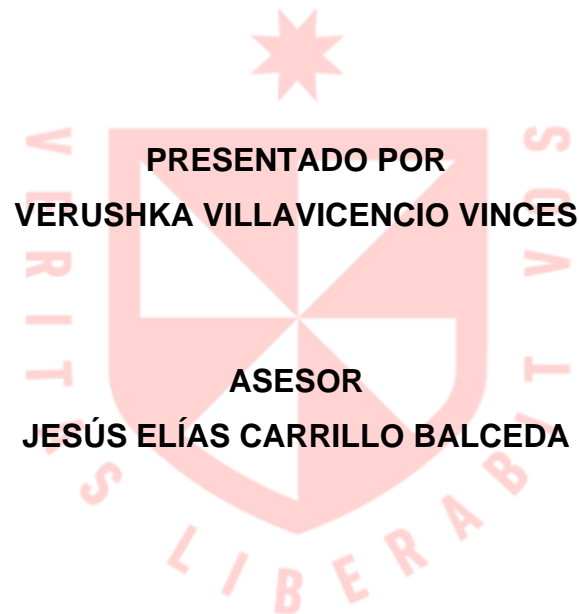




**INSTITUTO DE GOBIERNO Y GESTIÓN PÚBLICA
UNIDAD DE POSGRADO**

**SERVICIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD CON CANES Y
SU ASOCIACION CON LA CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS
MAYORES, ALBERGUE CASA DE TODOS - LIMA 2022**



**PRESENTADO POR
VERUSHKA VILLAVICENCIO VINCES
ASESOR
JESÚS ELÍAS CARRILLO BALCEDA**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN GESTIÓN PÚBLICA**

**LIMA – PERÚ
2023**



CC BY-NC-ND

Reconocimiento – No comercial – Sin obra derivada

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

**INSTITUTO DE GOBIERNO Y DE GESTIÓN PÚBLICA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**“SERVICIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD CON CANES Y SU
ASOCIACION CON LA CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS MAYORES,
ALBERGUE CASA DE TODOS - LIMA 2022”**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO
EN GESTIÓN PÚBLICA**

PRESENTADO POR:

Br. VERUSHKA VILLAVICENCIO VINCES

ASESOR:

DR. JESÚS ELÍAS CARRILLO BALCEDA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

POLÍTICAS PÚBLICAS

LIMA, PERÚ

2023

DEDICATORIA

A Rafael que me amó hasta el final con ternura en su mirada y, a Magda que vive añorando estrechar su mano.

“Olvidemos el camino recorrido y, cada día, partamos de cero, sin apoyarnos en el bien que hicimos, sin inquietarnos por el mal cometido en el pasado, y recomencemos cada mañana a creer, a esperar, a amar”.

Jacques Philippe

AGRADECIMIENTO

A mi asesor de trabajo de investigación, Dr. Jesús Elías Carrillo Balceda por su incansable aporte académico y paciencia contra viento y marea.

A mis amigos colegas, Luis Villanueva Gamarra y Gabriela León Cerrón, quienes aportaron información valiosa desde sus especialidades participando en la construcción de este trabajo enfocado en el cuidado de la salud mental de los adultos mayores en situación de depresión y soledad.

Al Padre Pablo Larrán García O.S.A. por sus reflexiones que acrecentaron mi fe con renovada esperanza. Y a madre Gloria Lilia Tapia Bernal por sus interminables oraciones y cariño que acompañaron esta investigación.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Contenido

PORTADA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE DE CONTENIDO	iv
ÍNDICE DE ANEXOS	vi
ÍNDICE DE TABLA	vii
ÍNDICE DE FIGURAS	viii
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
RESUMEN TURNITIN	xii
INTRODUCCIÓN	1
1.1 Descripción de la situación problemática	1
1.2 Formulación del problema	6
1.2.1 Problema General.....	6
1.2.2 Problemas específicos.....	6
1.3 Objetivos de la investigación	7
1.3.1 Objetivo general.....	7
1.3.2 Objetivos específicos.....	7
1.4. Importancia de la investigación	7
1.5 Limitaciones del estudio	12
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	13
1.1 Antecedentes de la investigación	13
1.1.1 Antecedentes Internacionales.....	13
1.1.2 Antecedentes Nacionales.....	16
1.2 Bases Teóricas	19
1.2.1 Enfoques.....	19
Enfoque de capacidades	19
Enfoque de desarrollo humano	20
Enfoque gerontológico	20
1.2.2 Servicio de promoción de la salud con canes.....	21
1.2.3 Calidad de vida para adultos mayores albergados.....	48
1.2.4 Salud mental como factor clave en la calidad de vida de adultos mayores albergados.....	58

1.2.5 Relación negativa entre la depresión de los adultos mayores albergados y su calidad de vida	63
1.2.6 Servicio de canes como práctica del cuidado de la salud mental que mejora la calidad de vida de los adultos mayores albergados	67
1.3 Definición de términos básicos.....	74
<i>CAPÍTULO II: PREGUNTAS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES</i>	<i>81</i>
2.1 Operacionalización de variables	84
2.1.1 Variable Independiente.....	84
2.1.2 Variable Dependiente	85
2.2 Matriz de operacionalización de variables.....	87
<i>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....</i>	<i>92</i>
3.1 Diseño Metodológico.....	92
3.2 Diseño muestral	92
3.2.1 Población	92
3.2.2 Muestra.....	92
3.3 Técnicas de Recolección de Datos.....	95
3.4 Técnicas de Gestión y Estadísticas para el Procesamiento de la Información	96
3.5 Aspectos Éticos	100
<i>CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y PROPUESTA DE VALOR.....</i>	<i>101</i>
4.1 Servicio de promoción de la salud con canes para adultos mayores.....	101
4.1.1 Dimensión: Instrumentos de gestión.....	101
4.1.1.1 Subdimensión: Documentos técnicos	102
4.1.1.2 Sub-dimensión: Enfoque de promoción de la salud	104
4.1.1.3 Sub-dimensión: Terapia o Actividades Asistidas con Animales	110
4.1.1.4 Resultados respecto a la dimensión instrumentos de gestión	111
4.1.2 Dimensión: Interés del prestador del servicio.....	112
4.1.2.1 Sub-dimensión: Innovación de servicios	112
4.1.2.2 Resultados respecto a la dimensión interés del prestador del servicio	115
4.2 Calidad de vida del adulto mayor.....	116
4.2.1 Dimensión: Persona.....	116
4.2.1.1 Subdimensión: Bienestar mental	116
4.2.1.2 Resultados respecto a la dimensión persona	150
4.3 Propuesta de valor	154
<i>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN</i>	<i>159</i>
<i>CONCLUSIONES.....</i>	<i>175</i>
<i>RECOMENDACIONES.....</i>	<i>177</i>
<i>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</i>	<i>180</i>

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Entrevista.....	206
Anexo 2:Ficha sociodemográfica.....	209
Anexo 3: Escala de Depresión Geriátrica Yesavage.....	211
Anexo 4: Índice de Calidad.....	213
Anexo 5: Validación de instrumentos.....	214
Anexo 6: Validación de instrumentos.....	215
Anexo 7: Validación de instrumentos.....	216
Anexo 8:Validación de instrumentos.....	217
Anexo 9:Constancia Ciudadanos al Día-Can Solidario.....	218
Anexo 10: Premiación Ciudadanos al Día 2018-Can Solidario	219
Anexo 11:Manual para la implementación del servicio Can Solidario	220
Anexo 12: Carta de aprobación para la investigación.....	221
Anexo 13: Base de datos.....	222
Anexo 14:Base de datos.....	223
Anexo 15:Base de datos.....	224
Anexo 16:Base de datos.....	225
Anexo 17:Base de datos.....	226

ÍNDICE DE TABLA

Tabla 1.Promoción de la salud.....	23
Tabla 2.Características de las actividades Asistidas con Animales.....	30
Tabla 3.Resultados de investigaciones respecto al efecto de las Actividades Asistidas con Animales en adultos mayores.....	32
Tabla 4.Alineamiento de las políticas multisectoriales para personas adultas mayores al 2030 del MIMP y MIDIS	44
Tabla 5.Modelo de intervención social.....	54
Tabla 6. Muestra.....	93
Tabla 7.Características de la muestra	94
Tabla 8.Consolidado de la muestra.....	94
Tabla 9.Análisis de la asociación entre la depresión de adultos mayores albergados en el programa Casa de Todos y su calidad de vida	100
Tabla 10.Propuesta de mejora del programa de promoción de la salud a partir de la identificación de factores de riesgo y factores protectores.....	166

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Definición de Bienestar según OMS.....	25
Figura 2. Servicio de promoción de la salud con canes como medio y fin para la salud	28
Figura 3. Perspectiva salutogenética del río de la vida.....	38
Figura 4. Hoja de ruta de políticas públicas que incluiría el servicio con canes	46
Figura 5. Pirámide de Maslow	52
Figura 6. Análisis de la asociación entre la depresión de adultos mayores albergados en el programa Casa de Todos y su calidad de vida	99
Figura 7. Variable independiente. Servicio de promoción de la salud con canes para adultos mayores	101
Figura 8. Variable dependiente. Calidad de vida del adulto mayor.....	116
Figura 9. Edad respecto al bienestar mental de la persona	117
Figura 10. Estado civil respecto al bienestar mental	118
Figura 11. Salud respecto al bienestar mental	118
Figura 12. Grado de instrucción respecto al bienestar mental.....	119
Figura 13. Situación económica respecto al bienestar mental.....	120
Figura 14. Visitas familiares respecto al bienestar mental	120
Figura 15. Frecuencia de visitas recibidas	121
Figura 16. Aceptación de visitas	122
Figura 17. Aceptación de canes respecto al bienestar mental	122
Figura 18. Aceptación de voluntarios con sus canes respecto al bienestar mental	123
Figura 19. Ubicación dentro del albergue respecto al bienestar mental	124
Figura 20. Acondicionamiento de accesibilidad cognitiva	125
Figura 21. Puntuación-Escala de Depresión Geriátrica Yesavage	126
Figura 22. Satisfacción con la vida.....	126
Figura 23. Abandono de actividades.....	127
Figura 24. Percepción respecto a la vida	127
Figura 25. Frecuencia de tiempo respecto al aburrimiento	128
Figura 26. Percepción respecto al futuro.....	129
Figura 27. Respecto a pensamientos reiterativos.....	129
Figura 28. Respecto al estado de ánimo.....	130
Figura 29. Respecto percepción de seguridad	130
Figura 30. Percepción de felicidad	131
Figura 31. Percepción respecto al desamparo.....	131
Figura 32. Respecto al estado de tranquilidad	132
Figura 33. Respecto a realizar nuevas actividades	132
Figura 34. Percepción sobre el futuro.....	133
Figura 35. Percepción respecto a problemas de memoria	134
Figura 36. Percepción sobre la vida.....	134
Figura 37. Percepción sobre la tristeza y depresión.....	135
Figura 38. Percepción sobre el sentido de la vida	135
Figura 39. Percepción sobre el tiempo pasado	136
Figura 40. Percepción sobre la vida.....	136
Figura 41. Percepción sobre iniciar nuevos proyectos.....	137

Figura 42.Percepción sobre su estado de ánimo.....	137
Figura 43.Percepción sobre su situación	138
Figura 44.Percepción sobre su situación respecto a los demás	138
Figura 45.Percepción sobre su estado de ánimo.....	139
Figura 46.Percepción sobre su estado de tristeza.....	139
Figura 47.Percepción sobre capacidad de concentración.....	140
Figura 48.Percepción sobre su estado de ánimo.....	141
Figura 49.Respecto a mantener contactos sociales.....	141
Figura 50.Respecto a adoptar decisiones.....	142
Figura 51.Percepción respecto al estado mental.....	142
Figura 52.: Bienestar físico	143
Figura 53.Bienestar psicológico.....	144
Figura 54.Autocuidado y funcionamiento independiente.....	145
Figura 55.Funcionamiento ocupacional.....	145
Figura 56.Funcionamiento interpersonal.....	146
Figura 57.Apoyo-socioemocional	147
Figura 58.Apoyo comunitario	147
Figura 59.Plenuitud personal.....	148
Figura 60.Satisfacción espiritual.....	149
Figura 61.Calidad de vida global	150

RESUMEN

Se analizó cómo un servicio de promoción de la salud con canes y su asociación con la mejora de la calidad de vida de adultos mayores albergados, puede ser un factor protector de la salud mental frente a la depresión considerada un problema de salud pública.

Se estudió el programa Casa de Todos que alberga a adultos mayores rescatados de la calle o encontrados en condición de vulnerabilidad sin familiares a cargo, cuya situación afecta su salud mental. Se aplicó el Coeficiente de Pearson encontrando una relación lineal negativa de -0.4877 entre la depresión y calidad de vida. Concluyó que a mayor índice de depresión menos sensación de satisfacción y felicidad con la vida.

Entonces, para combatir la depresión como factor de riesgo de la salud mental, se requeriría un factor protector que contribuya al Envejecimiento Activo, inscrito en la Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores al 2030 del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Esta política establece fomentar redes de apoyo sociosanitarias, siendo una oportunidad para la innovación que posibilita la implementación de un servicio con canes y personal no sanitario que apoye al personal de salud.

El servicio con canes otorgaría bienestar y mejoraría la calidad de vida de adultos mayores albergados, sería replicable y sostenible mediante la acción de gobiernos regionales, locales e instituciones públicas y privadas en concordancia con la Estrategia y Plan de Acción sobre la Promoción de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030 y la Ley de Salud Mental.

ABSTRACT

It was analyzed how a health promotion service with dogs and its association with the improvement of the quality of life of sheltered older adults, can be a protective factor of mental health against depression considered a public health problem.

The Casa de Todos program, which houses older adults rescued from the street or found in a vulnerable condition without dependents, whose situation affects their mental health, was studied. The Pearson Coefficient was applied, finding a negative linear relationship of -0.4877 between depression and quality of life. He concluded that the higher the depression index, the less feeling of satisfaction and happiness with life.

So, to combat depression as a risk factor for mental health, a protective factor would be required that contributes to Active Aging, inscribed in the National Multisectoral Policy for Older Adults by 2030 of the Ministry of Women and Vulnerable Populations. This policy establishes the promotion of socio-health support networks, being an opportunity for innovation that enables the implementation of a service with dogs and non-health personnel that supports health personnel.

The service with dogs would provide well-being and improve the quality of life of sheltered older adults, it would be replicable and sustainable through the action of regional and local governments and public and private institutions in accordance with the Strategy and Action Plan on the Promotion of Health of the World Health Organization, the Pan American Health Organization, the Sustainable Development Goals 2019-2030 and the Mental Health Law.

RESUMEN TURNITIN

Similarity Report

PAPER NAME

INFORME DE INVESTIGACION 30.01.24
PARA TURNITIN.docx

AUTHOR

VERUSHKA VILLAVICENCIO VINCES

WORD COUNT

32572 Words

CHARACTER COUNT

172409 Characters

PAGE COUNT

149 Pages

FILE SIZE

218.3KB

SUBMISSION DATE

Jan 29, 2024 10:55 PM GMT-5

REPORT DATE

Jan 29, 2024 11:01 PM GMT-5

● 14% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

- 11% Internet database
- 6% Publications database
- Crossref database
- Crossref Posted Content database
- 10% Submitted Works database

● Excluded from Similarity Report

- Bibliographic material
- Quoted material
- Cited material
- Small Matches (Less than 10 words)



Firma: Asesor Dr. Jesús Elías Carrillo Balceda

INTRODUCCIÓN

1.1 Descripción de la situación problemática

A nivel mundial la población está envejeciendo velozmente. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre el 2015 y 2050, la población mayor de 60 años podría pasar del 12% al 22%, lo que representa transcurrir de 900 millones a 2,000 millones. Sostienen que más del 20% sufren algún trastorno mental, siendo las principales: la demencia y la depresión.

El inevitable impacto de la pandemia en la salud mental ha afectado, en especial a los adultos mayores, incidiendo en su calidad de vida, siendo considerado por OMS como un problema de salud pública. La depresión es uno de los principales trastornos que comprende diversos factores que contribuyen a acentuar una deficiente salud mental, entre ellos: la pobreza y el abandono.

En el caso peruano, según el estudio publicado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) denominado “Perú: 50 años de cambios, desafíos y oportunidades poblacionales tendencias demográficas” con motivo de celebrarse el 11 de julio del 2022 el Día Mundial de la Población, tenemos en el Perú 33 millones 396 mil 700 habitantes, de los cuales el 13.3% son adultos mayores de 60 a más años de edad. Es decir, 4 millones 441 mil 760 personas son adultos mayores en todo el país. Este estudio informa sobre el incremento de la población de adultos mayores a nivel nacional coincidiendo con las proyecciones de OMS.

A su vez, la pobreza de los adultos mayores aumentó con la pandemia del COVID-19, pasando de 14,9% en el año 2019 a 18,1% en el 2021, según el mismo informe del INEI. Asimismo, la pobreza monetaria incidió más en los adultos mayores de 80 a más años de edad (21,5%), siendo incapaces de cubrir la canasta básica de consumo. El informe señala que -sólo durante el 2020-, parte de la población adulta mayor en situación de vulnerabilidad ingresó a la pobreza, aumentando los que están en situación de pobreza monetaria, de 17,8% a 18,1%. Concluye que la población adulta mayor presenta mayor incidencia de pobreza y vulnerabilidad.

La pobreza se convierte en un factor de exclusión para los adultos mayores en el Perú, tal como lo señala la Política Nacional de Desarrollo e Inclusión Social al 2030 del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS).

De otro lado, cifras del Instituto de Estadística e Informática (INEI) del primer periodo del 2021 señalan que el 85.5% de la población adulta mayor de 60 a más años de edad cuenta con algún seguro de salud. De ellos, el 46.4% con SIS y el 35.1% con ESSALUD, siendo los restantes asegurados privados (4%). Es decir, existirían 14.5% adultos mayores sin cobertura de salud. En ese mismo informe se señala que el 50.3% no son parte de la Población Económicamente Activa (PEA), siendo el porcentaje de mujeres 59,8% y el de hombres 39,4%.

Estas cifras muestran que la pobreza en la que se encuentra más de la mitad de adultos mayores vulneraría su calidad de vida. Una de las razones es que el

derecho a la salud se invisibiliza para ellos, dado que no lograron jubilarse trabajando para una institución pública o privada y, por tanto, no cuentan con cobertura de salud. Si bien existe el Seguro Integral de Salud (SIS), que es el aseguramiento universal en salud otorgado por el Ministerio de Salud (MINSA), activado como medida de emergencia ante la pandemia y que atiende a personas en condición de pobreza y pobreza extrema, todavía las afiliaciones no son al 100%. El 14.5% de adultos mayores sin cobertura de salud que refiere el INEI, incluye a aquellos que fueron trabajadores independientes que no consiguieron ahorrar para cubrir sus necesidades de salud, alimentación, vivienda; muchos sin familia, se encuentran en el desamparo con riesgo inminente de afectar su salud mental. Complementariamente, los establecimientos de atención primaria en salud no tratan la depresión como debieran y al pasar desapercibida, se convierte en un problema de salud pública. (Arroyo, Catter y Gismondi, 2015)

Asimismo, la Política Nacional Multisectorial para las personas adultas mayores al 2030 del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) considera la alta prevalencia de trastornos mentales como una limitante para el ejercicio de la autonomía de los adultos mayores y, a la discriminación que experimentan por razón de su edad, como una restricción para el ejercicio de sus derechos.

Otro dato importante que reveló el estudio “Adultos mayores de 70 y más años de edad que viven solos”, elaborado de acuerdo a los Censos 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas publicado en octubre del 2018 por el INEI, es el número de personas adultas mayores que viven solas.

A nivel nacional son 1'651,169 adultos mayores de 70 años, de los cuales 633,590 viven solos o con otra persona. Los que viven solos son el 38.2% y los que viven con otra persona son 61.8%. En Lima Metropolitana y la provincia Constitucional del Callao, los 10 distritos con mayor población de adultos mayores que viven solos son: Santiago de Surco (10,106), San Juan de Lurigancho (8,690), San Martín de Porres (8,386), Lima Cercado (7,227), Callao (6,620), Comas (6,132), Miraflores (5,928), Ate (5,272), San Borja (4,668) y La Victoria (4,303), conformando un rango entre 4 mil a 10 mil 106 que contempla el ámbito de Lima Metropolitana (43 distritos) y la provincia Constitucional del Callao (7 distritos). El total de esta lista es 67,332 adultos mayores que viven solos que representarían el 4% a nivel nacional. Es decir, 4 de cada 100 adultos mayores viven solos a nivel nacional. Acotamos que esta información es limitada dado según la Ley N°30490 Ley de la Persona Adulta Mayor se considera al adulto mayor desde los 60 años en adelante y las cifras que plantea el INEI es desde los 70 años; por tanto, es probable que el porcentaje sea mayor.

Estas cifras conllevan a identificar adultos mayores que viven solos y que experimentarían la soledad. La soledad sería un factor de riesgo que influye en la depresión convirtiéndose en un problema de salud pública que genera sufrimiento y diversos trastornos psicológicos debido a la ausencia de relaciones sociales. (Palma y Escarabajal, 2021)

Los indicadores descritos que responden a: sin cobertura de salud, en la pobreza y soledad, visibilizan la vulnerabilidad y desprotección de los adultos mayores.

También debería atenderse el tema de abandono y la soledad, a fin que el Estado pueda garantizar el acceso a sus derechos mediante servicios adecuados a su residencia, cultura y género. (Blouin, Tirado y Mamani, 2018).

La alternativa a esta situación de desprotección que conduce al aislamiento, desamparo, abandono, situación de calle y/o mendicidad es que sean acogidos, sin costo alguno, por instituciones caritativas como las Hermanitas de los Ancianos Desamparados o la Sociedad de Beneficencia de Lima Metropolitana, convirtiéndose en adultos mayores albergados. El MIMP también actúa procediendo a derivar casos a los Centros de Atención para Adultos Mayores (CEAPAM).

Sucede que los adultos mayores que permanecen en albergues presentan cambios a nivel físico, cognitivo, emocional y social. Necesitan comunicarse, dar y recibir afecto, sintiéndose valorados como seres humanos. Es mediante la presencia de un can que se puede estimular la memoria y trabajar habilidades en los adultos mayores para que reconduzcan y aumenten sentimientos de autoestima y confianza (González, 2013). De lo contrario, se afecta su calidad de vida dado que puede derivar en diversos trastornos mentales y depresión.

Además, los efectos negativos en la salud mental pueden persistir en la post pandemia ocasionando costos altos en el tratamiento y deterioro en la calidad de vida. (Moreno, Wilkes, Galderisi, Nordentoff, Crossley, Jones et al, 2020)

Cabe resaltar que el Estado ratificó la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores de la Organización de Estados Americanos (OEA), en la cual se enfatiza que tienen derecho a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud. De esta forma, siendo el Envejecimiento Activo un marco conceptual y de política creado por OMS en el 2002 dirigido a la transformación de la persona y la comunidad, orientado a la implementación de políticas públicas, programas y servicios que mejoren la calidad de vida de las personas adultas mayores, el Estado Peruano estaría obligado a su cumplimiento.

El resultado de esta implementación lograría una genuina Promoción de la Salud para los adultos mayores albergados que protegería su salud mental.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema General

¿Cómo un servicio de promoción de la salud con canes se asociaría con la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores que viven en un albergue?

1.2.2 Problemas específicos

PE 1. ¿Cómo la salud mental de los adultos mayores albergados se identifica como factor clave en su calidad de vida?

PE2. ¿Cómo la depresión de los adultos mayores albergados se relaciona negativamente con su calidad de vida?

PE3.- ¿Cómo un servicio de canes se asocia a una práctica del cuidado de la salud mental que mejore la calidad de vida de los adultos mayores albergados?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la asociación de un servicio de promoción de la salud con canes para la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores que viven en un albergue.

1.3.2 Objetivos específicos

OE1.- Identificar la salud mental como factor clave en la calidad de vida de los adultos mayores albergados.

OE2.- Identificar la relación negativa entre la depresión de los adultos mayores albergados y su calidad de vida.

OE3. Identificar el servicio de canes como una práctica para el cuidado de la salud mental que mejoraría la calidad de vida de los adultos mayores albergados.

1.4. Importancia de la investigación

La importancia de esta investigación respecto a la mejora del servicio de salud para adultos mayores albergados radica en determinar la necesidad de un servicio con canes que compensaría la ausencia de la familia y protegería la salud mental. El servicio se convertiría en un factor protector de la salud para el adulto mayor albergado. De esta forma, mediante la investigación en la Casa de Todos, se releva la necesidad de un servicio con canes cuya innovación mejoraría la calidad de vida de adultos mayores albergados.

Recordemos que fue durante la pandemia en Perú que a través del D.S. N°008-2020-SA publicado en el Diario Oficial El Peruano con fecha 11 de marzo del 2020 que se declaró la Emergencia Sanitaria a nivel nacional. Y mediante Decreto Supremo N°044-2020- PCM, se estableció el aislamiento domiciliario obligatorio a partir del 16 de marzo de ese año. Esta medida no consideraba a las personas que vivían en situación de calle y/o mendicidad con enfermedades y adicciones, quedando expuestas a enfermar y morir pues vivían y dormían en la vía pública.

Frente a esta situación la Municipalidad Metropolitana de Lima junto a la Sociedad de Beneficencia de Lima Metropolitana implementaron el albergue temporal denominado Casa de Todos, en la Plaza de Acho, que acogió a 180 personas, mayoritariamente adultos mayores, brindándoles asistencia médica, alimentación, vivienda temporal y atención preventiva por el COVID 19, junto a la asistencia para la restitución de sus derechos (inscripción, trámite de renovación o duplicado de documento de identidad). De esta forma, se les brindó un estilo de vida que promovió su salud y los incluyó socialmente en un entorno digno. Según cifras del Sistema Metropolitano de la Solidaridad (SISOL) que sumó esfuerzos para la atención de los adultos mayores albergados, fueron 8,854 atenciones que incluyeron tomas de muestras diagnósticas de COVID 19 en diferentes modalidades, traslados en ambulancias a hospitales y a la Villa Panamericana para el aislamiento, durante el 2020. Actualmente, aquellos sin familiares que se hagan cargo, fueron reubicados en un albergue nuevo, iniciando otra etapa en su desarrollo humano. (Ascarza, 2022)

Respecto al nivel de las políticas públicas, esta investigación es importante porque visibiliza una hoja de ruta en las políticas públicas multisectoriales del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) y el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) en articulación con 11 ministerios, gobiernos regionales y locales que contribuiría a la implementación de un servicio con canes y sus dueños.

Asimismo, la Ley N°30947 que crea la Ley de Salud Mental considera que se deben incluir acciones de carácter promocional y terapéutico con enfoque multidisciplinario para el cuidado de la salud mental de poblaciones vulnerables como los adultos mayores. En ese sentido, determinar la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores albergados desde un servicio de promoción de la salud con canes contribuiría a esta política y se requeriría un plan estratégico de salud mental para adultos mayores rescatados de la calle o en condición de vulnerabilidad con presupuesto asignado. Este plan estaría acorde a la Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores 2030 del MIMP.

A su vez, OMS crea el marco conceptual y de política denominado: Envejecimiento Activo, que establece que la suma a lo largo del tiempo de una serie de conductas, estilos de vida, características de los ambientes físicos, el contexto social y económico, así como el acceso a servicios de protección afectan positiva o negativamente a la salud, participación y seguridad en la vejez. Siendo la acumulación a lo largo de la vida de estos impactos lo que acrecientan las desigualdades, sobre todo en grupos excluidos, convirtiéndose en limitantes para vivir una vejez activa y sana. (OMS, 2002). Por esta razón, la Promoción de la

Salud busca abordar estas condiciones con un tratamiento holístico que no sólo cure la enfermedad, sino que brinde bienestar. Justamente en ese sentido, impulsa una vida más agradable, productiva y satisfactoria que logre enfrentar la adversidad y contribuya a la construcción de una comunidad sana. De esta forma, este servicio sería una alternativa que incorporaría en el tratamiento de la salud, a personal no sanitario, quienes junto a sus canes progresivamente ejercerían el rol de terapeutas e impactarían positivamente en la calidad de vida del adulto mayor albergado mediante Actividades Asistidas con canes. El primer eslabón para acompañar al adulto mayor es el can, el segundo el dueño y personal de salud. Esta innovación que concatena a ciudadanos con personal de salud se convertiría en una buena práctica de gestión que puede ser replicada a nivel local y regional post-pandemia, según las funciones transferidas desde el Ministerio de Salud.

El caso de los adultos mayores albergados en el programa la Casa de Todos resulta emblemático porque se trata de ciudadanos que vivían en la calle, la mayoría ejercía la mendicidad y fueron rescatados -en medio de una pandemia mundial-, por un equipo multidisciplinario de la Gerencia Social de la Municipalidad Metropolitana de Lima. Esta rápida acción, inició un proceso de inclusión social que les permitió acceder a su derecho a la identidad, salud, alimentación y vivienda. Ahora, en esta nueva fase de un programa de atención permanente, requieren servicios que desarrollen factores protectores que contribuyan a enfrentar el vacío de la ausencia familiar para envejecer con dignidad y -en los casos posibles-, les permita insertarse socialmente.

La investigación se realizó desde setiembre hasta diciembre del 2022 en la Casa de Todos, albergue a cargo de la Sociedad de Beneficencia de Lima Metropolitana, ubicado en Lima. Es el primer albergue en el mundo que surge como respuesta solidaria ante la inclemencia de la muerte por el COVID 19 para proteger a personas adultas mayores en estado de mendicidad o desprotección y cuyo modelo de intervención -en constante mejora-, se alinea al desarrollo progresivo de sus capacidades y habilidades para que envejecan saludablemente. La decisión política de acoger a las personas en situación de mendicidad se respaldó en la Ordenanza N°2326-2021 de la Municipalidad Metropolitana de Lima que aprobó acciones municipales de lucha contra la mendicidad y personas en situación de calle.

La investigación tuvo un enfoque cualitativo, descriptivo y transversal. Comprendió entrevistas a personal estratégico y operativo. Utilizó como instrumentos de recolección de datos una Ficha Sociodemográfica, la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage y el Índice de Calidad de Vida aplicados a los adultos mayores albergados.

En el capítulo I se plantean los antecedentes internacionales y nacionales respecto a servicios de Actividades Asistidas con Animales, así como las bases teóricas y enfoques de desarrollo. En el capítulo II se plantean las interrogantes que determinan el problema general y específicos. En el capítulo III se plantea y describe la metodología de la investigación. En el capítulo IV se plantean los resultados y la propuesta de valor. En el capítulo V se realiza la discusión y posteriormente se plantean conclusiones y recomendaciones.

Finalmente disponemos de información y conocimientos debido a la experiencia de la investigadora en el diseño e implementación de un programa municipal de acompañamiento a adultos mayores mediante Actividades Asistidas con Canes denominado Can Solidario, realizado con voluntarios y sus mascotas, durante su gestión en la Municipalidad Distrital de Miraflores, que fue reconocido como Buena Práctica de Gestión Municipal en la categoría especial: Innovación a la Gestión Pública 2018, a cargo de la organización Ciudadanos al Día.

