



**VNIVERSITAT
D VALÈNCIA**

**UNIVERSIDAD DE VALENCIA
MASTER EN PSICOLOGÍA DE LA EDUCACIÓN Y DESARROLLO HUMANO EN
CONTEXTOS MULTICULTURALES
(2176)**

**DEPARTAMENTO
PSICOLOGÍA EVOLUTIVA Y DE LA EDUCACIÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN PERSONAS ADULTAS
MAYORES QUE PARTICIPAN DEL PROGRAMA – CENTRO
INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR – CIAM
FACTORES QUE LA FAVORECEN**

**NOMBRE DE LA AUTORA
GUILIANA PATRICIA ZEGARRA BEGAZO**

**NOMBRE DE TUTORA
DRA. CONSUELO CERVIÑO VÁZQUEZ**

Lima, octubre de 2019

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	6
PRIMERA PARTE: DESARROLLO TEÓRICO	8
CAPÍTULO I: CONTEXTO SOCIODEMOGRAFICO DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN EL PERÚ	8
1.1 Población Total versus Población Adulto Mayor	8
1.2 Los índices de Fecundidad versus Los índices de Mortalidad	9
1.3 La Salud y la Seguridad Social	9
1.4 Discapacidades	10
1.5 Empleo	11
1.6 Participación e Integración Social	11
1.7 Violencia y Maltrato a la Persona Adulta Mayor	11
1.8 Nivel Educativo	12
1.9 Jefatura en el hogar	12
CAPITULO II: ACERCAMIENTO TEÓRICO AL CONCEPTO DE “ENVEJECIMIENTO”	14
2.1 Enfoques del Concepto de Envejecimiento	14
2.1.1 De un Concepto Deficitario del Envejecimiento a un Concepto Holístico	15
2.1.2 El Envejecimiento Activo, Saludable	17
CAPITULO III: LA AUTOESTIMA Y LA SATISFACCIÓN POR LA VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES: FACTORES QUE INFLUYEN	19
3.1 La Autoestima	19
3.2 La Autoestima y la Satisfacción por la Vida en la Persona Adulta Mayor	20
3.3 Factores que ayudan a un envejecimiento activo	23
CAPITULO IV: LA POLITICA PÚBLICA NACIONAL PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES	25
4.1 Marco Normativo	25
4.2 Un Modelo Público de intervención dirigida a la Persona Adulta Mayor	27

4.2.1	El Centro Integral de Atención al Adulto Mayor – EL CIAM	27
4.2.2	El Centro del Adulto Mayor – EL CAM	28
SEGUNDA PARTE: DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN		31
CAPITULO V: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN		31
5.1	Diseño metodológico del estudio	31
5.1.1	Variables en estudio	31
5.2	Población y Muestra.	31
5.3	Instrumentos para el recojo de información	32
CAPITULO VI: ANÁLISIS DE DATOS		34
6.1	Estudio cuantitativo	34
6.1.1	Distribución de frecuencias y porcentajes de las variables socioeducativas	34
6.1.2	Gráficos	38
6.2	Cualidades Psicométricas	40
6.2.1	Fiabilidad	40
6.2.2	Fiabilidad a través del Cálculo del Coeficiente de Cronbach	40
6.2.3	Análisis Factoriales	42
6.2.4	Prueba T.	46
6.2.5	Prueba de muestras independientes	49
6.2.6	Análisis Diferenciales	49
6.2.7	Correlaciones entre los dos cuestionarios	52
CAPITULO VII: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS		56
7.1	Resultados y discusión desde los objetivos del estudio	56
7.1.1	Objetivo general	56
7.1.2	Objetivos específicos	56
7.2	Prospectiva	58
7.3	Conclusiones	60
BIBLIOGRAFÍA.		61
ANEXOS		64

Con afecto profundo para Dora

INTRODUCCIÓN

Hacer este estudio sobre envejecimiento en el Perú tiene sus orígenes en la motivación suscitada por el acercamiento de los cursos llevados en el máster, el desarrollo de la adultez, Autoestima como contexto de desarrollo, la Intervención en el envejecimiento, temas muy relacionados al contexto de la población peruana, latinoamericana y mundial, respecto del crecimiento acelerado de la población adulta mayor y lo que suscita en torno a las consecuencias económicas, sociales y políticas.

En el Perú, como en otras partes del mundo, se viene registrando un incremento en la longevidad de las personas. Se trata de un proceso generalizado de envejecimiento de las estructuras demográficas que dice del aumento en el número de personas adultas mayores, así como el peso de esta población en la población total.

El último censo de población y vivienda que fue en el 2017, la población peruana total censada fue de 29'381,884 habitantes, de las cuales, la proporción de 60 a más años de edad, era de 2'459,71 personas (8,4%) (INEI 2018:1). Según las proyecciones estimadas (UNFPA, 2015), para el año 2020, se espera que se incremente a 8'700,000 personas. Y, el tramo de edad más rápido en expandirse es de 80 años y más, dada la extensión de la esperanza de vida (CEPAL, 2017:21).

Actualmente se concibe el envejecimiento como un proceso complejo, y multidimensional, reconociendo la presencia de pérdidas, pero también de ganancias (Triadó y Villar, 1997). Se amplían las variables que influyen más allá de la edad cronológica. Ya no son únicamente los factores biológicos que la explican, los psicológicos, sociales, económicos, ambientales, culturales, son también importantes, y más aún la interacción entre ellos (Gutiérrez, Serra y Zacarés, 2006).

Es en el campo del envejecimiento, donde la autoestima es un factor clave para mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas adultas mayores (García, Marín y Bohórquez, 2012); esto es vital pues se la sociedad genera sensaciones que acentúan la autopercepción negativa de sí mismo que afecta al adulto mayor, porque considera que ya no aporta, no es útil, y sin embargo, los indicadores demográficos muestran que siguen asumiendo la jefatura del hogar, aporta a la manutención de la familia, en cada familia por lo menos hay una personas adulta mayor, se encarga de cuidar a las nuevas generaciones en las familias extensas que conviven en una misma casa, permitiendo salir a trabajar, etc.

Las personas y la sociedad están buscando formas y estrategias que les permita transitar por un proceso de envejecimiento que llamaremos activo, a través de una serie de iniciativas gubernamentales y privadas, que frecen espacios para que las personas adultas mayores, desarrollen diferentes actividades físicas, sociales, culturales, cognitivas, económicas, de ocio, etc. que contribuir directa e indirectamente en la autoestima, en la satisfacción por la vida. Es a los que se llaman los factores que favorecen un envejecimiento saludable, lo que coinciden en los que dicen los autores de la actividades, “sirven para sentirse vitales, para mantener la independencia física y la sensación de “ser capaces”. Cerviño, C y Martin, M. (2004).

Es por ello que interesa indagar lo que se viene dando en las personas adultas mayores que asisten a los servicios del CIAM, donde participan de actividades diversas y donde la permanencia favorece el encuentro con otras personas, posibilitando independencia, mejores relaciones, afianza el nivel de motivación, nuevos aprendizajes, “relentiza la aparición de síntomas” lo que está impactando positivamente en la autoestima y satisfacción por la vida o también llamado el bienestar positivo.

En este trabajo se encontrara la siguiente información presentada en capítulos, el primer Capítulo inicia con una mirada demográfica del envejecimiento en el Perú; en el segundo Capítulo, un recorrido por el proceso de los enfoques sobre qué entender por envejecimiento; en el tercer Capítulo, se abordan los factores que influyen en la autoestima y la satisfacción por la vida en el proceso de envejecimiento; en el cuarto Capítulo, se describe la política pública peruana para las personas adultas mayores, y, los programas que implementa en los CIAM - Centro de Integral de Atención al Adulto Mayor; el quinto Capítulo, se detalla el desarrollo metodológico de esta investigación; en el sexto y séptimo Capítulo, se presenta el análisis de datos cuantitativos como cualitativos destacando Factorización, Análisis Diferenciales, Cálculo de Coeficiente Alpha de Cronbach y correlaciones. En los capítulos finales se presenta la discusión e interpretación de los resultados, las conclusiones y prospectiva del trabajo.

PRIMERA PARTE: DESARROLLO TEÓRICO

CAPÍTULO I: CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN EL PERÚ

El Instituto Nacional de Estadística e Informática presenta el Informe Técnico Situación de la Población Adulta Mayor, en el cual se describen algunos rasgos demográficos, sociales y económicos de la población de 60 y más años de edad; así como sus condiciones de vida. El objetivo de este informe es establecer a partir de la información estadística disponible, un entorno de referencia que permita ubicar el contexto y las dimensiones del proceso de envejecimiento de la población. Este Informe Técnico contiene indicadores de hogares con presencia de adulto mayor, educación, salud, cobertura de programas sociales, acceso a la identidad, servicios básicos y actividad económica; que caracterizan a los adultos mayores según sexo y área de residencia.

La población de 60 años y más está aumentando sostenidamente en todos los países del mundo, el Perú no escapa a esta situación; entre los años 2000 y 2025, aproximadamente 57 millones de adultos mayores se incorporarán a los 41 millones existentes en América Latina y el Caribe. Entre el 2025 y el 2050 este incremento será de 86 millones de personas. Los países de mayor población de la región (Brasil y México, junto a Colombia, Argentina, Venezuela y Perú) concentrarán la mayor parte de este aumento, pero en los países más pequeños este aumento también será significativo, especialmente a partir de 2025. (CEPAL 2002:7).

1.1 Población Total versus Población Adulto Mayor

En el Perú, también se viene registrando un incremento en la longevidad de la población. Se trata de un proceso generalizado de envejecimiento de las estructuras demográficas que lleva a un aumento tanto en el número de personas adultas mayores como en el peso de esta población en la población total.

La población peruana total censada al 2017, fue de 29 millones 381 mil 884 habitantes, de las cuales 14 millones 450 mil 757 son hombres (49,2%) y 14 millones 931 mil 127 son mujeres (50,8%); revelando que existen 480 mil 370 mujeres más que hombres. Algo más de la cuarta parte de la población (26,4%) es menor de 15 años, porcentaje que ha venido disminuyendo con respecto a los censos anteriores. Simultáneamente, se ha incrementado la proporción de personas de 15 a 64 años que constituyen la fuerza potencial de trabajo, de 58,4% en 1993, pasó a 63,1% en 2007 y en el 2017 a 65,2%. Y, la proporción de la población de 65 y más años de edad, aumentó en los últimos 10 años (2007-2017), era de 1 millón 764 mil 687 personas (6,4%) en 2007 a 2 millones 459 mil 71 personas (8,4%) en 2017 (INEI 2018:20).

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), actualmente 3 345 552 habitantes del país son personas adultas mayores, lo que equivale al 10,4% de la población total (INEI 2018:1). Según las proyecciones demográficas estimadas, para el año 2020 se espera que la cantidad de adultos mayores peruanos de más de 60 años aumente a 3 593 054 personas (INEI 2018: 21); mientras que, para el año 2050, se espera que dicha cantidad aumente a 8 700 000 personas (UNFPA 2015: 2). El tramo de edad más rápido en expandirse es el de 80 años y más años, dada la extensión de la esperanza de vida (CEPAL, 2017:21).

1.2 Los índices de Fecundidad versus Los índices de Mortalidad

Es importante referirse a estos dos indicadores porque influyen directamente sobre la longevidad demográfica. El comportamiento de la fecundidad de las mujeres por grupos de edad y el promedio de hijos por mujer, indica claramente los cambios generacionales. Se observa que según los resultados del Censo 2017, el número promedio de hijos nacidos vivos en cada grupo quinquenal de mujeres en edad fértil ha disminuido respecto a los registros obtenidos en el año 2007 y aún más marcadamente con relación a 1993. No obstante, en el grupo de mujeres comprendidas en el intervalo de 15 a 19 años de edad, el promedio, permanece constante. La disminución es mayor conforme aumenta la edad, siendo la diferencia alrededor de un hijo en las mujeres de 30 a 34 años y de 2,3 hijos en las mujeres de 45 a 49 años de edad. (INEI, 2017).

La tasa global de fecundidad (TGF), determina el promedio de hijos nacidos vivos que tendrán las mujeres durante su vida reproductiva. Este indicador es de vital importancia, pues su comportamiento incidirá de manera directa, en el proceso de envejecimiento de la población.

Con la información del Censo 2007 se estimó una TGF de 2,97 hijos por mujer y con datos del último Censo 2017 esta Tasa ha descendido a 2,46 hijos por mujer, lo que muestra que, en el país, el nivel de fecundidad está disminuyendo.

Mientras que la tasa bruta de mortalidad (TBM), que expresa el número de muertes por cada mil habitantes, muestra una tendencia descendente a nivel nacional, en el período 1995-2000 fue de 6.4%, y en el intervalo 2010-2015 fue de 6.0%. (INEI, 2018:2).

Según datos del INEI (Censo Nacional de Población 2017), en el Perú, los hombres peruanos vivirán en promedio 72 años, mientras que las mujeres lo harán 77.3 años. Este indicador se modifica en función de las condiciones predominantes de mortalidad cuya incidencia aumenta o disminuye el riesgo de morir.

1.3 La Salud y la Seguridad Social

En materia de salud, el 82,6% de la población adulta mayor femenina presenta algún problema de salud crónico (artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, etcétera) y, en la población masculina, el 69,9% padece problemas de este tipo. Siendo que las mujeres adultas mayores del área urbana es el grupo más afectado por este tipo de problemas (INEI 2018: 8). Por otra parte, la mayor proporción de personas de 60 años o más con algún tipo de problema de salud no asistió a un establecimiento para atenderse (72,7%), no lo consideró necesario u optó por remedios caseros, o se autorecetó y un poco más de la cuarta parte (25,6%) no acudió a un establecimiento de salud porque le queda lejos, no le genera confianza o se demoran en la atención (INEI 2018: 8).

