienestar personal y la autoestima en la vejez, no encontrándose en la literatura ningún estudio que aborde este tema y más aún en las Personas Adultas Mayores (PAMs) en situación de calle que tienen el componente de alojamiento flexible (hospedería). Por lo tanto tiene una gran contribución e impacto en la sociedad.

3.5- FUENTES DE INFORMACIÓN

Aguirre, J. (1977). *Tercera edad*. ed. Karpos. Madrid,.

Agulló-Tomás, M. S. (2001). Mayores, actividad y jubilación: Una aproximación psico-sociológica. Madrid: IMSERSO.

Arana de, J. M. (1996). Biología del envejecimiento. In J. M. de Arana (dir.), *Biosociología del envejecimiento*. Madrid: Farmaindustria.

Ardilla, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164.

Argyle, M. (1987). *La Psicología de la Felicidad*. Madrid, España: Alianza Editorial.

Arguedas, Cinthya (2011) "Lineamientos para la gestión descentralizada en el ejercicio de las funciones de población, desarrollo social e igualdad de oportunidades por parte del MIMDES, gobiernos regionales y gobiernos locales".

Barrientos, J. (2005). *Calidad de vida, bienestar subjetivo: una mirada psicosocial*. Santiago, Chile: Colección Psicología.

Bazo, M^a. T. (1999). *Los mayores en Europa*. Madrid: Estudios de Política Exterior. Biblioteca Nueva.

Bielsa, Rafael (1967). *Derecho Administrativo, Tomo I*, Editora La Ley, Buenos Aires.

Buendía, J. (1993). Estrés y depresión. In J. Buendía (comp.), *Estrés y psicopatología*. Madrid: Prámide.

Buendía (Ed.), *Envejecimiento y Psicología de la salud*, 69-87. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.

- Casas, F., González, M., Coenders, G., Aymerich, M., Domingo, A., & Del Valle, A. (2001). Indicadores sociales y psicosociales de calidad de vida de las personas mayores en un municipio. *Intervención Psicosocial*, 10(3), 355-378.
- Castro Solano, A., & Díaz Morales, J. F. (2000). Estilos de personalidad: Objetivos de vida y satisfacción vital. In M. P. Sánchez López & M. M. Cosillo (Eds.), *Estilos de personalidad: una perspectiva iberoamericana*, (pp. 195-231). Madrid: Miño y Dávila.
- Canto H, Castro E. (Estudio comparativo sobre depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad. *Enseñanza e investigación en Psicología*. 2004; 9 (2): 257 – 270. [Revista virtual Universidad Veracruzana]. [Fecha de acceso 29 de agosto de 2011]
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía - División de Población y Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2011), *Los derechos de las personas mayores. Materiales de estudio y divulgación. Módulo 1. Hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez, Materiales de Estudio y Divulgación*. Santiago de Chile, Naciones Unidas.
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía - División de Población y Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2011), *Los derechos de las personas mayores. Materiales de estudio y divulgación. Módulo 2. Los Derechos de las Personas Mayores, Materiales de Estudio y Divulgación*. Santiago de Chile, Naciones Unidas.
- CEPAL. (Junio 2011). *Los Derechos de las personas mayores – Módulo 1, P. 11. .*
- Ciriani Anchorena, Bruno, (2010), *Manual de Cuidados del Adulto Mayor*. Laboratorio Roemmers.

Decreto Supremo N° 003-2012-MIMP en el artículo 65° del que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, las facultades de la Dirección de Personas Adultas Mayores para: “Proponer lineamientos, dispositivos legales, planes, programas, proyectos y normas internas en temas de personas adultas mayores, especialmente en aquellos sectores de la población que sufren discriminación o desprotección social”, contribuyendo de esta manera, a un envejecimiento con libertad e igualdad.

Deza Rivasplata, Jaime y Muñoz Ledesma Sabino. (2010) metodología de la Investigación Científica. 3ra Edición. Fondo Editorial UAP. Lima Perú.

Diccionario de la lengua española (DRAE) es la obra de referencia de la Academia. La última edición es la 23.^a, publicada en octubre de 2014.