1.5 Limitaciones del estudio

Al momento del recojo de información se contaba con una población de 43 adultos mayores, siendo motivo de la muestra 33 adultos mayores sin discapacidad mental. Todavía no se había logrado redireccionar a esta población hacia familiares, amigos o que el adulto mayor consiga asumir el control de su vida, a través de emprendimientos que le permitan subvencionar sus gastos -de acuerdo al plan inicial del programa-, dado que siendo personas que fueron rescatadas de calle o que ejercían la mendicidad, presentaban limitaciones emocionales y educativas. Esta situación alteraba su bienestar e impactaba en su percepción de sí mismos; siendo una limitación para la aplicación de los instrumentos de la investigación, razón por la cual, la investigadora recurrió a apoyarse en imágenes gráficas que dinamizaron el diálogo con los adultos mayores.

A la fecha del recojo de información, los servicios existentes se enfocaban en cubrir necesidades básicas (alimentación, salud, vivienda, actividades en el biohuerto y acciones culturales), y se encontraban en reestructuración general.

Otra limitación es que no se encontró información sobre programas, proyectos o servicios que actualmente brinden Terapia Asistida o Actividades Asistidas con canes para adultos mayores albergados en el país. Esta limitación propicia que la presente investigación delimite un camino que incluya la participación de ciudadanos como promotores de la salud junto a sus mascotas, quienes, brindando afecto a personas adultas mayores mediante Actividades Asistidas con canes, compongan una red de soporte que atienda la Promoción de la Salud de los adultos mayores albergados y compense la ausencia de la familia.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes de la investigación

1.1.1 Antecedentes Internacionales

González (2013) realizó una investigación cuantitativa, descriptiva y exploratoria para determinar los beneficios de las Actividades Asistidas con perros en el centro residencial Torre Laurel, Zaragoza, España. Trabajó con 20 adultos mayores de más de 65 años. Aplicó el Test de Nottingham para medir la calidad de vida vinculada a la salud en el largo plazo y fichas de observación antes y después de la intervención. Las visitas de los canes se realizaron durante tres meses, una mensual junto a la organización Espacio Ítaca. El resultado fue que,

durante las sesiones, los adultos mayores se olvidaron de sus problemas y generaron empatía; además mejoraron su memoria porque recordaban las fechas de las visitas y guardaban galletas de su refrigerio para invitar a los canes. La investigación concluyó que la temporalidad de las visitas (1 al mes) es una limitación para asegurar la mejora en la calidad de vida para el adulto mayor en el largo plazo, pues cada día se deteriora su salud; ellos sólo viven el presente. Demostró el efecto terapéutico de los canes sobre el bienestar emocional, mental y físico de las personas adultas mayores que aumentaron la empatía y el sentimiento de aceptación de sí mismos, según las mediciones pre y post.

Folch (2016) valoró positivamente la efectividad de la Terapia Asistida con perros en una publicación realizada en la Revista Española de Geriátría y Gerontología debido al estudio que implementó en el centro geriátrico Santa Teresa de Valls (provincia de Tarragona), España. Fueron 16 adultos mayores sin deterioro cognitivo, distribuidos en un grupo control y otro experimental con quienes comprobó que la temporalidad es clave para determinar beneficios en el bienestar del adulto mayor, pues las sesiones se dieron sólo una vez por semana, durante doce semanas. La Terapia Asistida consistió en lograr que el can realizara un circuito de habilidades con ayuda del adulto mayor. De esta forma, se compartió el logro respecto a las habilidades del can y se involucró al adulto mayor en su adiestramiento. El resultado fue que el grupo experimental al cual se le aplicó la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage, redujo su nivel de depresión ($4,50 \pm 20,56$) a ($2,67 \pm 1,86$), puntuación situada en el rango normativo de ausencia de depresión.

Fontalba (2016) realizó un estudio observacional en 48 pacientes pertenecientes a la Unidad de Salud Mental del Área Norte de Almería, España, para medir la valoración que los usuarios le daban al servicio de Terapia Asistida con Canes. Fueron dos canes adiestrados y un equipo multidisciplinario con experiencia en Terapia Asistida con Animales quienes realizaron 08 sesiones de 45 minutos cada una. Se comprobó el alto nivel de adherencia terapéutico del programa y recomendaron que se aplique junto a terapias farmacológicas con tasas de abandono altas, para equiparar así el retiro de los pacientes y mejorar su permanencia en el programa. Se confirmó la valoración positiva de los usuarios respecto al servicio con canes.

Gallardo y Rivas (2017) realizaron un estudio de casos en 34 pacientes para comparar el efecto de la Terapia Asistida con perros en las personas mayores con demencia en un centro residencial de Toledo (España). El resultado fue la reducción de la depresión según la Escala de Cornell y la mejora de la calidad de vida en los pacientes con demencia. Concluyeron que la terapia es una alternativa para la reducción farmacológica corroborando que la presencia de los canes contribuyó a reducir la ingesta de medicamentos, resultado que mejoró la calidad de vida de los adultos mayores.

La información con evidencia científica tanto sobre Terapia Asistida como de las Actividades Asistidas con canes es todavía limitada. Muso (2021) realizó una revisión bibliográfica entre el 2015 al 2021, encontrando 15 publicaciones que comprendían tesis, revistas especializadas, blogs y artículos científicos que mostraban la eficacia de las intervenciones con canes. En el caso de las

Actividades Asistidas con canes, sólo ubicó 03 publicaciones; de tal forma que, esta línea de intervención con canes, requiere aún más investigación que aporte información científica.

1.1.2 Antecedentes Nacionales

En Perú en el 2017, un antecedente interesante fue la investigación experimental que se realizó en la Residencia Geriátrica del Hospital Militar Geriátrico con 05 adultos mayores de 60 años residentes del centro con deterioro cognitivo leve. Dicha investigación realizada por Mariana de la Puente Cunliffe titulada: Reduciendo la soledad: terapia asistida con animales para adultos mayores de una residencia geriátrica, midió el grado de soledad que les afectaba. Usó la Escala UCLA que comprende tres dimensiones: percepción subjetiva de la soledad, apoyo familiar y apoyo social. Dicha escala se aplicó antes de la intervención y al finalizar la misma; se usó un grupo control que recibió las visitas de los canes y otro sin ellas. Se implementó con la organización CARDEA que brindaba servicios de Terapia Asistida con Animales, quienes la realizaron junto con la investigadora y tres perros de asistencia entrenados. La intervención duró seis semanas y las visitas fueron semanalmente. Aunque los adultos mayores residentes del centro geriátrico recibían visitas familiares una vez por semana, presentaban un grado de soledad moderado entre 10-25. Con las visitas de los canes, se redujo significativamente este rango. No obstante, seis semanas después, en la medición post test, se encontró que la percepción en los niveles de soledad, habían crecido, es decir, la actividad debería mantenerse para que se reduzca o desaparezca. De esta forma comprobó que, sin la presencia de los perros de asistencia guiados por

sus entrenadores, no se pueden mantener los resultados positivos y la reducción de los niveles de la percepción de soledad. (De la Puente, 2017).

Otro antecedente es el programa Can Solidario implementado por la Municipalidad Distrital de Miraflores a través de la Oficina Municipal de Atención a la Persona con Discapacidad (OMAPED) durante el 2017-2018, liderado por la investigadora. El servicio de promoción de la salud con voluntarios y sus mascotas fue una Actividad Asistida con Animales efectuada por voluntarios y sus canes no adiestrados, con el objetivo de acompañar a los adultos mayores frágiles entre 85 y 99 años que se sentían afectados por la soledad. Eran visitados dos veces al mes durante 45 minutos por el voluntario, su mascota y personal municipal en sus viviendas. Se llevó una agenda de visitas y también se realizaron recorridos grupales con las mascotas y sus dueños en fechas especiales para los adultos mayores: día del amor y la amistad; Fiestas Patrias y Navidad. Los adultos mayores recibieron en sus hogares a un grupo de voluntarios con sus canes, departían, jugaban con los perros y los acariciaban mientras conversaban amablemente. Se generaron recuerdos nuevos como cumplirles el sueño de visitar la Ciudadela de Macchu Picchu; se realizó mediante recorridos virtuales y aprendieron sobre las tradiciones cusqueñas. Disfrutaron el momento y esperaban atentos cada nueva visita, creando nuevos recuerdos. De esta forma, se les brindó bienestar y mejoró su calidad de vida.

El valor público de este servicio radicó en crear un tejido social con ciudadanos nobles capaces de comportarse solidariamente con un adulto mayor en su última etapa de vida. Ni los voluntarios ni las mascotas contaban con entrenamiento

específico. Sin embargo, cada mascota pertenecía a una raza cuyas habilidades sociales eran compatibles para socializar con las personas. Los dueños fueron capacitados en su rol como promotores de la salud y acataron un procedimiento elaborado por la oficina de Zoonosis para cumplir con los protocolos de bioseguridad dentro de la vivienda. Finalmente, los adultos mayores recibieron pautas para la evacuación en caso de desastre y se sugirieron medidas para mejorar la accesibilidad al interior de sus viviendas. Aprendieron a conocer la ruta segura para evacuar al parque más cercano donde serían atendidos por personal municipal entrenado en primeros auxilios. De esta forma, se abordó el miedo a la muerte en caso de desastre, dándoles seguridad.

Actualmente se ubica en internet el Manual para la implementación del Servicio Can Solidario que puede ser replicado por instituciones públicas o privadas.

Una experiencia interesante es la de Bocalán Perú Terapia Asistida con Animales y Perros de Asistencia, suscrita a BOCALAN Institute, fundada en 1992 en España. Se trata de un centro de entrenamiento que adiestra a perros para que efectúen asistencia a niños y niñas con discapacidad y mejoren su autonomía. En la sede de Perú efectúan Terapia Asistida con Animales, Educación Asistida con Animales y acciones sociales con albergues, según sus publicaciones digitales. Si bien se focalizan en niñez con discapacidad también han realizado actividades en albergues para adultos mayores en fechas especiales, según las informaciones de su página web. (<https://www.bocalanperu.org>).

A la fecha de cierre de nuestra investigación, no se encontraron investigaciones en el país sobre Actividades Asistidas con Canes en albergues de adultos mayores.

1.2 Bases Teóricas

1.2.1 Enfoques

Enfoque de capacidades

Amartya Sen (1996) economista y Premio Nobel de Economía 1998, fue quien creó el enfoque de capacidades. Sostiene que lo más importante para generar bienestar no es el nivel de ingresos de la persona o los bienes que posee, tampoco la satisfacción de sus necesidades básicas; sino que lo que otorga bienestar es lo que la persona es capaz de ser y hacer con lo que tiene. (Urquijo 2014). Es decir, el bienestar sería aquella habilidad de una persona para realizar actos valiosos para sí, de acuerdo a sus capacidades y habilidades. Aunque este enfoque ha sido criticado porque Sen no llegó a determinar una lista de indicadores para su medición, resulta importante para la investigadora porque releva la importancia de desarrollarse en la vida enfrentando circunstancias adversas, incluso la enfermedad y el desamparo. Se alinea con la Promoción de la Salud porque la persona es protagonista de su salud adoptando medidas que la protegen. En esa medida, los adultos mayores que participarían en un servicio con canes, experimentarían bienestar disfrutando la interacción con el canino y empoderándose para lograr su propio bienestar participando en la interacción con el can.

Enfoque de desarrollo humano

El PNUD reconoce el desarrollo humano como la expansión de las libertades de las personas para llevar una vida prolongada, saludable y creativa; conseguir las metas que consideran valiosas y participar activamente en darle forma al desarrollo de manera equitativa y sostenible en un planeta compartido. Las personas son a la vez beneficiarias y agentes motivadores del desarrollo humano, como individuos y colectivamente. (PNUD,2016)

Entonces, el desarrollo humano implica que las personas logren poner en marcha planes de vida que consideren valiosos. En el caso de los adultos mayores albergados, se trata de lograr que vivan el mayor tiempo posible realizando actividades que les otorgue bienestar y felicidad. Se alinea con la Promoción de la Salud en la medida que se implementen políticas, planes, programas, proyectos, servicios que contribuyan a generar bienestar a los adultos mayores.

Enfoque gerontológico

Según la Ley N°30490, Ley de la Persona Adulta Mayor y su reglamento, considera el envejecimiento como un proceso natural a lo largo del curso de vida y se debe promover una vejez digna, activa, productiva y saludable. Este enfoque permite establecer que en las políticas públicas nacionales se desarrollen servicios que promuevan el Envejecimiento Activo.

1.2.2 Servicio de promoción de la salud con canes

Resulta importante comprender si la salud es un medio o un fin para explicar por qué consideramos que un servicio con canes es un servicio de promoción de la salud. Iniciamos el desarrollo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es el estado de bienestar físico, mental y social del individuo, es decir sería el equilibrio entre estos tres componentes, logrando bienestar en la persona y no sólo la ausencia de una enfermedad. (OMS, 1998; OMS, 2015)

Un tema conceptual que redirecciona el camino de la salud en esta definición es la incorporación del concepto de bienestar social dentro del cual, la salud se lograría mediante la interacción entre la persona y su entorno.

La riqueza del concepto yace en una nueva concepción de salud: como medio y como fin. En el primer caso, la salud depende de la sociedad y el Estado como creadores de entornos facilitadores del bienestar. En el segundo caso, corresponde a la capacidad de la persona para adaptarse y buscar su salud. Es por esta razón, que los lineamientos que brinda OMS están dirigidos a establecer políticas de salud y objetivos de salud, dejando el espacio abierto respecto a las innovaciones en la promoción de la salud. (Rodríguez, Cuoto y Díaz, 2016).

En suma, OMS define la salud como medio y fin. Como medio, es una política de salud global que desde su creación buscó incidir en los estados para que

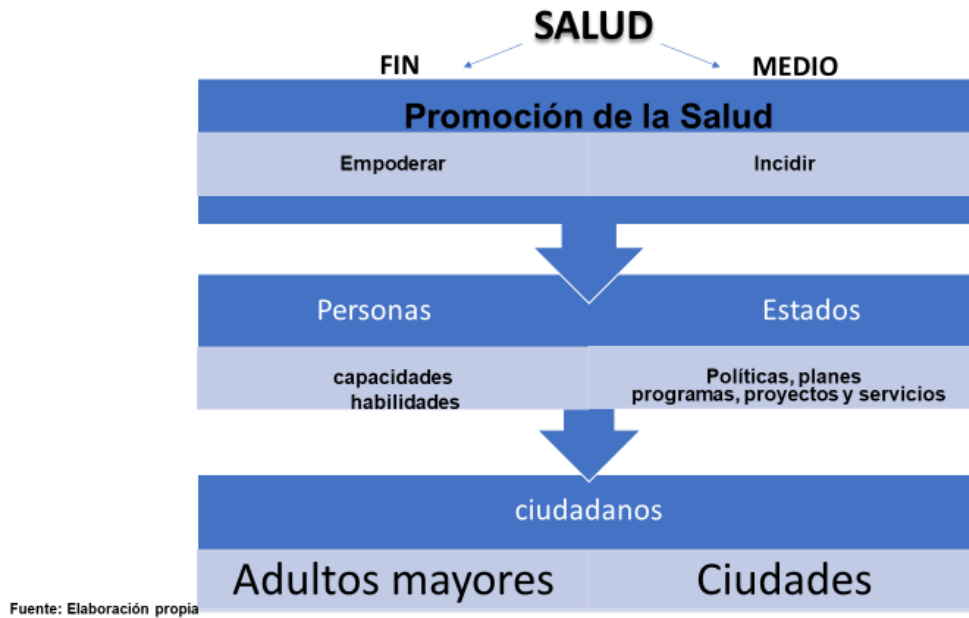
modifiquen las condiciones sociales, ambientales y económicas, que impactan en la salud pública mediante políticas públicas, programas y proyectos. Y como fin, es una estrategia para empoderar a la persona en razón que incremente sus capacidades y habilidades en función del cuidado de su salud.

En esta lógica, implementar políticas públicas, programas y proyectos implica crear entornos que logren el bienestar social. En ese sentido, un servicio con canes se asociaría a la creación de un programa que operaría como una red de soporte con ciudadanos dueños de sus canes que apoyarían al personal sanitario. El bienestar social que define OMS -en este caso-, se revelaría mediante la incorporación de ciudadanos que participen en el proceso de mejora de la salud, aunque no sean personal sanitario.

De esta manera, para lograr el bienestar mental es necesario, empoderar a la persona, lo que implica facilitar las condiciones para que desarrolle sus propios activos de la salud mental para el cuidado de su propia salud. (Hernán, Mena, Lineros, Botello, García-Cubillana y Huertas, 2011). Los activos de la salud mental son aptitudes, talentos y capacidades de cada persona comprendidos como recursos que le ayudan a enfrentar la vida. De esta forma, lograría el bienestar mental propuesto por OMS.

Este concepto de salud como medio y fin es el pilar que origina el marco conceptual de Promoción de la Salud.

Tabla 1. Promoción de la salud



A nivel de los estados, la promoción de la salud busca incidir a nivel de los gobiernos regionales y municipales, para lograr políticas públicas, programas, proyectos y servicios que creen entornos saludables. Así la OMS funda el movimiento “Ciudades Saludables” que también fomenta en escuelas, centros de trabajo, hogares y lugares públicos entornos que promuevan y protejan la salud (Latapí 2015). Entonces, mediante planes de acción para la Promoción de la Salud, el municipio puede innovar en la creación de programas, proyectos y servicios para los ciudadanos. En el caso peruano, también se puede innovar a través del Ministerio de Salud mediante los centros de salud mental comunitarios que actualmente comprenden la atención a adultos mayores brindando acompañamiento clínico, psicosocial y gestión en salud mental, pues la innovación radicaría en incorporar diferentes estrategias que aborden el

bienestar y no sólo el tratamiento de la enfermedad, una de estas estrategias sería un servicio con canes.

“Estos cambios sociales y tecnológicos notables significan que las políticas no deben diseñarse en torno a modelos sociales obsoletos del envejecimiento, sino aprovechar las oportunidades que estos avances proporcionan para adoptar nuevos enfoques innovadores” (OMS, 2015, p.11).

Una oportunidad identificada recientemente es el denominado: consultorio itinerante para la atención al adulto mayor, cuyo objetivo es evitar que el adulto mayor se dirija al hospital y reciba atención en la posta médica más cercana a su casa o en su propia vivienda impulsado por la Gerencia Regional de Salud, en coordinación con el Servicio de Geriátría del Hospital Honorio Delgado Espinoza y la Red de Salud Arequipa-Caylloma, que se inició durante la pandemia por Covid 19. (Quispe, 2023). Esta atención podría incluir el servicio de canes como acompañamiento a los adultos mayores que protegería su salud mental y podría atender inclusive a los adultos mayores que se encuentren postrados en cama contribuyendo a mejorar su calidad de vida, otorgándoles bienestar a pesar de tener una salud resquebrajada. Esta experiencia sería similar a la implementada por el programa Can Solidario en la Municipalidad distrital de Miraflores durante el 2018.

A nivel de las personas, la Promoción de la Salud resulta un cambio de paradigma que deja de tratar la salud de la persona abordando sólo sus enfermedades, sino que más bien, se enfoca en cambiar las condiciones que deterioran la salud y se busca que tengan bienestar físico, mental y social. De esta forma, se requieren

servicios innovadores que aborden la salud del ser humano desde la creación de experiencias positivas que le otorguen bienestar reduciendo la tristeza como la depresión; pero que también contribuyan al desarrollo de su resiliencia para que usen sus capacidades y habilidades, considerados los activos de la salud mental. (Hernán et. al. 2011) De esta forma, el reto es lograr el equilibrio entre el bienestar físico, mental y social.



Fuente: Elaboración propia

Figura 1. Definición de Bienestar según OMS

Según OMS, la salud mental es un estado de bienestar mental que permite a la persona hacer frente al estrés de la vida, desarrollar sus habilidades, aprender, trabajar y contribuir a su comunidad. Sustenta las capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y darle forma al mundo en que se vive. Por tanto, una buena salud mental implica bienestar mental. De

acuerdo a esta definición, el bienestar mental conlleva a la salud mental y, por tanto, usaremos el término más conocido: salud mental.

En este orden de ideas, el servicio con canes mejoraría la salud mental de los adultos mayores albergados y sería una estrategia de Promoción de la Salud en la cual la interacción de los adultos mayores con los canes expresaría la concepción de la salud como medio y fin. Como medio porque transformaría el entorno del adulto mayor y como fin porque le otorgaría bienestar a pesar de sus enfermedades.

De esta forma, la pandemia del COVID 19 que ha generado una crisis mundial en la salud incidiendo en la salud mental y que sólo en el primer año incrementó en 25% los niveles de ansiedad y depresión, según el Informe Mundial sobre la Salud Mental: Transformar la salud mental para todos de OMS (2022), podría ser abordada a través de un servicio con canes como servicio de promoción de la salud que empoderaría a la persona en el cuidado de su salud mediante la interacción con el can junto a personal no sanitario, dueños de sus canes, brindándole salud mental.

Entonces, por lo expuesto comprendemos que un servicio con canes es un servicio de promoción de la salud porque otorgaría bienestar mental (salud mental) al adulto mayor y bienestar social. En el primer caso, el bienestar mental se lograría porque la conexión entre el can y el adulto mayor reduciría la ansiedad y la depresión y conllevaría a la reducción de los niveles de la presión arterial. Lo descrito se apoya en el estudio de Barker y Dawson (1998) respecto a los efectos de la terapia asistida con animales en los niveles de ansiedad en pacientes

hospitalizados (niños y adultos mayores). El estudio considera que el can - durante la terapia- brinda una sensación de seguridad y hace sentir confortable a la persona, facilitando la interacción entre ambos y cambiando el entorno. Zamorra (2002) considera que los animales en residencias de ancianos, aumentan el contacto social y verbal siendo un buen escudo contra los sentimientos de soledad, debido a que el can permite al adulto mayor sentirse independiente, sin sentirse solo.

En el segundo caso, otorgaría bienestar social, en la medida que se plasme en un servicio con canes para adultos mayores incorporando a personal no sanitario.

De esta forma también, el servicio con canes se convertiría en un medio para lograr la salud del adulto mayor albergado en la medida que se desarrolle dentro de una política pública que le respalde. Y la implementación de este servicio empoderaría al adulto mayor en el desarrollo de sus habilidades sociales mediante la interacción del can, impactando en la vida del adulto mayor, como fin del desarrollo humano.



Fuente: elaboración propia

Figura 2. Servicio de promoción de la salud con canes como medio y fin para la salud

Por lo expuesto y para abordar la relevancia de un servicio de promoción de la salud con canes establecemos tres ejes temáticos: el primero, importancia de un servicio de canes; el segundo, la relación entre el servicio de canes con la promoción de la salud, el bienestar mental y la calidad de vida; y el tercero, la hoja de ruta en las políticas públicas respecto a la implementación de un servicio de promoción de la salud con canes.

Respecto al primer eje temático, importancia de un servicio de canes, iniciamos el desarrollo.

El pionero en la innovación respecto a las Terapias Asistidas con canes para mejorar la salud de las personas fue el psiquiatra Boris Levinson, quien en 1953 incorporó a su perro Jingles en las sesiones con niños con trastornos del comportamiento, déficit de atención y problemas de comunicación, sentando las bases para la Terapia Asistida con Animales (Pulgarín y Orozco, 2016). Sostuvo en sus investigaciones la importancia de la compañía de animales para mejorar la vida de los adultos mayores. Los perros facilitan la comunicación y la conexión con el entorno logrando que se disminuya la ansiedad y el estrés. (Balibrea, Rodríguez y Lizeretti, 2016).

Actualmente tenemos que esta interacción es una disciplina en crecimiento denominada Intervenciones Asistidas con Animales. El uso terapéutico de animales consigna tres tipos de líneas de trabajo que mejoran la salud física y mental de las personas, según las investigaciones anglosajonas: La Terapia Asistida con Animales, las Actividades Asistidas con Animales y la Educación Asistida con Animales. La primera presenta objetivos específicos que son registrados y documentados por un profesional o grupo de profesionales cuyo objetivo es mejorar el funcionamiento físico, social, emocional o cognitivo del ser humano. La segunda, es de carácter recreativo y puede tener objetivos terapéuticos, siendo realizadas por voluntarios sin necesidad de registrarse; puede efectuarse en diferentes entornos y el encuentro entre ambas partes es más libre pues se focaliza en entretener, amenizar y motivar al ser humano con el animal. La tercera es una intervención educativa dirigida por un profesional de la educación en la que interviene un animal entrenado para lograr objetivos

pedagógicos específicos con la persona, cuenta con sesiones de aprendizaje (Maestre, 2015).

Estas tres líneas de trabajo reciben el nombre de Intervenciones Asistidas con Animales, siendo el can el más requerido entre todos los animales.

De esta forma, en España entre los años 70 y 80 se establecieron criterios para las Terapias y Actividades Asistidas con animales que se realizaban con niños y adultos mayores, llegando a la conclusión que los canes mejoran la calidad de vida de los beneficiarios ya que alivian los sentimientos de soledad, depresión y aburrimiento, sobre todo, en el caso de los adultos mayores albergados. (Martínez, Matilla y Todó, 2010).

Olarte y Diaz (2016) establecen las características de las Actividades Asistidas con Animales adaptando las informaciones de la organización Pet Partners. Se explican en la Tabla 2.

Tabla 2. Características de las actividades Asistidas con Animales

Características	Actividad Asistida con Animales
Cualidad de la intervención	Casual 'conocer y saludar' actividades que involucran animales que visitan a personas
Objetivos-Metas	No hay objetivos específicos de tratamiento
Tipo de Actividad	Una misma actividad se puede utilizar con muchas personas
Tomado de Notas	Notas detalladas es innecesario
Tipo de visita	De contenido espontáneo
Duración de visita	Puede ser tan larga o corta como se desee
Fuente: Olarte y Diaz. Intervenciones Asistidas por animales: intervenciones con perros en adultos mayores a partir del enfoque multimodal. Adaptado de Pet Partners	

De otro lado, la relación entre las mascotas y las personas influye positivamente en la salud y bienestar logrando efectos positivos a niveles fisiológicos, psicológicos, psicosociales y terapéuticos (Gómez, Atehortua y Orozco, 2007).

Gómez (2017) enfatiza que dado que la inactividad, la obesidad y la salud mental son prioridades para el tratamiento de la salud pública a nivel mundial, resulta clave relevar el potencial de las mascotas -sobre todo los canes-, como sanadoras, al brindar equilibrio emocional y afecto sin ninguna condición, siendo una contribución a la mejora de la salud mental.

La investigación de Olarte y Díaz (2016) que revisó 28 artículos de revistas científicas de carácter empírico sobre las Intervenciones Asistidas con Animales para adultos mayores, propuso mejorarlas mediante el enfoque multimodal denominado Lazarus. El enfoque multimodal Lazarus comprende siete aspectos de la personalidad que interpretan el estado actual de la persona y contribuyen a determinar el estado deseado (Kerman, 2015). Los aspectos o modales son: Biológico, Afectivo, Sensaciones, Imágenes, Cognitivo, Conductas y Social. La información revisada se enfocó en documentar el tratamiento psicoterapéutico con canes que recibieron adultos mayores en los aspectos mencionados. Estos artículos congregan Actividades Asistidas con Animales y establecen los resultados encontrados que se consignan en la Tabla 3, según Olarte y Díaz.

Tabla 3. Resultados de investigaciones respecto al efecto de las Actividades Asistidas con Animales en adultos mayores

Modales Aspectos de la personalidad	Resultados	Investigaciones
Biológico	Reducción de presión arterial, triglicéridos, colesterol y reducción de riesgo cardiovascular. Reducción del stress por aumento de oxitocina	Anderson et al., 1992; Katcher & Beck, 1987 Handlin et al., 2011; Nagasawa et al., 2009; Odendaal, 2000; Odendaal & Meintjes, 2003; Rehn et al., 2014.
Afectivo	Disminución de síntomas de depresión y sentimientos de soledad, ansiedad. En pacientes con demencia disminución de apatía, ansiedad y tristeza.	Banks & Banks, 2002; Barker & Dawson, 1998; Colombo et al., 2006; Le Roux & Kemp, 2009 Motomura et al., 2004; Mossello et al., 2011
Sensaciones	Incremento en el bienestar físico. En pacientes con enfermedad de Alzheimer aumento del contacto táctil y disminución de la excitación psicomotriz.	Mosello et al., 2011; Zarebski et al., 2000 Churchill et al., 1999; Fritz et al., 1995
Imágenes	Las interacciones con perros disparan imágenes mnémicas asociadas con alivio y placer.	Banks & Banks, 2002; Zarebski et al., 2000
Cogniciones	Mejoras en la percepción de la calidad de vida. Perro como recurso de afrontamiento	Berry et al., 2012; Colombo et al., 2006; Zarebski et al., 2000 Bank & Banks, 2002; Zarebski et al., 2000

Conductas	<p>Reducción de comportamientos de agitación y significativo incremento de comportamientos de socialización.</p> <p>Mayor organización y mejora en la valoración de comportamientos rutinarios.</p> <p>Disminución de inactividad.</p> <p>Incremento de la comunicación no verbal</p>	<p>Churchill et al., 1999; McCabe et al., 2002; Sellers, 2006</p> <p>Zarebski et al., 2000</p> <p>Berry et al., 2012</p> <p>Berry et al., 2012; Churchill et al., 1999;</p> <p>McCabe et al., 2002; Katcher & Beck, 1987; Kongable, et al., 1989; Sellers, 2006</p>
Social	<p>Aumento de comportamientos e interacciones sociales.</p> <p>El perro como otro en la red social.</p>	<p>Fick, 1993; Motomura et al., 2004; Kongable et al., 1989</p> <p>Banks & Banks, 2002, 2005; Zarebski et al., 2000</p>
<p>Fuente: Olarte y Díaz 2016. Intervenciones Asistidas por animales: intervenciones con perros en adultos mayores a partir del enfoque multimodal</p>		

De acuerdo a la Tabla 3, el modal biológico que señala la reducción del estrés se vincula con la segregación de la hormona denominada oxitoxina -conocida como la hormona del amor y la felicidad que se segrega durante el orgasmo y que controla la lactancia materna y el apego materno infantil- aumenta en la interacción entre canes y sus dueños (Villatoro, 2015). El resultado es que el sostenimiento de la mirada entre el perro y el humano, así como el contacto entre ambos, produce el incremento de oxitocina tanto en la persona como en el can (Nagasawa, Kazutaka y Kikusui, 2009). El estudio revela que la interacción de la mirada del perro tuvo un efecto intenso y contribuye a los lazos sociales (Nagasawa et. al 2009). También el veterinario Takefumi Kikusui y su equipo de

investigadores de la Universidad de Azabu, Japón, determinó que cuando el can y el dueño se miran fijamente se produce oxitoxina entre ambos, similar a la que se produce cuando la madre mira a los ojos a su hijo, sugiriendo que existe un circuito neuronal de retroalimentación que produce felicidad. De esta forma, el contacto con el can a través de la mirada, estimula la producción de oxitoxina de manera natural y refuerza el vínculo entre ambos. El espacio de la mirada entre ambos se convierte en un entorno seguro que brinda felicidad.