Por otra parte, de acuerdo con el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (MINJUS) solo el 53,4% de las Personas Adultas Mayores se encuentran afiliadas a un seguro, al Seguro Integral de Salud (SIS) (MINJUS 2018: 62). No obstante, esta cifra difiere de la recogida por el INEI, según el cual, de acuerdo con el tipo de seguro de salud, el 39,9% de las Personas Adultas Mayores accede solo al SIS (es el servicio público de hospitales) y el 35,7%, solo a EsSalud (es el servicio para asegurados); asimismo, del total de la población adulta mayor, el 81,2% tiene algún seguro de salud público o privado (INEI 2018:9). Estas diferencias en las cifras ilustran las dificultades de registro y homogeneización de los datos por parte del Estado peruano.

Con respecto a la afiliación al sistema de pensión, el 36,1% de las Personas Adultas Mayores está afiliado a un sistema de pensión (INEI 2018:10). Esta cifra ha disminuido en 7,7 puntos porcentuales en comparación con el primer trimestre del año 2017. Del grupo de Personas Adultas Mayores que cuentan con un sistema de pensión, los hombres representan el 48,7% mientras que las mujeres, el 24,6%, de modo tal que existe una brecha de 24,1 puntos porcentuales a favor de los primeros (INEI 2018: 10).

1.4 Discapacidades

Sobre discapacidad y accesibilidad, cabe indicar que, del total de la población que padece alguna discapacidad, el 45,1% son Personas Adultas Mayores. Asimismo, de las mujeres que padecen alguna discapacidad, el 52,3% son adultas mayores; mientras que la cifra es de 38,9% en el caso de los hombres (INEI 2018: 11). En cuanto a los principales tipos de discapacidad que afectan a la población adulta mayor, el 33,9% tiene dificultad para usar brazos y piernas, el 14,8% dificultad para ver, el 12,5% para oír y el 2,7% para entender o aprender; asimismo, el 33,6% de las Personas Adultas Mayores con discapacidad tiene dos o más tipos de discapacidad (INEI 2018: 11).

1.5 Empleo

Las cifras del Censo 2017, refieren que respecto del trabajo y la actividad económica, las Personas Adultas Mayores están incluidas en la Población Económicamente Activa (PEA), ellas representan el 56,1%, siendo el porcentaje de hombres mayor que el de mujeres: 68,5% y 44,7% respectivamente (INEI 2018: 12). Quienes no forman parte de la PEA “representan el 43,9%, donde el porcentaje de mujeres es mayor al de los hombres en 23,8%” (INEI 2018: 12). Adicionalmente, 3 259 Personas Adultas Mayores de 60 a 64 años tienen empleos temporales (MINJUS 2018: 64) porque las oportunidades de trabajo para ellas cada vez son más restringidas por considerar a otros segmentos de población como prioritarias.

1.6 Participación e Integración Social

En cuanto a la participación en programas sociales, el 28,8% de la población de 65 años o más se beneficia del programa social “Pensión 65”, lo que equivale a 505 000 usuarios en total (MINJUS 2018: 66). Según cifras del INEI, durante el primer trimestre de 2018 se reportó que el 18,2% de jefes o jefas de hogar de la población adulta mayor se beneficiaron de este programa, la mayoría del área rural (INEI 2018: 7). Además, se tiene registrado que solo 54 683 Personas Adultas Mayores usuarias de Pensión 65 participan en las actividades de “Saberes productivos”, intervención dirigida a promover acciones de revalorización de este grupo (MINJUS 2018: 61).

1.7 Violencia y Maltrato a la Persona Adulta Mayor

Con relación a la situación de violencia experimentada por la Población Adulta Mayor, las cifras resultan preocupantes. Los Centros Emergencia Mujer (CEM) del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), han reportado 5 594 casos atendidos de violencia contra esta población durante el año 2017, y, entre enero y marzo de 2018, ya se habían reportado 3 157 casos (MIMP 2018: 7). De estos casos atendidos, 2 336 (74%) corresponden a mujeres y 821 (26%) corresponden a hombres; asimismo, debe mencionarse que los principales agresores en los tipos de violencia económica, psicológica y física son descendientes de la persona adulta mayor (MIMP 2018: 4), es decir los hijos, nietos y/o sobrinos con quienes les ha tocado compartir la casa en la cual viven.

La Defensoría del Pueblo, ha expresado su preocupación por la cantidad de Población Adulta Mayor maltratadas y por el hecho de que esta violencia se produzca, especialmente, dentro del ámbito familiar. De este modo, “entre el 2015 hasta inicios del 2017, se han reportado 5 158 casos de violencia psicológica, de acuerdo al Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual” (Defensoría del Pueblo 2017d).

Se considera que “tanto el abandono como el abuso financiero contra la Población Adulta Mayor, son una forma común de maltrato hacia ellos y ellas” (MIMP 2013: 30-31). Esto puede tener su causa en datos como el 20,4% de hogares con Población Adulta Mayor son unipersonales, es decir, solo compuestos por una persona adulta mayor (INEI 2018: 3), lo cual “puede ser indicativo de situaciones de abandono y soledad” (MIMP 2013: 23).

A esto se suma la falta de capacidades en los tres niveles de gobierno (nacional, regional, local) con relación a normas e implementación de las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos de la Población Adulta Mayor y la falta de articulación intergubernamental, para evitar situaciones de violencia.

1.8 Nivel Educativo

Sobre el nivel educativo de la Persona Adulta Mayor, el 14,8% no cuenta con estudios o solo tiene nivel inicial; el 40,7% alcanzó a estudiar primaria; el 25,7%, secundaria; y, el 18,8%, nivel superior (INEI 2018: 4). En este punto, debe advertirse la “gran brecha entre hombres y mujeres adultos/as mayores en el nivel educativo sin nivel/inicial, donde el 23,5% de las mujeres no tienen nivel alguno de educación, los hombres en la misma situación representan el 5,3%, siendo la brecha 18,2 puntos porcentuales” (INEI 2018: 4).

Esta situación es similar en las cifras de alfabetismo, en las que se registra que “[e]l 17,4% de la población de 60 y más años de edad no sabe leer ni escribir” (INEI 2018: 5). También se evidencia una brecha entre hombres y mujeres, dado que el 26,3% de adultas mayores son analfabetas, cifra que triplica el número de hombres adultos mayores analfabetos (7,8%), esto es más notorio en el área rural (INEI 2018: 5).

En cuanto al número de Población Adulta Mayor matriculadas en Centros de Educación Básica Alternativa, solo se registra a 6 638 personas a nivel nacional (MINJUS 2018: 60).

1.9 Jefatura en el hogar

En el primer trimestre del año 2018, el 42,2% de los hogares del Perú tenía entre sus miembros al menos una persona de 60 años o más; mientras que el 26,3% del total de hogares del país tenía como jefe o jefa del hogar a una persona adulta mayor (INEI 2018: 2). De este último grupo de hogares que tienen como jefes a Población Adulta Mayor, el 47,6% son hogares de tipo nuclear, es decir, están constituidos por una pareja o sus descendientes; mientras que el 26,3% de hogares son extendidos, es decir, al hogar nuclear se suman otros parientes (INEI 2018: 3). Cabe añadir que el 57,6% de los hogares nucleares de las Población Adulta Mayor

tienen como jefe de familia a un hombre, cifra que representa más del doble del número de hogares de este tipo cuyo jefe de familia es una mujer (26,7%) (INEI 2018: 3).

Si bien la mayoría de la población adulta mayor se concentra en Lima, en general, las zonas rurales poseen un mayor número de Población Adulta Mayor en comparación con las zonas urbanas. Tal es el caso de las regiones Puno, Moquegua, Apurímac y Arequipa, donde la Población Adulta Mayor constituyen entre 13% y 14% de la población total, lo cual excede al promedio nacional (INEI 2012: 22).

CAPITULO II: ACERCAMIENTO TEÓRICO AL CONCEPTO DE “ENVEJECIMIENTO”

El estudio de las personas adultas mayores es un ámbito que cada vez toma mayor importancia a nivel global debido al crecimiento demográfico de este grupo, tal como se ha enfatizado en el capítulo primero a través de un recorrido por los principales indicadores que dan cuenta de ello. De acuerdo con Ramos Bonilla, “[e]s probable que la necesidad tangible de hacer frente al gran crecimiento de esta población haya llevado a las respuestas prácticas y no al desarrollo teórico” (2013:105), lo cual ha sucedido en muchos países desarrollados, pero que insiste en países en vías de desarrollo como es el caso del Perú, en las cuales habido una intervención basada en la práctica que en estudios rigurosos que fundamenten un acción. Junto con ello, se concibe un enfoque que persiste hasta la actualidad en entender el envejecimiento como un problema que debe ser resuelto, en lugar de entenderlo en toda su magnitud y complejidad (Pérez Ortiz, 1998).

2.1 Enfoques del Concepto de Envejecimiento

Desde todas las perspectivas hay dimensiones importantes que se han utilizado para definir la vejez o hablar del envejecimiento, las tres vertientes más comunes:

1. La biológica.

Incluye una definición de la vejez desde dos dimensiones principalmente: la función del patrón de referencia cronológica y, a partir de los cambios en el organismo de cuya declinación depende el grado de envejecimiento.

2. La psicológica.

Incluye también, por lo menos, dos dimensiones más sobresalientes de estudio: primera, la de los cambios en los procesos psicológicos básicos, y el desarrollo que estos presentan; y, segunda, la que se refiere al estudio de la personalidad y sus cambios.

3. La social.

Esta dimensión parte del estudio de tres dimensiones: la sociodemográfica, que implica el crecimiento poblacional y sus efectos; la sociopolítica, que implica el nivel de participación y de integración social de las personas mayores, y; la económica política, que incluye el estudio de los recursos y condiciones socioeconómicas de las personas en la vejez.

A partir de estas dimensiones pueden encontrarse diversas aproximaciones sobre el concepto de vejez y envejecimiento. Existe también una diversidad de formas conceptuales a las que se recurren como: vejez, senectud, ancianidad, tercera edad, adultez tardía. La utilización de estos términos remite a esta edad generalmente como un producto, mientras que términos como envejecimiento o senilidad refieren, aparentemente, a la idea de un proceso.

2.1.1 De un Concepto Deficitario del Envejecimiento a un Concepto Holístico

Habido un cambio paulatino del concepto de envejecimiento, desde aquellas primeras definiciones con gran influencia médica y biológica, centradas en un modelo de déficit y, en las que se entendía a la vejez como un estado previo a la muerte, hasta las perspectivas sociológicas y psicológicas que consideran al envejecimiento de una forma más amplia, más holística, alejándose de las definiciones acotadas a los campos biológicos y médicos, ya que proponen que la involución no es el único modelo de análisis, sino que, como en cualquier etapa de la vida, existen ganancias y pérdidas.

Las primeras definiciones de la vejez desde un planteamiento científico aparecieron en los años cincuenta, momento en el que las investigaciones médico-científicas cobraban un mayor auge. Esta influencia contribuyó a la asociación entre enfermedad y persona mayor, entendiendo los cambios ligados al envejecimiento únicamente como pérdidas. Peter Medawar en 1953 decía que: “la vejez es el cambio fisiológico que sufre el individuo, cuyo término inevitablemente es la muerte”.

El biólogo Alex Comfort en 1956 consideraba a la senectud como un proceso de deterioro: “Lo que mide, cuando lo medimos, es una disminución en viabilidad y un aumento en vulnerabilidad... se muestra como una creciente probabilidad de muerte con el aumento de la edad cronológica”.

El modelo negativo del envejecimiento ha sido dominante no solo desde las ciencias médico-biológicas, sino también desde las ciencias del comportamiento. Las ciencias que se aproximan al estudio del envejecimiento, la vejez y la persona mayor han dirigido su atención al envejecimiento patológico, al déficit y al deterioro (Fernandez Bellesteros 2000; Triadó y Villar, 1997). Incluso las teorías sociales que surgieron a partir de 1940 no consideraban a las personas adultas mayores como “un grupo diferenciado internamente, pasando por alto diferencias sociales, culturales y personales” (Ramos Bonilla 2013: 107), lo cual reducía a la vejez a “un asunto dicotómico de adaptación o inadaptación a un conjunto de normas y pautas definidas por el sistema social dominante” (Afshar 2008).

A partir de los años sesenta, se inicia un cambio en el modelo de estudiar la vejez, debido al desarrollo de diferentes estudios de corte longitudinales, por una búsqueda hacia el conocimiento del desarrollo humano, a entenderla como un continuo a lo largo de toda la vida y no como una etapa aislada; diversos estudios van demostrando que no para todos, el envejecimiento era lo mismo. Se desecha cualquier idea de tomar como norma para todas las personas el declive a una determinada edad, ya que se reconocen las diferencias en funcionamiento en personas de la misma edad, aceptando la diversidad del proceso de envejecer (Lupien y Wan, 2004).

También incursiona un nuevo enfoque en los estudios, interesados en el desarrollo humano, desde la perspectiva del ciclo vital, o su término original, “life span approach” (Villar, 2005), aportando una serie de principios que permiten entender el cambio evolutivo, y que se ha integrado a la psicología (del envejecimiento) como a las ciencias sociales.