Diener, E. (1994), “Assessing subjective well-being: Progress and opportunities” en Social Indicator, Research. Número 31, pp. 103-115.

Dromi, R. (2005). *Derecho Administrativo*. Lima: Gaceta Jurídica.

Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. (s.f.). *Anexo 1 Declaración Política*.

Ley N°. (28803). *Ley de las Personas Adultas Mayores. Artículo 2*.

Presidencia del Consejo de Ministros. (s.f.). *Plan Mediano de Transferencias 2011-2015 con enfoque de gestión descentralizada*. Lima: Secretaría de Descentralización, Documento preliminar.

Navarro J, Vital M. (1998). de Gracia, M., & Marcó, M. (2000). Efectos psicológicos de la actividad física en personas mayores. *Psicothema*,

Fernández-Ballesteros, R., Moya, R., Iñiguez, J., & Zamarrón, M. D. (1999). *¿Qué es la psicología de la vejez?* Madrid: Biblioteca Nueva.

- Fierro, A. (1999). El desarrollo de la personalidad en la adultez y la vejez. In J. García Martín, M. A., & Hombrados Mendieta, M. I. (2002). Intervención psicosocial con personas mayores: Los talleres de ocio como recurso para incrementar su apoyo social y control percibidos. *Intervención Psicosocial*, 11(1), 45-58.
- Hernández Sampieri, Roberto, Fernández Collado, Carlos y Baptista Lucio, Pilar. (2010). *Metodología de la Investigación*. Quinta Edición. Mc Graw Hill. México, D. F.
- Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento - Declaración Política y Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Indicadores de pobreza según edad según edad. Consulta: 29 de noviembre de 2011.
<http://www.inei.gob.pe/Sisd/index.asp>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). ENAHO 2010.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Informe Técnico N° 2, Situación de la Niñez y del Adulto Mayor – Segundo Trimestre 2012.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2011). Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población, 1950-2050
- Información extraída de la página web del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social: <http://www.pension65.gob.pe/index.php/home/page/4/12>, a julio del año 2012
- Kerlinger, Fred. (1992). *Investigación del Comportamiento*. Segunda edición. Mc Graw Hill. México, D. F.

- Manrique De Lara, Guillermo, (2013) Situación del adulto mayor en el Perú,
www.upch.edu.pe/famed/revista/index.php/RMH/article/.../1483/1473 por GM
DE LARA - 2013.
- Manual de Publicaciones de la American Psychological Association. (2010).
Tercera edición de la Sexta en Inglés. Editorial el Manual Moderno.
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and Personality*. New York: Harper and Row
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables – Programa Vida Digna – Perú.
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2012), Informe Nacional Perú
2007 – 2011.
- Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social – (2006), Plan Nacional para Personas
Adultas Mayores 2006 – 2010.
- Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social/ Instituto Nacional de Estadística e
Informática “Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2010”.
- Mora Ledesma, Martin y Sepúlveda Ortiz, Patricio. (1999). *Metodología de la
Investigación*. Editorial Limusa. México.
- Morales Bermúdez Cerrutti, Francisco. (2011). *El problema científico: lógica,
filosofía, planeamiento y desarrollo*. Primera Edición. Fondo Editorial de la
Universidad de Lima. Lima Perú.
- OMS, <http://www.who.int/topics/ageing/es/> consultado 12 – 10 – 2014.
- ONP, setiembre del año 2011
- Ortiz J, C. M. (2009). *Revista virtual Concepción - Chile*. Obtenido de
<http://www.scielo.org>
- Palacios, A. Marchesi & C. Coll (Eds.), *Desarrollo psicológico y educación*. 1.
Psicología evolutiva, pp. 567-589. Madrid: Alianza Editorial.

Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2013-09701, julio 2013 Lima, Perú

Piscoya Hermoza, Luis. (2009). El proceso de la Investigación Científica, Un caso y glosarios. Primera reimpresión. Fondo Editorial Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Lima Perú.

Programa de Envejecimiento y Ciclo Vital de la Organización Mundial de la Salud, abril 2002. "Envejecimiento activo: un marco político" Revista Española de Geriatría y Gerontología 2002; 37(S2):74-105.