De otro lado, el modal afectivo, en las investigaciones de (Banks y Banks, 2002; Colombo, Dello, Smania, Raviola, y De Leo, 2006) revela que las actividades asistidas con canes disminuyen síntomas asociados con depresión y sentimientos de soledad incrementando el bienestar en adultos mayores. Las actividades simples asociadas a brindar cuidados al perro, como por ejemplo darle de comer, pelar una fruta y brindársela o darle galletas, pueden resultar experiencias intensas. Dicha tarea estimula en el adulto mayor sentimientos ligados a ofrecer cuidados hacia otro ser vivo, con semejanzas a las interacciones similares a las de la madre-hijo (Betz, Uvnas-Moberg, Julius y Kotrschal 2012; Nagasawa, Kazutaka y Kikusui, 2015). Esta situación conlleva a una disminución de los síntomas ligados al aislamiento y soledad. (Banks y Banks,2002)

El valor agregado de esta propuesta es que permite la gestión de programas o servicios con planes de trabajo individualizados para los adultos mayores, según

los aspectos de personalidad que se requieran trabajar (Kertész, 2005). Además, concuerda con el pedido de OMS de no sólo mantener la calidad de vida de los adultos mayores sino mejorarla incorporando investigaciones sobre nuevas medidas terapéuticas con canes (Olarte y Díaz, 2016). También permite innovar en programas dentro de albergues, hospitales o en espacios públicos.

En el caso de los adultos mayores no institucionalizados, el municipio puede implementar un servicio con canes para atender a adultos mayores que aliviaría la depresión e impactaría positivamente en su bienestar mental mejorando su salud mental. También se puede implementar en los centros de salud comunitarios para atender a los adultos mayores en sus instalaciones e incluso efectuar un servicio a domicilio.

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en su informe denominado, Envejecer con cuidado: atención a la dependencia en América Latina y el Caribe, establece que cada país debería escoger qué tipo de servicio debe ofrecer a sus adultos mayores e innovar en una oferta de servicios ajustados a las necesidades de su población.

Respecto a los adultos mayores albergados en la Casa de Todos, recordemos que fueron rescatados de una situación de calle en la cual muchos llevaban más de 6 años. Según la Fundación Arrels (España) - aborda el rescate de personas

que viven en la calle desde 1987-, el tratamiento adecuado implica el acompañamiento para que recuperen el sentido de dignidad y de valía como personas humanas durante un tiempo equiparable al transcurrido durante su situación de deterioro en la calle. Entonces, un servicio con canes es importante porque desarrollaría una Actividad Asistida con Canes basada en el enfoque multimodal Lazarus y contribuiría en mejorar el bienestar mental y social en los adultos mayores albergados.

La Promoción de la Salud se relaciona por lo expuesto con el bienestar, sin embargo, para efectos de la investigación, se procede a enfocarnos en el bienestar mental de los adultos mayores albergados.

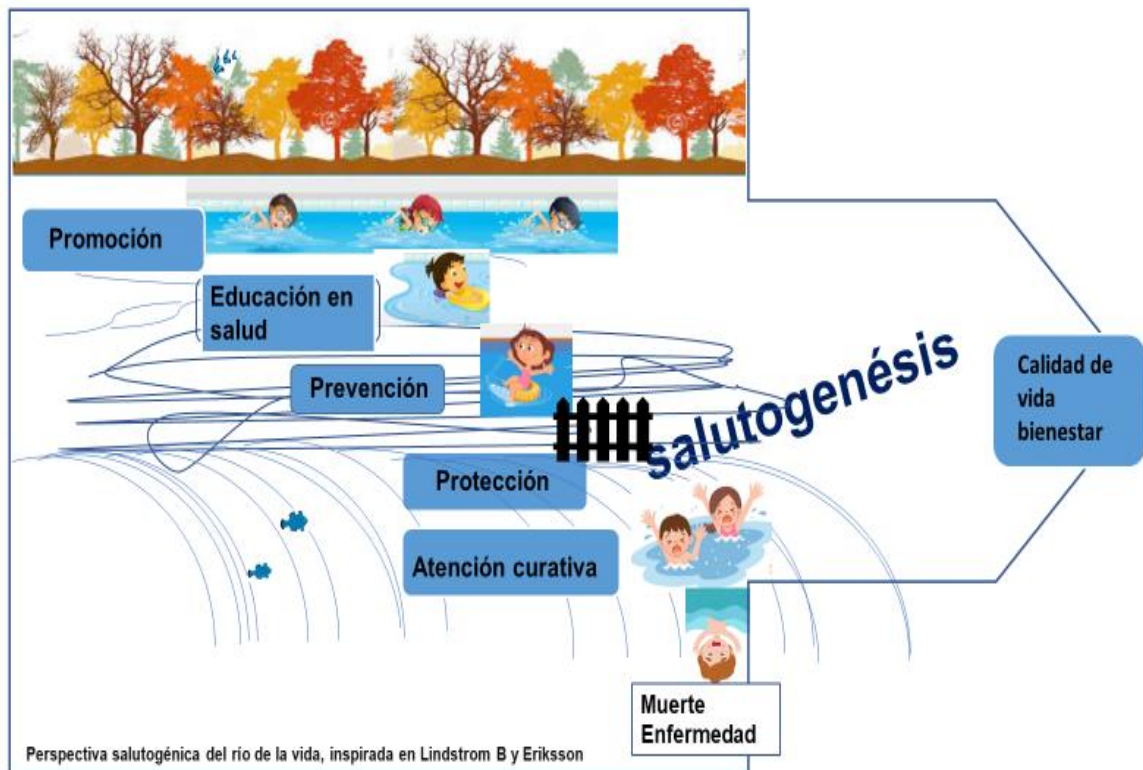
Por tanto, respecto al segundo eje temático qué comprende la relación entre el servicio de canes con la promoción de la salud, el bienestar mental y la calidad de vida, iniciamos el desarrollo. Responder esta pregunta implica considerar el concepto de salutogenésis.

Fue en 1992 cuando Aaron Antonovsky presentó ante la Oficina Regional de OMS su modelo salutogénico, centrado en explicar que la Promoción de la Salud debía enfocarse en la atención al bienestar de la persona y no a su enfermedad. Su aporte identifica la salud como un estado continuo de salud-enfermedad con dos polos: bienestar (salud) y el malestar (enfermedad). Siendo

un proceso continuo, todas las personas se mueven entre estos dos polos. Las personas que se perciben sanas pueden tener un grado de malestar y las que personas con enfermedades terminales pueden tener un grado de bienestar. De esta forma, es posible crear bienestar, aunque las personas tengan dolencias o enfermedades. (Rivera de los Santos, Ramos, Moreno y Hernán, 2011).

En ese sentido, la salud no significa estar libre de enfermedades sino la presencia de bienestar. El principio de la salutogenésis influyó en los conceptos registrados en la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud conocida como Carta de Ottawa en 1986 promulgada por OMS; que definió la Promoción de la Salud como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. La salutogenésis propone concebir la vida como el fluir de un río en el cual las personas nadan. Se trata de identificar cuáles son las capacidades y recursos que ayudan a las personas para que naden bien, independientemente de la zona del río donde se encuentren, pues algunas serán peligrosas y otras no. De esta forma, cada persona consigue mayor o menor bienestar.

Lindström y Ericksson (2006) adaptan esta concepción y proponen que, en el río de la vida, la corriente principal es la que proporciona salud, bienestar y calidad de vida a las personas (como se citó en Rivera de los Santos, Ramos, Moreno, Hernán y García, 2008). Según Rivera de los Santos et. al (2011), la base para entender la salud pública que transita hacia la Promoción de la Salud -dentro de este río de la vida-, contiene 4 etapas:



Fuente: elaboración propia inspirada en Lindstrom y Ericksson

Figura 3. Perspectiva salutogénica del río de la vida

La primera etapa, es el tratamiento y la curación de la enfermedad, que en la metáfora del río de la vida implica salvar a las personas de ahogarse. El sistema de salud estaría orientado en esta etapa.

La segunda etapa, es la protección de la salud y prevención de las enfermedades. Se protege a las personas desarrollando medidas que impidan o limiten los riesgos para enfermar; pero el rol de las personas es pasivo, no se hacen cargo del problema. Y respecto a la prevención, se busca evitar la enfermedad. En la metáfora del río, implicaría darles un chaleco salvavidas o efectuar la vacunación contra el COVID 19 como medida de prevención primaria.

La tercera etapa es la Educación para la Salud y la Promoción de la Salud, en la cual los profesionales de la salud informan y brindan consejos a las personas sobre los riesgos que perjudican su salud. Progresivamente las personas hacen suya esta información y aprenden a nadar en el río de la salud, practicando lo que aprendieron. La salud adquiere el valor de derecho humano que trasciende al sector salud, siendo la sociedad y sus instituciones quienes deben proporcionar información y recursos para conseguirla y mantenerla. En esta etapa se encuentra las instituciones públicas y privadas que brindan información permanente y buscan educar al ciudadano a través de diversas plataformas y redes sociales.

La cuarta etapa es la mejora de la salud, bienestar y calidad de vida de las personas mediante la Promoción de la Salud en la cual se crean actividades y facilitan condiciones previas que permitan a las personas el desarrollo de una vida saludable. La clave de esta etapa es la reflexión sobre las situaciones que generan salud y mejoran la calidad de vida logrando un equilibrio entre acciones preventivas (abordan la enfermedad y su cura) y acciones de promoción (abordan

el bienestar y potencian la salud). En esta etapa también las personas ponen en marcha sus aptitudes, talentos y capacidades para salir adelante, siendo denominados como los activos de la salud (Hernán et al. 2011). Y la condición que genera el éxito es el involucramiento de las instituciones públicas para facilitar la implementación. Prevención y promoción se unen para complementarse con el único objetivo de lograr salud, bienestar y calidad de vida para las personas. Esta etapa se visibiliza en las ferias de salud que organizan gobiernos locales con diversos servicios de prevención y promoción de la salud.

De tal forma que la Promoción de la Salud, en la cuarta etapa del río de la vida, es la corriente principal que potencia en las personas y las comunidades, la capacidad para identificar, controlar y utilizar los recursos necesarios para tener bienestar. Así, la Promoción de la Salud empodera a las personas y las comunidades para que mejoren su calidad de vida. En el caso de los adultos mayores, la Promoción de la Salud se asocia a conseguir que envejeczan saludablemente, a pesar de sus enfermedades logrando así calidad de vida.

En esta lógica, un servicio de Actividad Asistida con Canes para adultos mayores albergados sería un servicio de Promoción de la Salud que se respalda en el principio de salutogenésis que no cura enfermedades, sino que brinda el mayor bienestar posible cuya innovación implicaría incorporar medidas terapéuticas según el enfoque de gestión Lazarus que proporcionaría bienestar mental a pesar de las dolencias físicas y la ausencia de la familia (que les ocasiona tristeza y depresión), brindándoles calidad de vida, en esta última etapa. Sería un servicio

multidisciplinario con personal no sanitario abordando la salud mental. El servicio se fortalecería como una estrategia de Promoción de la Salud que brindaría bienestar mental y por tanto, mejoraría la salud mental del adulto mayor albergado, en la medida que cuente con respaldo en políticas públicas.

En relación al tercer eje temático, la hoja de ruta en las políticas públicas vinculado a la implementación de un servicio de promoción de la salud con canes, iniciamos el desarrollo.

Actualmente en Perú, la Ley N°30490, Ley de la Persona Adulta Mayor y su reglamento establecen criterios para la atención de adultos mayores definiendo en el art. 9 que el Estado debe “promover su autonomía e independencia con el fin de mejorar su calidad de vida y preservar su salud”

No obstante, el Plan Nacional para los Adultos Mayores 2013- 2017, aprobado mediante Decreto Supremo N°002-2013-MIMP, todavía no ha sido actualizado. Este plan se basa en la Política Nacional en relación a las Personas Adultas Mayores, aprobado por Decreto Supremo N°011-2011-MIMDES, en el cual se señalan objetivos prioritarios, lineamientos y contenidos respecto a: el envejecimiento saludable, empleo, previsión y seguridad social; participación e integración social y educación, conciencia y cultura sobre el envejecimiento y la vejez.

Dos años después de este informe, el 5 de junio del 2021 se aprueba la Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores 2030, elaborada por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) como órgano rector

en políticas nacionales y sectoriales sobre la mujer y de promoción y protección de poblaciones vulnerables. Esta política deroga la Política Nacional en relación a las Personas Adultas Mayores actualizando sus alcances al considerar que el problema público que enfrentan los adultos mayores es: la discriminación estructural por motivos de edad. En ese sentido, la proyección que proponen al 2030 es: la reducción de la discriminación estructural por motivos de la edad hacia las personas adultas mayores para que ejerzan plenamente sus derechos, se garantice su calidad de vida y amplíen sus posibilidades de independencia y autonomía en la vejez. Traza 5 objetivos prioritarios, 22 lineamientos, 27 servicios y 4 propuestas normativas. Establece la elaboración de una norma de creación de una estrategia de articulación para la protección social de las personas adultas mayores en situación de riesgo y la implementación de una red de apoyo sociosanitario para cubrir las necesidades de asistencia social, económica y sanitaria de las personas adultas mayores, en los objetivos priorizados 01 y 02, respectivamente. También se identifica el servicio de medidas de protección temporal para las personas adultas mayores.

Recientemente, el 31 de diciembre del 2022 se aprobó la Política Nacional de Desarrollo e Inclusión Social 2030, a cargo del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) que concibe que la pobreza monetaria es insuficiente para diseñar políticas públicas que garanticen el bienestar de las personas. Sostiene que el problema público es la exclusión social que genera pobreza a lo largo del ciclo de vida de las personas y la entiende como el conjunto de barreras para el acceso y/o provisión de servicios respecto a: identidad, salud, educación, servicios

integrados, vivienda adecuada y a la tierra propia y comunal, conectividad vial, acceso al trabajo decente e inclusión económica, protección social, vida libre de violencia y acceso a la justicia. Por tanto, su objetivo es la inclusión de las personas en cada etapa de su ciclo de vida, para que puedan ejercer sus derechos, desarrollar sus habilidades y aprovechar oportunidades para lograr su bienestar. Contiene 5 objetivos priorizados, siendo el cuarto: Mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores para asegurar su inclusión social. Contiene los lineamientos 4.1: Incrementar la independencia física, mental y emocional de las personas adultas mayores y el 4.3: Incrementar la autonomía social de las personas adultas mayores. Siendo el responsable el Ministerio de Salud. Ubica en ese último objetivo 7 servicios para adultos mayores, de los cuales el 4.1.3 denominado: Servicio de Medidas de Protección Temporal para las Personas Adultas Mayores en situación de riesgo, comprendería la réplica de la intervención iniciada por la Municipalidad Metropolitana de Lima durante el inicio de la pandemia y cuya responsabilidad respecto al servicio recae en el MIMP. Y este servicio de protección se enlazaría con la norma de creación de una estrategia de articulación para la protección social de las personas en situación de riesgo que se ubica en el objetivo priorizado 1 de la Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores 2030 del MIMP. La red de apoyo sociosanitario que propone el objetivo priorizado 2 de esta misma política, podría ser la red de personal no sanitario que implementaría el servicio de promoción de la salud con canes.

Tabla 4. Alineamiento de las políticas multisectoriales para personas adultas mayores al 2030 del MIMP y MIDIS

Objetivo priorizado	Lineamientos	Servicio	Responsable
Política Nacional Multisectorial para Personas Adultas Mayores al 2030- MIMP			
OP.01Garantizar el derecho al cuidado y buen trato para una convivencia sin discriminación de las personas adultas mayores	01.02Implementar intervenciones para personas adultas mayores en riesgo	Servicio de medidas de protección temporal para las personas adultas mayores	MIMP
		Elaboración de norma de creación de la estrategia de articulación para la protección social de las personas adultas mayores en situación de riesgo	MIMP MINS MIDIS MPTE- ESSALUD GOB REGIONAL Y LOCAL
	02.06Fomentar las redes de	En blanco	En blanco

<p>OP.02 Promover el envejecimiento saludable en las personas adultas mayores</p>	<p>apoyo sociosanitarias para cubrir las necesidades de asistencia social, económica y/o sanitaria para personas adultas mayores</p>		
<p>Política Nacional de Desarrollo e Inclusión Social al 2030-MIDIS</p>			
<p>OP4Mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores para asegurar su inclusión social</p>	<p>L.4.1Incrementar la independencia física, mental y emocional para las personas adultas mayores</p>	<p>Atención especializada oportuna en salud dirigida a las personas adultas mayores.</p>	<p>MINSA</p>
	<p>L.4.3Incrementar la autonomía social de las personas adultas mayores</p>	<p>Servicio de medidas de protección temporal para las personas adultas mayores en situación de riesgo</p>	<p>MIMP</p>
<p>Fuente: Elaboración propia</p>			

Entre ambas políticas existiría una ruta de trabajo que se inicia para la protección de los adultos mayores en situación de riesgo pero que puede extenderse hacia adultos mayores albergados o no albergados que puede ser implementada a nivel regional y local en la cual se puede incluir un servicio con canes. Se visibiliza su implementación en la figura 4.

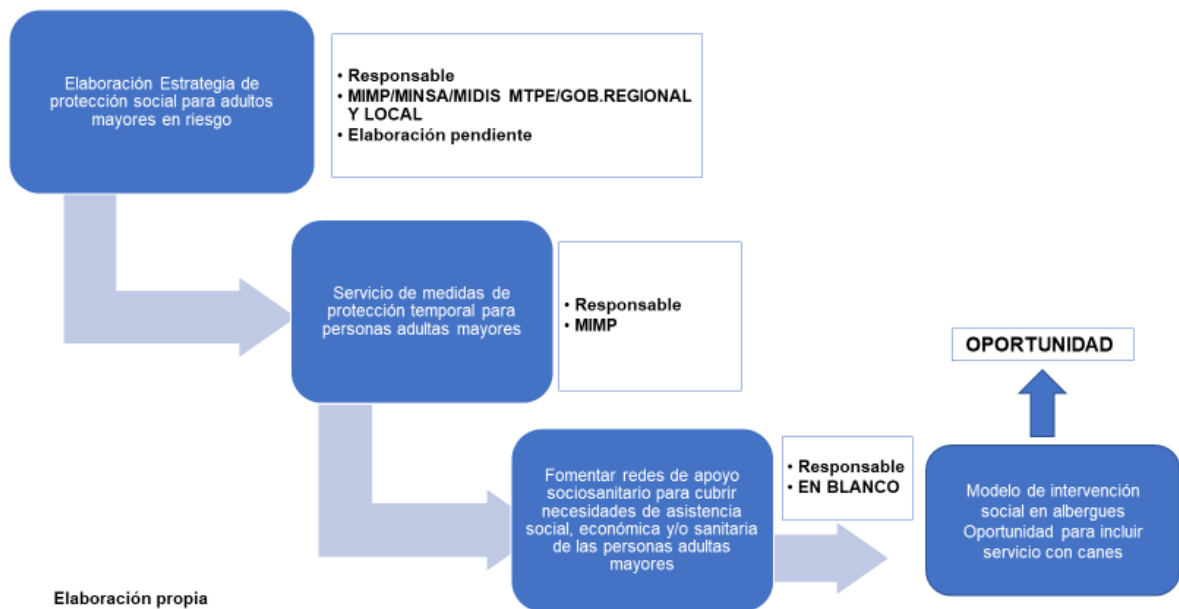


Figura 4. Hoja de ruta de políticas públicas que incluiría el servicio con canes

Asimismo, la Ley N°30947 que crea la Ley de Salud Mental considera que se deben incluir acciones de carácter promocional y terapéutico con enfoque multidisciplinario para el cuidado de la salud mental de poblaciones vulnerables como los adultos mayores. Establece que favorece la práctica de conductas y la creación de entornos saludables para la promoción de la salud. En ese sentido, determinar la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores albergados

desde un servicio de promoción de la salud con canes contribuiría a esta política y se requeriría un plan estratégico de salud mental para adultos mayores con presupuesto asignado que incluya también el tratamiento para los adultos mayores rescatados de la calle. Este plan estaría acorde a la Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores 2030 del MIMP.

Correspondería la actualización del Plan Nacional para los Adultos Mayores 2013-2017, aprobado mediante Decreto Supremo N°002-2013-MIMP, según lo señala la Defensoría del Pueblo en su Informe de Adjuntía N°006-2019-DP/AEE denominado Envejecer en el Perú: hacia el fortalecimiento de las políticas para personas adultas mayores.

Esta es una oportunidad para incorporar un servicio con Actividades Asistidas con canes que otorguen salud mental y mejoren la calidad de vida de adultos mayores albergados que sea replicable y sostenible mediante la acción de gobiernos regionales, locales e instituciones públicas y privadas en concordancia con la Estrategia y Plan de Acción sobre la Promoción de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030. Por lo expuesto, el servicio de promoción de la salud con canes sumaría a la implementación de la Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores 2030 del MIMP y sería una buena práctica que contaría con

lineamientos estratégicos y podría incluirse dentro del plan pendiente a ser actualizado solicitado por la Defensoría del Pueblo. Este servicio podría ser replicado por el Estado e instituciones privadas en concordancia con las leyes de Salud Mental y la Ley del Adulto Mayor.

De acuerdo a todo lo descrito, el servicio de Actividad de Asistencia con Canes se consideraría como un servicio de promoción de la salud.

1.2.3 Calidad de vida para adultos mayores albergados

El resultado de la calidad de vida a la que llegan las personas al ser adultos mayores representa la suma de las acciones durante todo su ciclo de vida.

De esta forma, la calidad de vida cuenta con aspectos subjetivos y objetivos. El aspecto subjetivo es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos: la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud comprendida como la apreciación que la persona tiene sobre su propio estado físico. Como aspectos objetivos incorpora: el bienestar material, el ambiente físico y social, así como la relación con la comunidad, además de la salud comprendida como el resultado respecto a sus enfermedades. (Watanabe, 2014).

Respecto al aspecto subjetivo considerado por Watanabe como bienestar subjetivo en su investigación con adultos mayores, concluyó que se puede medir tomando en cuenta el grado de satisfacción que las personas manifiestan sobre la generalidad de su vida, desde su propia percepción. De otro lado, respecto al

aspecto objetivo de la calidad de vida, se puede medir también en relación a los servicios a los cuales puede acceder el adulto mayor. Justamente, según Fernández-Ballesteros, la circunstancia en la que se encuentra la persona al llegar a ser adulto mayor demarcaría los aspectos subjetivos y objetivos en los cuales se encuentra su calidad de vida.

“La vejez supone uno de los contextos en los que la calidad de vida más se ha investigado; la asunción general es la de que las personas mayores experimentan -a lo largo de la vejez- una serie de pérdidas o disminuciones de las condiciones o ingredientes que comúnmente están involucradas en la vida y que, por tanto, la calidad de vida de los mayores se resiente. Las políticas sociales encaminadas a la atención de los mayores tienen, precisamente, el objetivo de mejorar su calidad de vida”. (Fernández-Ballesteros, 1997, pág. 92)

De acuerdo a esta definición, los programas, proyectos y servicios podrían contribuir a mejorar el aspecto objetivo de la calidad de vida en los adultos mayores, sobre todo con aquellos que se encuentran en pobreza y pobreza extrema.

Ardila, propone una definición integradora de la calidad de vida que comprende los aspectos subjetivos y objetivos. Reconoce como aspectos subjetivos los siguientes tópicos: intimidad, expresión emocional, seguridad percibida, productividad personal y salud percibida. De acuerdo a esta concepción, para lograr calidad de vida, se necesita que la persona se sienta sana, productiva, segura y capaz de expresar sus emociones y compartir intimidad con otras personas, es decir tener vínculos sanos. Como aspectos objetivos reconoce: el

bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente, las relaciones armónicas con la comunidad y la salud. Propone una diferencia entre la salud objetiva y la salud percibida, pues el adulto mayor puede sentirse saludable y no estarlo, o estarlo (salud objetiva) y no sentirse saludable (salud subjetiva). Esta definición se enlaza con el concepto de salutogenésis, que reconoce a la salud como la condición de bienestar que no es estar libre de enfermedades. De esta forma, la salud tanto objetiva como subjetiva dependerá del bienestar físico, mental y social que experimente el adulto mayor a nivel de su persona y su entorno, de acuerdo a la definición de OMS sobre el bienestar. Así la vinculación entre calidad de vida y bienestar encuentra un camino amplio donde la responsabilidad del estado en la implementación de los servicios, así como el desarrollo de los activos de la salud de los adultos mayores, contribuyen a asegurarles calidad de vida.

“La calidad de vida es un concepto multidimensional configurado por una amplia gama de condiciones tanto socio-ambientales como personales, relacionados con la satisfacción con la vida, el bienestar físico, mental y social, y la capacidad para realizar las actividades cotidianas. Estas condiciones se pueden considerar tanto desde una perspectiva subjetiva como objetiva.”. (Herrera y Guzmán, 2012, pág. 67)

Otra concepción que vincula la calidad de vida con el bienestar es la teoría de Maslow.

La teoría de la Pirámide de Maslow, propuesta por el psicólogo Abraham Maslow en 1943, desarrolla una jerarquía de las necesidades humanas que propone

cinco niveles de necesidades que deben ser satisfechos para lograr el bienestar que proporciona calidad de vida. Se sitúan en una escala que va desde los más básicos -en el primer nivel- hasta los más trascendentales -quinto nivel-. Estos son los cinco niveles:

1. Necesidades básicas o fisiológicas.
2. Necesidades de seguridad.
3. Necesidades sociales.
4. Necesidades de estima o reconocimiento.
5. Necesidades de autorrealización

De acuerdo a esta teoría, el bienestar de la persona humana se sitúa en la satisfacción de estos cinco niveles de necesidades de forma escalonada, de abajo hacia arriba.

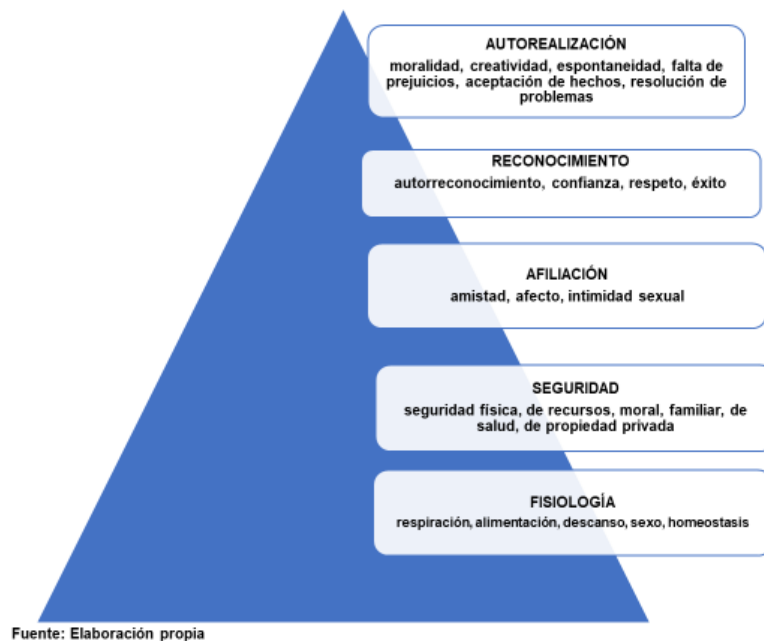


Figura 5. Pirámide de Maslow

Conforme a la Pirámide de Maslow, para lograr calidad de vida, sería necesario cumplir con los satisfactores básicos hasta llegar al nivel superior de la pirámide para obtener un óptimo nivel de calidad de vida. Sin los niveles básicos de satisfacción que se vinculan a la alimentación y vivienda (fisiología y seguridad), los otros niveles no son considerados relevantes como la moral o espiritualidad (autorrealización).

Si bien los adultos mayores albergados encuentran que sus necesidades básicas están cubiertas, existen factores que pueden impulsar la depresión y por tanto impactar en su calidad de vida. Por ejemplo, según Velezmoro (2021) existe una relación entre el abandono familiar y la depresión de acuerdo a los resultados de su investigación a 57 adultos mayores varones albergados en el Asilo de Ancianos San José, en Chiclayo, Perú. Demostró que existe una correlación significativa entre el nivel de depresión y abandono familiar, indicando que los adultos mayores que sufren de abandono familiar, es muy probable que presenten algunas manifestaciones de depresión como la disminución de la energía, conductas suicidas, autoculpabilidad etc.

Entonces, la calidad de vida es un concepto amplio que está atravesado de forma compleja por la salud física de la persona, su estado fisiológico, el nivel de independencia, sus relaciones sociales y la relación que tiene con su entorno. La calidad de vida según OMS (2002) es la percepción que una persona tiene sobre

su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones

De acuerdo a esta definición, comprendemos la calidad de vida de los adultos mayores albergados desde la perspectiva de la Promoción de la Salud. Analizamos la relación entre Promoción de la Salud, Envejecimiento Activo y calidad de vida para adultos mayores albergados. Iniciamos el desarrollo.

La Promoción de la Salud es el cuarto nivel de atención en la salud pública de acuerdo a Lindström y Ericksson dirigido a generar salud, bienestar y calidad de vida. En el caso de los adultos mayores albergados la Promoción de la Salud se encuentra reflejada en conseguir un Envejecimiento Activo para darles calidad de vida. Su impacto es a nivel de la persona y el entorno.

Respecto al impacto a nivel de la persona y el entorno, tenemos el marco conceptual y de política denominado: Envejecimiento Activo.

El Envejecimiento Activo es considerado por OMS como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. (OMS, 2002).

El Envejecimiento Activo se aplica a las personas como a todos grupos de población en todo el ciclo de vida. Permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que

les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia (OMS, 2002, p.99).

En este contexto, la investigadora asume la indagación de aquellos factores de riesgo que perjudican el Envejecimiento Activo para los adultos mayores albergados para proponer factores protectores que compensen la salud. Un factor de riesgo sería la depresión. Mientras que, el servicio con canes sería un factor protector que mejoraría la calidad de vida del adulto mayor albergado. De esta forma, se lograría la Promoción de la Salud de los adultos mayores en albergues. Entonces, el Envejecimiento activo es una estrategia de Promoción de la Salud que fortalece los factores protectores. (Ramos, Yordi y Miranda, 2016).

En tal sentido, la investigadora analiza la implementación de un modelo de intervención social que interviene en la dimensión de la persona, familia y comunidad -basándose en el modelo sistémico de Bronfenbrenner-, y propone identificar los factores de riesgo y los factores protectores que contribuyan a mejorar el modelo de intervención social del albergue. (Puente, 2008)

Tabla 5. Modelo de intervención social

Nivel de intervención	Factores	Cambio deseado
Persona	Factores de riesgo	Factores protectores
Familia y comunidad	Factores de riesgo	Factores protectores
Elaboración propia		

De esta forma, en el caso de los adultos mayores, Young (como se citó en Varela, 2016), considera el envejecimiento exitoso al estado en el cual el adulto mayor es capaz de invocar mecanismos adaptativos psicológicos y sociales que logren compensar sus limitaciones fisiológicas incluso en el contexto de la enfermedad y discapacidad.

En relación a generar bienestar en el nivel de la persona, el Envejecimiento Activo propone también que el adulto mayor realice actividad física para mejorar su calidad de vida, salud mental, reducir el estrés, tener más energía, mejorar la postura, el equilibrio y llevar una vida más independiente (OMS, 2002). La tendencia mundial a la inactividad física ocasiona enfermedades no transmisibles tales como: diabetes, obesidad, hipertensión, cánceres, enfermedades cardiovasculares y respiratorias. La implementación de la actividad física es un factor protector de la salud y se requiere personal que implemente programas con actividad física para los adultos mayores. (Martín, 2018)

Respecto al Envejecimiento Activo para adultos mayores albergados, la actividad física detiene el avance de enfermedades pues el deterioro progresivo puede causarles la condición de dependencia que implica movilizarse usando una silla de ruedas, limitarse a permanecer en sus camas, detener o prevenir la demencia senil, prevenir caídas que terminen en fracturas graves, entre otras; todo esto con el mantenimiento de la actividad física. Stein (2016) encontró que, a mayores niveles de actividad física, mejor es el bienestar y la calidad de vida en adultos

mayores. De lo contrario, se puede producir un deterioro acelerado de la salud física y mental. Sólo con un Envejecimiento Activo se encamina la vida hacia la Promoción de la Salud.