Desde esta aproximación, se concibe como un proceso complejo, y multidimensional, reconociendo la presencia no solo de pérdidas sino también de ciertas ganancias (Triadó y Villar, 1997). Se amplían las variables que influyen en el envejecimiento más allá de la edad cronológica. Se propone tener en cuenta la influencia de los acontecimientos y experiencias que viven las personas y la cultura en la que se desarrollan (además de los cambios biológicos). Ya no son únicamente los factores biológicos los que explican el envejecimiento, los psicológicos, y sociales son también importantes, y más aún la interacción entre ellos (Gutiérrez, Serra y Zacarés, 2006).

Con la perspectiva del ciclo vital se puede reconocer la diversidad en las formas de envejecer y la heterogeneidad que caracteriza a la persona adulta mayor. Hablar de envejecimiento implica también hablar de la edad. Como bien señalan Ginn y Arber, “[l]a edad es una categoría social con un fundamento biológico, pero la biología nos dice poco acerca de su sentido y significaciones sociales” (1996: 22). Así, es necesario entender ¿qué es el envejecimiento?, y este no puede ser considerado solo desde el punto de vista cronológico, con su carácter puramente biológico y de trastornos funcionales. Como indica Osorio, “[a]l envejecimiento se le debe entender como un proceso, pero no solo como un proceso lineal en el interior del ciclo vital” (2006: 11), sino también con matices a nivel social y a nivel individual.

Ciertamente, el envejecimiento “tiene un sentido social, es decir, se construye socialmente y está referido a las conductas y actitudes adecuadas para una determinada edad cronológica, a las percepciones subjetivas que tienen de sí mismas las personas que llegan a determinada edad, y a las que tienen las otras personas que no viven este momento (jóvenes y adultos), con quienes interactúan” (MIMP 2009a: 17). Por todo ello, envejecer “es una experiencia heterogénea, ya que, existen múltiples factores que la determinan, entre ellos la clase social, nivel educativo, cultura, género, la salud, las experiencias de vida particulares, entre otras” (Ramos Bonilla 2014).

La nueva visión más positiva del envejecimiento que se deriva de este enfoque, muestra un modelo bio-psico-social que entiende que en la vejez también se dan cambios y experiencias que suponen ganancias para las personas y abre oportunidades a formas de envejecer satisfactoria, positivas y felices.

2.1.2 El Envejecimiento Activo, Saludable

A partir de 1998, surge como una nueva influencia en la comprensión del enfoque del envejecimiento, la psicología positiva, nueva corriente en la psicología, que aporta el estudio de las emociones positivas, los rasgos positivos y las instituciones positivas (Sánchez y Paniagua, 2004), que cumplen un papel en el crecimiento personal y el bienestar. La seguridad, la esperanza y la confianza son ejemplos de emociones positivas, y estas nos ayudan en las situaciones difíciles haciéndonos más fuertes, más resistentes y constituyendo un apoyo para enfrentarnos a la adversidad (Fredrickson, 1998).

La Psicología positiva inaugura un concepto más positivo del envejecimiento o “envejecimiento saludable”, “envejecimiento satisfactorio”, aporta la capacidad de adaptación positiva de las personas en esta etapa de la vida. Si bien la literatura muestra la dificultad de tener un consenso en la definición de envejecimiento con éxito, porque varios autores como (Fisher, 1999; Ryff, 1982, 1991, Baltes y Baltes, 1990, Rowe y Kahn, 1997) entre otros, proponen definiciones diversas, el término se relaciona con la habilidad de las personas mayores para integrarse en la vida social, con la adaptación a los cambios, el mantenimiento de sus capacidades funcionales, salud, participación, y satisfacción vital.

También han surgido otros conceptos que son afines al “envejecimiento óptimo”, propuestas que vienen desde las ciencias sociales, como es el “envejecimiento activo”.

Desde las ciencias sociales, abordar el tema de la vejez resulta una tarea bastante compleja como ha observado Ramos Bonilla, esto se debe principalmente a que no existe un significado preciso de la vejez; los aportes teóricos sobre la vejez son bastante heterogéneos e incluso divergentes; y el interés sobre la vejez surgió por la creciente presencia de la población adulta mayor (2014: 1). De esta manera, lo anterior “llevó a que la academia desarrollara mayores aportes en la dimensión práctica y política que en la teórica” (Ramos Bonilla 2014: 1).

Es la longevidad poblacional que muestra que “el envejecimiento es un proceso muy dinámico, y que la vejez se ha tornado cada vez con más fuerza en un elemento constitutivo — y para la comprensión— de la complejidad social en las diferentes sociedades, occidentales y orientales” (Osorio 2006: 27). Como ya se ha mencionado, el concepto vejez se asocia a la denominación “persona adulta mayor”. Este término tiene un uso relativamente reciente y hace referencia a aquella persona que se encuentra en la etapa posterior a la adultez.

Para Belsky (2001), el envejecimiento primario implica los cambios graduales e inevitables que aparecen en todos los miembros de una especie, así, se refiere a los procesos de deterioro biológico genéticamente programado en el que los diferentes procesos ocurren incluso en las personas con mejor salud y sin enfermedades importantes; el envejecimiento secundario, es el deterioro corporal producido por fuerzas dañinas externas y evitables, y que se relacionan

con factores controlables, tales como la nutrición, el ejercicio físico, los hábitos de vida y las influencias del ambiente. Hoffman, Paris, y Hall (1996) comparten esta definición y señalan que el envejecimiento primario es normal e inevitable y sucede a pesar de la salud, y que el envejecimiento secundario, son cambios que están correlacionados con la edad y que hacen difícil establecer un curso normal del envejecimiento.

Se empieza a reconocer la diversidad en los procesos de envejecimiento a través de autores como Rowe y Kahn, 1997 que encontraron variabilidad en el grupo de estudio, explicando la presencia de personas mayores con envejecimiento patológico y otro grupo con envejecimiento satisfactorio, aceptando la diversidad del proceso de envejecer (Lupien y Wan, 2004).

Para Silvestre, Solé, Pérez y Jodar (1995) el envejecimiento “no debe entenderse únicamente como un fenómeno estrictamente orgánico, sino que es un proceso más complejo en el que también interactúan variables sociales y psíquicas”. Plantean que el envejecimiento del ser humano “es un proceso caracterizado por la diversidad. Y esta diversidad determinada por la herencia genética, el estado de salud, el status socioeconómico, las influencias sociales de la educación y la ocupación ejercida, las diferencias por generación y la personalidad... es una etapa cambiante a lo largo del tiempo”.

Para Motte y Muñoz (2006) el envejecimiento “es el conjunto de procesos que sigue un organismo después de su fase de desarrollo. Estos procesos dinámicos implican un cambio, es decir, transformaciones biológicas, psicológicas y/o sociales del organismo en función del tiempo”. Las definiciones citadas dan cuenta de la forma en que se ha integrado en la conceptualización de la vejez una dimensión social. Esto fue importante en el proceso de generación de una definición de la vejez más integral, que contemplara el papel que tienen los aspectos psicológicos y sociales en la conformación y comprensión de una edad.

CAPITULO III: LA AUTOESTIMA Y LA SATISFACCIÓN POR LA VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES: FACTORES QUE INFLUYEN

3.1 La Autoestima

El autoconcepto ha sido objeto de estudio de tres disciplinas: la filosófica, la sociológica y la psicológica. Si bien el punto de partida de cada una de ellas ha sido relevante para el análisis posterior, los primeros planteamientos se basaron en la idea de que las percepciones que cada cual tiene de sí mismo forman parte de una globalidad. En Gonzales y Gil (2006) citan a Wylie (1961, 1979), para explicar que en la literatura científica sobre la definición del self entre autoconcepto y autoestima se suele distinguir, el primero como idea de sí mismo y el segundo como sentimientos producto de esa. Sin embargo, mencionan que al estar ambos conceptos interrelacionados los usan como complementarios, citado en Pope et al. (1996).

Si bien existen muchas teorías en psicología sobre autoconcepto y autoestima, podríamos definir tres líneas generales: la humanista, la conductista y la cognitiva. En la humanista tenemos a Maslow (1941) humanista que representa la evolución del concepto autoestima con carácter social y a Rogers y Dorfman (1951) quien refiere que todo ser humano es capaz de alcanzar la felicidad, independientemente de lo vivido en el pasado, logrando así la autorrealización. De este modo, la mejora del autoconcepto se lograría mediante el equilibrio de la experiencia y la autopercepción, refiere Cazalla-Luna y Molero (2013). Respecto a la teoría conductivista, Bandura (1982) señala que el autoconcepto es una visión global de uno mismo, una composición de autoimágenes que el sujeto tiene de si mismo; la tercera teoría es la cognitiva que tiene a Ellis (2004) en terapia emotivo-racionalista, él propone el concepto de "autoaceptación para a lo que se podría llamar "el amor incondicional a nosotros mismos". De este modo, se podría calificar las conductas, más no a las personas. Otro autor de la misma corriente es Aaron Beck, citado en Riso (2006) quien menciona que el autoconcepto es una representación interna del yo, debido a que las autopercepciones y autoevaluación se guían del contenido del esquema construido en el sujeto. Los cognitivistas mantienen la hipótesis que los esquemas del sí mismo van a guiar la valoración en la autoestima. Señalan de ese modo que el autoconcepto es visto como un mosaico de las autorepresentaciones que los sujetos usan dentro de las diferentes dimensiones que viven.

Por otro lado, según Dorr (2005) existe la teoría psicoanalista o de relaciones objetales dentro del psicoanálisis; así como la caracterización de Shavelson para la elaboración de un modelo multidimensional sobre autoconcepto. En la primera Kernberg (1979) desarrolla que el autoconcepto refiere a la confianza en uno mismo, el cual genera que el sujeto se reconozca en la diferencia. Su propuesta de autoconcepto radica que la autopercepción de uno mismo será regulada por los distintos niveles del superyó, donde cuenta también con una subestructura del superyó, quien le da valoración crítica al yo y a la estructura del yo-ideal. Por el lado, sobre autoestima el autor menciona que es una representación de un nivel diferenciado de

revestimiento narcisístico; Por último, Shavelson et al. (1976) plantean hablar desde un modelo, el autoconcepto o autoestima como constructo que abarcan distintas dimensiones y de concepción jerárquica, que se forma a través de las percepciones o interpretaciones de su conducta.

Por otro lado, Shavelson et al. (1976) mencionan que la construcción que tenga el individuo de sí mismo, será producto de las atribuciones de los demás, así como las que él mismo pueda construir a través de su propia conducta. Harter (1986) aporta señalando que es a partir de los componentes específicos del autoconcepto lo que genera el tipo de juicio de valor y su grado de calificación. En otra línea, esta quienes hablan que la construcción del autoconcepto es la autovaloración y autopercepción en la formación de la personalidad, tiene relevancia porque es reconocer cómo se comporta, cómo piensa, cómo aprende, cómo se valora y relaciona con los demás, según Clemen y Bean (1996).

3.2 La Autoestima y la Satisfacción por la Vida en la Persona Adulta Mayor

La revisión de las diferentes teorías sobre envejecimiento, basadas en múltiples investigaciones (psicologías, sociales, mixtas, demográficas), han confirmado que al hablar de “envejecer”, implica importantes transformaciones a nivel personal, referidas a las condiciones físicas, a la situación de independencia económica y funcional, la modificación de roles al interior de la familia, la participación en el mercado laboral, el uso del tiempo libre, la percepción que tenemos de nosotros mismos, la que los demás tienen de nosotros, el grado de satisfacción y/o bienestar, las interrelaciones, etc.

Si bien los cambios que van aconteciendo durante el proceso de envejecimiento son múltiples, es importante destacar que entre los cambios que se dan, surge habilidades, se consolidan actitudes, se refuerzan o aprenden nuevas competencias que permiten a hombres y mujeres adultas mayores, transitar por lo que estamos llamando “un envejecimiento activo, positivo”.

Este envejecimiento al traer cambios irreversibles, diversos, sintomáticos, y al ser también considerado como un proceso psico-biológico, psico-afectivo y social, que está siendo moldeado por la percepción que cada sujeto tiene del envejecimiento mismo (Palacio et al., 2010) y que, por consiguiente, puede incidir en la autoestima (Lox, Ginis, y Petruzzello, 2010), para bien o para menos bien. Hay factores que pueden favorecer la autoestima, se refieren a la actividad física (Bergland, Thorsen, y Loland, 2010; Lox, et al., 2010; Motl, y McAuley, 2010), también la actividad social, la actividad cognitiva, están entre las principales que influyen positivamente, lo que permite hablar de un envejecimiento sano, activo, saludable.

En el campo del envejecimiento, la autoestima es un factor clave para mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas adultas mayores (García, Marín y Bohórquez, 2012); esto es vital pues se ha observado que la sociedad genera sensaciones que acentúan la autopercepción negativa de sí mismo que afecta al adulto mayor, ya que llega a ser considerado como una persona sin utilidad ni espacio social. Si bien su constitución empieza desde muy temprana edad, suele pensarse que al llegar a una edad más allá de la adultez, esta puede sufrir un revés, un debilitamiento debido a los acontecimientos que vienen con la edad y que tienen repercusiones en las diferentes dimensiones del envejecimiento de las personas.