Reig, A. (1992). Estrés y estado de salud en personas ancianas. In A. Reig & D. Domene (comps.), Perspectivas en gerontología y salud. Valencia: Promolibro

Rodríguez Sosa, Miguel Ángel. (1994) Investigación Científica, teoría y métodos. Tercera impresión. Pacifico editores.

Rosenberg, M. (1965). Society and adolescent self-image. Princeton: Princeton University Press.

Tafur Portilla, Raúl. (2012), La Tesis Universitaria: La tesis doctoral - La tesis de maestría - El informe - La monografía. Editorial Mantaro. Primera reimpresión. Lima Perú.

Valderrama Mendoza, Santiago y León Mucha, Lucy. (2009). Técnicas e instrumentos para la obtención de datos en la Investigación Científica. Primera edición Editorial San Marcos. Lima Perú.

Zavala G, Vidal G, Castro S, Quiroga P, Klassen P. (Agosto de 2011). Obtenido de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/292/29290204.pdf>

ANEXOS

1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivos	Marco Teórico	Hipótesis	Variables	Metodología																																				
<p>PROBLEMA PRINCIPAL ¿Qué relación que existe entre el Autoestima y el Bienestar Personal de las Personas Adultas Mayores (PAMs) en situación de calle del Servicio de Atención Básica del Programa Vida Digna en Lima Metropolitana 2014?</p> <p>PROBLEMAS SECUNDARIOS</p> <p>a. ¿Cuál será el nivel de Autoestima de las Personas Adultas Mayores (PAMs) en situación de calle del Servicio de Atención Básica del Programa Vida Digna en Lima Metropolitana 2014?</p> <p>b. ¿Cuál será el nivel de Bienestar Personal de las Personas Adultas Mayores (PAMs) en situación de calle del Servicio de Atención Básica del Programa Vida Digna en Lima Metropolitana 2014?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar la relación que existe entre Autoestima y el Bienestar Personal de las Personas Adultas Mayores (PAMs) en situación de calle del Servicio de Atención Básica del Programa Vida Digna en Lima Metropolitana 2014.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>a. Establecer el nivel de Autoestima de las Personas Adultas Mayores (PAMs) del Servicio de Atención Básica del Programa Vida Digna en Lima Metropolitana 2014.</p> <p>b. Establecer el nivel de Bienestar Personal de las Personas Adultas Mayores (PAMs) en situación de calle que tienen el componente de alojamiento flexible (hospedería) del Programa Vida Digna en Lima Metropolitana 2014.</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Antecedentes del problema o Bases Teóricas o Glosario de términos 	<p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>El Autoestima se relaciona significativamente con el Bienestar Personal de las Personas Adultas Mayores (PAMs) en situación de calle del Servicio de Atención Básica del Programa Vida Digna en Lima Metropolitana 2014.</p> <p>HIPÓTESIS SECUNDARIAS</p> <p>a. El nivel de—Autoestima es medio de las Personas Adultas Mayores (PAMs) en situación de calle del Servicio de Atención Básica del Programa Vida Digna en Lima Metropolitana.</p> <p>b. El nivel de Bienestar Personal es medio de las Personas Adultas Mayores (PAMs) en situación de calle del Servicio de Atención Básica del Programa Vida Digna en Lima Metropolitana.</p>	<p>Variable Independiente Autoestima</p> <p>Variable Dependiente Bienestar personal</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN: Aplicada o Factual. NIVEL DE INVESTIGACIÓN: Nivel Descriptivo Correlacional, MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN: Se ha utilizado el método inductivo – deductivo, para el diseño de la base de datos y la consulta de la información DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN: El diseño de esta investigación es no experimental (ex post facto) transeccional, correlacional causal. X → Y</p> <p>POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Hospederías/ Genero</th> <th>Hombres</th> <th>Mujeres</th> <th>Total</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Menos Benditas</td> <td>16</td> <td>1</td> <td>17</td> <td>38</td> </tr> <tr> <td>San Martín de Porras</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Medalla Milagrosa</td> <td>25</td> <td>3</td> <td>28</td> <td>62</td> </tr> <tr> <td>San Juan de Lurigancho</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>41</td> <td>4</td> <td>45</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table> <p>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS La base de datos para el presente estudio proporcionara el Programa Nacional Vida Digna del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.</p> <p>INSTRUMENTOS</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>VARIABLES</th> <th>TECNICAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Autoestima = X</td> <td>Test de Rosemberg</td> </tr> <tr> <td>Bienestar personal = Y</td> <td>Hoja de registro</td> </tr> </tbody> </table> <p>Utilización del Procesador Sistematizado Computarizado Para el procesamiento de datos se utilizara las siguientes herramientas: la hoja de cálculo Excel, SPSS. Pruebas Estadísticas Se utilizaran métodos estadísticos, como: análisis y exploración de datos, recodificación de datos, proceso de datos faltantes, estadística descriptiva (análisis de técnicas univariadas, bivariadas, multivariadas). Determinación de la Población y Muestra. Regresión y correlación. FUENTES: Asociación de Psicología Americana APA 6ta Edición</p>	Hospederías/ Genero	Hombres	Mujeres	Total	Porcentaje	Menos Benditas	16	1	17	38	San Martín de Porras					Medalla Milagrosa	25	3	28	62	San Juan de Lurigancho					Total	41	4	45	100	VARIABLES	TECNICAS	Autoestima = X	Test de Rosemberg	Bienestar personal = Y	Hoja de registro
Hospederías/ Genero	Hombres	Mujeres	Total	Porcentaje																																					
Menos Benditas	16	1	17	38																																					
San Martín de Porras																																									
Medalla Milagrosa	25	3	28	62																																					
San Juan de Lurigancho																																									
Total	41	4	45	100																																					
VARIABLES	TECNICAS																																								
Autoestima = X	Test de Rosemberg																																								
Bienestar personal = Y	Hoja de registro																																								