Las actividades físicas que comprende el Envejecimiento Activo son: caminatas, realizar tareas domésticas, efectuar actividades de jardinería, pero también ejercicios rítmicos y repetitivos como el baile o el Taichi. Los cuatro tipos de actividad física considerados por OPS en la Guía Regional para la promoción de la actividad física son: resistencia, fortalecimiento, equilibrio y flexibilidad; deben responder al esfuerzo que cada persona pueda realizar, según su condición. Incluso las personas con demencia senil u condición de discapacidad física deben practicar actividad física para mejorar su calidad de vida (OPS, 2002). La actividad física mejora la calidad de vida de los adultos mayores y los conduce al Envejecimiento Activo. (Parra, 2017)

Respecto a generar bienestar en el entorno para lograr calidad de vida en el adulto mayor, existe el Plan de Acción Mundial sobre Actividad Física 2018-2030 elaborado por OPS y OMS denominado: Más personas activas para un mundo más sano, estima que la inactividad física costó a nivel mundial 54.000 millones en atención directa en salud en el 2013. Las estimaciones en países de ingresos altos como medianos y bajos indican que entre el 1% y el 3% del gasto nacional en atención de salud es para atender la inactividad física.

Para el Estado resultaría una mejor inversión del gasto en salud pública, invertir en prevenir enfermedades antes que controlar su avance cuando se presentan.

Un ejemplo sobre el involucramiento del Estado y gobiernos locales en la creación de entornos saludables que potencien la actividad física para generar calidad de vida, es la implementación de la Semana del Bienestar que concibió Organización Panamericana de la Salud (OPS) desde el 2011. Durante ese lapso, cada año se realizan campañas de Promoción de la Salud que incentivan a la población -en todo su ciclo de vida-, a realizar actividad física. El 2022 se realizó en el Perú entre el MINSA y OPS con el lema: Nuestro Barrio, nuestra Salud, en 12 distritos de Lima. Llevaron diversas activaciones físicas mediante un ActiMóvil (vehículo acondicionado con un escenario) compartiendo información (videos) y diversión (juegos y recreación) a la población. (OPS, setiembre 2022)

Uno de los retos de la Promoción de la Salud para lograr un Envejecimiento Activo es: Generar propuestas investigativas y de innovación capaces de originar propuestas acertadas a las necesidades fundamentales de las personas mayores, y que a su vez sean inclusivas y participativas (Ramos, et. al 2016). Este reto es una ventana de oportunidad para la creación de servicios y la generación de evidencia que documente innovaciones como el servicio de Actividad de Asistencia con Canes.

De otro lado, según la OMS, la calidad de vida es la percepción que tiene una persona sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones diarias. Es un concepto amplio atravesado complejamente por la salud física de la persona, su estado fisiológico, el nivel de independencia, sus

relaciones sociales, sus creencias personales y la relación que tiene con su entorno. (OMS, 2002).

Finalmente se considera de acuerdo con Ruiz y Pairdo (2005) que la mejor calidad de vida relacionada con la salud es aquella donde la persona se encuentra en el mejor estado posible en todas las dimensiones de la calidad de vida. De esta forma, se vincula la Promoción de la Salud con la calidad de vida de adultos mayores albergados mediante el Envejecimiento Activo. En la medida que el Envejecimiento Activo se desarrolle se obtendrá calidad de vida.

1.2.4 Salud mental como factor clave en la calidad de vida de adultos mayores albergados

Según el Informe Mundial sobre la Salud Mental: Transformar la salud mental para todos de OMS, se reconocen cuatro políticas que deberían implementar los estados mediante sus sistemas de salud para promover la salud:

1. Prevenir y reducir la carga del exceso de discapacidad, enfermedades crónicas y mortalidad prematura.
2. Reducir factores de riesgo relacionados con las causas de enfermedades importantes, y aumentar los factores que protegen la salud durante el curso de la vida.
3. Desarrollar una continuidad de servicios sociales y salud que sean asequibles, accesibles, de gran calidad y respetuosos con la edad, que

tengan en cuenta las necesidades y derechos de mujeres y hombres a medida que envejecen.

4. Proporcionar formación y educación a los cuidadores.

En conjunción con la política 2 propuesta por OMS, para mantener la salud mental, una estrategia sería enfrentar los factores de riesgo que la rodean creando factores protectores que los anulen o compensen. Los factores de riesgo pueden ser psicológicos (depresión, soledad), biológicos (enfermedades no transmisibles), económicos (crisis por la recesión), condiciones de la ciudad (transporte en mal estado, basura acumulada en las calles), estrés laboral (exceso de trabajo), etc. Para compensarlos son necesarios los factores protectores.

Según Martínez (1998) el gran reto de la Promoción de la Salud es lograr que las personas vivan dignamente, el mayor tiempo posible con el menor sufrimiento posible y con el más alto disfrute de la vida. Y en el caso de los adultos mayores, se busca lograr calidad de vida en esta fase final.

En efecto, la relación de la Promoción de la Salud con la salud mental de los adultos mayores albergados se encuentra en las prácticas del cuidado de la salud que puedan desarrollar y en crear entornos que acrecienten su bienestar, de acuerdo a los lineamientos de OMS. Tanto las prácticas del cuidado de la salud

como la creación de entornos saludables son factores protectores de la salud mental.

Otra estrategia de Promoción de la Salud que mejora la salud mental y que es un factor clave en la calidad de vida de los adultos mayores albergados es la implementación de servicios innovadores. Implementarlos se alinea a la política 3, propuesta por la OMS.

Pero un problema latente para la creación de servicios innovadores es la concepción que se mantiene dentro de la salud pública sobre la Promoción de la Salud. Los mitos sobre su implementación son los siguientes:

1. La Promoción de la Salud no es real trabajo médico porque sólo consiste en distribuir volantes y proporcionar información al público.
2. La Promoción de la Salud son sólo campañas médicas que se difunden en medios de comunicación en diferentes plataformas.
3. La Promoción de la Salud sólo la puede realizar personal sanitario
4. La Promoción de la Salud se aplica para personas enfermas

Estos mitos se mantienen en el ámbito de la salud pública debido a la práctica cotidiana en el sistema de salud de atenciones centradas en curar las enfermedades de las personas y no en promover su bienestar. La Promoción de la Salud combina acciones de prevención y promoción. Siguiendo la metáfora del río de la vida, el sistema de salud, mayoritariamente se ubica en la primera etapa. El paciente tiene un rol pasivo aceptando las medidas, recibiendo el tratamiento basado en medicamentos. Combaten la curación de la enfermedad desde el miedo a contraerla. Esta etapa se basa en el principio de patogenésis. (Herrero, 2014).

Frente a esta situación y de acuerdo con el principio de salutogenésis, se trataría de abordar la salud mental como un proceso continuo que se puede mejorar mediante la promoción de prácticas del cuidado de la salud mental para los adultos mayores albergados. Esto implica la creación de condiciones de vida y entornos que les brinden bienestar. En tal sentido, serían factores protectores de la salud mental.

Sin embargo, para implementar en los albergues prácticas del cuidado de la salud mental para adultos mayores se requiere formación e interés creativo. Murillo (como se citó en Árraga y Sánchez, 2007) identificó que muchas instituciones geriátricas/gerontológicas y la mayor parte de las entidades públicas, carecen de conocimientos, estrategias o personas encargadas de la función o actividad recreativa acordes a la realidad individual o grupal del anciano.

Un ejemplo de prácticas del cuidado de la salud mental para adultos mayores albergados son las actividades artísticas y recreativas. Talleres de teatro, lectura, poesía, pintura, dibujo, cineclub, karaoke, bingo, concursos, etc. ayudan a mejorar las habilidades sociales y regalan alegría.

Un reto pendiente es el fortalecimiento de los programas de desarrollo comunitario que puedan extenderse hacia los albergues, el énfasis sería lograr que el personal sanitario conozca y afronte adecuadamente los trastornos vinculados a la vejez. La atención a nivel de la salud mental en el nivel comunitario implica la innovación en el diseño de servicios de acompañamiento, más ahora, post pandemia. Además, en el art 21 de la Ley de Salud Mental se establece que el modelo de atención comunitaria en salud mental promueve la participación de la comunidad organizada; de esta forma, personal no sanitario podría impulsar junto con personal sanitario, servicios y medidas innovadoras para atender la salud mental.

Un servicio de salud mental enfocado en la persona humana implica también la genuina expresión de humanidad en la forma cómo el personal se acerca al adulto mayor y convierte el dolor y la pena en esperanza al acogerlo con cariño.

Este reto en el abordaje hacia la Promoción de la Salud incorporaría estrategias que no son netamente médicas para crear bienestar en el adulto mayor y cuyo impacto sería la persona y el entorno.

De otro lado, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sostiene que el escenario mundial del envejecimiento es una oportunidad para innovar en la gestión local y regional que requiere viabilizar programas y servicios para adultos mayores que incidan en su calidad de vida y les otorgue bienestar. Declara la Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030 (OPS, 2019). En ese sentido, este servicio sería una alternativa con enfoque de desarrollo humano porque incorporaría en el tratamiento de la salud, a personal no sanitario, quienes junto a sus canes ejercerían el rol de terapeutas e impactarían positivamente en la calidad de vida del adulto mayor albergado mediante Actividades Asistidas con canes. Esta innovación se convertiría en una buena práctica de gestión que puede ser replicada a nivel local y regional post-pandemia.

1.2.5 Relación negativa entre la depresión de los adultos mayores albergados y su calidad de vida

La depresión según OMS es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la pérdida de la capacidad del individuo para interesarse y disfrutar de las cosas. Aaron Beck la define como el estado de insatisfacción personal acompañado de tristeza, pérdida de motivación, poca autoestima, sentimientos de inferioridad, problemas de apetito y sueño (Gómez, 2021). Plantea la teoría de la triada cognitiva que se detalla a continuación y cuyas fases pueden presentarse por separado:

Percepción negativa de sí mismo: Es la visión personal de forma negativa que el ser humano pueda tener de sus propias capacidades, estima, logros, de sus

actividades diarias y de esta forma se propician pensamientos de fracaso, inutilidad y frustración. Frente a esta imagen global, la persona pensará que nadie debe estimarlo y tampoco tenerle aprecio.

Percepción negativa del mundo: La persona percibe como negativo y peligroso su entorno y tendrá sentimientos de soledad, temor y de falta de esperanza. Creen que las personas se acercan por compromiso o lástima; no aprecian su valor como seres humanos.

Percepción negativa del futuro: La persona desarrolla una idea negativa acerca del éxito en el futuro y ese pensamiento pesimista le generará una visión negativa y angustia hacia el futuro.

La depresión afecta la calidad de vida del adulto mayor y se convierte en un factor de riesgo, coincide con Loje (2018) quien demuestra en su investigación descriptiva correlacional de una muestra de 136 adultos mayores usuarios de la red asistencial de Chimbote, Ancash que existe relación entre la depresión y calidad de vida de los adultos mayores albergados. A más depresión, menos calidad de vida.

Parada, Guapizaca y Bueno (2022) señalan que la depresión y el deterioro cognitivo que padecen los adultos mayores suelen presentarse juntos, una influye en la otra, afectando la calidad de vida del adulto mayor. Este resultado coincide con Moquillaza, León, Dongo y Munayco (2015) quienes realizaron un estudio con 348 adultos mayores que vivían en la calle y que fueron acogidos por un

Centro de Atención Residencial para Adultos Mayores del MIMP o usaban los servicios de noche de una hospedería, encontrando que casi el 70% presentaba deterioro cognitivo. Vílchez, Soriano, Saldaña, Acevedo, Bendezú, Ocampo, y Ciudad (2017) sostienen que el deterioro cognitivo se manifiesta en sus fases iniciales como pérdida de memoria, desubicación en el espacio físico, olvidos inmediatos. De tal forma que, estas situaciones siendo alertadas por los adultos mayores, les conducen a la depresión afectando su calidad de vida. Confirma que los niveles de depresión aumentan conforme aumenta la edad.

El deterioro de la cognición que a partir de los 60 años inicia con la pérdida de memoria, pérdida de lógica matemática y de la rapidez en los análisis, también se ve influido por factores ambientales, el estado anímico, el soporte social. (Benavides, 2017).

Cardona, Segura, Osley y Salazar (2018) quienes observaron a 4,248 adultos mayores de 60 años en 37 municipios de Antioquía, Colombia encontraron respecto a las características demográficas, sociales y funcionales (variables independientes) y el riesgo de depresión (variable dependiente) que, a menos escolaridad, mayor es la probabilidad de riesgo de desarrollar depresión. Esta relación entre grado de instrucción y depresión en adultos mayores es un indicador importante, aunque la muestra no incluyera adultos mayores institucionalizados.

Arévalo (2015) concluye que prevalece la depresión en los adultos mayores entre leve a moderada, y está asociada a la presencia de co-morbilidad y al abandono

familiar, en su investigación en el Asilo de Ancianos San Francisco de Asís, Iquitos, Perú. Entonces, la salud física que requiere tratamiento médico permanente es un factor de riesgo para el adulto mayor albergado.

Vassallo (2019) utilizó metodología cualitativa en base a la fenomenología hermenéutica para interpretar los discursos de 20 adultos mayores entre 70 y 92 años y analizar cómo se afecta su calidad de vida siendo residentes de un centro de reposo en Chosica. Concluyó que el deterioro físico y cognitivo propio de la edad afecta su capacidad para mantenerse activos.

De otro lado, la soledad también es un síntoma de la depresión. El estudio de Acosta, Tánori, García, Echeverría, Vales y Rubio (2017) encuentra en la percepción negativa hacia la etapa de vida de la vejez, la percepción de soledad social y familiar, la mayor edad, la presencia de enfermedades y la ausencia de pareja que son las dimensiones de la soledad que principalmente explican los síntomas de depresión y deterioro de la calidad de vida de los adultos mayores.

Albinagorta (2022) realizó un estudio correlacional que buscó encontrar la relación o influencia entre depresión y calidad de vida de 150 adultos mayores institucionalizados en un albergue del INABIF perteneciente al Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar, ubicado en Lima. Concluyó que a medida que se incrementa la depresión resulta que las habilidades sensoriales como

(visión, audición, tacto, olfato y gusto) disminuyen; este hallazgo deteriora la calidad de vida de los adultos mayores e influye en su disposición para permanecer y desplazarse con autonomía.

Entonces, la depresión es un factor de riesgo que afecta la calidad de vida de los adultos mayores albergados y requiere un factor protector que la compense.

Se trata de eliminar el estereotipo que asocia a la vejez con la enfermedad que limita la vida. (Árraga y Sánchez, 2007).

1.2.6 Servicio de canes como práctica del cuidado de la salud mental que mejora la calidad de vida de los adultos mayores albergados

El Informe Mundial sobre la Salud Mental: transformar la salud mental para todos de OMS, 2022, propone promover una atención centrada en la persona y basada en los derechos humanos. Para lograrlo es necesario el cuidado de la salud mental como factor protector que se pueda implementar desde la Promoción de la Salud integrando acciones de prevención y promoción de la salud

En el caso de los adultos mayores albergados y siguiendo las recomendaciones del Informe Mundial sobre la Salud Mental: Transformar la salud mental para todos de OMS para proteger la salud mental, se requiere fomentar la resiliencia y establecer entornos favorables para la salud mental. Ambos como factores protectores de la salud mental.

Una práctica para el cuidado de la salud mental es el cultivo de plantas. En Ecuador, el Hogar Miguel León, albergue que acoge a adultos mayores en situación de vulnerabilidad y pobreza, a cargo de la Comunidad Religiosa de las Hijas de la Caridad, ha desarrollado un huerto urbano que es parte del proyecto Mercado de la Buena Vida, denominado Huerto Multisensorial. Se implementaron distintas zonas dentro del huerto, que permiten la entrada de información desde entorno físico hacia el sistema nervioso central de los adultos mayores, para que elaboren sensaciones y percepciones producidas por la luz, el sonido, el olor, el gusto y el tacto, en el contexto de un espacio natural al aire libre. Se buscaron generar cambios positivos, mitigando el proceso de envejecimiento en los internos a través del uso de las plantas. (Navos, Castro y Pazmiño, 2023).

Esta buena práctica para el cuidado de la salud mental empodera a los adultos mayores en el cultivo de las plantas medicinales que ellos riegan y cuidan; al mismo tiempo, capitaliza su uso con propósitos curativos, sanatorios y emocionales. Cultivan: valeriana, jengibre, manzanilla, eucalipto, hierba luisa, canela, toronjil, menta, romero, sábila, lavanda, entre otras. Cada planta con colores, texturas y aromas diferentes están acondicionadas en pérgolas y túneles que son parte del circuito del huerto. Este circuito contribuye a recuperar la autonomía del adulto mayor, pues camina sintiéndose seguro en el espacio físico, además se rescata los usos de su memoria asociados a la agricultura tradicional y sus habilidades sociales. Este espacio estimula las células del cerebro de los

adultos mayores e impacta positivamente en su salud mental y se convierte en un factor protector. De esta forma, se ayuda al desarrollo de los activos de la salud que propone la Promoción de la Salud.

Desde la Promoción de la Salud, el Huerto Multisensorial es un entorno saludable y también es una terapia de cuidado de la salud mental que se convierte además en un factor protector para la persona y su entorno. Este proyecto es parte del programa huertos urbanos que congrega alianzas con universidades, gobiernos locales, instituciones del Estado y la empresa privada, interesadas en crear corredores turísticos que atraigan al turista interno y externo. Finalmente están desarrollando un aplicativo móvil para que se extienda la implementación de huertos urbanos en los hogares y ayude a mantener viva la medicina ancestral.

Así como este ejemplo de práctica para el cuidado de la salud mental mediante el cultivo de plantas medicinales, el servicio de canes también puede convertirse en un factor protector de la salud mental para los adultos mayores albergados. Si bien el Huerto Multisectorial es un entorno físico que se transforma, el entorno emocional también existe y lo transformaría el servicio con canes.

El entorno es el escenario de la vida cotidiana en el cual las personas se desarrollan, constituyen su vida subjetiva, construyen vínculos y relaciones con la vida social, histórica, cultural y política de la sociedad a la que pertenecen. Son escenarios configurados por dinámicas y condiciones sociales, físicas, ambientales, culturales, políticas y económicas, donde personas, familias y

comunidades conviven, y en los que se produce una intensa y continua interacción y transformación entre ellos y el contexto que les rodea. (Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia, 2017)

De acuerdo a esta definición, la investigadora considera que el entorno que transforma el servicio con canes y que aporta a la mejora en la calidad de vida de los adultos mayores, se encuentra en la interacción del vínculo en la mirada y la caricia entre el can y el adulto mayor, conformando un escenario donde hombre y animal encuentran un lenguaje propio.

Mantener la dinámica de este entorno entre el adulto mayor y el can sería una práctica de salud mental que generaría bienestar mental y por tanto salud mental.

En tal sentido, el entorno deja de ser un espacio físico, para convertirse en un espacio con una dinámica que evoca el pasado desde el presente. Mirar al perro, acariciarlo ocasiona que en el cerebro del adulto mayor regresen las denominadas imágenes mnésicas, que son sus recuerdos que reviven. (Olarte y Diaz, 2016). Es decir, el can se convierte en un activador de recuerdos. Probablemente estos recuerdos se vinculen con perros que tuvieron en el pasado y se producen emociones positivas asociadas a recuerdos placenteros (Banks y Banks, 2002)

Este entorno que se gesta con la creación de un recuerdo que revive en otro escenario es el valor de la experiencia vivida por el adulto mayor al interactuar

en las Actividades Asistidas con canes. Este proceso terapéutico otorga bienestar al adulto mayor gracias a la interacción del hombre con el can y le brinda un sentido a su vida.

Viktor Frankl creador de la “logoterapia” como teoría y método terapéutico propone que la motivación para la vida de una persona es la búsqueda del sentido en cada situación o momento en el que se ubique. Se define como la terapia de la esperanza que es capaz de llevar al hombre a sobreponerse a su circunstancia y actuar, cuidando de sí mismo, de su cuerpo, de su psique y de su espíritu. (Zlachevsky, 2020).

En tal razón, darle sentido a la experiencia y a crear una vivencia única para los adultos mayores albergados se ajusta a la aplicación del servicio con canes porque mediante las visitas se evocan recuerdos agradables del pasado y se crean nuevos recuerdos en el presente que les permiten mejorar su calidad de vida de forma inmediata. Esta metodología de trabajo se abordó también con el programa Can Solidario para darle valor a cada visita mediante un recuerdo que otorgue felicidad al adulto mayor.

El recuerdo como creación en el presente y cimiento para el futuro es el aporte de Frankl porque otorga valor al hoy. La experiencia de la vivencia en el hoy, da sentido a la vida. Entonces, cada adulto mayor puede vivir el hoy a plenitud encontrando un sentido para ser feliz.

Entonces, la logoterapia se constituye en un cambio de paradigma porque no ve sólo la cura de la enfermedad del ser humano, sino que más bien, integra la

dimensión espiritual, la búsqueda de sentido y la conciencia como componentes que dan valor a la vida humana e implican la convergencia de diferentes profesionales para dar respuesta al tratamiento de la salud desde un ámbito que no es sólo biológico. Según Acevedo (2019), “lo saludable incluye la noción de incompletud, de búsqueda, de desarrollo, de ser siendo para llegar a ser; la búsqueda de sentido es una condición intrínseca en el ser humano”. (p.124)

El nuevo paradigma de salud desde la logoterapia define a la salud según Acevedo (2013) “como el desarrollo del ser en su contexto, potencia y sentido. La salud es la manera de vivir libre, responsable, solidariamente, con tristezas y alegrías; es un bien ser y no un bien estar” (p.32)

Por tanto, hacia el final de la vida de los adultos mayores albergados es posible encontrar un sentido a la vida que va más allá del aporte que ellos puedan retribuirle a la familia y sociedad. Generar espacios donde converjan con otras personas para crear un presente, una vivencia nueva y al mismo tiempo convertir su historia personal en un futuro con esperanza, es lo que otorgaría bienestar y cambiaría su percepción de sí mismos. Acevedo (2019) sostiene que “el encuentro de sentido en la vida se produce incluso en las personas que tienen enfermedades fatales y en el final de la vida”. (p.127)

Entonces, un servicio con canes que aplique la logoterapia sería un factor protector que mejoraría la calidad de vida de los adultos mayores albergados.

Por tanto, las pautas de cuidado de la salud mental descritas son factores protectores de la salud mental y contribuyen a la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores albergados.

Respecto a la importancia de los servicios de salud mental, en el Informe Mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental, se enfatiza la necesidad de revolucionar los servicios de salud mental. Propone priorizar la prestación de servicios de salud mental en la comunidad y ampliar la atención hacia la depresión y la ansiedad, reconociendo que ambas medidas son claves para el mejoramiento de la calidad y la cobertura en la atención de la salud mental. Concluye que las atenciones que se realizan en la comunidad son más aceptadas por las personas y cuentan con mejores resultados.

De acuerdo al informe, existen tres tipos de servicios de salud mental: los servicios de salud mental integrados en la atención de salud general; los servicios comunitarios de salud mental; y los servicios que prestan atención de salud mental en entornos ajenos a la atención de salud y que apoyan el acceso a los principales servicios sociales. Reconoce que existen apoyos sociales reconocidos como trabajadores sociales o líderes comunitarios que desarrollan acciones en la comunidad que complementan las atenciones de salud mental y ayudan a crear entornos saludables. La tarea es particular para cada realidad y ofrece la oportunidad para crear una red de personal no sanitario que junto a sus canes brinde atención en salud mental generando bienestar.

La hoja de ruta que propone respecto a la implementación de servicios de salud mental en la comunidad visibiliza la oportunidad de incluir a personal no sanitario que apoye y ayude a ampliar la cobertura de la atención en salud mental.

En el caso de los adultos mayores albergados, esta red sería un servicio en salud mental implementado como una estrategia de Promoción de la Salud a través de los centros de salud comunitarios.

Finalmente, este informe resalta como una vía de transformación hacia una mejor salud mental, reorganizar los entornos: hogares, escuelas, lugares de trabajo, servicios de atención en salud, comunidades y entornos naturales.

En tal sentido, el servicio de canes como práctica del cuidado de la salud mental mejoraría la calidad de vida de los adultos mayores albergados al convertirse en una estrategia de Promoción de la Salud que mejora la salud mental.

1.3 Definición de términos básicos

- **Actividad física:** Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. Ello incluye las actividades realizadas al trabajar, jugar y viajar, las tareas domésticas y las actividades recreativas. (Plan Nacional de Prevención y Control del Sobrepeso y Obesidad en el contexto del COVID 19, 2022)
- **Actividad Asistida con Animales:** Es una actividad que facilita la motivación, la educación y la recreación de seres humanos que interactúan libremente con

animales. El fin es incrementar la calidad de vida de los destinatarios de la actividad y pueden alcanzar objetivos terapéuticos, tener una estructura y objetivos programados. El animal se centra en conocer, saludar y entretener al beneficiario de la actividad. No necesariamente son realizadas por profesionales entrenados y pueden desarrollarse en diferentes entornos. Puede implementarse sin la planificación y evaluación de educadores; el encuentro con el animal es más espontáneo y libre; puede producirse con un grupo de personas. No necesariamente se realizan registros sobre el encuentro y la evolución del comportamiento del beneficiario durante la actividad.

- **Calidad de vida:** Es la percepción que tiene una persona sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Es un concepto amplio que se enlaza con la salud física de la persona, su estado fisiológico, el nivel de independencia, sus relaciones sociales y la relación que tiene con su entorno. (OMS, 2002).
- **Educación Asistida con Animales:** Es una intervención de carácter educativo dirigida por un profesional de la educación en la que participa un animal entrenado para el cumplimiento de objetivos pedagógicos o para la estimulación de diferentes áreas del desarrollo. Es un complemento, refuerzo y apoyo de otras intervenciones educativas.
- **Enfermedades no transmisibles:** Se refiere a un grupo de enfermedades que no son causadas por una infección aguda y comprenden consecuencias a

largo plazo que requieren tratamientos. Entre ellas se encuentran cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas. Según OPS estas enfermedades no transmisibles se pueden prevenir si se reduce el consumo de tabaco, alcohol y se incentiva la actividad física y el consumo de alimentos saludables.

- **Envejecimiento Activo:** Marco conceptual que crea la OMS en el 2002 y que orienta la intervención global en materia del envejecimiento. Reconoce los derechos humanos de los adultos mayores y su potencial como agentes que contribuyan al bienestar de sus familias, comunidades y naciones. Este marco de política orienta a los Estados en la implementación de políticas públicas y programas que se dirijan a brindar oportunidades que mejoren el bienestar y la calidad de vida de los adultos mayores en el aspecto físico, mental y social (OMS, 2002; OEA, 2015). Para este objetivo prioriza cuatro pilares: salud, seguridad y cuidado, educación y participación (OMS,2015). Así el Envejecimiento Activo y Saludable implica una transformación de la persona, las comunidades y la sociedad (OEA, 2015), de acuerdo a la Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores al 2030.

Estilo de vida: Según OMS es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socio-económicas y ambientales. Los estilos de vida son determinados mediante la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores que impactan en el bienestar a las personas; entonces, son un

proceso dinámico compuesto por elecciones individuales o por las oportunidades que le brinda su forma de vida. Los estilos de vida no saludables como el consumo de tabaco, alcohol o alimentos ricos en grasas saturadas se convierten en factores de riesgo que conducen a una persona al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes mellitus, obesidad, entre otras. A su vez, los estilos de vida saludables se convierten en factores protectores y se relacionan con la alimentación, la nutrición, la actividad física, el manejo del estrés, entre otros. (OMS, 2015)

- **Factores protectores:** Se trata de situaciones o circunstancias que resuelven, reducen o controlan la exposición de las personas ante la vulneración de sus derechos, seguridad, integridad y se presentan en el nivel de la persona, familia y comunidad.
- **Factores de riesgo:** Se trata de situaciones o circunstancias que exponen a las personas a la vulneración de sus derechos, seguridad, integridad y se presentan en el nivel de la persona, familia y comunidad.
- **Inclusión:** Es un proceso cultural de aceptación de las diferentes condiciones de las personas que facilita el uso y disfrute de los espacios públicos, privados y servicios, teniendo en cuenta que las personas con discapacidad presentan una condición permanente o temporal que requiere de entornos y servicios accesibles para su inclusión.
- **Intervenciones Asistidas con Animales:** Es la disciplina que incorpora el uso de animales en el campo de la salud cuyos beneficios en el vínculo humano-

animal se visibilizan en tres tipos de intervenciones: Actividad Asistida con Animales, Terapia Asistida con Animales y Educación Asistida con Animales.

Mendicidad: La acción que ejerce una persona en la vía pública pidiendo limosna o dádiva e intentando generar lástima o compasión y que la limosna sea su único sustento de vida. Deben cumplir una o más de las siguientes características: su manutención se dé a través de la limosna o dádiva, pernecten en la vía pública, ciudadanos que permanezcan errantes o deambulen en la vía pública sin domicilio que sea adulto o adulto mayor, personas que tenga problemas de salud mental, según la Ordenanza N°2326-2021 que aprueba acciones municipales de lucha contra la mendicidad y personas en situación de calle.

- **Modelo de Bronfenbrenner:** Comprende las interrelaciones de dos o más entornos en las que la persona participa activamente (familia, trabajo y vida social). El autor de este modelo Urie Bronfenbrenner (1987) analiza la conducta humana en la medida que la persona participa en estos entornos que se vinculan e influyen en la persona constantemente. Esta teoría se conoce como teoría ecológica. Asimismo, en cada entorno se desarrollan factores de riesgo y factores protectores que influyen en la conducta de la persona. Identificando los factores de riesgo se puede lograr influir positivamente contraponiendo factores protectores que mejoren la calidad de vida de las personas. (Puente, 2008)
- **Persona adulta mayor:** Aquella persona que cuenta con 60 o más años de edad, según la Ley N°30490, Ley de la Persona Adulta Mayor en Perú.

- **Persona adulta mayor en situación de riesgo:** Son aquellas personas que se encuentran en situación de pobreza o pobreza extrema; dependencia; fragilidad; víctimas de cualquier tipo de violencia en el ámbito familiar; social o institucional; sea violencia física, psicológica, sexual, económica o por abandono, sea en calle, centros de salud, establecimientos penitenciarios u otra circunstancia, según Ley N°30490, Ley de la Persona Adulta Mayor. Art 25.
- **Perros de acompañamiento:** Son aquellos canes sin adiestramiento que junto con su dueño realizan actividades que proporcionan alegría y aportan bienestar a las personas con quienes interactúan. El dueño no es un especialista ni terapeuta, sino una persona generosa que anhela crear un recuerdo grato junto con su mascota que alegre al beneficiario de la interacción. El can cuenta con habilidades sociales innatas y es sociable con las personas y otros canes.
- **Perros de asistencia:** Son aquellos que han sido adiestrados para ayudar a las personas con discapacidad física o intelectual en el desarrollo de las labores propias de la vida cotidiana. Existen diversos tipos de perros de asistencia: perros señal (para personas con discapacidad auditiva), perros guía (para personas ciegas) o perros alerta (detectores de crisis de diabetes en seres humanos). El adiestramiento que reciben es especializado y son escogidos de acuerdo a las características de sus razas, siendo entrenados desde los 4 meses de edad aproximadamente. No resuelven la condición de

sus dueños, sino que apoyan sus acciones logrando su mayor grado de autonomía en su vida cotidiana.