La autoestima por su parte tiene su raíz central en la eficacia (Cerviño, C. y Meléndez, J, 2001), la evaluación que hace el individuo de sí mismo, expresa una actitud de aprobación y/o rechazo y surge la interrogante de hasta qué punto el sujeto se considera capaz, significativo, exitoso y valioso. Estas apreciaciones individuales o las creencias de auto-eficacia generan emociones y pensamientos que guían la actitud de los individuos frente a la adhesión a los tratamientos médicos, el cambio de hábitos de vida que puedan ser necesarios y por lo tanto su desarrollo vital y bienestar-

La autoestima se define como un concepto del valor propio, es el significado o sentido de validez dado por la propia persona a sí misma, incluyendo la autocomprensión, el autocontrol y la satisfacción consigo mismo (Bustamante, 1998; Ortiz-Arriagada y Castro-Salas, 2009; Sabiston, Whitehead, y Eklund, 2012). Por eso es clave en el envejecimiento, la autoestima como un factor para mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas adultas mayores, importantes y necesario porque la sociedad, suele jugar un rol que en lugar de potenciar, resta en la autopercepción negativa que afecta al adulto mayor, porque suele pensarlo como una persona sin utilidad ni espacio como refiere Ortiz-Arriagada y Castro-Salas (2009).

La autoestima ha sido estudiada desde una perspectiva multidimensional (Estévez, Martínez y Musitu, 2006) que incluye elementos personales y sociales (Herrera et al., 2004; Martín, Martínez y Martín, 2007). En este sentido, se distingue entre “Autoestima Personal”, referida a la evaluación positiva o negativa de los atributos personales tanto privados como interpersonales; y “Autoestima Colectiva”, entendida como el grado en que una persona es consciente de evaluar su pertenencia a grupos (Sánchez, 1999) y se desarrolla una identidad grupal que contribuye (Gonsalkorale, Carlisle y Von Hippel, 2007; Jiménez, Páez y Javaloy, 2005; Liu y Dresler-Hawke, 2006). Es por ello que interesa promover espacios de encuentro con otros de su edad y alternar con otros grupos de edades diferentes para interactuar. En esta dirección van los CIAM los programas que buscan incluir a las personas sin diferenciar su edad.

La autoestima ha sido propuesta como un área de intervención para mejorar la calidad de vida en la población adulta mayor (Rodríguez, Valderrama y Uribe, 2010). También se ve reforzada por el apoyo social, que se desarrolla y se establece en espacios de encuentro con

otros, como los que ofrecen los diferentes programas que trabajan con personas Adultas Mayores, de manera que mientras más extensa sea la red de apoyo social, mejor autoestima mantiene la persona mayor (Fernández y Manrique, 2010).

Los cambios socioeconómicos y de salud física asociados a la edad suelen ir asociados a una disminución en la autoestima (Orth, Trzesniewski y Robins, 2010). No obstante, una investigación identifica los aspectos positivos del proceso de envejecimiento y los relaciona con la autonomía y la percepción de salud de los mayores, resultando que el sentimiento de utilidad, la capacidad de tomar decisiones y tener aficiones e ilusiones se asocian a una independencia instrumental y adecuada autoestima (López et al., 2006), esto da cuenta de la heterogeneidad del envejecimiento y de las formas diferentes de reaccionar que pueden manifestar estas personas.

La imagen negativa que se origina en la persona mayor de sí misma, se relaciona con lo que Reig (2004) denomina “patrón cerrado a la vida”, donde lo que ocurre en lo cotidiano, donde hay cambios y/o dificultades son percibidos como amenazas, injusticias y pérdidas irreparables. En el lado opuesto está el “patrón abierto a la vida”, en el que la persona mayor tiende a percibir estas circunstancias de la vida como desafíos a resolver, como situaciones de las cuales aprender, como cosas nuevas que se descubre y se aceptan.

En la última de las etapas, la que comprende sujetos con una edad superior a los 60 años, se plantea la intensificación del declive del Yo, en general, derivando en un autoconcepto negativo. Suele producirse una pérdida de la identidad, acompañado de baja autoestima, y descenso de las conductas sociales. Además, surge una imagen corporal negativa, debido a la disminución de las capacidades físicas. Una vez que la persona ha desarrollado una autoimagen razonablemente estable, puede resistirse a la adopción de nuevas funciones, valores y actitudes, no sólo porque implicaría cambios radicales para la autoimagen, sino porque también podrían representar una forma de deslealtad personal.

La autoimagen incluye todo lo que la persona considera que es en una época particular, las fuentes de las que se nutre son el aprender a percibirnos como otros nos perciben, las actitudes de los otros para con nosotros se incorporan a cada una de nuestras actitudes, y la forma como nos vemos a nosotros mismos, se relaciona con los roles desempeñados. Adquirimos nuestra imagen en contraste a cómo vemos a los demás, o según lo que dicen que somos nosotros. (Cerviño, C y Meléndez, J.C., 2001).

Desde una perspectiva positiva, las investigaciones avalan que el autoconcepto y autoestima de las personas mayores no sufre disminuciones con la edad, y que continúa siendo un recurso personal que se va adaptando, flexibilizando, valioso para una adaptación satisfactoria y con

éxito en la vejez (Fragoeiro, Pestana y Paul, 2007; Rojas, Toronjo, Rodríguez y Rodríguez, 2006).

3.3 Factores que ayudan a un envejecimiento activo

Se ha comprobado que los estudios que relacionan el autoconcepto y la autoestima con distintas variables psicosociales han sido muy numerosos, sin embargo, uno de los aspectos más destacados es el relacionado con los aspectos físicos (Guillén y Ramírez, 2011). Estas relaciones han sido bidireccionales: desde aquellas que establecen relaciones entre la influencia del autoconcepto físico sobre la realización de actividades físicas y deportivas (Guérin, Marsh y Famose, 2004; Marsh, Richards, Johnson, Roche y Tremayne, 1994), a las que analizan la influencia de la actividad física y deportiva sobre el autoconcepto y la autoestima (Guillén y Sánchez, 2003; Landers y Arent, 2001; Moreno, Cervelló y Moreno, 2008).

Desde un enfoque socio-cultural como el de Morris Rosenberg, como refiere Cerviño, C (2014), la autoimagen es una construcción social, en este sentido el ambiente ofrece tantas posibilidades o restricciones que permiten a la vez ampliar nuestra potencialidad como seres humanos superando ciertas restricciones biológicas o limitar estas potencialidades.

Al ser la Autoestima, un juicio personal de la valía que es expresada en las actitudes que tiene un individuo hacia sí mismo, socialmente, el deporte proporciona oportunidades de relación con otros, iguales o diferentes, facilitando la reintegración. Barberá (1997) pudo detectar en su estudio, una diferencia notable entre las relaciones sociales de los parapléjicos deportistas y aquellos que no practican ninguna actividad física. Los que practican deporte o algún tipo de actividad física habitual viven una vida menos problematizada, tienen menos componentes sicosomáticos, participan de forma más activa en la superación de la diferencia general que les plantea su discapacidad frente a la insensibilidad e injusticia social. Caus, N. (2000).

Otro beneficio del deporte o de la actividad física es la relación social beneficiosa que se establece. La camaradería de los compañeros de equipo. Resulta agradable ir a un lugar donde todos tienen los mismos objetivos. Se entra a formar parte de un entorno especial que comparte determinadas experiencias, lenguaje.

También sirve para mantenerse en forma tanto física como mentalmente, reduciendo algunos de los inconvenientes que implica tener algunas de las discapacidades que trae la edad avanzada. Sirve para sentirse vitales, para mantener la independencia física y la sensación de “ser capaces”. Cerviño, C y Martín, M. (2004).

Una de las primeras necesidades de todo ser humano es la de sentirse aceptado, querido, acogido, perteneciente a algo y a alguien, sentimientos estos en los que se basa la autoestima.

La autoestima consiste en saberse capaz, útil, considerarse digno. Así lo decía Maslow en su propuesta de la pirámide de necesidades, donde describe un proceso de posibilidades personales.

La autoestima consiste en las actitudes del individuo hacia sí mismo. Cuando las actitudes que éste mantiene hacia sí mismo son positivas hablamos de buen nivel o alto nivel de autoestima. Al nombrar palabras actitudes ya hemos incluido el mundo de los afectos y sentimientos y no sólo el de los conocimientos, pues los componentes de la actitud encierran gran variedad de elementos psíquicos. Un buen nivel de autoestima es garantía de que el sujeto podrá hacer frente con dignidad a importantes contrariedades de la vida. La autoestima es un todo muy complejo. Todo el valor afectivo-emotivo que ella encierra no se limita sólo a los efectos anímicos sino que proyecta sus múltiples consecuencias también hacia lo físico y somático. Estudios modernos prueban que el enfermo se recupera mejor si además de los cuidados médicos y farmacológicos cuenta con toda una red de apoyo social. Cerviño, C. y Roch, S. (2001).

CAPITULO IV: LA POLITICA PÚBLICA NACIONAL PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

El Perú ha adoptado diversas medidas que conforman una política para las personas adultas mayores. Cuenta con un marco normativo e institucional amplio, complementado por una serie de instrumentos, como protocolos o guías, que buscan diseñar una ruta para la acción.

4.1 Marco Normativo

Dentro del marco normativo nacional, las principales normas vinculadas a los derechos y obligaciones de la población adulta mayor son:

- *La Constitución Política del Perú de 1993*

La Carta Magna es el instrumento básico que reconoce los derechos fundamentales de todas las personas sin distinción, entre ellas, las adultas mayores. Los capítulos I y II del Título primero señalan la lista de derechos que tiene toda persona. Respecto a las Personas Adultas Mayores en específico, el artículo 4 de la Constitución hace referencia expresa a la protección que deben recibir las Personas Adultas Mayores en situación de abandono. En efecto, este artículo señala lo siguiente: “La comunidad y el Estado protegen especialmente al niño, al adolescente, a la madre y al anciano en situación de abandono. También protegen a la familia y promueven el matrimonio”. Esta es la única disposición constitucional que señala de forma expresa a la población adulta mayor.

- *La Ley de la Persona Adulta Mayor (30490), aprobada en el 2016 y su Reglamento, aprobada en el 2018*

Esta ley es el principal instrumento normativo que recopila y profundiza en los derechos de las Personas Adultas Mayores. Al igual que la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, esta ley establece sus principios generales para la aplicación de sus disposiciones. Estos principios, son los siguientes:

- a) Promoción y protección de los derechos de las [Personas Adultas Mayores] Toda acción pública o privada está avocada a promover y proteger la dignidad, la independencia, protagonismo, autonomía y autorrealización de la persona adulta mayor, así como su valorización, papel en la sociedad y contribución al desarrollo.
- b) Seguridad física, económica y social Toda medida dirigida a la persona adulta mayor debe considerar el cuidado de su integridad y su seguridad económica y social.

c) Protección familiar y comunitaria El Estado promueve el fortalecimiento de la protección de la persona adulta mayor por parte de la familia y la comunidad.

d) Atención de la salud centrada en la persona adulta mayor. Todas las acciones dirigidas a la persona adulta mayor tienen una perspectiva biosicosocial, promoviendo las decisiones compartidas entre los profesionales de la salud y la persona adulta mayor; integrando en la atención los aspectos biológicos, emocionales y contextuales junto a las expectativas de los pacientes y valorando además la interacción humana en el proceso clínico.

El Reglamento de la Ley 30490 (Diario oficial El Peruano, 2018), además de permitir la implementación de la ley a través de políticas y programas, su principal aporte es que profundiza en los derechos y deberes tanto de la familia como del Estado respecto a las personas adultas mayores. Por otro lado, se dota de contenido a los enfoques de aplicación transversal señalados en la ley: derechos humanos, género, intergeneracional e intercultural, sumándose el enfoque gerontológico, e inclusivo o de atención a la diversidad (Reglamento de la Ley de la persona adulta mayor, artículo 4). Por último, detalla la creación y funcionamiento de los Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor (CIAM) por los Gobiernos Regionales mediante Ordenanzas Regionales, así como de los Centros de Atención para Personas Adultas Mayores (CEAPAM), los cuales son espacios acreditados por el Estado para atender a esta población.

Con respecto a los instrumentos políticos relevantes para implementar programas y proyectos que se enfocan en la población adulta mayor, están:

- *La Política Nacional en relación a las Personas Adultas Mayores*

Aprobada por Decreto Supremo 011-2011-MIMDES, publicado el 9 de julio de 2011 (en el diario oficial El Peruano 19 del año 2011). Esta política se rige por catorce principios respecto a las personas adultas mayores y, a su vez, establece seis objetivos prioritarios de política nacional: mejorar la calidad de vida de toda persona adulta mayor; promover el desarrollo integral de las personas adultas mayores; asegurar servicios idóneos de salud y seguridad social, vivienda digna, recreación y cultura; impulsar la formación de una conciencia, cultura y sensibilidad sobre el envejecimiento, la vejez y respeto a la dignidad de las personas adultas mayores; ampliar y fortalecer la capacidad de coordinación y gestión institucional para dar respuesta a los problemas de las personas adultas mayores; y, la creación de un entorno social favorable para las personas adultas mayores que potencie su desarrollo y favorezca el ejercicio de sus derechos.

Para el logro de los objetivos de la política nacional, se establece el cumplimiento de los contenidos de los siguientes ejes: (i) envejecimiento saludable; (ii) empleo, previsión y

seguridad social; (iii) participación e integración social; (iv) educación, conciencia y cultura sobre el envejecimiento y la vejez.

- *El Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013-2017 o PLANPAM 2013-2017.*

(Aprobado por Decreto Supremo 002-2013-MIMP, publicado el 16 de junio de 2013 en el diario oficial El Peruano).

Este plan consta de nueve capítulos, cuatro objetivos estratégicos, veintitrés acciones estratégicas y un anexo. Asimismo, el artículo 4 del Decreto Supremo por el que se aprobó el PLANPAM, crea la Comisión Multisectorial Permanente encargada del seguimiento, monitoreo y evaluación de la implementación del PLANPAM 2013-2017, con la finalidad de contribuir al cumplimiento eficaz de sus objetivos y metas. Dicha comisión está adscrita al MIMP (Ministerio de Mujer y Poblaciones Vulnerables) y tiene como Secretaría Técnica a la Dirección de Personas Adultas Mayores.