2. ENCUESTAS – CUESTIONARIOS – ENTREVISTAS

Instrumentos sobre Autoestima y Bienestar Personal de las Personas Adultas

Mayores PAMs del Programa Nacional Vida Digna Lima Metropolitana

IMPORTANTE: Todas las respuestas a esta encuesta son anónimos.

Sexo: **F** **M**

Edad: años

Muy en desacuerdo	1
En desacuerdo	2
De acuerdo	3
Muy de acuerdo	4

I. Autoestima

	1	2	3	4
Soy una persona de valía.				
Pienso que soy un fracaso en todo.				
Tengo un buen número de buenas cualidades.				
Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás.				
Tengo mucho de qué enorgullerme.				
Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.				
Me siento satisfecho conmigo mismo.				
Podría tener mayor consideración conmigo mismo.				
Me siento inútil.				
Soy del todo bueno.				

1 = No, en lo absoluto.

3 = Más bien sí.

2 = Más bien no.

4 = Sí, en lo absoluto.

II. Bienestar Personal

	1	2	3	4
Por las mañanas suelo despertarme relajado y con ganas de empezar un nuevo día.				
Los días sin trabajo, me levanto contento.				
Estoy siendo menos feliz de lo que esperaba cuando era más joven.				
La vida ofrece pocas satisfacciones.				
Le pongo humor a la vida.				
Pasé muy bien mis últimas <u> </u> Semanas				
Preferiría huir de todo lo que me rodea.				
Estoy teniendo mala suerte.				
La vida me resulta bastante triste.				
A gusto me cambiaría por otra persona.				
Tengo poca suerte con los amigos.				
Me gusta la casa en que vivo.				
En casa me toca vivir situaciones desagradables.				
Me da tristeza no ser niño.				
Creo que hay personas que me quieren mal.				
Veo el futuro bastante negro.				
Disfruto mucho con pequeñas cosas de cada día.				
Estoy contento con lo que hago a diario.				
La vida trae más alegrías que penas.				
Me arrepiento de muchas cosas que he hecho.				
Si pudiera, cambiaría mi vida del todo.				
Soy de los que lloran de tristeza.				
Me han salido mal muchas cosas.				
Estoy pasando por penas en la vida.				