- **Perros de terapia:** Son aquellos que participan en un programa terapéutico, sirven como facilitadores en la terapia durante las sesiones. Funcionan como elemento de apoyo para que el terapeuta que conduce la sesión (psicólogo, psiquiatra, fisioterapeuta, etc.) logre mejores resultados con su paciente: mejore sus habilidades motoras, relacionales o emocionales. Los perros de terapia se diferencian de los perros de asistencia por sus entrenamientos. Generalmente los perros de terapia actúan para servir de apoyo en aprendizajes, mejora de habilidades sociales y en la psicomotricidad; su accionar es programado en sesiones.

Personas en situación de calle: Se considera a todo aquel que se encuentre en la vía pública con sus pertenencias y no tenga una vivienda donde retornar, que haya roto sus vínculos familiares. Deben cumplir una o más de las siguientes características: su manutención se dé a través de la limosna o dádiva, pernocten en la vía pública, ciudadanos que permanezcan errantes o deambulen en la vía pública, sin domicilio que sea adulto o adulto mayor, personas que tenga problemas de salud mental, según la Ordenanza N 2326-2021 que aprueba acciones municipales de lucha contra la mendicidad y personas en situación de calle.

- **Promoción de la salud:** La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades

y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. El abordaje de Promoción de la Salud implica que comunidades, organizaciones, e instituciones trabajen juntas para crear condiciones y entornos que aseguren la salud y el bienestar para todas las personas. (OMS, 1998; OMS, 2015; OPS, 2022)

- **Terapia Asistida con Animales:** Es una terapia dirigida por un profesional que marca los objetivos específicos de un tratamiento cuyo propósito es fomentar la mejoría en el funcionamiento físico, social, emocional y/o cognitivo de las personas. Tiene metas por cada objetivo programado. Se puede realizar en grupo o en forma individual. El animal es incorporado como parte del tratamiento y no sustituye las terapias convencionales, sino que es un complemento. El resultado es la mejora de la calidad de vida de los pacientes.
- **Salud:** Según OMS es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. La OMS considera que la salud es un derecho humano fundamental y todas las personas deben tener acceso a los recursos sanitarios básicos. Supone que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas, al igual que el entorno físico, deben tener en cuenta el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo. (OMS, 2015)

CAPÍTULO II: PREGUNTAS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

La depresión es un problema de salud pública que se ha acentuado por la pandemia. En el caso de los adultos mayores, la depresión, ansiedad, trastornos

de adaptación, estrés son sólo algunos de los principales efectos del aislamiento debido a la pandemia. (Gutiérrez, 2021)

A raíz de la pandemia, como medida de protección a los adultos mayores pobres y en extrema pobreza que vivían en situación de calle y sin familiares que se hicieran cargo, se creó el Programa Casa de Todos. Sus derechos a la identidad, salud, alimentación y vivienda fueron cubiertos. No obstante, aquellos que no lograron ser devueltos a su entorno familiar o asignados a otras instituciones especializadas, continuaron en el albergue. Respecto a su nueva situación de albergados se hace necesario la creación de nuevos servicios que contribuyan a mejorar su calidad de vida.

Frente a este escenario surgen las siguientes interrogantes:

¿Cómo un servicio de promoción de la salud con canes se asociaría con la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores que viven en un albergue?

PE 1. ¿Cómo la salud mental de los adultos mayores albergados se identificaría como factor clave en su calidad de vida?

PE2. ¿Cómo la depresión de los adultos mayores albergados se relacionaría negativamente con su calidad de vida?

PE3.- ¿Cómo un servicio de canes se asociaría a una práctica del cuidado de la salud mental que mejore la calidad de vida de los adultos mayores albergados?

Respecto a los alcances de esta investigación se busca mejorar el programa Casa de Todos proporcionando a las autoridades información que permita incluir

un servicio que proporcione contención a los adultos mayores ante la ausencia de la familia cuidando la salud y logrando un Envejecimiento Activo.

La innovación radica en incorporar a personal no sanitario junto con sus canes para que acompañen el proceso de envejecimiento del adulto mayor mejorando su bienestar físico, mental y social. Este servicio puede ser replicable en albergues públicos y privados con similares características. Por tanto, se puede beneficiar a adultos mayores albergados y también adultos mayores que viven solos sin familiares en sus hogares.

Esta investigación contó con información y la disponibilidad de las autoridades para acceder a la aplicación de los instrumentos de recolección de datos. Respecto a la variable independiente se aplicó entrevistas a personal estratégico y operativo. Respecto a la variable dependiente se aplicó una Ficha Sociodemográfica, la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage y el Índice de Calidad de Vida a los adultos mayores albergados.

Estos resultados permitieron establecer la necesidad de la mejora del programa mediante la identificación de los factores de riesgo que permitieron establecer factores protectores entre los cuales se encuentra el servicio de promoción de la salud con canes.

La investigación fue viable, dispuso de los recursos logísticos y financieros para realizarla. También se sumó a la información recopilada como fuentes primarias, la investigación de fuentes secundarias como artículos periodísticos y bibliografía

especializada. Los resultados y recomendaciones se aportarán a la institución para el mejoramiento del programa.

Finalmente consideramos que el programa implementado para adultos mayores albergados rescatados de una situación de calle y/o mendicidad con las mejoras sugeridas podría sumar a la política pública siendo replicado a nivel local y regional para la mejora de la calidad de vida del adulto mayor.

2.1 Operacionalización de variables

2.1.1 Variable Independiente

Definición conceptual

Servicio de promoción de la salud con canes para adultos mayores

El servicio se define como la actividad de asistencia de canes que otorga bienestar mental a adultos mayores. Se alinea a la política de promoción de la salud que permite a las personas incrementar el control sobre su salud impactando positivamente en su bienestar físico, mental y social y que incide en los gobiernos para que implementen políticas, planes, programas y servicios que mejoren la calidad de vida de las personas. (OMS, 1998; OMS, 2015).

Definición operacional

Consiste en determinar los aspectos que mejoren la calidad de vida de los adultos mayores mediante un servicio de promoción de la salud con canes de acuerdo a la Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores al 2030, la

Política Pública de Salud Mental N°30947 y la Ley General del Adulto Mayor N°30490.

Dimensiones

- Instrumentos de gestión
- Interés del prestador del servicio

Subdimensiones

- Documentos técnicos
- Enfoque de promoción de la salud
- Terapia o Actividades Asistidas con animales
- Innovación de servicios

Instrumento

- Entrevista

2.1.2 Variable Dependiente

Definición conceptual

Calidad de vida del adulto mayor

Es la percepción que una persona tiene sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Es un concepto amplio que está atravesado de forma compleja por la salud física de la persona, su estado fisiológico, el nivel de independencia, sus relaciones sociales y la relación que tiene con su entorno. OMS (2002)

Definición operacional

Consiste en la intervención que reduce factores de riesgo e implementa factores protectores para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Dimensión

-Persona

Subdimensión

-Bienestar mental

Instrumentos

-Ficha sociodemográfica

-Escala de Depresión Geriátrica Yesavage

- Índice de Calidad de Vida (ICV)

2.2 Matriz de operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Subdimensión	Instrumento	Indicadores	ITEM		
Independiente Servicio de promoción de la salud con canes para adultos mayores	El servicio se define como la actividad de asistencia de canes que otorga bienestar mental a adultos mayores. Se alinea a la política de promoción de la salud que permite a las personas incrementar el control sobre su salud impactando positivamente en su bienestar físico, mental y social y que incide en los gobiernos para que implementen políticas, planes, programas y servicios que mejoren la calidad de vida de las personas. (OMS, 1998; OMS, 2015).	Consiste en determinar los aspectos que mejoren la calidad de vida de los adultos mayores mediante un servicio de promoción de la salud con canes de acuerdo a la Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores al 2030, la Política Pública de Salud Mental N°30947 y la Ley General del Adulto Mayor N°30490	Instrumentos de gestión	Documentos técnicos	Entrevista	Base de datos actualizada	1		
						Plan operativo anual	2		
						Protocolo de atención al adulto mayor	3		
						Instrumentos que midan la calidad de la atención	4		
						Instrumentos que midan el buen trato hacia las personas adultas mayores	5		
						Enfoque de promoción de la salud		Aplicación de Ley de la Persona Adulta Mayor	6
								Profesionales aplican terapias que mejoran los	7

					aspectos biológicos y emocionales para el adulto mayor Programa con un enfoque de promoción de la salud	8 y 9
					Actividades implementadas	10
					Indicadores del índice de calidad de vida	11
					Identificación de la importancia de la señalización para mejorar la calidad de vida del adulto mayor	12 y 13
				Terapia o Actividades Asistidas con animales	Conocimiento de servicios de terapia o actividades asistidas con animales para adulto mayor.	14

					Interés por incluir terapia o actividades asistidas con animales	15
					Conocimiento programa CAN SOLIDARIO	16
			Interés del prestador del servicio	Innovación de servicios	Albergue con presupuesto	17
					Interés por servicio innovador con presupuesto	18
					Interés en servicio con voluntarios y sus mascotas	19
					Logro en la promoción de la salud del adulto mayor con un servicio con voluntarios y sus mascotas	20
					Mejora bienestar psicológico	21

						Mejora bienestar en el uso del espacio físico	22		
						Mejora en calidad de vida	23		
Dependiente	Es la percepción que una persona tiene sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Es un concepto amplio que está atravesado de forma compleja por la salud física de la persona, su estado fisiológico, el nivel de independencia, sus relaciones sociales y la relación que tiene con su entorno. OMS (2002)	Consiste en la intervención que reduce factores de riesgo e implementa factores protectores para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores	Persona	Bienestar mental	Encuesta	Ficha sociodemográfica	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Estado civil • Salud • Grado de instrucción • Situación económica • Visitas familiares • Aceptación de canes 		
Calidad de vida del adulto mayor					Escala de Depresión Geriátrica Yesavage			Escala Leve:1-10 Moderado:11-20 Severo:21-30	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Estado civil • Salud • Grado de instrucción • Calidad de vida
					Índice de Calidad de Vida			Escala 1-10 1 menor puntaje 10 mayor puntaje	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad de vida global • Bienestar psicológico • Bienestar físico

							<ul style="list-style-type: none">• Apoyo socioemocional• Apoyo comunitario
--	--	--	--	--	--	--	--

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Diseño Metodológico

La investigación tuvo un enfoque cualitativo, de diseño descriptivo y no experimental; porque no se manipulan las variables dependiente e independiente; sino que se observa su comportamiento para después analizarlo. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Es de corte transversal porque se analizó el asocio de ambas variables en un único período de tiempo.

3.2 Diseño muestral

3.2.1 Población

La muestra se recogió en el albergue Casa de Todos, ubicado en Lima. La población total era de 43 adultos mayores entre 60 y 85 años.

3.2.2 Muestra

El universo total se distribuyó en usuarios, operadores del servicio y personal administrativo.

En el caso de los usuarios, tenemos en el albergue 43 adultos mayores y 10 operadores de servicios (personal estratégico y personal operativo). Adicionalmente se encuentra personal de apoyo y auxiliar. De los 43 adultos mayores se consideró -para efectos de la investigación-, a aquellos que no presentaban discapacidad mental y esquizofrenia, siendo encuestados 33.

Detallamos que la muestra será estratificada:

Tabla 6. Muestra

Estratos	Persona	Porcentaje	Muestra
Operadores del servicio	10	0.23	9
Usuarios	33	0.77	30
Total	43	100	39

Se usó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{E^2 \cdot (N - 1) + Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot P \cdot Q}$$

Donde:

N: Tamaño de la población que es objeto de estudio: 43

E = 0,05, Error

Z: Nivel de confianza Z: 1,9599, si es al 95%

σ : Desviación estándar de la población objeto de estudio.

E: Error absoluto o precisión de la estimación deseada de la media.

Reemplazando valores en la fórmula:

$$n = \frac{39.6439}{1.02695} = 39$$

Finalmente se aplicaron los instrumentos al siguiente universo:

Tabla 7. Características de la muestra

Estratos	Persona	Características
Operadores estratégicos	4	Personal estratégico
Operadores técnicos	6	Personal operativo
Usuarios	33	Albergados
Total	43	

A continuación, el consolidado de la muestra:

Tabla 8. Consolidado de la muestra

N°	Grupo objetivo	Número de muestras	Técnica de recolección de datos
01	Personal estratégico	04	Entrevista
02	Personal operativo sanitario	04	Entrevista
03	Personal logístico	02	Entrevista
04	Usuarios del servicio	33	Encuesta: Ficha socio demográfica, Escala Depresión Geriátrica Yesavage, Índice de Calidad de Vida
Total		43	

Elaboración propia.

3.3 Técnicas de Recolección de Datos

La investigadora aplicó tres técnicas de recolección de datos: la encuesta, la entrevista y ficha. La encuesta tuvo tres instrumentos: una Ficha Sociodemográfica, la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, el Índice de Calidad de Vida (ICV).

Estos instrumentos se aplicaron para determinar el grado de depresión de los adultos mayores albergados y su asociación con la calidad de vida. Por esta razón se aplicó la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage, pero debido a que el adulto mayor puede tener una percepción de sí mismo que no necesariamente coincide con su realidad y para limitar posibles sesgos en las interpretaciones, la investigadora decidió incorporar mediciones relacionadas al abordaje de la calidad de vida vinculados a aspectos más amplios. De esta forma, se aplicó el Índice de Calidad de Vida (ICV). Este instrumento fue aplicado en adultos desde 18 a 91 años en Lima Metropolitana y el Callao por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi siendo el único instrumento que ha sido usado por esta institución de salud mental en el país. Este instrumento se encuentra dividido en cuatro factores; el primero calidad de vida global, satisfacción espiritual y plenitud personal; el segundo bienestar físico, bienestar psicológico y autocuidado; el tercero, funcionamiento interpersonal, funcionamiento ocupacional y apoyo social; el cuarto apoyo comunitario y de servicios. Acotamos que los factores del ICV coinciden con la propuesta de la OMS que miden calidad de vida en el adulto mayor; no obstante, el ICV no es específico para adultos mayores albergados.

En el caso de la aplicación de la entrevista se realizó al coordinador-administrador del albergue, al coordinador responsable del servicio de psicología, al personal de psicología, personal logístico y de cocina, con el fin de determinar si existen criterios de promoción de la salud para el cuidado de la salud mental.

3.4 Técnicas de Gestión y Estadísticas para el Procesamiento de la Información

En el caso de la aplicación de la Ficha Sociodemográfica, la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage y el ICV se crearon formularios digitales y se usaron fichas ubicadas en celulares que facilitaron la aplicación y procesamiento de la información.

Respecto a la técnica de recojo de información, se informó a cada adulto mayor sobre los fines de la encuesta. También la investigadora incluyó el uso de material gráfico para la aplicación del ICV con el fin de lograr un entendimiento amigable de los instrumentos. De igual forma, para la entrevista se informó al personal estratégico y operativo sobre el uso académico de la misma.

Se procedió a aplicar el análisis Alfa de Cronbach que verifica la confiabilidad de los instrumentos en la variable dependiente: calidad de vida del adulto mayor. Se muestran los resultados.

Se aplica el Alfa de Cronbach a la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage.

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	33	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	33	100,0

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

Se muestran las estadísticas de fiabilidad de la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,700	10

Se verifica que la confiabilidad del instrumento se encuentra en el rango de aceptable, por ubicarse en el rango de 0.7.

También se aplica el Alfa de Cronbach al instrumento Índice de Calidad de Vida (ICV). Se excluye a un adulto mayor dado que solicitó no continuar porque se encontraba cansado y solicitó retirarse a descansar a su habitación.

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	32	97,0
	Excluido ^a	1	3,0
	Total	33	100,0

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

Se muestran las estadísticas de fiabilidad del Índice de Calidad de Vida.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,802	10

Se verifica que la confiabilidad del instrumento se encuentra en el rango de bueno, por estar en el rango de 0.8. Por tanto, se puede afirmar que la confiabilidad de los instrumentos, son aceptables.

Con la información recopilada de procedió a analizar los resultados y a establecer descriptivamente la relación entre las variables independiente y dependiente determinando la relación entre el servicio de promoción de la salud con canes y la calidad de vida del adulto mayor.

A continuación, para identificar la relación negativa entre la depresión de los adultos mayores albergados y su calidad de vida, se aplicó el Coeficiente de Pearson y se encontró una relación lineal negativa de -0.4877.

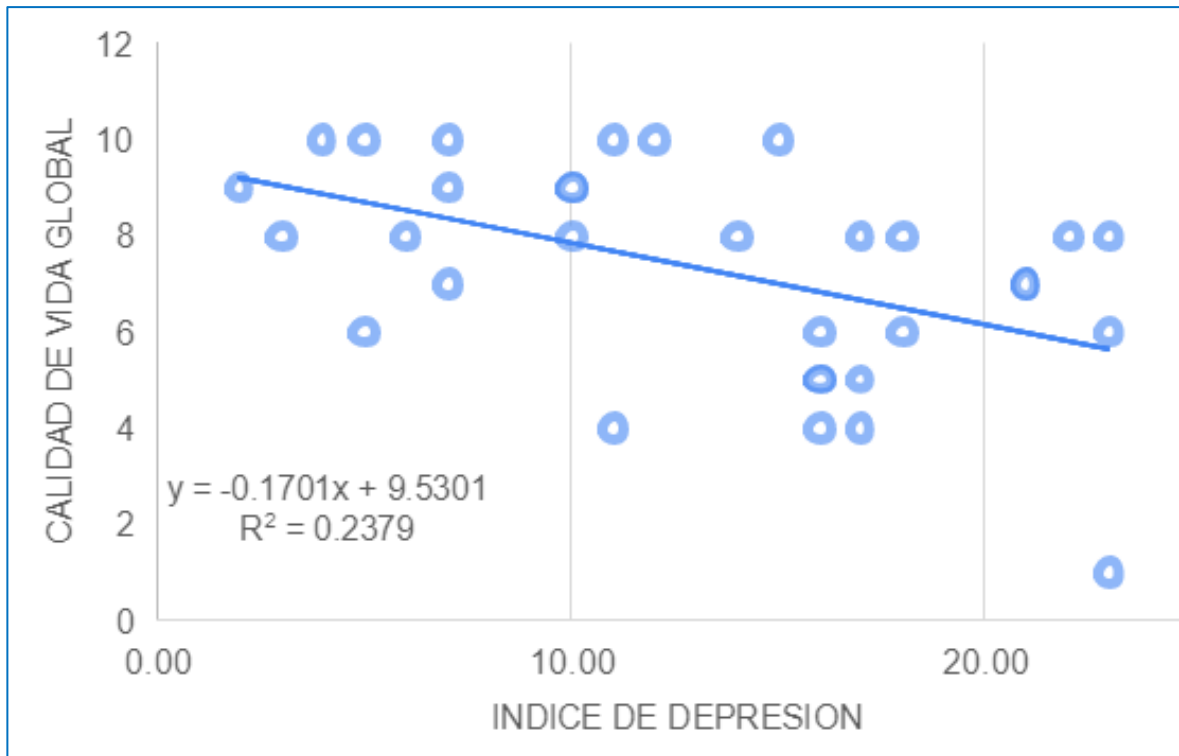


Figura 6. Análisis de la asociación entre la depresión de adultos mayores albergados en el programa Casa de Todos y su calidad de vida

Tabla 9. Análisis de la asociación entre la depresión de adultos mayores albergados en el programa Casa de Todos y su calidad de vida

	-1 < r < 0 Correlación inversa	Depresión	Calidad de vida de adultos mayores albergados
Depresión	Correlación de Pearson (Sig bilateral)	1	-0,4877
Calidad de vida de adultos mayores albergados	Correlación de Pearson (Sig bilateral)	-0,4877	1
Elaboración propia			

De acuerdo a la aplicación de la Correlación de Pearson, si el nivel de significación (Sig) es menor o igual a 0.01, se considera que con un nivel de confianza del 99%, el dato del coeficiente de “r” es muy significativo. Entonces, se puede decir que a mayor índice de depresión menos sensación de satisfacción y felicidad con la vida en general. De esta forma se explica la relación negativa entre depresión y calidad de vida.

3.5 Aspectos Éticos

Los aspectos éticos considerados en la presente investigación aplicada son: respetar la autoría de las fuentes consultadas según las normas APA, se manejarán y resguardarán los datos que se obtengan mediante la aplicación de los instrumentos citados y se manejará con responsabilidad y honestidad la

información cuyo uso será sólo con objetivos académicos, informando a los entrevistados y obteniendo su aceptación.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y PROPUESTA DE VALOR

4.1 Servicio de promoción de la salud con canes para adultos mayores

Se procede a detallar los hallazgos referentes a la variable independiente servicio de promoción de la salud con canes para adultos mayores de acuerdo a las dimensiones y subdimensiones explicadas a continuación en la Figura 7:



Elaboración propia

Figura 7. Variable independiente. Servicio de promoción de la salud con canes para adultos mayores

4.1.1 Dimensión: Instrumentos de gestión

Seguidamente, se presentan los resultados de la dimensión instrumentos de gestión respecto a las sub-dimensiones: documentos técnicos, enfoque de promoción de la salud y terapia o actividades asistidas con animales.

4.1.1.1 Subdimensión: Documentos técnicos

Base de datos actualizada

Respecto a la base de datos actualizada de adultos mayores, sólo el personal directivo afirma que la base de datos se encuentra actualizada. En el caso del personal operativo de enfermería indican que la base de datos estaría actualizada si incluyera tratamientos específicos de salud física, para cada albergado, conforme su evolución. En el caso del personal de psicología, asumen que la base de datos estaría actualizada si tuviera registro de la situación actual del adulto mayor y su familia que incluya un plan de trabajo para cada caso.

Institución con plan operativo anual

Todos los entrevistados responden que se cuenta con un plan operativo anual con presupuesto asignado. En el caso del personal estratégico manifiestan que el presupuesto del plan operativo anual requiere ser incrementado. En el caso del personal operativo, todos sostienen que cada mes realizan un cuadro de actividades, pero siendo el presupuesto reducido, se encuentran limitados para realizarlas.

Institución con protocolo de atención para adultos mayores

Todos los entrevistados responden afirmativamente, sin embargo, tanto el personal estratégico como operadores describen el protocolo de forma diferente. Para el personal estratégico, el protocolo de atención se sitúa en atender las emergencias de salud; mantener las relaciones positivas entre los albergados y

el personal a cargo; mantener el control sobre eventos que impliquen un traslado a la posta médica o al Hospital Arzobispo Loayza y resguardar las provisiones logísticas. Para el personal de psicología como enfermería, se trata de mantener un trato cordial con el albergado y estar atentos a episodios de alerta respecto a su salud mental y física. El personal operativo vinculado al almacén y cocina, considera que el protocolo implica mantener un trato cordial hacia los albergados. Mencionan conocer cuáles son las zonas comunes seguras, pero no cuentan con claridad sobre la forma de evacuar en caso de sismo o desastre. Todos coinciden en no haber recibido un documento que sistematice los procedimientos de atención en situaciones diarias y en situaciones de emergencia. Tampoco han recibido material físico que comprenda un protocolo de atención al adulto mayor o un decálogo de convivencia entre ellos y los adultos mayores.

Instrumentos que midan la calidad de la atención

El personal operativo no identifica instrumentos que midan la calidad de la atención con claridad; pero dan cuenta de sus actividades. En el caso del personal de psicología indican que realizan: talleres, acompañamiento emocional, actividades físicas y estimulación cognitiva. En el caso del personal de enfermería indican que realizan seguimiento diario a la medición de signos vitales, control de medicamentos, curación de heridas y programación de citas médicas externas para atención especializada. En el caso del almacén y la cocina, refieren el control de sus actividades respecto al aprovisionamiento logístico y de distribución.

Instrumentos que midan el buen trato hacia las personas adultas mayores

Todo el personal afirma tener conocimiento respecto al trato asertivo que deben mantener con los adultos mayores albergados; pero afirman no tener conocimiento sobre instrumentos de gestión que midan el buen trato hacia los adultos mayores albergados que les permita aplicar criterios unificados. Ninguno menciona los lineamientos de Política para la Promoción del Buen Trato a la persona del adulto mayor que figuran en el capítulo VII del Reglamento de la Ley de la Persona Adulta Mayor y su adecuación al albergue.

4.1.1.2 Sub-dimensión: Enfoque de promoción de la salud

Aplicación de la Ley de la Persona Adulta Mayor

El 50% del personal estratégico ha recibido información de la institución sobre la Ley de la Persona Adulta Mayor, sobre todo, en los casos vinculados a protección de derechos y respecto a las responsabilidades de la familia.

El personal operativo no ha recibido información de la institución sobre la Ley de la Persona Adulta Mayor; pero señalan conocer los procedimientos que se requieren para interactuar correctamente con los adultos mayores de acuerdo a su especialidad.

Profesionales aplican terapias que mejoran los aspectos biológicos y emocionales para el adulto mayor

En el caso del personal directivo, si bien existe conocimiento de la Ley de la Persona Adulta Mayor, se encuentran a la búsqueda de acciones que conlleven a que el personal de enfermería y psicológico a cargo logren el involucramiento de la mayor cantidad de albergados en las actividades que proponen, con el fin de integrar en la atención los aspectos biológicos, emocionales y contextuales junto a las expectativas de los pacientes; valorando además la interacción humana en el proceso clínico; según lo señala el título preliminar de la Ley de la Persona Adulta Mayor, artículo único, inciso d. Esta búsqueda ha generado la implementación de nuevas actividades para los adultos mayores como el cineclub y el karaoke, logrando incentivar la recreación y el arte. También se incluyen actividades físicas después del almuerzo y pausas activas con estiramientos.

Programa con un enfoque de promoción de la salud

Características del servicio de psicología

Se cuenta con un coordinador y cuatro internas de psicología. El coordinador del servicio de psicología que se incorpora desde el 01 de agosto desarrolla actividades para mejorar la calidad de vida del adulto mayor vinculadas a: talleres socioeducativos, estimulación cognitiva, acompañamiento emocional; cada una con énfasis en los casos particulares. Se han implementado actividades de entretenimiento comunitario como el cineclub, karaoke y fútbol internacional (serie por TV), según las sugerencias planteadas por los albergados. También

cuentan con una biblioteca equipada con libros y revistas. Adicionalmente están reestructurando la asignación de responsabilidades en el biohuerto, la biblioteca y en la implementación de pausas activas que lleven al adulto mayor a realizar actividad física.

Características del servicio de enfermería

Se cuenta con dos licenciadas en enfermería y técnicos de enfermería procedentes de institutos y universidades. Durante tres veces al día realizan las siguientes actividades de control: administración de medicamentos, control de signos vitales, curación de heridas en los albergados con pie diabético, control de citas médicas y seguimiento a las evaluaciones. Una vez por semana, un médico revisa los casos que requieren especial atención para proceder a determinar si requiere una cita médica externa; y en caso se requiera atención adicional, se traslada al albergado a la posta médica o al hospital Arzobispo Loayza. En el turno de noche se realiza vigilancia y monitoreo de los albergados.

Características del servicio de comedor

En el servicio se ha incluido una programación semanal que otorga responsabilidades a los adultos mayores para el aseo de las bandejas de alimentos. También se incluyen tareas de lavado y picado de verduras que mejoran la dieta diaria, pues se incorporan las verduras que extraen del biohuerto. Este proceso de participación de 5 adultos mayores en tareas domésticas los distrae y fortalece las relaciones sociales entre todos.

Características del servicio de almacén

Se dispone el almacenamiento y distribución de productos de limpieza, ropa, zapatos y material médico. El responsable propone ampliar sus funciones mediante un almacén que pueda reservar frutas para mejorar la dieta de los adultos mayores.

Programa cuenta con un enfoque de promoción de la salud

Los servicios están dirigidos a trabajar la salud física y psicológica de la persona.

Respecto al servicio de psicología se vincula a la atención psicológica vinculada a la mente de la persona y a la convivencia con otros adultos mayores del entorno; no existen actividades que reemplacen o contengan la ausencia de la familia para los adultos mayores.

En relación al servicio de enfermería se vincula la salud sólo a la atención médica dirigida en atender la enfermedad. Si bien se dictan charlas y talleres para incentivar el cuidado físico, no existe información sobre cómo usan este conocimiento los adultos mayores para mejorar su calidad de vida.

En cuanto al servicio de almacén se cumple con distribuir y almacenar los pedidos logísticos para las áreas como materiales de limpieza, cocina, ropa, enseres, medicamentos. El personal operativo es amigable pero no participa en actividades que podrían contribuir a socializar con los adultos mayores.

Respecto al servicio de cocina, se cumple con la distribución de los alimentos e incorporación de alimentos adicionales para sumar a la dieta diaria que se obtienen del huerto que -los adultos mayores con apoyo de la subgerencia de Desarrollo Ambiental de la Municipalidad Metropolitana de Lima-, mantienen dentro del albergue. La asesoría para el cultivo de verduras y elaboración de compost es una actividad en la que participan 5 adultos mayores. Si bien comenzó como un espacio terapéutico con plantas ornamentales, hoy es una pequeña huerta donde se cultivan verduras y plantas aromáticas que contribuyen a mejorar la dieta diaria.

Actividades implementadas

Respecto al servicio de psicología, cada adulto mayor participa de las actividades comunitarias que elija, no hay exigencia para su involucramiento. No obstante, el nivel académico limita la socialización entre todos; en ese sentido las nuevas actividades comunitarias como el karaoke y el cineclub contribuyen al acercamiento. Los talleres permanentes que implementan son: socioeducativos (control y manejo de emociones), estimulación cognitiva (memoria y razonamiento), acompañamiento emocional (manejo de estrés, tristeza y depresión); contienen sesiones individualizadas y charlas para todos.

Respecto al servicio de enfermería, cada adulto mayor cuenta con administración de medicamentos, control de signos vitales, curación de heridas en los albergados con pie diabético, control de citas médicas, seguimiento a las evaluaciones semanales que realiza el médico y -en caso se requiera atención

adicional-, se traslada al albergado a la posta médica o al hospital Arzobispo Loayza. El personal técnico realiza el monitoreo a la alimentación y al aseo personal. También reciben charlas sobre autoestima y autocuidado.

Indicadores del Índice de Calidad de Vida

Respecto a los indicadores de la Calidad de Vida, tanto el personal estratégico como técnico, describen en la entrevista situaciones que se ubican en la medición de la lista de indicadores del Índice de Calidad de Vida.

Para el personal estratégico la calidad de vida está en el rango de 7 y para el personal operativo es 5, teniendo en cuenta que el rango es de 1 a 10, siendo éste último el máximo puntaje.

Identificación de la importancia de la señalización para mejorar la calidad de vida del adulto mayor

Implementar señales que guíen a los adultos mayores

El personal estratégico considera que las señalizaciones que existen son suficientes porque están colocadas para rotular cada área.

El personal operativo comprende que sería importante utilizar algunas señales para que acompañen las rutas que efectúan a diario los adultos mayores. Consideran que esta situación les ayudaría a afirmar su autonomía dentro del albergue.