El PLANPAM 2013-2017 estableció como visión que las Personas Adultas Mayores ejerzan “efectivamente sus derechos, con dignidad, autonomía e inclusión social, a través del acceso a servicios públicos de calidad, en el marco de una política nacional que prioriza el envejecimiento saludable; el empleo, la previsión y la seguridad social; la participación e integración social y la educación, conciencia y cultura sobre el envejecimiento y la vejez” (MIMP 2013: 40).

Adicionalmente, afirma como misión que “[e]l Estado y la Sociedad generan e implementan normas, políticas, programas y servicios para promover y proteger los derechos de las personas adultas mayores, promoviendo un envejecimiento digno, saludable y productivo” (MIMP 2013: 40). Con ello, el objetivo general es mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores mediante la satisfacción integral de sus necesidades, su participación activa y la promoción de sus derechos, desarrollando intervenciones articuladas entre los distintos niveles del Estado y la sociedad civil.

4.2 Un Modelo Público de intervención dirigida a la Persona Adulta Mayor

4.2.1 El Centro Integral de Atención al Adulto Mayor – EL CIAM

En el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables – MIMP, existe una intervención que actúa bajo un modelo similar a los CAM de EsSalud. Se trata del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor (CIAM). De acuerdo con la Ley 30490, estos son “espacios creados por los gobiernos locales, en el marco de sus competencias, para la

participación e integración social, económica y cultural de la [Persona Adulta Mayor], a través de la prestación de servicios, en coordinación o articulación con instituciones públicas o privadas; programas y proyectos que se brindan en su jurisdicción a favor de la promoción y protección de sus derechos” (Congreso de la República 2016), en un contexto de cogestión entre la Persona Adulta Mayor y la familia y de participación activa de la Persona Adulta Mayor (MIMP, 2009b) .

Principales servicios del CIAM:

- Servicios Educativos (Alfabetización, cursos libres de computación, uso de internet)
- Recreativos (Buen uso del tiempo libre, actividad artística).
- Servicios de Participación Ciudadana (Talleres intergeneracionales, participación y organización, liderazgo y gestión, manejo emocional y mejoramiento de la autoestima, formación y apoyo a la familia cuidadora).
- Servicios Socio-Legales (Orientación socio-legal, asesoría jurídica, prevención del maltrato).
- Servicios para el desarrollo de las capacidades de las personas adultas mayores (Cursos y/o talleres de manualidades, microemprendimientos, capacitación en computación y manejo de la Internet, repostería, artesanía, pintura, calzado).
- Servicios Deportivos (Actividad física, deportes – Vida Activa, impulsado por el Instituto Peruano del Deporte - IPD).
- Servicios de Salud (Promoción de la salud, prevención de la enfermedad, orientación nutricional, prevención del deterioro mental. A través del CIAM se promoverán mecanismos de coordinación necesarios con los Centros de Salud o establecimientos análogos, para la práctica de la Valoración Geriátrica Integral de las Personas Adulta Mayor).

Este estudio sobre envejecimiento en el Perú ha sido motivado por el interés de ampliar la comprensión de aquellos factores que pueden promover un proceso de envejecimiento activo, saludable, óptimo. Donde las percusiones tengan una influencia directa sobre la calidad de vida de las personas, en la autoestima y la satisfacción por la vida.

4.2.2 El Centro del Adulto Mayor – EL CAM

Essalud cuenta con una intervención dedicada primordialmente a fomentar la salud social. Los Centros del Adulto Mayor (CAM) son “espacios de encuentro generacional orientados a mejorar el proceso del envejecimiento, mediante el desarrollo de programas de integración familiar, intergeneracional, socioculturales, recreativos, productivos y de estilos de vida para un envejecimiento activo” (EsSalud s/f a), en donde participan personas mayores de 65 años, asegurados y autosuficientes.

El propósito de este espacio es promover la calidad de vida de los afiliados y contribuir a su autonomía personal e independencia física. Su oferta de servicios se encuentra determinada por la Cartera de Servicios Gerontológicos Sociales, este es un instrumento de gestión que detalla los programas, actividades y talleres (EsSalud, 2015). De acuerdo con información de la Sub Gerencia de Protección al Adulto Mayor, actualmente existen 126 CAM a nivel nacional. Una característica es que son las mujeres quienes participan más en los CAM que los varones, debido a que “las mujeres tienden a ser más longevas y no enfrentan en tanta medida la depresión post-retiro laboral”.

Principales servicios del CAM:

- Taller de Educación Emocional: Para que mejores el manejo de tus emociones y tus relaciones interpersonales familiares y sociales.
- Taller de Memoria: Te ayudará en la mejora y refuerzo de tus capacidades cognitivas.
- Taller de Auto cuidado: Te proporcionará conocimientos sobre aspectos de tu vida física – orgánica, social, mental y espiritual
- Talleres Artísticos: Para que descubras y desarrolles tus habilidades y potencialidades artísticas.
- Talleres de Cultura Física: A través de la práctica de disciplinas como el Tai- chi, biodanza, gimnasia y otros.
- Turismo Social: Te brinda la oportunidad de conocer y disfrutar las diferentes regiones del Perú, sus culturas, costumbres, en circuitos turísticos amicales y accesibles a tu economía.
- Huertos Familiares y Crianza de Animales Menores: Te ofrece la oportunidad de estar en contacto con la naturaleza, desarrollando actividades en el cultivo de plantas hortícola, aromáticas, árboles frutales, así como también la crianza de animales menores (cuyes, patos conejos, etc.) además posibilidades de practicar la elaboración del bonsai, cultivo de Orquídeas, jardinería y vivero de plantas ornamentales.
- Comedor Social: Encontraras alimentación balanceada, en un ambiente amigable de socialización.
- Eventos Deportivo – Recreativo: Practicarás tu deporte preferido y participarás en juegos recreativos que contribuyen al mantenimiento y mejora de tus capacidades psico físicas y sociales
- Prevención, mantenimiento-control de sus enfermedades.
- Podología, Fisioterapia, Sauna, Gimnasio, Juegos de Mesa y Salón, Cafetería, Peluquería y otros.

LOS OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Analizar Indagar acerca de la percepción de la Autoestima manifestada por personas adultas mayores que participan de diversas actividades en un Centro Integral del Adulto Mayor – CIAM de Lima Metropolitana y sus repercusiones en el envejecimiento.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar si existen o no diferencias significativas entre hombres y mujeres respecto a su autoestima y satisfacción por la vida
- Analizar como la satisfacción con la vida se relaciona positivamente con la autoestima de las personas adultas mayores que han elegido participar en el CIAM
- Conocer cuáles son las actividades de mayor preferencia por las mujeres y hombres adultos mayores que participan en el CIAM

SEGUNDA PARTE: DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

CAPITULO V: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

5.1 Diseño metodológico del estudio

La presente investigación desarrollada es de tipo descriptivo y cuantitativo, siendo las técnicas metodológicas usadas mixtas, teniendo una predominancia cuantitativa y complementada con aspectos cualitativos.

Este diseño se ha escogido porque se trata de recoger, describir y analizar las características de la población en estudio. Se utiliza instrumentos estadísticos validados para obtener información que verifique lo que la teoría propone y complementada con algunas preguntas que fundamente la percepción de las personas adultas mayores involucradas.

5.1.1 Variables en estudio

- Variables dependientes
 - Percepción de la autoestima
 - Satisfacción por la vida

- Variables demográficas
 - Sexo
 - Edad
 - Estado Civil
 - Nivel Educativo

- Dos actividades que influyen más en el nivel de autoestima para sentirse felices de parte de la persona adulta mayor

5.2 Población y Muestra.

El universo lo conforman personas adultas mayores, mujeres y hombres que se encuentran participando en el Centro Integral del Adulto Mayor – CIAM, de Lima Metropolitana, cuyas edades fluctúan entre 60 y 95 años a más, de uno y otro sexo aunque no en igual proporción debido a que la participación mayoritaria es de mujeres, en el centro participan alrededor de 120 personas.

Para este trabajo, se tomó una muestra representativa que fue elegida por la dirección de este Centro, quien consideró importante el trabajo, pero recomendó iniciar con un grupo como Piloto. Es de esta manera que se seleccionaron 40 personas, 30 mujeres y 10 hombres, cuyas edades fluctúan entre 65 y 91 años. Los criterios de selección fueron:

- Personas de mayor tiempo de permanencia en el CIAM

- Personas que ha pasado por casi todos los cursos y fidelizados en algunas
- Los 10 hombres representan el 95% del total
- Las edades cubren el espectro de edades que participan en el CIAM
- Se consideró que a partir de los resultados, puede incluirse al resto del participantes del CIAM

Se accedió a este CIAM de Lima Metropolitana por referencia de un contacto que facilitó el ingreso y explicación a los directivos de la institución, luego facilitó el contacto con el grupos de personas adultos mayores a quienes se les explicó sobre su participación. Se acordaron días y horarios para reunirse con ellos y aplicar los instrumentos seleccionados.

Se visitó en varias ocasiones las instalaciones para conocer las actividades y observar las preferencias de actividades, sobre las relaciones de las personas, los niveles de convivencia entre mujeres, entre hombres y grupos mixtos.

La aplicación llevó alrededor de tres semanas, en varios horarios y previa coordinación, se contó con apoyo de otra persona, para poder asistir a las personas que presentaban alguna dificultad en la lectura del instrumento o en su llenado.

5.3 Instrumentos para el recojo de información

Los instrumentos que se han previsto aplicar son 3:

- Cuestionario con datos demográficos

Este cuestionario es un breve y conciso con las variables descritas anteriormente y que permiten conocer si estas tiene algún grado de influencia particular en el nivel de autoestima y satisfacción por la vida.

Preguntas:

- Edad
- Estado Civil
- Género
- Nivel Educativo

- Preguntas de implicación

Consta de un ítem y se refiere a dos de las actividades que más prefiere realizar la persona en el CIAM.

- **Escala de Autoestima de Rosenberg (Versión traducida)**

Es una de las más utilizadas para valorar la autoestima. Fue desarrollada originalmente por Rosenberg en 1965 y traducida al castellano por Echeburua en 1995.

La escala incluye diez ítems que valoran sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente.

Indicación:

Es un Cuestionario para explorar la autoestima personal, entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

Codificación proceso: 1.1.1.2.1.1.4. Autoestima (CIPE-a).

Administración: La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia Autoadministrada.

- **Escala de Satisfacción Vital de Diener (adaptación de Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita, 2000)**

Según los autores (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985) el instrumento evalúa el bienestar subjetivo, concentrándose en la medición de la satisfacción con la vida global. La satisfacción con la vida se evidencia a través del juicio cognitivo que haga la persona sobre su vida. Por lo tanto, la escala busca que el sujeto haga una evaluación general de lo logrado en la vida y de su satisfacción sobre esto. Descripción del instrumento original.

La escala se compone de 5 reactivos que evalúan el juicio acerca de qué tan satisfecho se está con la vida actual. Es una escala tipo ordinal tipo Likert con 4 opciones de respuesta, que indagan el desacuerdo o acuerdo con la oración presentada. Existen evidencias de que el instrumento funciona adecuadamente tomando en cuenta evidencias de validez concurrente con otras escalas que evalúan satisfacción con la vida, emociones positivas y negativas y personalidad. Teóricamente la estructura factorial representa un factor, apoyada por los resultados de estudios posteriores realizados por los mismos autores (Diener, et al., 1985; Pavot, Diener, Colvin, & Sandvik, 1991). Usos o propósitos típicos del instrumento. Se utiliza en estudios como medida general de satisfacción con la vida en ámbitos laborales, vocacionales, clínicos, tanto en diseños transversales y longitudinales. Aplicaciones recientes del test centran su valor como predictor del envejecimiento con éxito y la calidad de vida a lo largo del proceso de envejecimiento.

CAPITULO VI: ANÁLISIS DE DATOS

6.1 Estudio cuantitativo

Los códigos que cuantifican las respuestas de cada variable.

Variables y su codificación

Género	1 Femenino 2 Masculino
Estado Civil	1 Soltero/a 2 Casado/a 3 Viudo/a 4 Conviviente
Nivel de educación	1 Primaria completa 2 Primaria incompleta 3 Secundaria completa 4 Secundaria incompleta 5 Superior completa 6 Superior incompleta 7 Técnico/a
Actividades preferenciales	1 Memoria 2 Gimnasia terapéutica 3 Baile 4 Manualidades 5 Juegos de mesa 6 Canto (Peña)

6.1.1 Distribución de frecuencias y porcentajes de las variables socioeducativas

1. Género

Sobre el género de nuestras/os encuestadas/os encontramos que el 75.0% son mujeres, mientras que el 25.0% de la muestra son hombres.

Tabla N° 2
Género de los/as encuestados/as

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	30	75.0	75.0	75.0
Válidos 2	10	25.0	25.0	100.0
Total	40	100.0	100.0	

2. Edad

En la edad de nuestras/os encuestadas/os encontramos que entre 65-70 años es el 35.0%, entre 71-75 años, es el 27.5%, entre los 81-85 años, es el 10%, entre 86-90 años, es el 17%, finalmente 91 años, es el 2.5% de la muestra.

Tabla N° 1
Edad de los/as encuestados/as

	Frecuencia	Porcentaje
65	5	12.5
67	3	7.5
68	2	5.0
69	2	5.0
70	2	5.0
71	3	7.5
72	1	2.5
73	1	2.5
74	1	2.5
75	1	2.5
Válidos 76	1	2.5
77	1	2.5
78	1	2.5
81	1	2.5
84	3	7.5
86	2	5.0
87	4	10.0
88	1	2.5
89	2	5.0
90	2	5.0
91	1	2.5
Total	40	100.0

3. Estado Civil

A continuación el estado civil de los/as encuestadas/os encuestados encontrándose que el 15.0 % es soltera/o, el 57.5 % es casada, el 5.0 % de las/os encuestadas es conviviente, el 0% % es divorciada y el 22.5 % es viuda.

Tabla N° 3
Estado civil de los/as encuestados/as

	Frecuencia	Porcentaje
1	6	15.0
2	23	57.5
Válidos 3	9	22.5
4	2	5.0
Total	40	100.0

4. Nivel de Educación

En el nivel de Educación de las/os encuestadas/os se encontró que el 50.0 % tiene secundaria completa, el 22.5% tiene secundaria incompleta, 2.5% tiene una carrera técnica, el 15.0 % posee educación universitaria incompleta y 7.5% cuenta con estudios superior completa.

Tabla N° 4
Nivel de Educación de los/as encuestados/as

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	1	2.5	2.5	2.5
3	20	50.0	50.0	52.5
4	9	22.5	22.5	75.0
Válidos 5	3	7.5	7.5	82.5
6	6	15.0	15.0	97.5
7	1	2.5	2.5	100.0
Total	40	100.0	100.0	

5. Preferencia de Actividades I

En relación a las actividades que prefieren realizar en el CIAM como primera opción destaca memoria, el 52.5%, baile, el 22.5% segunda opción y gimnasia terapéutica, el 17.5% elige como tercera opción.

Tabla N° 5
Preferencia Actividad I de los/as encuestados/as

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	21	52.5	52.5	52.5
2	7	17.5	17.5	70.0
3	9	22.5	22.5	92.5
Válidos 4	1	2.5	2.5	95.0
6	2	5.0	5.0	100.0
Total	40	100.0	100.0	

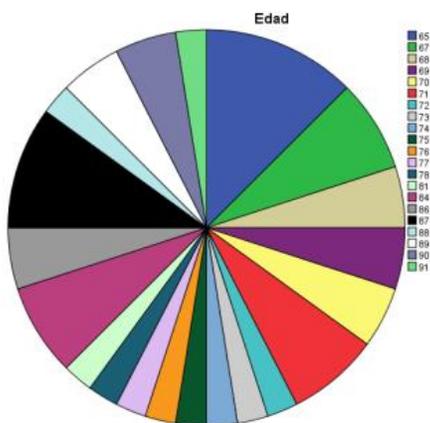
6. Preferencia de Actividades II

En relación a las actividades que prefieren realizar en el CIAM como segunda opción destaca baile, 35.5%, gimnasia terapéutica, 22.5%, manualidades, 15%, memoria y canto 12.5%. Cabe destacar que en el caso de manualidades fue elegido solo por mujeres y juego de mesa (billar) solo por hombres.

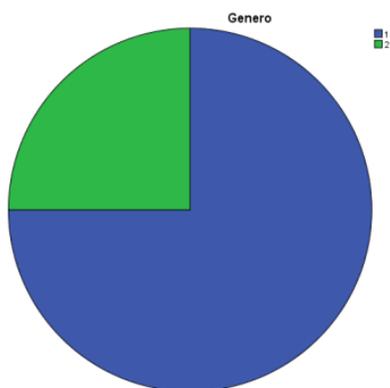
Tabla N° 6
Preferencia Actividad II de los/as encuestados/as

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	5	12.5	12.5	12.5
2	8	20.0	20.0	32.5
3	14	35.0	35.0	67.5
Válidos 4	6	15.0	15.0	82.5
5	2	5.0	5.0	87.5
6	5	12.5	12.5	100.0
Total	40	100.0	100.0	

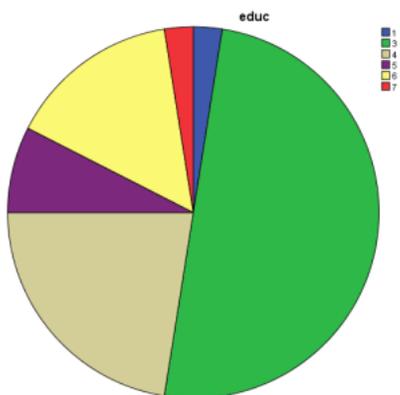
6.1.2 Gráficos



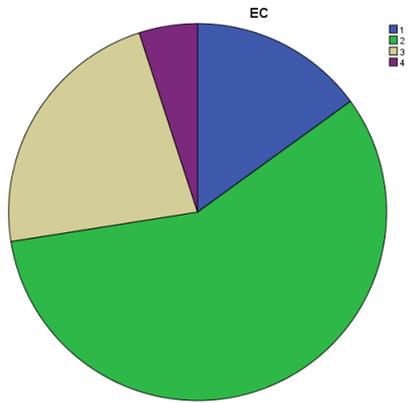
El gráfico muestra la predominancia de 65 años en la muestra de encuestados/as del CIAM



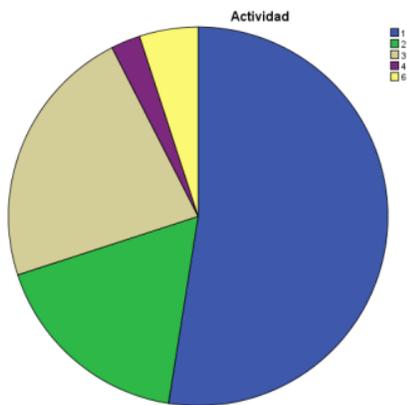
El gráfico muestra la predominancia de Mujeres que participan en el CIAM, 75.0% vs 25.0% es un reflejo de lo que ocurre en el universo de participantes del CIAM.



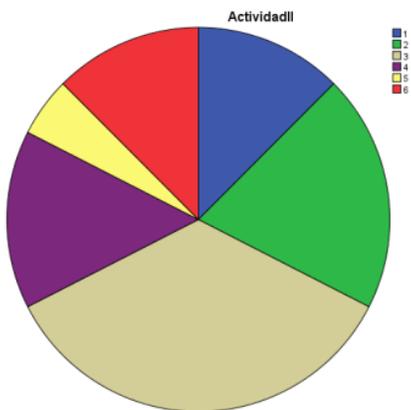
El gráfico muestra que las personas adultas mayores que participa del CIAM cuentan con educación predominando el nivel secundario (72.5%) y universitario (22.5%).



El gráfico muestra que las personas adultas mayores que participa del CIAM cuentan con educación predominando el nivel secundario (72.5%) y universitario (22.5%).



El gráfico muestra que las actividades que obtiene una mayor preferencia por las personas del CIAM es memoria (52.5%) y baile (32.0%). Le siguen la gimnasia terapéutica y manualidades.



6.2 Cualidades Psicométricas

Las cualidades psicométricas son evaluaciones que precisan que los datos cumplan con dos condiciones: fiabilidad y validez, es decir, si los números extraídos de la medición pueden ser empleados con garantía.

6.2.1 Fiabilidad

Cuando se habla de fiabilidad de un instrumento de medida, se hace referencia a la precisión o al grado de exactitud de la medida. Este concepto es habitualmente usado con dos significados: la consistencia interna y de coherencia existente entre las respuestas de los sujetos que permitan que un instrumento mida lo mismo cuando es aplicado en dos momentos diferentes a los mismos sujetos.

6.2.2 Fiabilidad a través del Cálculo del Coeficiente de Cronbach

La fiabilidad de los instrumento fue avalada a través del Cálculo del Coeficiente Alpha de Cronbach.

El valor Alpha obtenido para cada uno de los instrumentos se encuentra en la tabla siguiente, donde se observa la alta fiabilidad de estos.

Tabla 7
Estadísticas de fiabilidad

Escalas	Alfa de Cronbach	N de elementos
Escala de Autoestima de Rosenberg (1965)	.663	10
Escala de Satisfacción con la vida (2000) *	.615	05

*Escala de Satisfacción con la vida, (adaptación de Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita, (2000)

Tabla 8
Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	40	100.0
	Excluido ^a	0	.0
	Total	40	100.0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

En la siguiente tabla se aprecia la media para cada ítem de la escala de Rosemberg, por encima de la media, refiere un nivel de autoestima elevada y se confirma con la desviación estándar.

Tabla 9
Estadísticas de elemento

	Media	Desviación estándar	N
RosembergI	3.75	.439	40
Rosemberg2	3.70	.464	40
Rosember3	3.73	.506	40
rosamber4	3.95	.221	40
Rosemberg5	3.83	.446	40
Rosemberg6	3.80	.405	40
rosemberg7	3.93	.267	40
Rosember8	3.63	.705	40
Rosember9	3.88	.335	40
Rosemberg10	3.95	.221	40

Tabla 10
Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
RosembergI	34.38	3.728	.326	.638
Rosemberg2	34.43	3.430	.480	.604
Rosember3	34.40	3.579	.332	.638
rosamber4	34.18	3.840	.673	.611
Rosemberg5	34.30	3.549	.430	.616
Rosemberg6	34.33	4.020	.177	.666
rosemberg7	34.20	3.959	.415	.632
Rosember8	34.50	3.436	.206	.697
Rosember9	34.25	3.987	.278	.648
Rosemberg10	34.18	4.046	.425	.637

La media confirma la valoración alta de la autoestima en las personas de la muestra
 Y el alfa de Cronbach, confirma la confiabilidad del instrumento y de todos que los ítems
 covarían entre sí.

Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
38.13	4.471	2.115	10

6.2.3 Análisis Factoriales

El análisis factorial es una técnica de reducción de datos que nos permite encontrar grupos homogéneos de variables a partir de un conjunto numeroso de variables. Esos grupos homogéneos se forman con las variables que correlacionan entre sí, buscando establecer la independencia de unos grupos frente a otros. La validez tiene dos significados: (I) en qué medida los resultados del instrumento miden aquello que pretenden medir y no aspectos diferentes; (II) el grado de confianza que se posee de aquello que el instrumento va a medir.

Tabla 11
Comunalidades

	Inicial	Extracción
RosembergI	1.000	.331
Rosemberg2	1.000	.390
Rosember3	1.000	.209
rosamber4	1.000	.628
Rosemberg5	1.000	.285
Rosemberg6	1.000	.123
rosemberg7	1.000	.412
Rosember8	1.000	.103
Rosember9	1.000	.220
Rosemberg10	1.000	.406

Método de extracción: análisis de componentes principales.

En este caso con un análisis factorial exploratorio, encontramos que ambas explican con un solo factor.

Tabla 12
Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1 Ros 1	3.107	31.069	31.069	3.107	31.069	31.069
2 Ros 2	1.476	14.759	45.828			
3 Ros 3	1.364	13.644	59.472			
4 Ros 4	1.037	10.371	69.844			
5 Ros 5	.960	9.595	79.439			
6 Ros 6	.565	5.654	85.093			
7 Ros 7	.508	5.076	90.169			
8 Ros 8	.445	4.446	94.615			
9 Ros 9	.369	3.689	98.304			
10 Ros 10	.170	1.696	100.000			

ESCALA DE SATISFACCIÓN VITAL DE DIENER (ADAPTACIÓN DE ATIENZA, PONS, BALAGUER Y GARCÍA-MERITA, 2000) (5 ÍTEM)

Fiabilidad

Tabla 13
Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	40	100.0
	Excluido ^a	0	.0
	Total	40	100.0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Tabla 14
Estadísticas de elemento

	Media	Desviación estándar	N
Sat1	2.63	.490	40

Sat2	2.55	.504	40
Sat3	2.68	.526	40
Sat4	2.63	.490	40
sat5	2.55	.552	40

Tabla 16
Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Sat1	10.40	1.733	.477	.506
Sat2	10.48	1.948	.275	.606
Sat3	10.35	1.515	.616	.418
Sat4	10.40	1.990	.260	.613

sat5	10.48	1.897	.254	.623
------	-------	-------	------	------

Análisis factorial

Comunalidades

	Inicial	Extracción
Sat1	1.000	.573
Sat2	1.000	.290
Sat3	1.000	.706
Sat4	1.000	.250
sat5	1.000	.229

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al	
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza
1	2.048	40.962	40.962	2.048	40.962
2	1.007	20.147	61.109		
3	.916	18.317	79.425		
4	.609	12.175	91.600		
5	.420	8.400	100.000		

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Matriz de componente^a

	Componente
	1
Sat1	.757
Sat2	.538
Sat3	.841
Sat4	.500
sat5	.478

Método de extracción: análisis de componentes principales.

a. 1 componentes extraídos.

6.2.4 Prueba T.

La prueba T permite comparar dos medias muestrales. Por lo tanto está indicada cuando se quiere estudiar si una variable categórica con dos niveles guarda relación con una variable cuantitativa (o al menos cuasi-cuantitativa).

Existen dos tipos de pruebas t principal, aquellas para grupos independientes, para muestras independientes, y aquellas para muestras, grupos, dependientes.

El primero de los casos respondería al genérico de dos grupos de sujetos diferentes, como la comparación de las medias de hombres y mujeres, como se muestra en la Tabla siguiente. Confirma la media alta para una alta autoestima de los adultos mayores hombres, la desviación estándar es más baja y ello lo ratifica. En el caso de la satisfacción por la vida, la media indica que son las mujeres quienes logran un mayor puntaje, y la desviación estándar también lo

confirma. En ambos casos, los indicadores muestran una autoestima y satisfacción por la vida buena para este grupo de personas.

Se utilizó la prueba T para muestras independientes, porque nuestra es pequeña, encontrando que en relación a la autoestima no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al nivel de significación $\alpha = 0,05$ ($t = -1.726$, $p = ,092$; $t = -2.396$, $p = ,023$).