Adultos mayores que se ubican con facilidad dentro del albergue

El personal estratégico no ha sido requerido por los adultos mayores albergados para ser guiados hacia alguna zona del albergue. Los adultos mayores usan las rampas internas de acceso que conectan las zonas comunes.

El personal operativo si ha recibido solicitudes de los albergados para que los guíen hacia zonas comunes y hacia sus habitaciones, (2 psicología y 1 enfermería).

4.1.1.3 Sub-dimensión: Terapia o Actividades Asistidas con Animales

Conocimiento de servicios de terapia o actividades asistidas con animales para el adulto mayor

El personal estratégico refiere las experiencias de los perros lazarillos, para personas con discapacidad visual, manifestando que los canes ayudan a las personas ciegas a realizar sus actividades diarias.

El personal operativo menciona que a los adultos mayores albergados les gusta interactuar con los animales, en su gran mayoría, sólo son 3 personas a los que nos les agradan. Refieren el caso de un adulto mayor que cuida un gatito.

Interés por incluir terapia o actividades asistidas con animales

El personal estratégico expresa que sería una posibilidad que podría mejorar la calidad de vida del adulto mayor porque observan que a la mayoría de los adultos

mayores les agradan los animales. Refieren experiencias propias de personas que conocieron y que compartían su día a día con sus canes, ocasionándoles bienestar y alegría.

En el caso del personal operativo consideran que la interacción con los canes podría ser una terapia que mejoraría la calidad de vida del adulto mayor. Estarían dispuestos a participar en la actividad.

Conocimiento programa Can Solidario

Tanto el personal estratégico como el operativo desconocen el Programa Can Solidario.

4.1.1.4 Resultados respecto a la dimensión instrumentos de gestión

Detallamos los resultados de la dimensión instrumentos de gestión:

1. La institución cuenta con un plan estratégico que comprende la gestión de los programas que administra incluido el Programa Casa de Todos, el mismo que cuenta con un plan operativo anual con asignación presupuestal que requeriría incrementar el presupuesto. Se requiere un protocolo de atención a las personas adultas mayores albergadas con indicadores que midan la calidad de los servicios incluyendo la opinión de los adultos mayores albergados.
2. El personal del programa aplica terapias para la salud física y psicológica a nivel de la persona siendo una oportunidad la creación de un servicio

con canes que logre compensar la ausencia de la familia creando una red de soporte que podría incluir también al personal del albergue junto a los dueños de los canes.

3. Respecto al bienestar en el uso del espacio físico es relevante la incorporación de señales que otorguen seguridad en los recorridos que realizan los adultos mayores al interior del albergue a fin de brindarle seguridad en su ubicación y desplazamientos.

4.1.2 Dimensión: Interés del prestador del servicio

Seguidamente, se presentan los resultados de la dimensión interés del prestador del servicio respecto a la sub-dimensión: Innovación de servicios.

4.1.2.1 Sub-dimensión: Innovación de servicios

Albergue con presupuesto anual

El albergue cuenta con un presupuesto anual derivado del cuadro de necesidades que se solicita a cada área. A su vez, se efectúan requerimientos mensuales de acuerdo al cuadro de necesidades que se aprueba con anterioridad y cuya proyección es limitada.

Interés por servicio innovador con presupuesto

El personal estratégico demuestra interés por la implementación de servicios innovadores que mejoren la calidad de vida del adulto mayor. Mencionan el

programa que se ha iniciado como piloto con 10 adultos mayores para ayudarles a desarrollar habilidades para el emprendimiento que se espera contribuya a mejorar su autoestima y logre darles la posibilidad de su autonomía económica. De esta forma, podrían también incluir un servicio con canes que mejore su calidad de vida.

El personal operativo demuestra interés por mejorar los servicios que están desarrollando e involucrarse en nuevas tareas para fortalecerlos.

Interés en servicio con canes

El personal estratégico y operativo demuestra interés por la implementación de un servicio con canes que mejoren la vida de los adultos mayores albergados. Solicitan que los canes junto a sus dueños tengan un horario de visitas y frecuencias que sumen a las actividades de recreación y entretenimiento que se programen. El personal operativo estaría dispuesto a involucrarse en las actividades con canes.

Logro en la promoción de la salud del adulto mayor con un servicio con canes

En el caso del personal de psicología, afirman que esperarían la reducción de la tristeza y depresión de los adultos mayores porque compartirían con el can y con su dueño. Comprenden que sería una actividad que compensaría la ausencia de las visitas familiares.

En el caso del personal operativo de cocina y almacén, consideran que los adultos mayores se distraerían con los canes que brindarían alegría.

Mejora bienestar psicológico

El personal de psicología considera que es importante lograr que cada adulto mayor tenga un plan de vida y la presencia de la mascota incentivaría positivamente a los adultos mayores porque traería recuerdos agradables del pasado y crearía nuevos recuerdos. Esta situación les daría bienestar psicológico en el corto plazo y reduciría su estrés.

El personal de enfermería afirma que si el estado de ánimo del adulto mayor mejorara también se haría más llevadera las enfermedades que presentan como la presión alta y la diabetes. Todos proponen la implementación de un servicio de terapia física que ayude al Envejecimiento Activo. También alertan sobre la necesidad de incrementar la actividad física para los adultos mayores y la importancia respecto a un servicio de actividad física con activaciones diarias.

Mejora bienestar en el uso del espacio físico

Tanto el personal estratégico como operativo desconocen las necesidades de adaptar el espacio físico con señales que guíen las rutas de los adultos mayores. Siendo los circuitos cortos no se percatan que los adultos mayores siguen al resto de sus compañeros cuando se dirigen a áreas comunes.

Mejora en calidad de vida

En el caso del personal directivo, todos consideran que la presencia de los canes contribuiría a darles calidad de vida a los adultos mayores albergados.

En el caso del personal operativo, todos consideran que interactuar con otras personas y sus mascotas ayudaría en el proceso de socialización y les daría alegría. Estarían dispuestos a involucrarse en un servicio con canes para los adultos mayores albergados.

4.1.2.2 Resultados respecto a la dimensión interés del prestador del servicio

El personal estratégico dispone de interés por mantener una mejora continua respecto al bienestar del adulto mayor creando nuevos servicios. Está dispuesto a participar en la implementación de un servicio con canes junto al personal operativo.

El personal operativo de psicología y enfermería coinciden en señalar que un servicio con canes brindaría bienestar al adulto mayor y mejoraría su calidad de vida.

4.2 Calidad de vida del adulto mayor

Se procede a detallar los hallazgos referentes a la variable dependiente calidad de vida del adulto mayor de acuerdo a las dimensiones y subdimensiones explicadas a continuación en la figura 8:

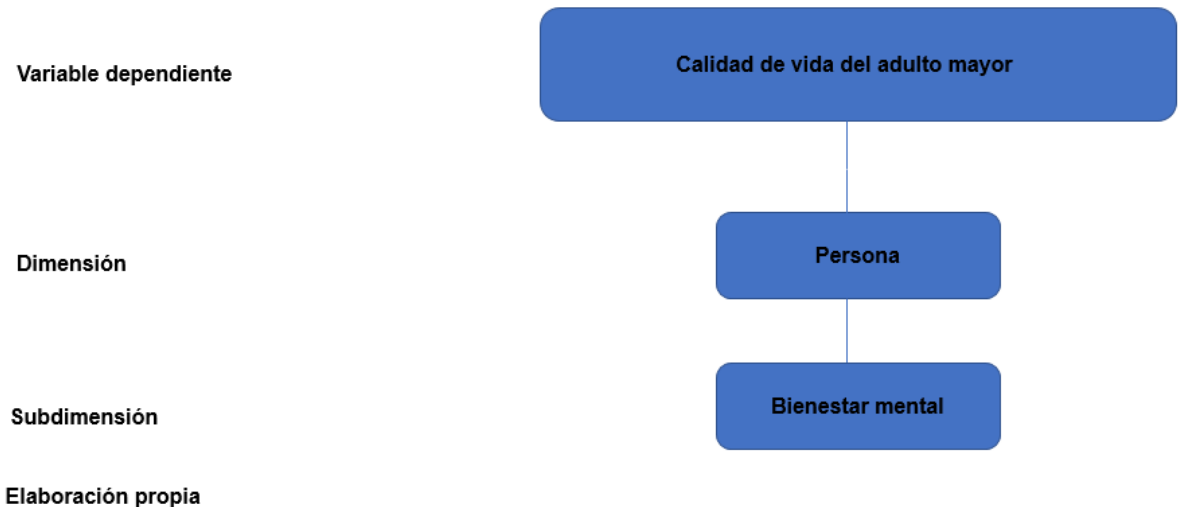


Figura 8. Variable dependiente. Calidad de vida del adulto mayor

4.2.1 Dimensión: Persona

Seguidamente, se presentan los resultados de la dimensión persona respecto a la sub-dimensión bienestar mental

4.2.1.1 Subdimensión: Bienestar mental

Para determinar la influencia del bienestar mental en la calidad de vida del adulto mayor se consideró analizar a la persona desde una perspectiva sociodemográfica (ficha sociodemográfica), desde una perspectiva subjetiva

(Escala de Depresión Geriátrica Yesavage) y desde su entorno (Índice de Calidad de Vida). A continuación, los resultados de la aplicación del instrumento ficha sociodemográfica, según los indicadores: edad, estado civil, salud, grado de instrucción, situación económica y visitas familiares.

Instrumento: Ficha sociodemográfica

Edad respecto al bienestar mental de la persona

El 39% (13) adultos mayores se ubican entre los 60 y 70 años; 39% (13) entre 71 y 80 años y 18% (6) entre 81 y 85 años. Del total de adultos mayores (33), son 26 adultos mayores quienes se ubican entre 60 y 80 años. El 18% que se ubica entre 81 y 85 años son 6 personas y el 3% que no recuerda su edad es 1 persona. En este caso es importante anotar que el no recordar su edad es un signo de deterioro cognitivo.

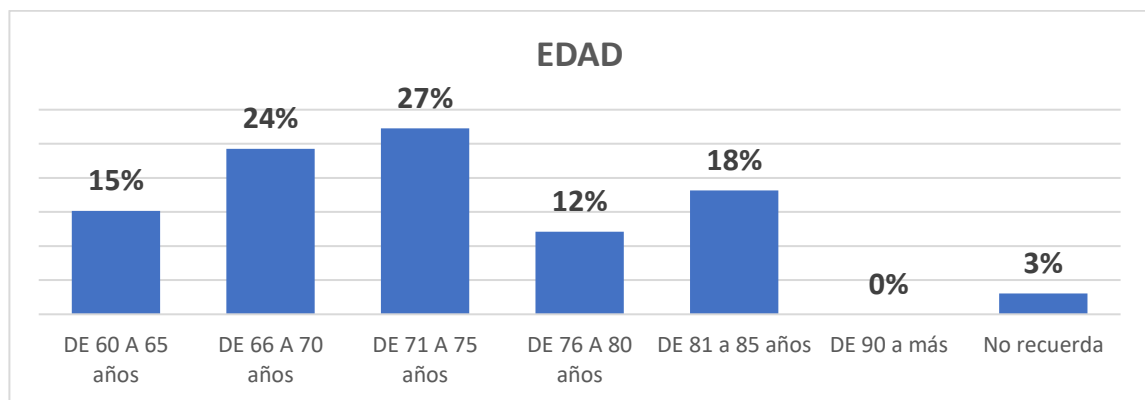


Figura 9. Edad respecto al bienestar mental de la persona

Estado civil respecto al bienestar mental

El 36% es decir 12 son personas solas que no se casaron y el 9% (3) son personas viudas. En ambos casos, son 15 adultos mayores sin redes familiares

que se hagan cargo. Es decir, existen adultos mayores que requieren un servicio de contención que compense la ausencia familiar.

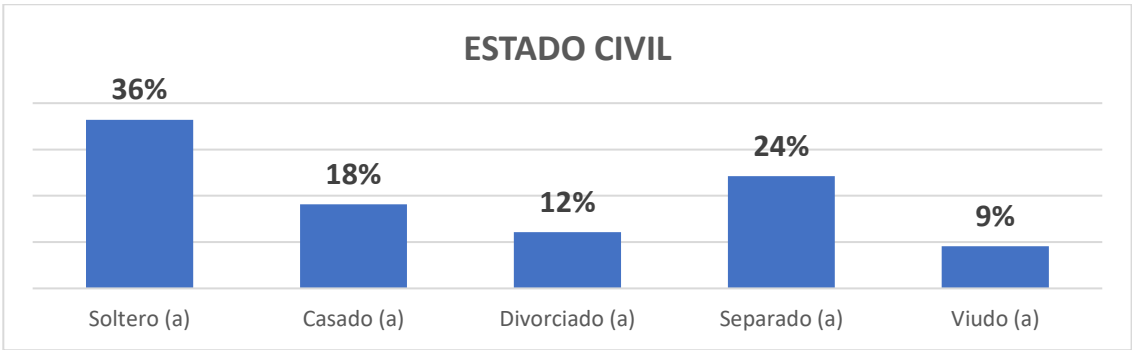


Figura 10. Estado civil respecto al bienestar mental

Salud respecto al bienestar mental

El 67% (22) sufren alguna enfermedad que requiere tratamiento médico permanente y sólo 33% (11) no requieren tratamientos permanentes. Es decir, su calidad de vida se ve afectada por una enfermedad que requiere medicación y observación constante para que no empeore; de suceder, se afectaría su bienestar psicológico.

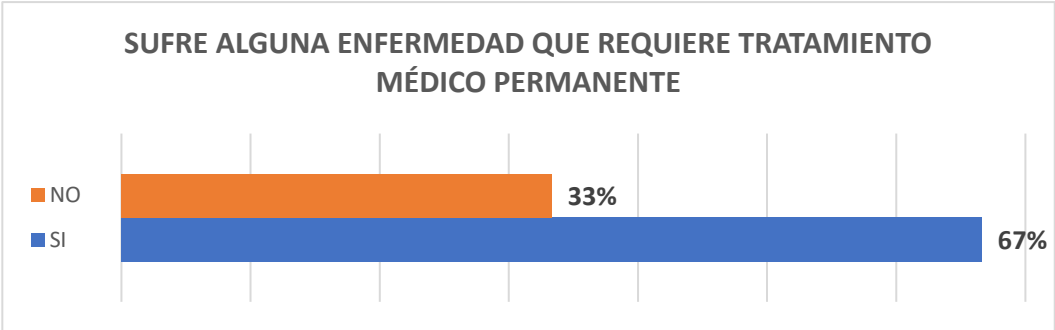


Figura 11. Salud respecto al bienestar mental

Grado de instrucción respecto al bienestar mental

El 54% (18) han concluido su educación básica regular y sólo el 24% (8) ingresaron a la universidad, de ellos solo el 6% (2) culminaron una maestría. Esto

implica que existe un desnivel académico que limita la comunicación entre ellos. El 15% (5) tienen un nivel técnico lo que podría sumar a buscar una sana colaboración entre todos los que lograron formación académica, siendo 15 adultos mayores con quienes se puede reforzar hábitos culturales y recreativos que congreguen al resto.

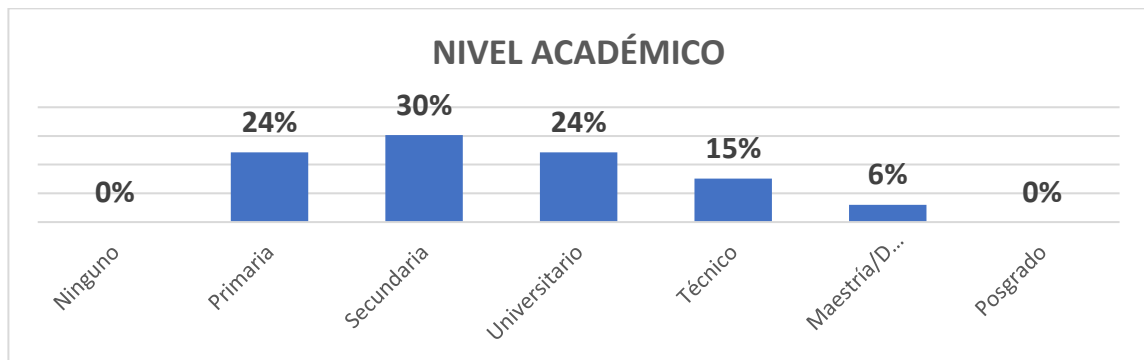


Figura 12. Grado de instrucción respecto al bienestar mental

Situación económica respecto al bienestar mental

El 70% (23) considera que su situación económica es muy mala y refieren que vivir en un albergue implica aceptar que no cuentan con capacidad para tener una vivienda y asumir los gastos personales. El 18% (6) que considera que su situación es regular junto al 9% (3) que la considera buena y al 3% (1) muy buena, se trata de adultos mayores que asumen su situación desde la responsabilidad del estado por velar y cuidar sus intereses. Son 10 adultos mayores que probablemente sólo visualizan su vida dentro del albergue lo que representa la oportunidad de elaborar un plan de vida individualizado que comprenda un Envejecimiento Saludable y que les otorgue oportunidades de desarrollo humano.

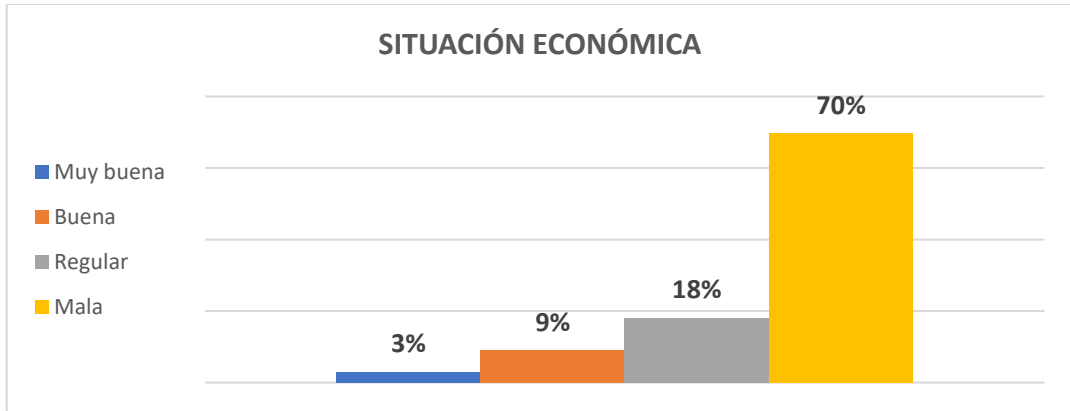


Figura 13. Situación económica respecto al bienestar mental

Visitas familiares respecto al bienestar mental

Para explicar la cercanía o lejanía de la familia incluimos dos preguntas: si había tenido hijos, sobrinos, nietos, otros familiares o si no había tenido familia; y la segunda pregunta fue respecto a la frecuencia de visitas familiares. El resultado es que tenemos el 9% (3) adultos mayores sin familia y los otros 30 si tienen hijos 76% (25), 45% (15) tuvo sobrinos, 30% (10) tuvo nietos. Los hijos, sobrinos y nietos de 30 adultos mayores resultan una red pendiente a contactar y/o sensibilizar para lograr que den el paso hacia la protección para los adultos mayores que son su familia.

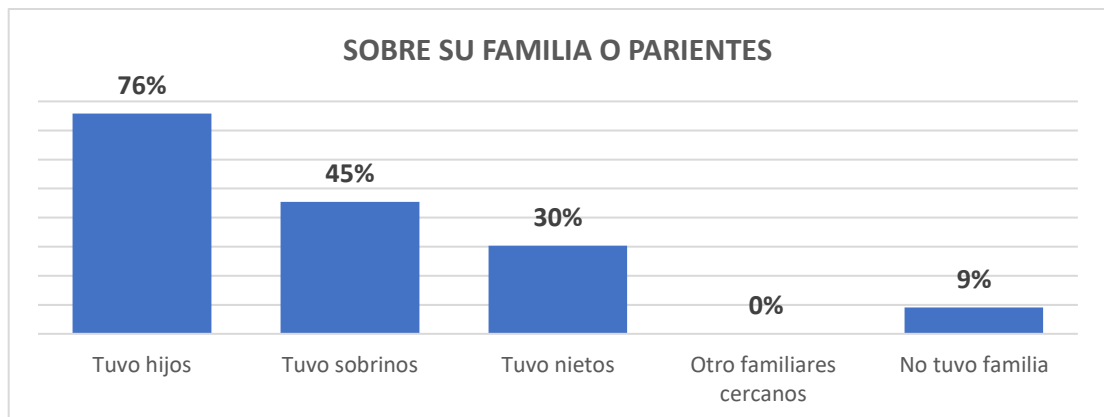


Figura 14. Visitas familiares respecto al bienestar mental

Frecuencia de visitas recibidas

El 36% (12) afirman haber recibido por lo menos una visita el último mes, situación que se confronta con el 30% (10) que afirman no haber recibido ninguna visita. El 6% (2) que se comunican usando el WhatsApp representan una oportunidad para compartir espacios de socialización con el adulto mayor a pesar que no hay presencia ni contacto físico con los amigos y familiares. Recordemos que el Reglamento de la Ley de la Persona Adulta Mayor indica en el art.7 que es un deber del familiar visitar periódicamente al adulto mayor que se encuentre en un centro de atención público o privado para brindarle el acompañamiento necesario durante su proceso de envejecimiento.

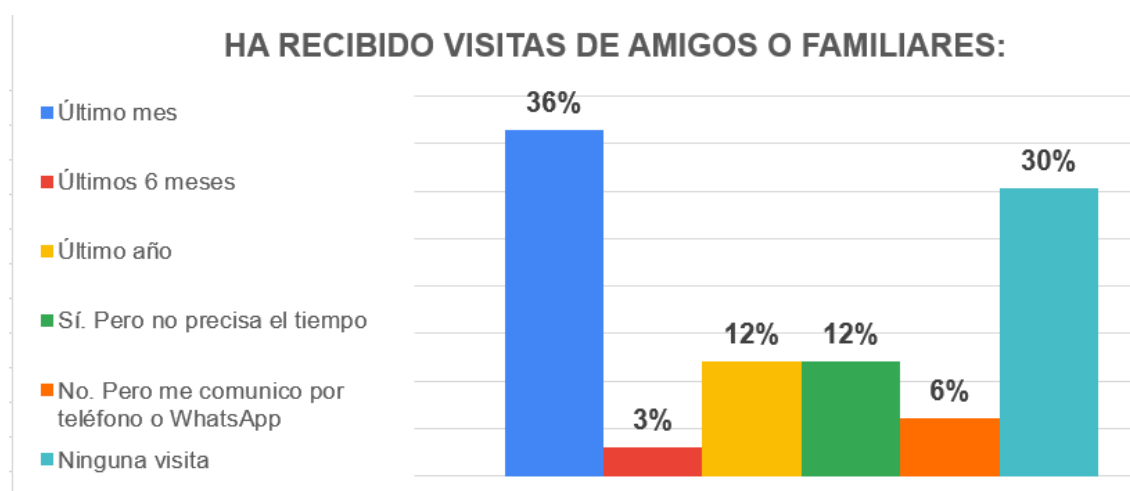


Figura 15. Frecuencia de visitas recibidas

Aceptación de visitas

Respecto a la pregunta efectuada sobre recibir visitas, el 88% (29) afirman estar de acuerdo y el 12% (4) indican no estarlo porque consideran que no habría razón para que otras personas que no los conocen quieran contactarlos, manifiestan

que no tienen nada que ofrecer o compartir. Esta respuesta marca una oportunidad para analizar cómo se afecta su autoestima cuando se limitan las relaciones sociales y la necesidad de recibir y dar cariño que tienen los adultos mayores albergados.

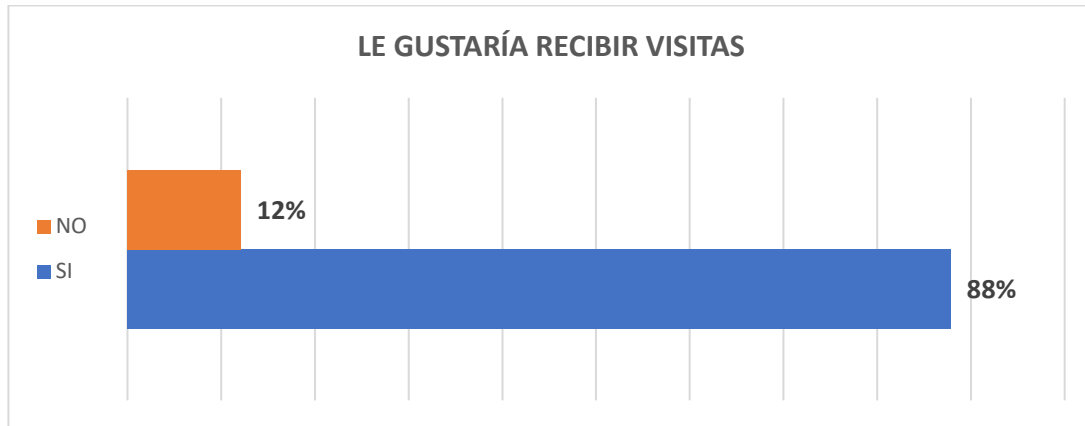


Figura 16. Aceptación de visitas

Aceptación de canes respecto al bienestar mental

El 91% (30) afirman que les agradan los canes y refieren experiencias pasadas sobre mascotas, recordándolas positivamente. Sólo el 9% (3) desestiman la idea. Esta situación es una oportunidad para generar nuevos recuerdos que sean agradables y compensen la ausencia familiar.

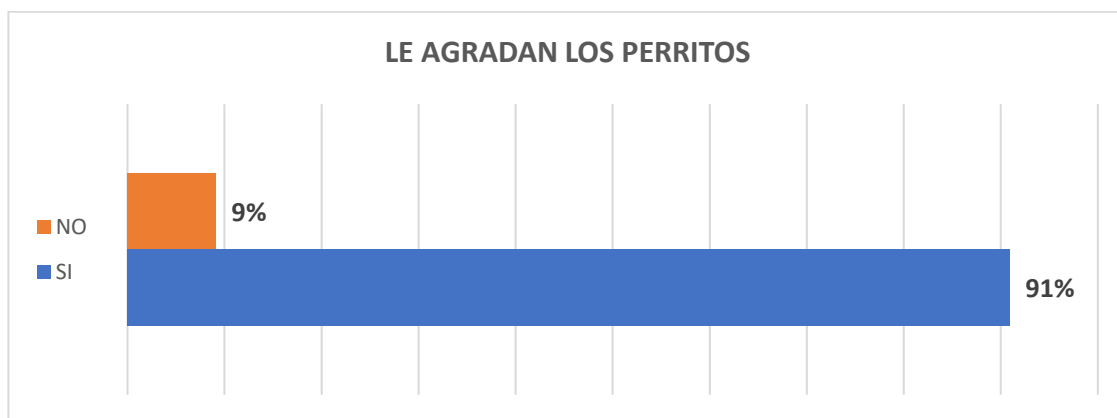


Figura 17. Aceptación de canes respecto al bienestar mental

Aceptación de voluntarios con sus canes respecto al bienestar mental

El 88% (29) está de acuerdo en recibir la visita de voluntarios con sus canes para compartir, conversar y jugar con la mascota. Sugieren que el horario no interrumpa el itinerario de sus alimentos y que las mascotas estén controladas por sus dueños con sus respectivas correas de seguridad.

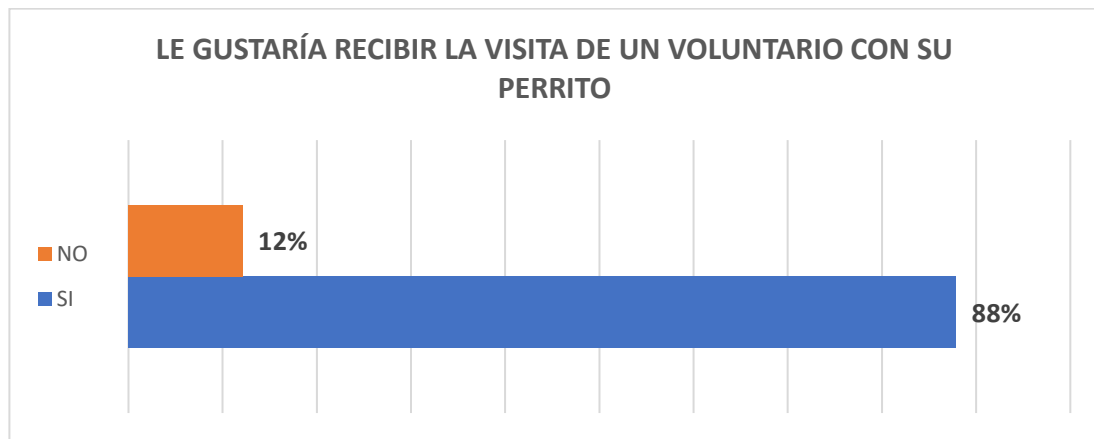


Figura 18. *Aceptación de voluntarios con sus canes respecto al bienestar mental*

Ubicación dentro del albergue respecto al bienestar mental

El 15% (5) adultos mayores afirman haberse sentido desubicados en algún momento dentro del albergue sin saber a dónde dirigirse. El 85% (28) expresan ubicarse correctamente.

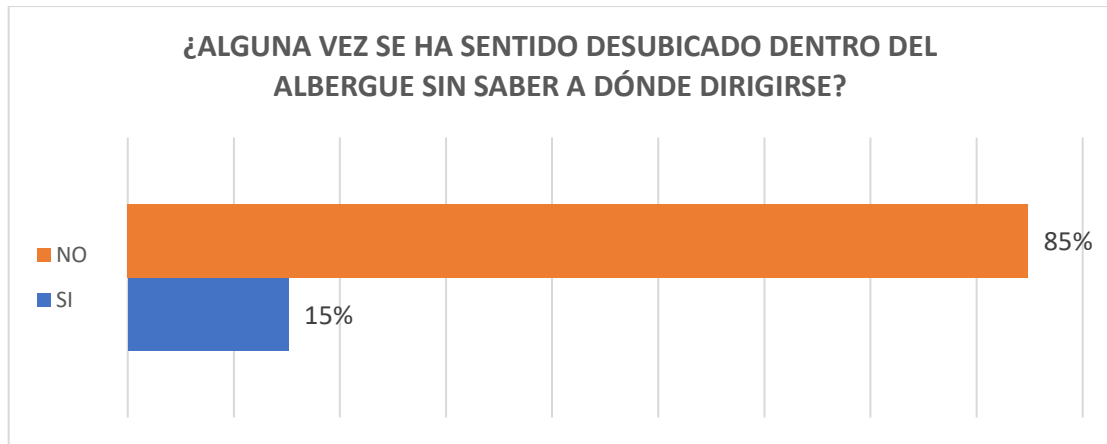


Figura 19. Ubicación dentro del albergue respecto al bienestar mental

Accesibilidad cognitiva y señales

No obstante, respecto a la pregunta vinculada a ubicar correctamente los pasillos y áreas comunes, el 58% (19) afirmó hacerlo sin dificultad frente al 42% (14) que manifestó tener problemas para hacerlo con naturalidad. La desubicación expresa que existiría un deterioro cognitivo que requiere el acondicionamiento del espacio físico con medidas de accesibilidad cognitiva a través de sistemas de apoyo y señales que les permitan guiarse en su recorrido.