Tabla 17
Prueba T

	Género	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
AUTOESTIMA	1	30	3.7800	.22804	.04163
	2	10	3.9100	.11005	.03480
SATISFACCION	1	30	2.6333	.29283	.05346
	2	10	2.5200	.40222	.12719

Tabla 18
Estadísticas de grupo

	prueba t para la igualdad de medias		prueba t para la igualdad de medias		prueba t para la igualdad de medias		
	t	t	T	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias
-1.726	-1.726	-1.726	-1.726	-1.726	38	.092	-.13000
-2.396	-2.396	-2.396	-2.396	-2.396	32.522	.023	-.13000
.964	.964	.964	.964	.964	38	.341	.11333
.821	.821	.821	.821	.821	12.342	.427	.11333

La prueba de Levene para la igualdad de varianzas nos indica si podemos o no suponer varianzas iguales. As, encontramos que el estadístico Levene es < 0.05 suponemos varianzas distintas. Vemos entonces ($t = -.426$) con un nivel de significancia de $p = ,676$ por lo que afirmamos que no existen diferencias significativas entre ambo grupos.

Tabla 19

Prueba la hipótesis nula que la varianza de error de la variable dependiente es igual entre grupos.

a. Diseño : Intersección + EC

Prueba de muestras independientes Rosenberg

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
Se han asumido varianzas iguales	,777	,383	-,412	38	,683	-,067	,162	-,394	,261
No se han asumido varianzas iguales			-,426	16,391	,676	-,067	,157	-,398	,265

6.2.5 Prueba de muestras independientes

El segundo caso, muestra dependientes, respondería al genérico de los mismos sujetos medidos en dos ocasiones o en dos aspectos diferentes, para saber si las medias son iguales o diferentes. Además de las opciones de medias y ANOVA de un factor. Las tres opciones de pruebas t son: la de comparación con un valor poblacional (o prueba de una muestra), y las de comparación de dos muestras.

6.2.6 Análisis Diferenciales

En este apartado se presentan los resultados de los análisis de varianza para conocer si hay y dónde se producen diferencias estadísticamente significativas en relación con las variables sociodemográficas. Las pruebas de diferencias de medias realizadas en este apartado han sido: Anovas.

Tabla 20
Factores inter-sujetos

		N
EC	1	6
	2	23
	3	9
	4	2

Tabla 21

Variable dependiente: AUTOESTIMA

EC	Media	Desviación estándar	N
1	3.8333	.18619	6
2	3.8565	.18544	23
3	3.7111	.28480	9
4	3.7000	.00000	2
Total	3.8125	.21145	40

Prueba de igualdad de Levene de varianzas de error^a

Variable dependiente: AUTOESTIMA

F	df1	df2	Sig.
1.162	3	36	.338

Comparaciones múltiples

Variable dependiente: AUTOESTIMA

	(I) EC	(J) EC	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
HSD Tukey	1	2	-.0232	.09600	.995	-.2817	.2354
		3	.1222	.11037	.687	-.1750	.4195
		4	.1333	.17099	.863	-.3272	.5938
	2	1	.0232	.09600	.995	-.2354	.2817
		3	.1454	.08234	.306	-.0763	.3672
		4	.1565	.15438	.742	-.2593	.5723
	3	1	-.1222	.11037	.687	-.4195	.1750
		2	-.1454	.08234	.306	-.3672	.0763
		4	.0111	.16371	1.000	-.4298	.4520
	4	1	-.1333	.17099	.863	-.5938	.3272
		2	-.1565	.15438	.742	-.5723	.2593
		3	-.0111	.16371	1.000	-.4520	.4298

Se basa en las medias observadas.

El término de error es la media cuadrática (Error) = ,044.

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel ,05.

AUTOESTIMA

	EC	N	Subconjunto
			1
HSD Tukey ^{a,b,c}	4	2	3.7000
	3	9	3.7111
	1	6	3.8333
	2	23	3.8565
	Sig.		.651

Se visualizan las medias para los grupos en los subconjuntos

homogéneos. Se basa en las medias observadas.

El término de error es la media cuadrática (Error) = ,044.

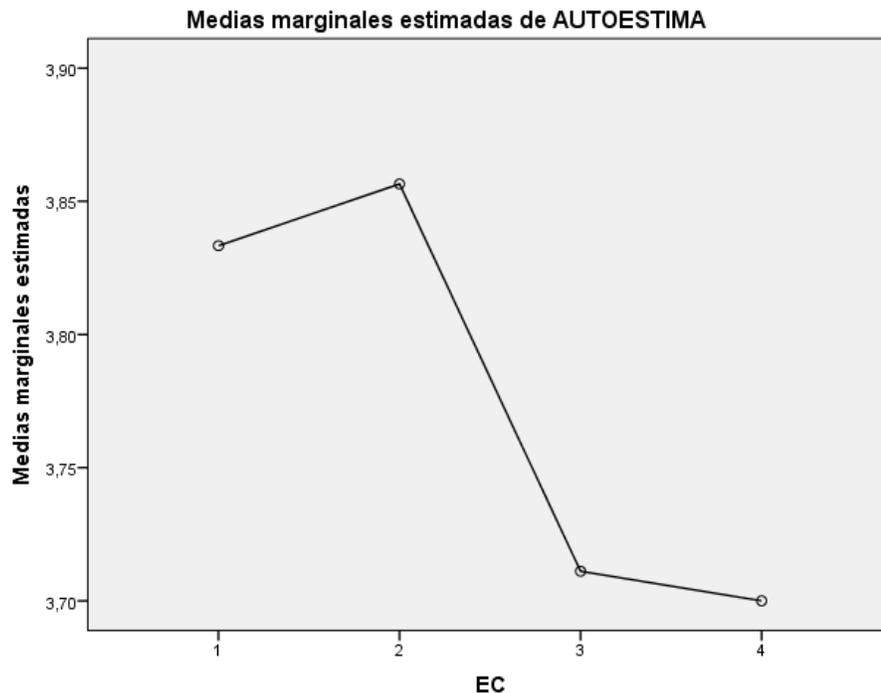
a. Utiliza el tamaño de la muestra de la media armónica = 4,871.

b. Los tamaños de grupo no son iguales. Se utiliza la media armónica de los tamaños de grupo. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

c. Alfa = ,05.

El gráfico nos indica la correlación que hay entre el nivel de AUTOESTIMA y las variable sociodemográfica, estado civil, convivientes y viudos/as presenta el nivel más bajo en la autoestima, a diferencia de los casados/as y solteras/os.

Gráfico 2



6.2.7 Correlaciones entre los dos cuestionarios

La correlación efectuada entre con los 10 ítems de Rosenberg y los 5 ítems de Satisfacción de la muestra completa de varones y mujeres de personas adultas mayores nos permite afirmar la alta correlación entre sí de los ítems significativa a nivel de 0,01 y 0,05 lo cual nos permite realizar Análisis Diferenciales con Anovas.

Para la escala de Rosenberg

Hay correlación significantes entre el ítem (1) Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás consigo misma, del ítem (4) Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a con el primer ítem, también con (2) Estoy convencido de que tengo cualidades buenas y (3) Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente (9) Hay veces que realmente pienso que soy un inútil con (5) En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a Mientras que hay relación significativa entre los ítem (6) Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a con (1), (2) (4), (10) A veces creo que no soy buena persona con (4) (6) y (7) En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.

Para la Escala de Autoestima y Rosenberg

Hay correlación sinificantes entre el ítem (1) En la mayoría de los aspectos, mi vida es como quiero que sea de Autoestima y (4) Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a de Rosenberg y (7) de Rosenberg En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.

		Ros1	Ros2	Ros3	Ros4	Ros5	Ros6	Ros7	Ros8	Ros9	Ros10	Sat1	Sat2	Sat3	Sat4	Sat5
RosembergI	Correlación de Pearson															
	Sig. (bilateral)															
	N	40														
Rosemberg2	Correlación de Pearson	,378*														
	Sig. (bilateral)	,016														
	N	40	40													
Rosember3	Correlación de Pearson	,260	,076													

	Sig. (bilateral)	,105	,639																
	N	40	40	40															
	Correlación de Pearson	,397*	,350*	,333*															
rosamber4	Sig. (bilateral)	,011	,027	,036															
	N	40	40	40	40														
	Correlación de Pearson	,033	,235	,236	,429**														
Rosemberg5	Sig. (bilateral)	,841	,144	,143	,006														
	N	40	40	40	40	40													
	Correlación de Pearson	,000	-,055	,225	,172	,227													
Rosemberg6	Sig. (bilateral)	1,000	,738	,162	,288	,159													
	N	40	40	40	40	40	40												
	Correlación de Pearson	,493**	,435**	,223	,370*	,102	,095												
rosemberg7	Sig. (bilateral)	,001	,005	,166	,019	,530	,560												
	N	40	40	40	40	40	40	40											
	Correlación de Pearson	-,062	,431**	,135	,371*	,275	-,090	-,017											
Rosemberg8	Sig. (bilateral)	,703	,005	,407	,018	,086	,582	,917											
	N	40	40	40	40	40	40	40	40										

Rosember9	Correlación de Pearson	,306	,082	,095	,260	,364*	,189	,179	-,095									
	Sig. (bilateral)	,055	,613	,561	,105	,021	,243	,268	,560									
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40								
Rosemberg10	Correlación de Pearson	,132	,350*	,103	,474**	,169	,459**	,370*	,041	,260								
	Sig. (bilateral)	,415	,027	,526	,002	,297	,003	,019	,801	,105								
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40							
Sat1	Correlación de Pearson	,149	,056	,297	,296	-,073	-,129	,172	,028	,020	,059							
	Sig. (bilateral)	,359	,730	,062	,064	,653	,427	,290	,865	,905	,717							
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40						
Sat2	Correlación de Pearson	,290	,285	,408**	,254	-,017	,176	,315*	,018	,114	,254	,337*						
	Sig. (bilateral)	,069	,075	,009	,114	,917	,278	,048	,912	,484	,114	,033						
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40				
Sat3	Correlación de Pearson	-,028	-,200	,234	,077	,079	,048	-,178	-,130	-,091	-,144	,510**	,305					
	Sig. (bilateral)	,865	,217	,146	,635	,627	,768	,271	,425	,576	,377	,001	,056					
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40			
Sat4	Correlación de Pearson	,149	-,056	-,116	,059	-,073	-,129	-,025	-,121	-,137	-,178	,253	,026	,311				

	Sig. (bilateral)	,359	,730	,475	,717	,653	,427	,881	,459	,401	,273	,115	,874	,051	
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
	Correlación de Pearson	,053	-,040	,188	,021	,088	,046	,113	,016	-,035	,021	,118	,083	,366*	,118
sat5	Sig. (bilateral)	,746	,806	,245	,898	,588	,779	,487	,920	,832	,898	,467	,611	,020	,467
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

CAPITULO VII: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

7.1 Resultados y discusión desde los objetivos del estudio

7.1.1 Objetivo general

Indagar acerca de la percepción de la Autoestima manifestada por personas adultas mayores que participan de diversas actividades en el CIAM de Lima Metropolitana realización de actividades diversas.

La indagación sobre la percepción que tienen las personas adultas mayores respecto de si mismas es alta, muy buena, y en ello están contribuyendo la actitud que tiene para participar de actividades nuevas o de mantenerlas, con un grupo nuevo, asumiendo los retos que les ofrecen aprender, movilizarse, sentirse mejor, sentirse felices. También sorprende encontrar que no son solamente las actividades físicas las que influyen en una envejecimiento saludable y activo, sino que también las actividades cognitivas, cobran un papel importante.

7.1.2 Objetivos específicos

Determinar si existen o no diferencias significativas entre hombres y mujeres respecto a su autoestima y satisfacción por la vida

Los resultados de la investigación nos indican que nos hay diferencias significativas en la autoestima de las mujeres y hombres adultos mayores, incluso en la que participan de las actividades del CIAM. Media en la Autoestima en mujeres 3.7800 y hombres 3.910, mientras que la satisfacción por la vida mujeres 2.633 y de hombres 2.3200. Es interesante destacar que los hombres presentarían un nivel mayor a las mujeres y mientras que la diferencia respecto de la satisfacción por la vida, las mujeres tiene una diferencia mínima en relación a los hombres.

Analizar como la satisfacción con la vida se relaciona positivamente con la autoestima de las personas adultas mayores que han elegido participar en el CIAM

Los resultados también demuestran la relación estrecha en tener un nivel de autoestima bueno y la satisfacción de sentirse felices por parte de las personas adultas mayores que participan en

el CIAM, para poder no solo distraerse como fue el inicio de su inserción en el programa, sino que ejercitarse en actividades nuevas o dejadas de hacer, con nuevas personas, contemporáneos como ellas/os, y también con los coordinadores y profesores de los cursos, que son adultos más jóvenes, les permite renovarse, independizarse, cambiar la percepción de su entorno familiar y social, sobre sus posibilidades de un envejecimiento menos dependiente, más libre y con mayor capacidad para adaptarse y/o aceptar los avances de la edad y la aparición de dificultades de salud o anímicos.

Conocer cuáles son las actividades de mayor preferencia por las mujeres y hombres adultos mayores que participan en el CIAM

Es interesante destacar que la mayoría de actividades señaladas como “preferidas” los son para ambos géneros, hay una marcada predilección por combinar actividades físicas como la gimnasia terapéutica, el baile, como otras de corte cognitivas como memoria, canto, está última requiere también que ellos aprendan a modular su voz, memoricen las letras de canciones, incorporen habilidades para seguir reglas de canto individual y coral. El 52% eligió el taller de Memoria, 22% Baile, 17.5 Gimnasia terapéutica, las actividades en las cuales hay una predominancia por género es Manualidades el 15% es solo mujeres que eligieron la opción, mientras que juegos de mesa (damas, ajedrez, billar), 5% elegido solo por hombres.