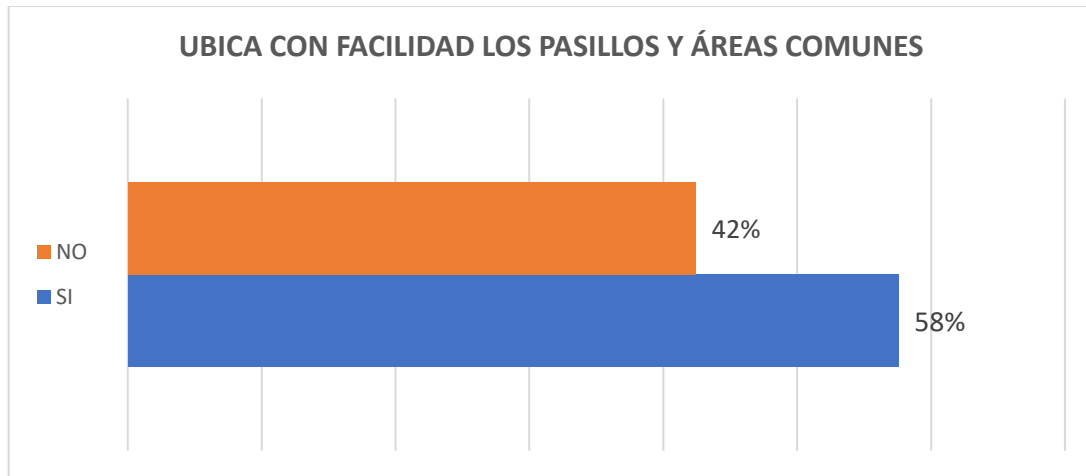


Figura 20. Acondicionamiento de accesibilidad cognitiva

Finalmente, respecto a la necesidad de requerir ayuda para llegar hacia sus habitaciones, el 82% (27) expresan que no la han requerido frente a un 18% (6) que refieren que si la han requerido. Es decir, existe la necesidad de incluir medidas de accesibilidad cognitiva que favorezcan los desplazamientos internos.

A continuación, los resultados de la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage.

Instrumento: Escala de Depresión Geriátrica Yesavage

La Escala de Depresión Geriátrica Yesavage, se expresa de acuerdo a la siguiente evaluación: Leve:1-10; Moderado:11-20 y Severo: 21-30. La escala comprende 30 preguntas para registrar las respuestas: Sí o No.

El resultado general es que el 63% (21) adultos mayores presentan depresión entre moderada y severa; de ellos el 45% (15) muestran depresión moderada y el 18% (6) la muestran severa. El 36% (12) la manifiesta leve.

PUNTUACIÓN - Escala de Depresión Geriátrica Yesavage

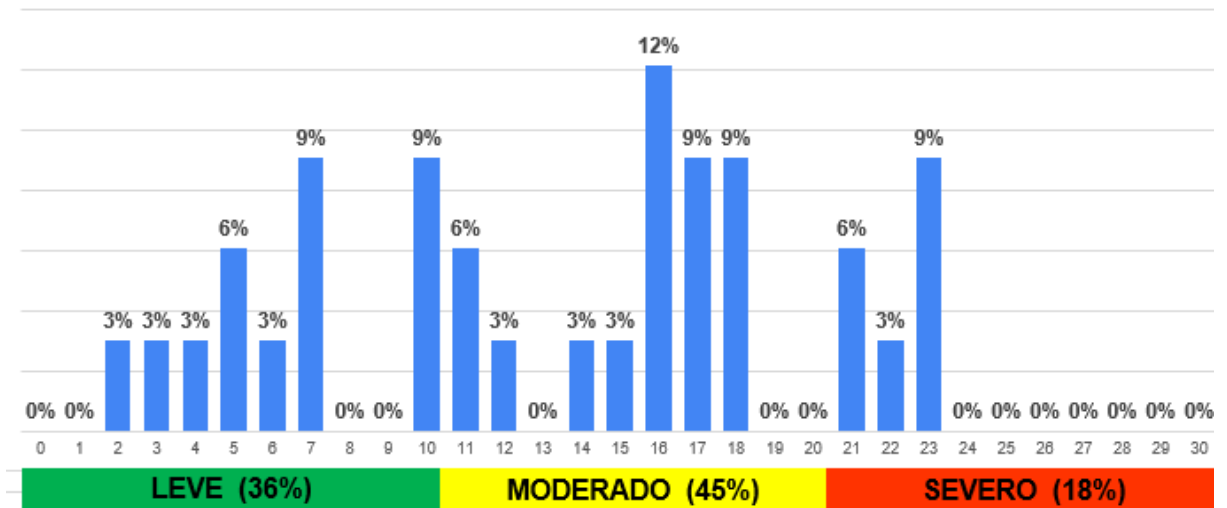


Figura 21. Puntuación-Escala de Depresión Geriátrica Yesavage

A continuación, los resultados de las preguntas:

1. ¿En el fondo está satisfecho con su vida?

El 61% (20) adultos mayores están satisfechos con su vida frente a un 39% (13) que no lo están.

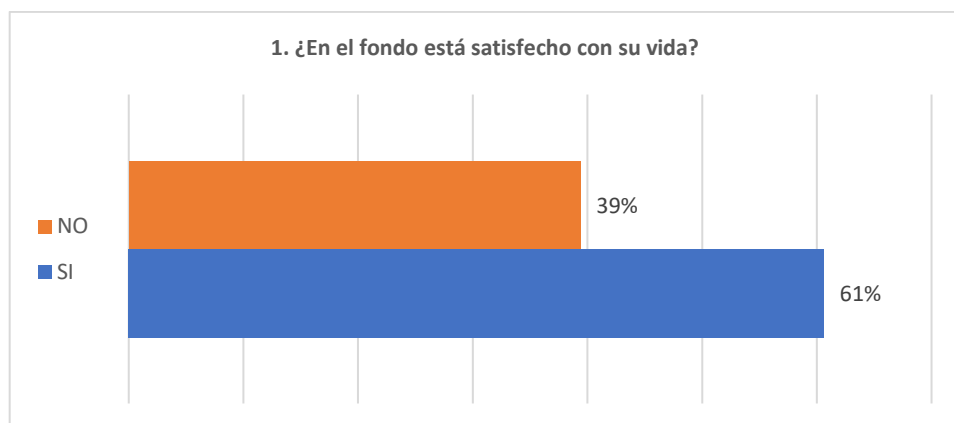


Figura 22. Satisfacción con la vida

2. ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?

El 82 % (27) abandonó alguna de sus actividades e intereses mientras que el 18% (13) mantiene alguna de sus actividades e intereses.

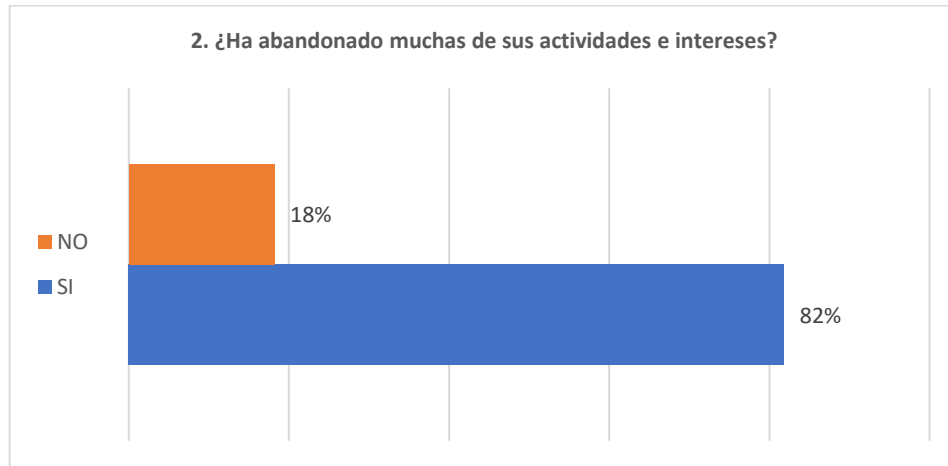


Figura 23. Abandono de actividades

3. ¿Siente que su vida está vacía?

El 52% (17) siente que su vida está vacía frente al 48% (16) que no lo percibe de esa forma. En este caso, el grupo que no percibe su vida vacía está casi equiparado con su el otro, lo que demuestra un equilibrio entre ambas posiciones.

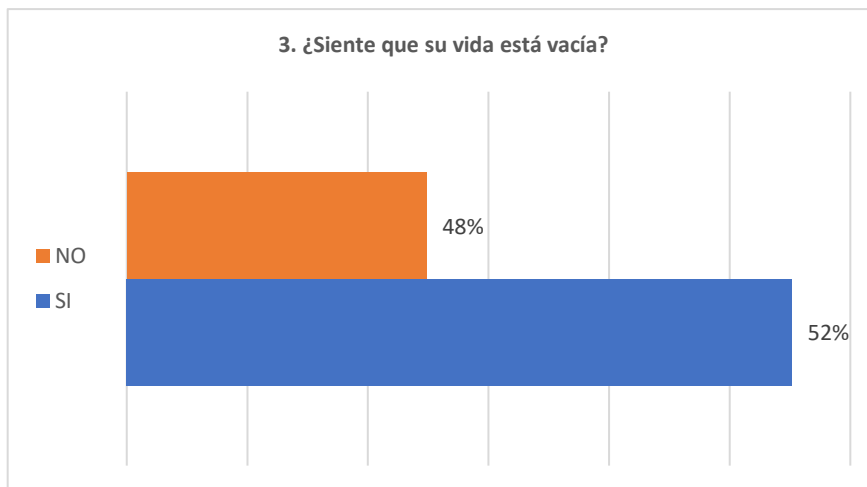


Figura 24. Percepción respecto a la vida

4 ¿Se aburre con frecuencia?

El 58% (19) afirman no aburrirse frente a un 42% (14) que opinan lo contrario. Este resultado da cuenta de un grupo de adultos mayores ávidos de seguir un nuevo rol de actividades diarias.

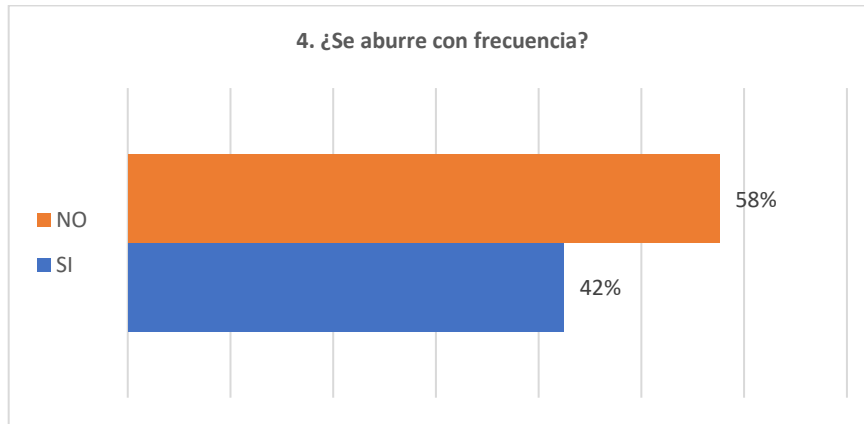


Figura 25. Frecuencia de tiempo respecto al aburrimiento

5. ¿Se siente esperanzado respecto al futuro?

El 61% (20) conserva esperanza en el futuro; entre ellos se encuentran los 10 adultos mayores que han sido seleccionados para la implementación de un piloto para el desarrollo de sus capacidades para el emprendimiento. El 39% (13) no conserva esperanza en el futuro. Este resultado muestra la urgencia en la elaboración de planes de vida individuales.

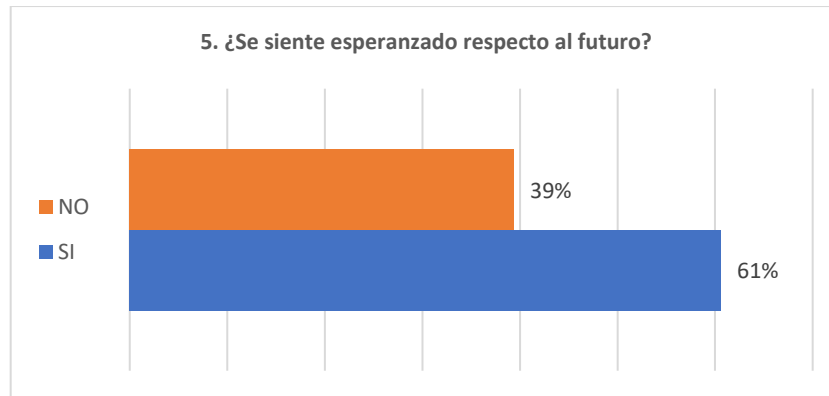


Figura 26. Percepción respecto al futuro

¿Le preocupan pensamientos que no puede quitarse de la cabeza?

El 55 % (18) manifiesta que tienen pensamientos permanentes que no logran retirar de su mente. El 45% (15) si logra retirar pensamientos que les causen preocupación lo que denota un adecuado autocontrol que les evitaría el estrés.

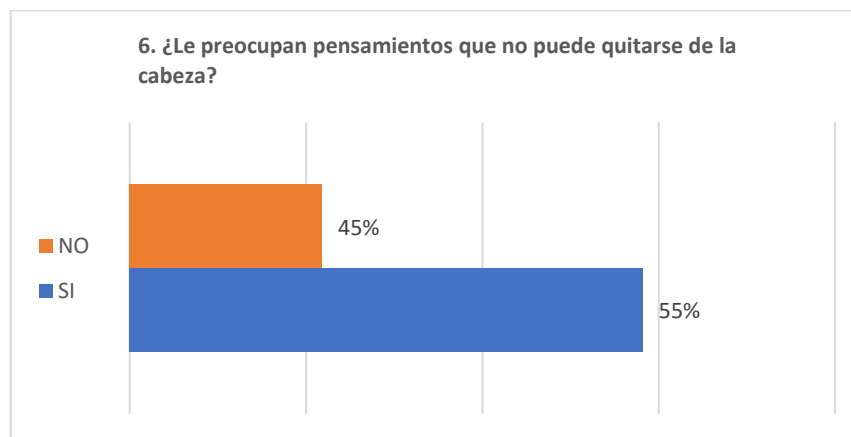


Figura 27. Respecto a pensamientos reiterativos

6. ¿Se encuentra animado la mayor parte del tiempo?

El 58% (19) afirman encontrarse animado en su día a día frente a un 42% (14) que opinan lo contrario.

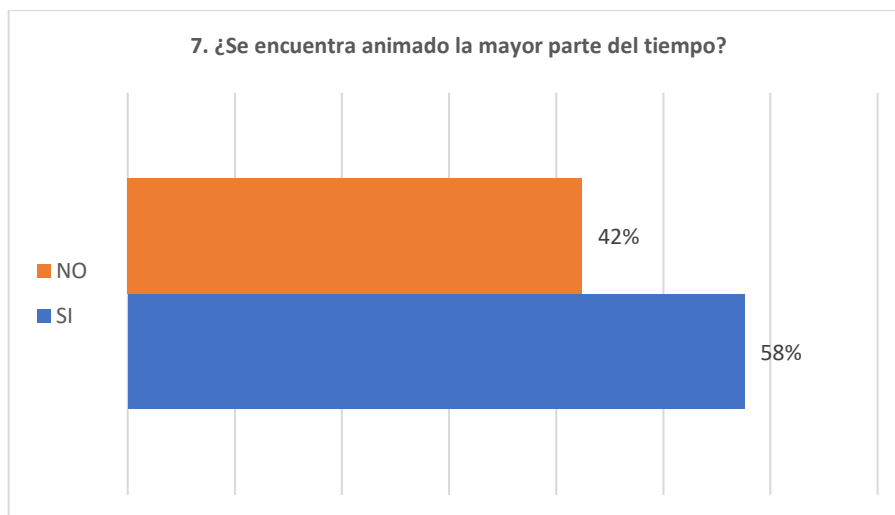


Figura 28. Respecto al estado de ánimo

8. ¿Teme Ud., que le vaya a pasar algo malo?

La respuesta a esta interrogante demuestra que los adultos mayores se perciben seguros dentro del hogar, dado que en la vía pública se encontraban expuestos a las inclemencias del clima y a situaciones que ponían en riesgo su vida como la delincuencia y la pandemia. Es el 73% (24) adultos mayores que sienten seguros frente al 27% (9) que no se perciben seguros.

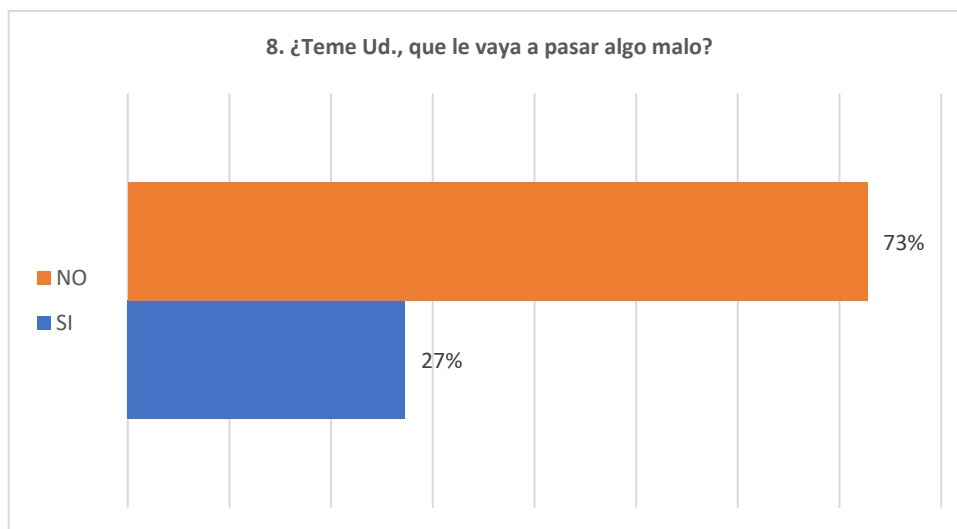


Figura 29. Respecto percepción de seguridad

9. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?

Es el 73% (24) adultos mayores se sienten felices la mayor parte del tiempo siendo que se alinea al resultado anterior de 24 adultos mayores que se perciben seguros. El 27% (9) no se sienten felices la mayor parte del tiempo.

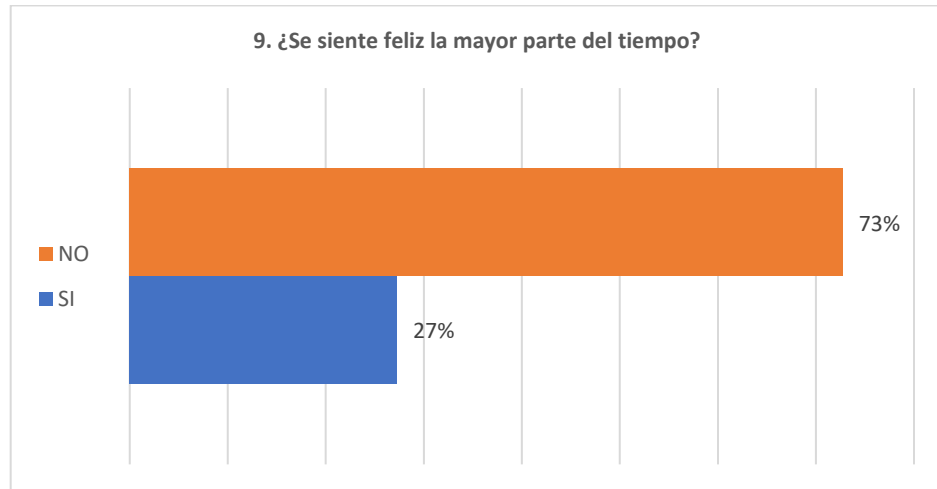


Figura 30. Percepción de felicidad

10. ¿Se siente desamparado con frecuencia?

El 58% (19) afirman sentirse desamparados con frecuencia frente al 42% (14) que opinan lo contrario.

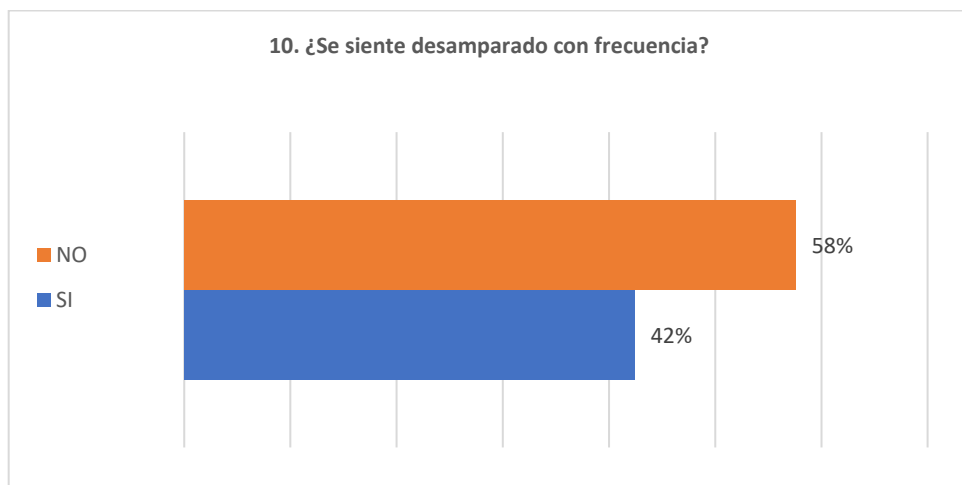


Figura 31. Percepción respecto al desamparo

11. ¿Se siente intranquilo y nervioso con frecuencia?

El 55% (18) manifiestan sentirse intranquilo frente al 45% (15) que opinan lo contrario.

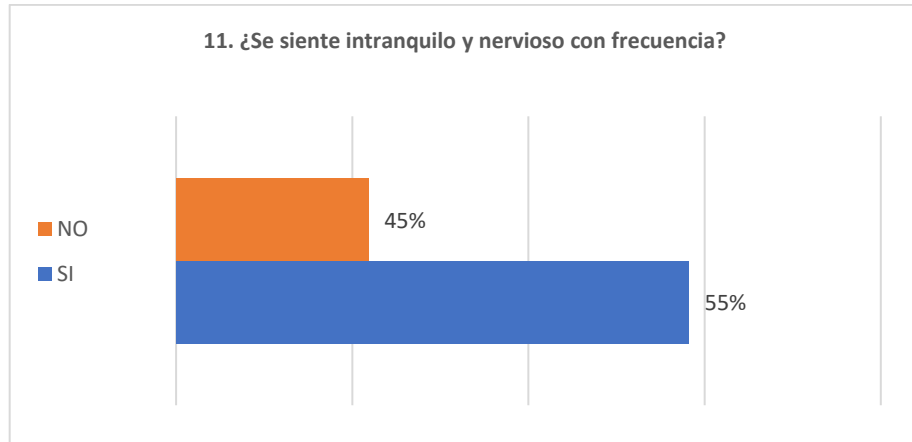


Figura 32. Respecto al estado de tranquilidad

12. ¿Prefiere no hacer cosas nuevas?

El 48% (16) prefiere no realizar cosas nuevas frente al 52% (17) que opta por incluir nuevas actividades; este resultado es una oportunidad para incorporar nuevas actividades y servicios.

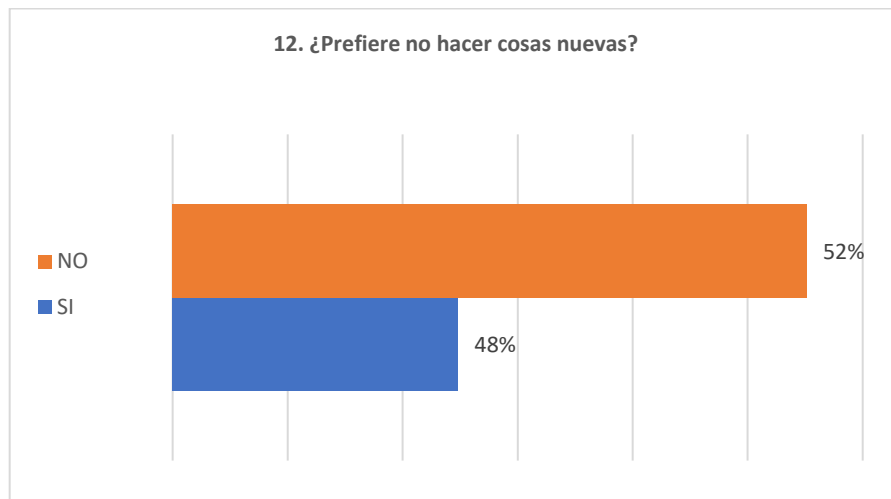


Figura 33. Respecto a realizar nuevas actividades

13. ¿Se preocupa con frecuencia por el futuro?

El 64% (21) expresan que se preocupan con frecuencia sobre su futuro frente al 36% (12) que opinan lo contrario.

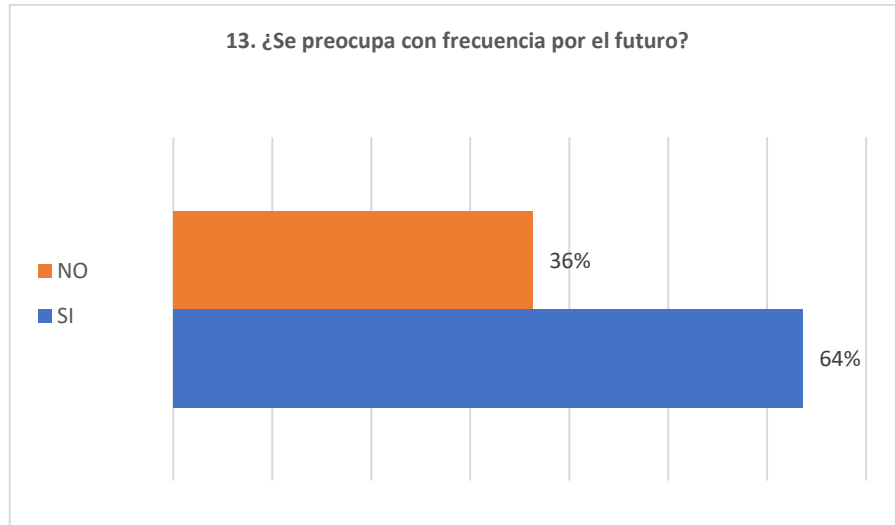


Figura 34. Percepción sobre el futuro

14. ¿Cree Ud., que tiene más problemas de memoria que las demás personas?

El 58% (19) afirman que sus problemas de memoria son equiparables a la condición de otras personas frente al 42% (14) que opinan lo contrario. Es decir, para 19 adultos mayores su condición tendría un deterioro natural; no sobredimensionarían su estado actual, sino que lo asumen con naturalidad. Este análisis de su realidad favorece el proceso de envejecimiento saludable.

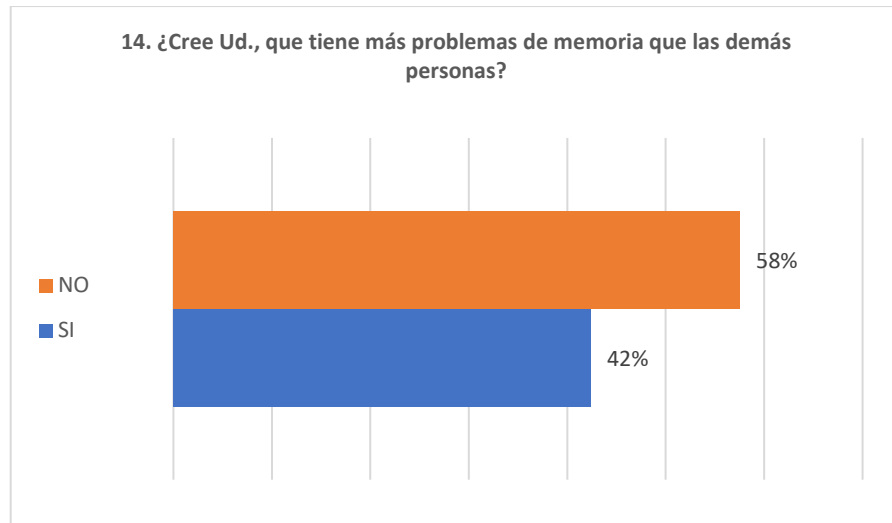


Figura 35. Percepción respecto a problemas de memoria

15. ¿Cree que es maravilloso estar vivo hoy?

El 79% (26) considera que no es maravilloso estar vivo hoy frente al 21% (7) que opinan lo contrario.



Figura 36. Percepción sobre la vida

16. ¿Se siente con frecuencia triste y deprimido?

El 82% (27) se sienten con frecuencia tristes y deprimidos frente al 18% (6) que expresan lo contrario.

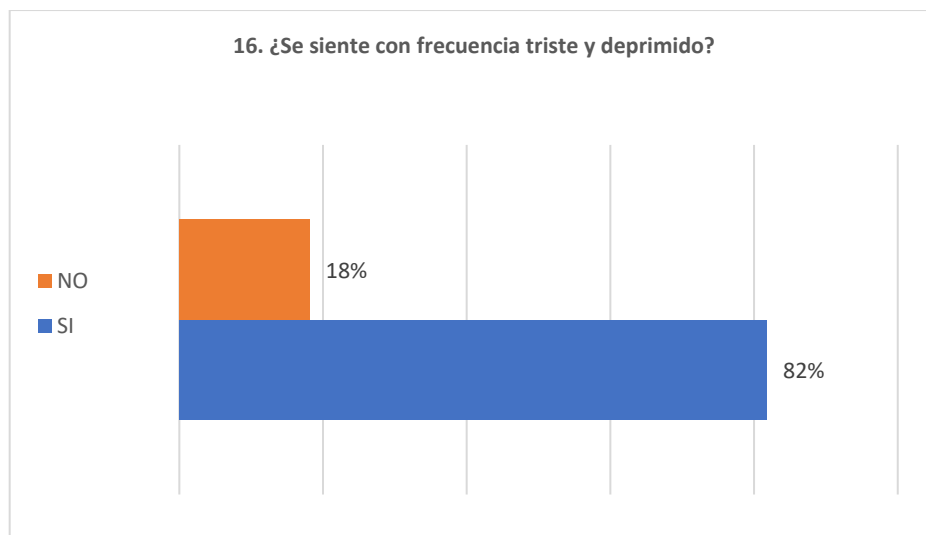


Figura 37. Percepción sobre la tristeza y depresión

17. ¿Piensa con frecuencia que su vida no tiene sentido?

El 52% (17) piensa que su vida no tiene sentido frente a un 48% (16) que opina lo contrario. Este resultado denota que para ingresar en el mundo interior de los adultos mayores es necesario una estrategia de acompañamiento constante que genere lazos de confianza y que se sume a la creación de planes de vida individuales.