Sin embargo, el predominio de la actividad de Memoria y Canto, con un valor más alto que el de las actividades físicas baile y gimnasia, nos muestra que los factores que estarían influyendo sobre la autoestima y la satisfacción por la vida de las personas adultas mayores, tendrán que ver con la mejora en lo que el envejecimiento trae “nuevas ganancias”, basados en nuevos aprendizajes, nuevos retos personales, mejores condiciones para responder antes situaciones de conflicto, stress, pérdida, es un tema sobre el cual se podría ampliar esta investigación. Esta afirmación de “otros factores que pueden favorecer la autoestima en el envejecimiento y uno de los más efectivos es la actividad física (Bergland, Thorsen, y Loland, 2010; Lox, et al., 2010; Motl, y McAuley, 2010, en este caso particular, parece no sostener esta afirmación.

La realización de actividades físicas directamente o aquellas que implican actividad motora influye positivamente en el envejecimiento. Los resultados obtenidos en el presente trabajo permiten plantear que las personas que realizan actividades físicas cualquiera sea la intensidad de esta (baile, gimnasia terapéutica, teatro, canto, memoria), durante la semana de forma regular presentan un nivel de autoestima significativo.

La persona mayor hombre o mujer que realiza actividades diversas entre físicas, lúdicas, cognitivas, muestra una actitud abierta a la vida a la hora de afrontar la vejez, creyéndose valiosa y capaz, sintiéndose bien consigo.

En cuanto al resto de sociodemográficos estudiados en relación a la satisfacción personal, observamos que el género, tal y como esperábamos, no presenta diferencias significativas en la satisfacción vital al comparar hombres y mujeres. Este resultado es coherente con diversos estudios que al igual que en este trabajo plantean que no existirán diferencias significativas para la satisfacción vital en función del género, como los de Triadó (2003) que informa que al comparar la puntuación total en satisfacción vital, entre hombres y mujeres no se encontraron diferencias significativas. Por otra parte Meléndez et al. (2008), tampoco observaron mediante modelos de ecuaciones estructurales relación entre la medida de satisfacción vital y el género.

El matrimonio es uno de los mayores predictores de bienestar subjetivo y que las personas casadas informan de un mayor grado de satisfacción con la vida que las personas solteras, viudas o divorciadas (Acock y Hurlbert, 1993; Campbell et al., 1976; Glenn y Weaver, 1981; Mastekaasa, 1993; Wood et al., 1989).

García Martín (2002) indica que es posible que la educación pueda ejercer efectos indirectos en el bienestar subjetivo a través de su papel mediador tanto en la consecución de las metas personales como en la adaptación a los cambios vitales que acontecen.

7.2 Prospectiva

La investigación ha mostrado algunos hallazgos que confirman varios señalamientos teóricos, pero también la necesidad de profundizar en las razones por las cuales, por ejemplo, hay menos asistencia de hombres, o qué motiva a los pocos que participan hacerlo y mantenerse. Qué los motiva a ingresar y qué los anima a continuar siendo parte de las múltiples actividades aunque no todo sea gratuito, como refiere el programa entre sus requisitos.

Interesa también poder conocer qué opina la familia de estas personas adultas mayores que asisten solas a sus actividades o conocer si la relación con esta familia ha cambiado a partir de estas actividades o para las personas que viven solas, qué valor tiene el grupo de referencia con el que interactúa casi cotidianamente.

Respecto de los factores que influyen en la autoestima y sentirse felices con la vida, porque priorizan a las actividades cognitivas como es el caso de esta investigación que arroja este resultado, qué encuentra, qué moviliza en ellas/os. Tendrá que ver con lo que refieren Gutiérrez, Serra y Zacaes, 2006, “ya no son únicamente los factores biológicos los que explican el envejecimiento, los psicológicos, y sociales son también importantes, y más aún la interacción entre ellos.

Si bien el estudio ha sido de cuantitativo, ha podido incluir una batería de aspectos cualitativos que permitieran relacionarse y acceder algunas respuestas.

7.3 Conclusiones

Las principales conclusiones que se extraen de este estudio está principalmente en confirmar que ha factores que si contribuyen en la autoestima de las personas adultas mayores y esta repercute en la satisfacción por la vida, y, para poder hablar de un envejecimiento activo, positivo, saludable. Y, que estos factores tienen que ver con las actividades que realizan, en este grupo de estudio, predomina las actividades cognitivas como son el ejercicio de la memoria y el canto, que estaría justamente incidiendo también sobre la memoria, como primera opción. Mientras que en segundo lugar están las actividades físicas (gimnasia, baile), situación inversa a los que nos aporta las investigaciones revisadas.

Tendrá que ver con lo que señala González-Celis & Padilla, (2006). los estilos y estrategias de enfrentamiento pueden tener un impacto positivo en el adulto mayor, incidiendo en muchas esferas de la vida, logrando que tenga un mejor rendimiento social y desarrollando habilidades que le permitan valerse por sí mismo, a su vez esto incidirá positivamente en las evaluaciones que realiza el adulto mayor sobre sus metas y objetivos, lo que se relaciona con el bienestar subjetivo

Otro aspecto importante por el que no se ha preguntado pero que está presente en las actividades que promueve el CIAM, es la relación que establecen las personas entre sí, que es un aspecto presente en las diferentes actividades, que les permite, conversar, intercambiar, apoyarse, motivarse, aceptarse con sus limitaciones, lo que estaría ayudando a las personas adultas mayores en su autoestima, tal como dice Fernández-Ballesteros (1996), la gran influencia positiva del apoyo social, derivado de una red de interacción, con el bienestar subjetivo; de esta forma los vínculos y la satisfacción con estos, son un factor imprescindible para lograr un envejecimiento exitoso. En este punto se recalca la importancia de esta actividad social, pero no es la actividad por sí misma que incide en el bienestar, sino en la valoración subjetiva que es construida con relación a los otros, en un espacio social determinado.

La pertenencia al CIAM, permite integrarse a un grupo y esto incide sobre los tres componentes fundamentales de la autoestima, como son el cognitivo, afectivo y conductual, se activan, lo que garantizaría que las personas mayores puedan hacer frente diferentes contrariedades de la vida en el envejecimiento.

BIBLIOGRAFÍA.

Acevedo Alemán, J., González Tovar, J. (2014). No envejecemos igual: la religiosidad y el género en adultos mayores del noreste de México. *Reflexiones*, 93, 133-144. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72930086010>

Alvarado García, A. M. y Salazar Maya, A. M. (2014). Análisis del concepto del envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>

Aranda, J. & Vara, A. (2006). Factores asociados a la satisfacción de vida de los adultos mayores de 60 años en Lima-Perú. *Universitas Psychologica*, 5(3), 37-53. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a04.pdf>

Aranibar, P. (2001). *Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina*. Chile: CEPAL.

Amezcu, J; Pichardo, C. (2000). Diferencias de género en autoconcepto en sujetos adolescentes. En: *Canales de psicología*, 6(2), pp 207-214.

Carmona Valdez, S. (2011). El bienestar personal en el envejecimiento. *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 7,48-65.

Ander-Egg, E. (2004). *Métodos y técnicas de investigación social: su método y la expresión del conocimiento científico*. México: La ciencia. Lumen.

Blouin, C (coordinadora); Tirado, E, Rao, Mamani, F (2011). La situación de la población adulta mayor en el Perú: Camino a una nueva política. Pontificia Universidad Católica del Perú, 2018 Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Perú (IDEHPUCP)

Cerviño, C. y. (2001). *Perspectiva Histórica y marco conceptual de la autoestima*. Valencia: SCRIPT.

Cerviño, C. y Roch, S. (2001) Evaluación de la Autoestima en la edad Adulta. Universitat de Valencia. Trabajo de Investigación

Cerviño, C. y Meléndez, J. C. (2001). Concepto formación y desarrollo de la autoestima. <http://kilimanjar.uv.es:8900/SCRIPT/3AutoEst/contenido2>

Cerviño, C. y Meléndez, J. C. (2001). Influencia de los contextos en la formación de la Autoestima. <http://kilimanjar.uv.es:8900/SCRIPT/3AutoEst/contenido3>

Capdevila, L. (2005). Actividad Física y Estilo de Vida Saludable. Girona: Documento Universitaria.

Edición Especial con Ocasión de la II Asamblea Mundial de Naciones Unidas Sobre el Envejecimiento, Madrid 2002 . Boletín Informativo. Los Adultos Mayores en América Latina y El Caribe. Datos e Indicadores – CEPAL-ECLAT

Fernández-Ballesteros, R, Zamarrón, M.D. y Maciá, A. (1996). Calidad de vida en la vejez en distintos contextos. Madrid: INSERSO.

Guillén, F. (1996). Calidad de vida y actividad física en la vejez: una perspectiva psicosocial.

Gracia, E., Musitu, G. y Herrero, J. (2002). Cuestionario de apoyo social comunitario. En E. Gracia, J. Herrero y G. Musitu. Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad. Madrid: Síntesis.

Instituto Nacional de Estadística – INEI. INFORME TÉCNICO. Situación de la población adulto mayor. Informes trimestrales. 2017, 2018, 2019.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI, Perfil Sociodemográfico del Perú, Censos Nacionales XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas, realizado en octubre de 2017- 2018.

Instituto Nacional de Estadística e Informática: Colección Poblaciones Vulnerables: Datos demográficos (2007, 2017, 2018, 2019). Lima. Perú

INSERSO (1990). La tercera edad en España: necesidades y demandas. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.

INSERSO (1996): Cuidados en la vejez. El apoyo informal. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto Nacional de Servicios Sociales.

Motte, C. A. M. y Muñoz, J. (2006). Envejecimiento social. En J. Muñoz (Ed.), Psicología del Envejecimiento (pp. 95-110). Madrid: Pirámide.

Navarro, M; Brito, E; García J.M. y Ruiz, J. A (Eds.), Programas de Actividad Física y deportiva para las personas mayores, 179- 198. Las Palmas de Gran Canaria: Exmo. Cabildo Insular de Gran canaria.

Navarro Guzmán, J. I., Alcalde Cuevas, C., Marchena Consejero, E., & Aguilar Villagrán, M. (2003). Programa para la mejora de la atención en personas mayores. [A computerized program for increasing attention in the elder]. *Psicología Conductual* 11(1), 181-188

Sánchez, P. A.; Ureña, F.; Garcés de los Fayos, E. J. (2002). Repercusiones de un programa de actividad física gerontológica sobre la aptitud física, autoestima, depresión y afectividad. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 2, 57-73.

Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento activo. Geneva: OMS.

Piedras-Jorge, C., Meléndez, J. C. y Tomás, J. M. (2010). Beneficios del ejercicio físico en población mayor institucionalizada. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 45, 131-135.

Point Geis, P. (1997). Tercera Edad, Actividad Física y Salud. Teoría y Práctica. Barcelona: Paidotribo.

Ramos, F. y P. Jiménez (1999). Salud y envejecimiento. Madrid: UNED

Townsend, P. (1957). Aspectos sociales del envejecimiento. En *Enciclopedia de las Ciencias Sociales*. Madrid: Aguilar

UNFPA-Ficha-Adultos-Mayores-Peru.pdf. 2018. Recuperado de: <file:///C:/Users/User/Desktop/maestria%202019/Avances/Censo%202017/UNFPA-Ficha-Adultos-Mayores-Peru.pdf>

Villar, F, Triado, C, Solé C, Osun, M^aJ, (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento: cuando la estabilidad significa cambio: *Revista Multidisciplinaria de Gerontología* ISSN; 152-162. Barcelon.

Velez, R., Menacho, I., Marchena, E., Navarro, J.I., & Aguilar, M. (2014). Rendimiento de la memoria prospectiva en personas mayores, adultos y jóvenes. *Acta Colombiana de Psicología*, 17 (2), 143-151. doi: 10.14718/ACP.2014.17.2.15.

Zacarés, J; Serra, E. (2011). Explorando el territorio del desarrollo adulto: la clave de la generatividad. *Fundación Infancia y Aprendizaje*, ISSN: 1135-6405 *Cultura y Educación*, 2011, 23 (1), 75-88

ANEXOS

Escala de Satisfacción Vital de Diener (adaptación de Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita, 2000)

Por favor, marque las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

A. Muy de acuerdo B. De acuerdo C. En desacuerdo D. Muy en desacuerdo

	A Muy en desacuerdo	B Más bien en desacuerdo	C Más bien de acuerdo	D Muy de acuerdo
1. En la mayoría de los aspectos, mi vida es como quiero que sea	0	1	2	3
2. Las circunstancias de mi vida son buenas	0	1	2	3
3. Estoy satisfecho/a con mi vida	0	1	2	3
4. Hasta ahora he conseguido en la vida las cosas que considero importantes	0	1	2	3
5. Si pudiera vivir mi vida otra vez, la repetiría tal y como ha sido	0	1	2	3

Escala de Autoestima de Rosenberg

Por favor, marque las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

A. Muy de acuerdo B. De acuerdo C. En desacuerdo D. Muy en desacuerdo

	A Muy de acuerdo	B De acuerdo	C En desacuerdo	D Muy en desacuerdo
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				

8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo/a.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona				

Datos sociodemográficos:

1. Edad
2. Estado Civil
3. Grado educativo
4. Género

Preguntas de implicación: Cuáles son las actividades que más prefiere realizar en el CIAM

1.
2.