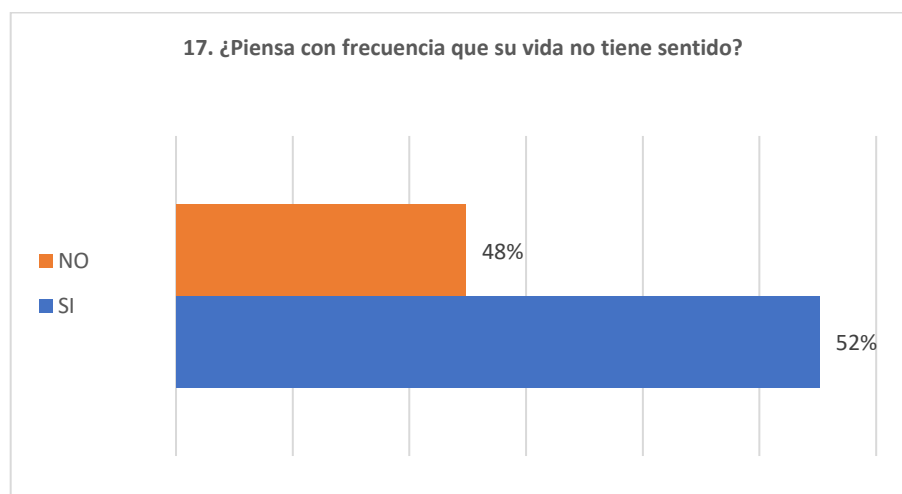


Figura 38. Percepción sobre el sentido de la vida

18. ¿Se preocupa mucho por el pasado?

El 58% (19) afirman que se preocupan por el pasado frente al 42% (14) que opina lo contrario.

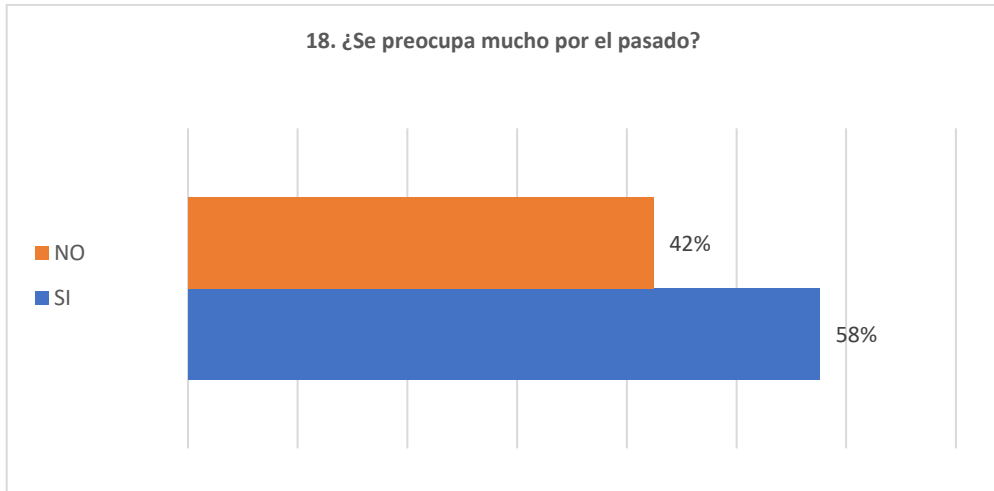


Figura 39. Percepción sobre el tiempo pasado

19. ¿Encuentra que la vida es muy interesante?

El 67% (22) considera que la vida no es interesante frente al 33% (11) que opina lo contrario.

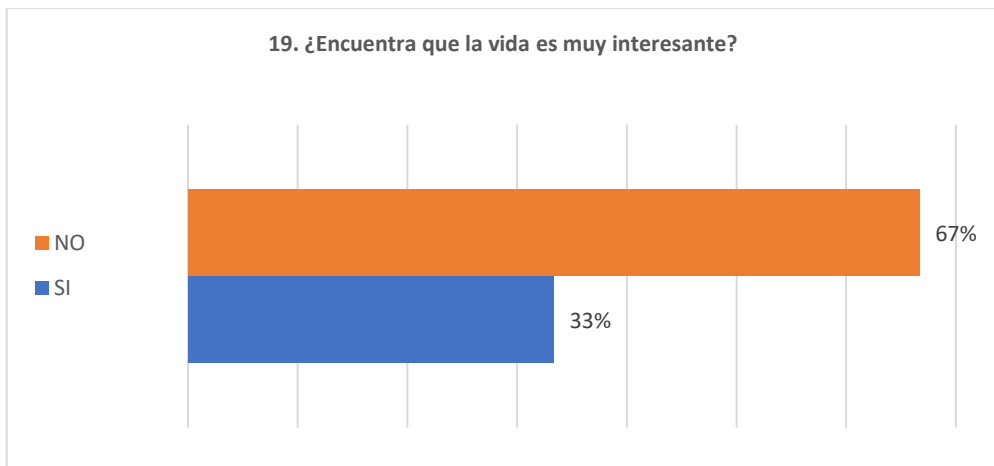


Figura 40. Percepción sobre la vida

20. ¿Le resulta difícil poner en marcha nuevos proyectos?

El 79% (26) considera que le resulta difícil poner en marcha nuevos proyectos frente al 21% (7) que opina lo contrario.

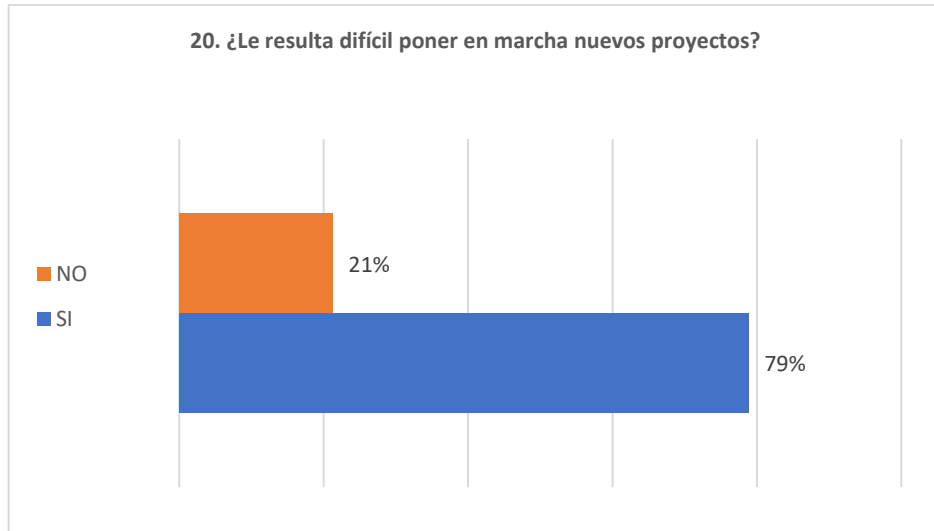


Figura 41. Percepción sobre iniciar nuevos proyectos

21. ¿Se siente lleno de energía?

El 58% (19) se siente lleno de energía mientras que el 42% (14) opina lo contrario.

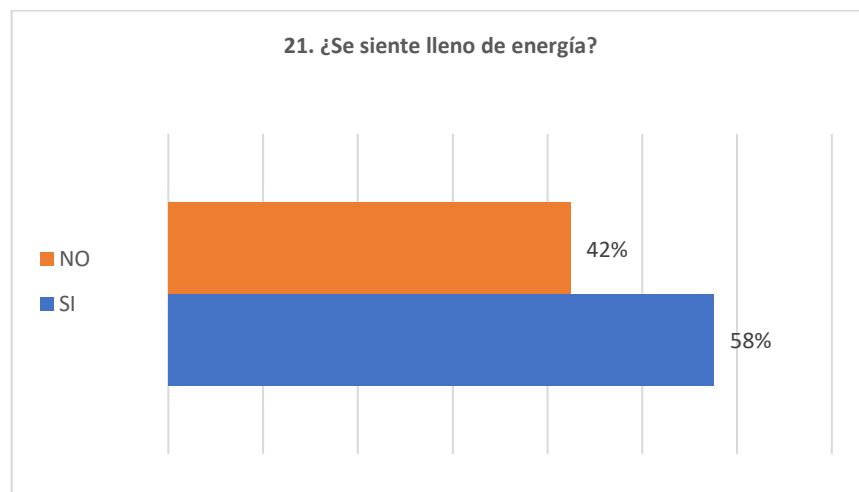


Figura 42. Percepción sobre su estado de ánimo

22. ¿Piensa que su situación es desesperada, no tiene arreglo?

El 58% (19) considera que su situación es desesperada mientras que el 42% (14) opina lo contrario.

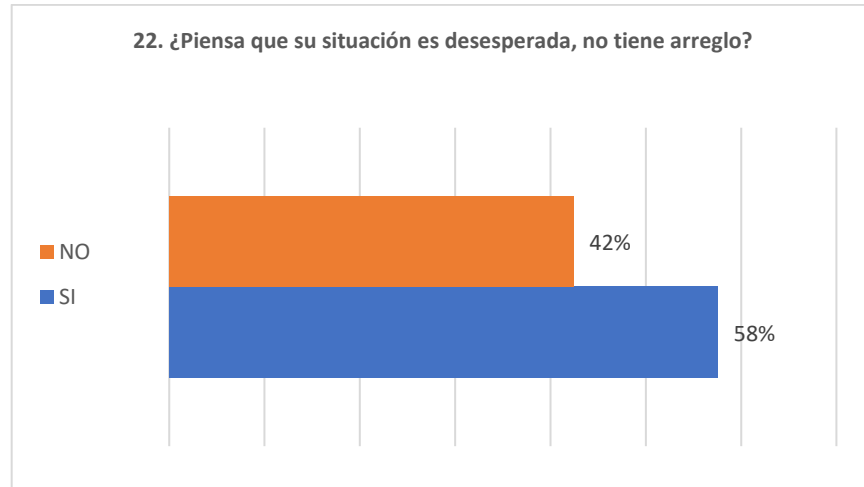


Figura 43. Percepción sobre su situación

23. ¿Piensa que la mayoría de las personas están mejor que Ud.?

El 61% (20) considera que el resto de personas que viven en el albergue se encuentran mejor mientras que el 39% (13) opina lo contrario.

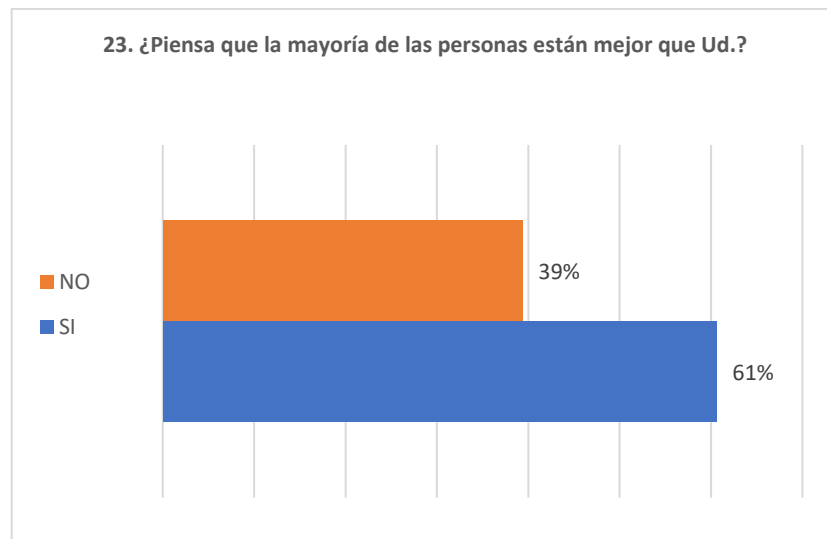


Figura 44. Percepción sobre su situación respecto a los demás

24.- ¿Se enfada con frecuencia por cosas pequeñas, sin importancia?

El 67% (22) considera que se enfada con frecuencia por cosas pequeñas frente al 33% (11) que opina lo contrario.

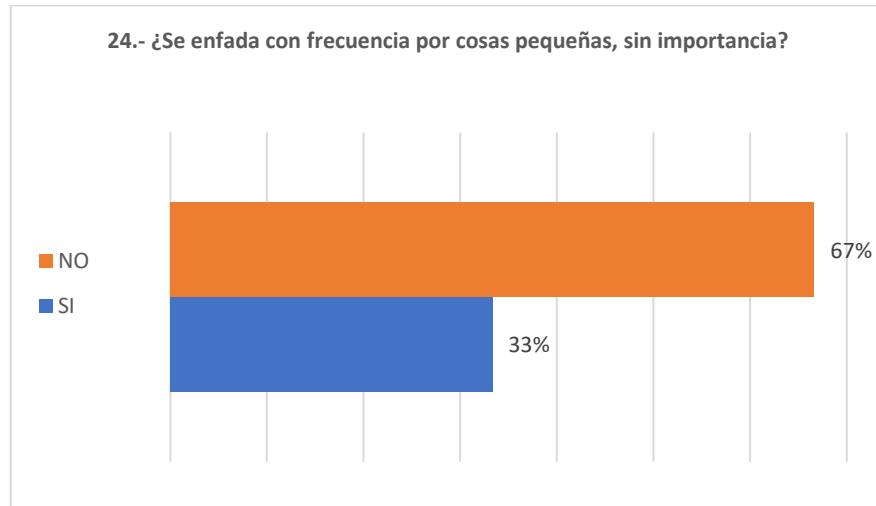


Figura 45. Percepción sobre su estado de ánimo

25. ¿Siente con frecuencia ganas de llorar?

El 79% (26) no siente con frecuencia ganas de llorar frente al 21% (7) que opina lo contrario.

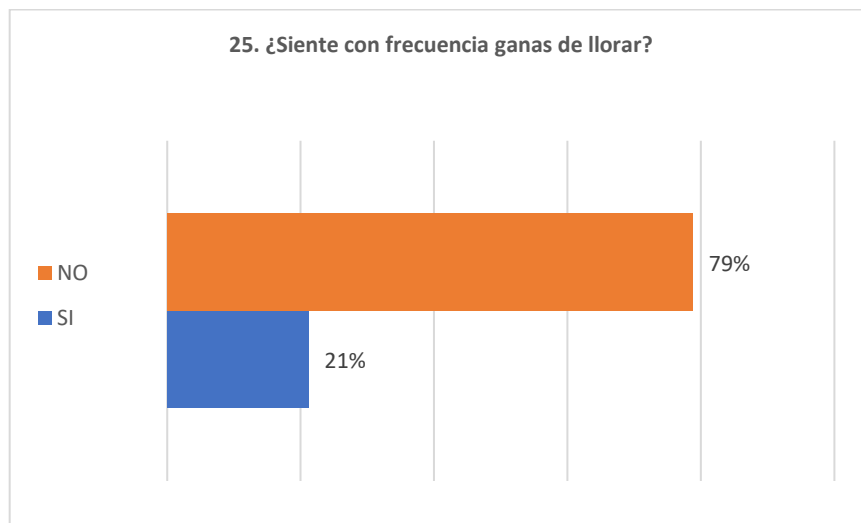


Figura 46. Percepción sobre su estado de tristeza

26. ¿Le resulta difícil concentrarse?

El 52% (17) afirma que no le resulta difícil concentrarse frente al 48% (16) que opina lo contrario.

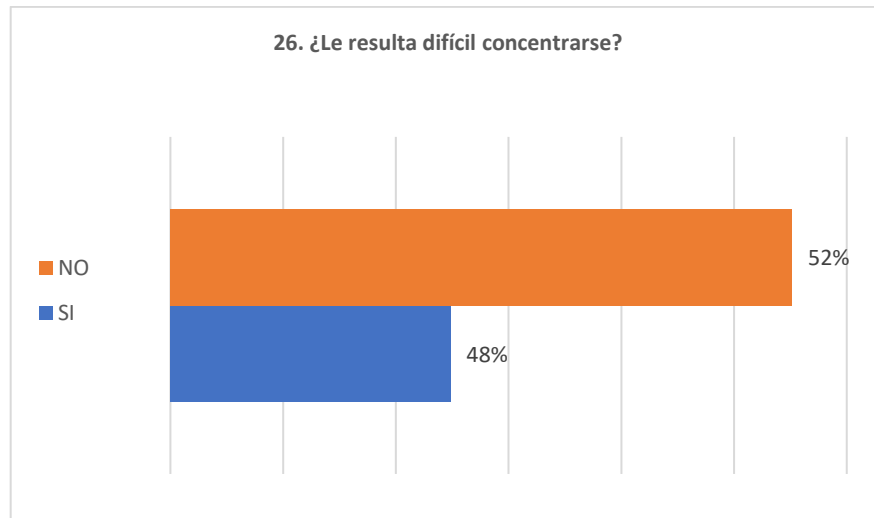


Figura 47. Percepción sobre capacidad de concentración

27. ¿Se siente feliz al levantarse por la mañana? Disfruta al levantarse por la mañana

El 52% (17) afirma que no se siente feliz al levantarse por la mañana, que no disfruta al levantarse frente al 48% (16) que opina lo contrario. Los adultos mayores asocian también el levantarse con los malestares que padecen al despertar (dolor de músculos, huesos, otros) propios de su proceso de envejecimiento.

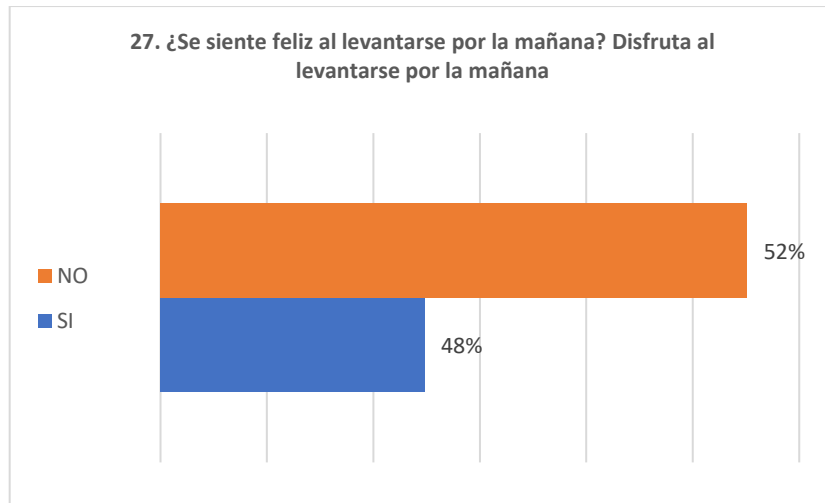


Figura 48. Percepción sobre su estado de ánimo

28. ¿Prefiere evitar los contactos sociales?

El 70% (23) prefiere evitar contactos sociales frente al 30% (10) que opina lo contrario.

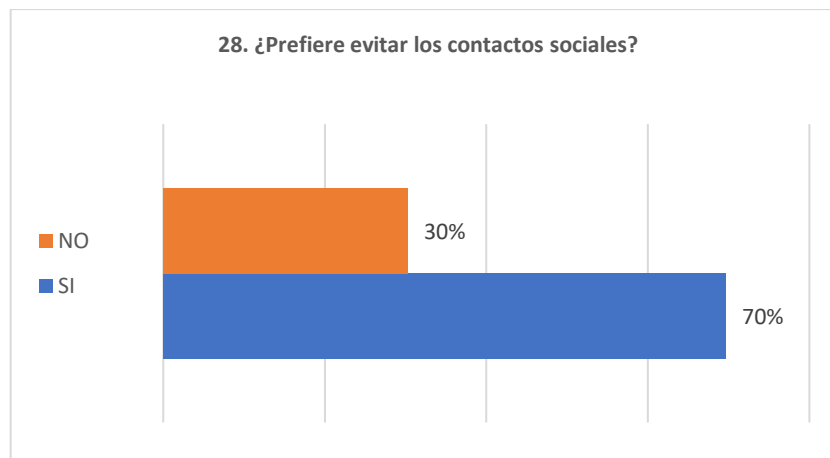


Figura 49. Respecto a mantener contactos sociales

29. ¿Le resulta fácil tomar decisiones?

Al 70% (23) le resulta difícil tomar decisiones frente al 30% (10) que opina lo contrario.

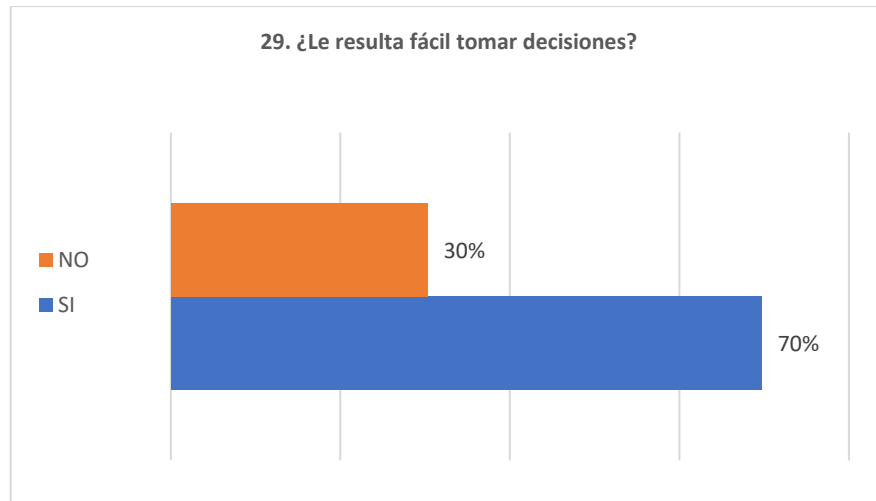


Figura 50. Respecto a adoptar decisiones

30. ¿Conserva una mente tan clara como antes? ¿Siente su mente tan despejada como antes?

El 55% (18) considera que su mente está tan clara como antes mientras que el 45% (15) opina lo contrario.

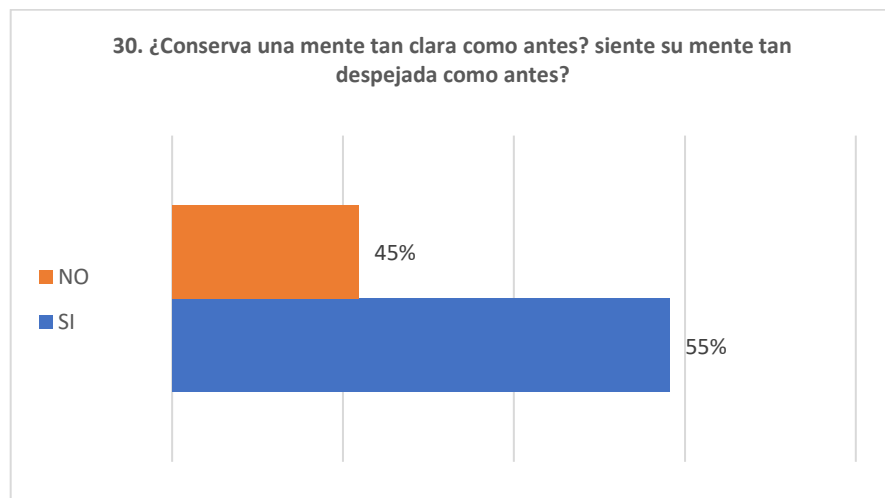


Figura 51. Percepción respecto al estado mental

A continuación, los resultados del instrumento Índice de Calidad de Vida (ICV).

Instrumento: Índice de Calidad de Vida (ICV)

La muestra comprendía a 33 adultos mayores, pero uno de ellos solicitó no continuar con esta última aplicación porque se sentía cansado. En tal razón, se aplicó este último instrumento a 32 adultos mayores. El rango de calificación es del 1 al 10, siendo 1 el menor puntaje y 10 el mayor.

1. Calidad de vida en relación al bienestar psicológico

Bienestar físico

Respecto a su bienestar físico, se ha sentido sin dolores, ni problemas físicos.

El 29% (9) adultos mayores expresan encontrarse en el rango del 8 al 10, en el cual no padecen o son muy pequeños los dolores físicos y en contraposición son 16 personas las que se ubican en el rango del 1 al 5, siendo un total del 50% (16) adultos mayores que expresan sentir dolores y problemas físicos.

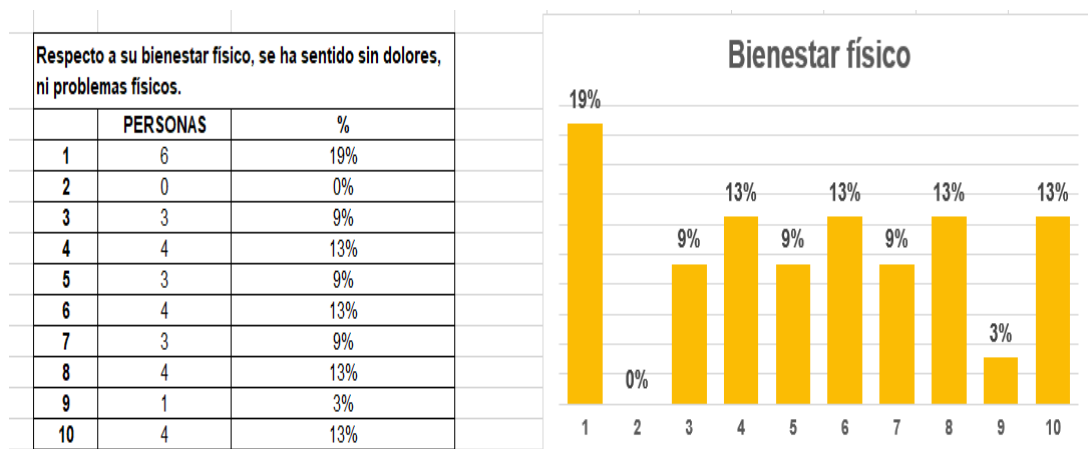


Figura 52.: Bienestar físico

Bienestar psicológico

Respecto a su bienestar psicológico o emocional; se siente bien y satisfecho consigo mismo.

El 50% (16) adultos mayores se ubican en el rango del 8 al 10, expresando que se sienten bien y satisfechos consigo mismo y en contraposición es el 34% (11) adultos mayores que opinan lo contrario ubicándose en el rango del 1 al 5.

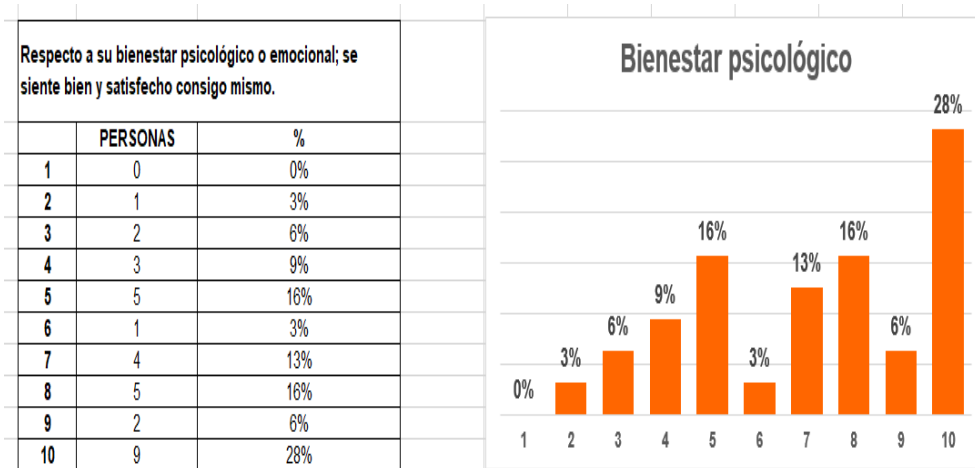


Figura 53. Bienestar psicológico

Autocuidado y funcionamiento independiente

Respecto a su autocuidado y funcionamiento independiente; cuida bien de su persona y toma sus propias decisiones para cuidarse

El 78% (25) adultos mayores se ubican en el rango del 8 al 10, siendo 10 adultos mayores quienes valoran con el mayor puntaje su autocuidado y funcionamiento independiente; en contraposición sólo el 6% (2) adultos mayores se ubican en el rango 4 y 5.

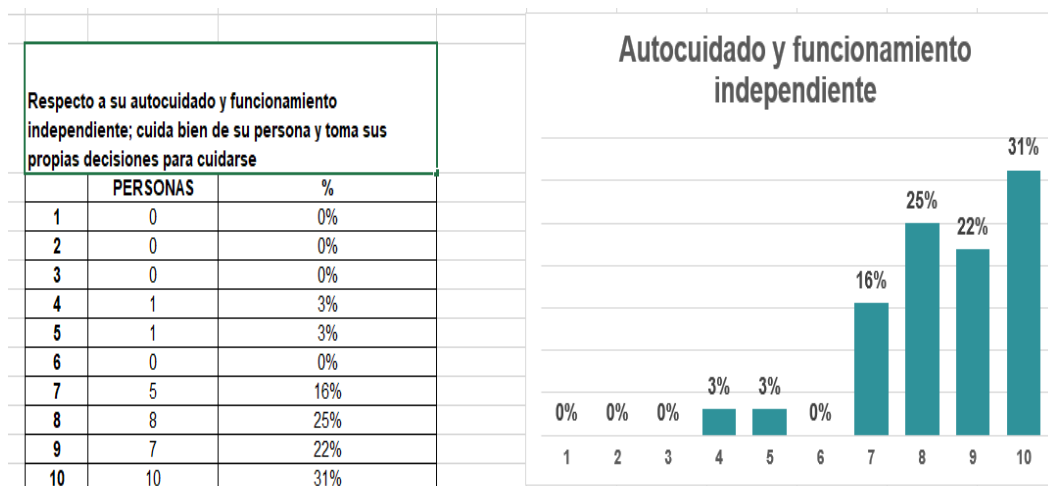


Figura 54. Autocuidado y funcionamiento independiente

Funcionamiento ocupacional

Respecto a su funcionamiento ocupacional; es capaz de realizar tareas domésticas y cotidianas dentro del albergue.

El 47% (15) adultos mayores expresan que son capaces de realizar tareas domésticas y cotidianas dentro del albergue ubicándose en el rango del 8 al 10 en contraposición con el 47% (15) que se ubican en el rango del 1 al 5, quienes no se sienten tan capaces de realizarlas. El 6% (2) adultos mayores se ubican en el rango intermedio.

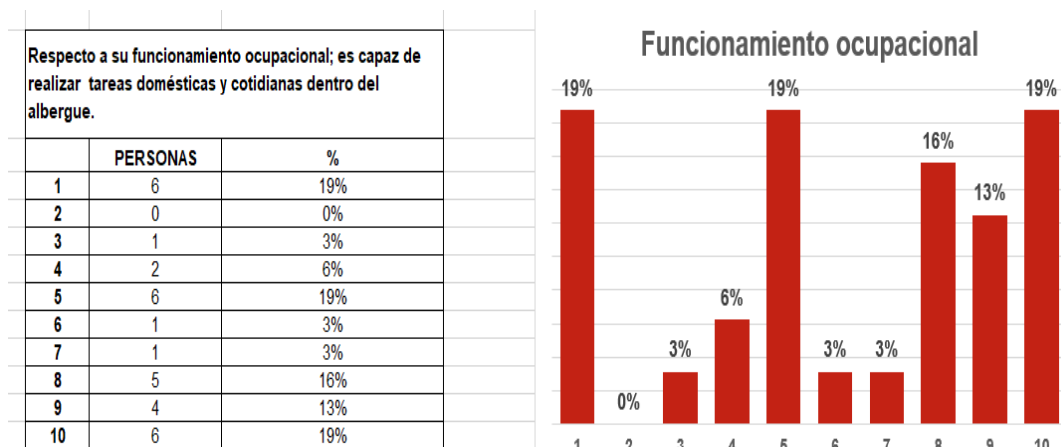


Figura 55. Funcionamiento ocupacional

Funcionamiento interpersonal

Respecto a su funcionamiento interpersonal; es capaz de relacionarse cordialmente con personas y grupos.

El 47% (15) adultos mayores expresan que son capaces de relacionarse cordialmente con las personas y se ubican en el rango del 8 al 10 mientras que en contraposición el 31% (10) se ubican en rango del 1 al 5, expresando su debilidad respecto a su funcionamiento interpersonal.

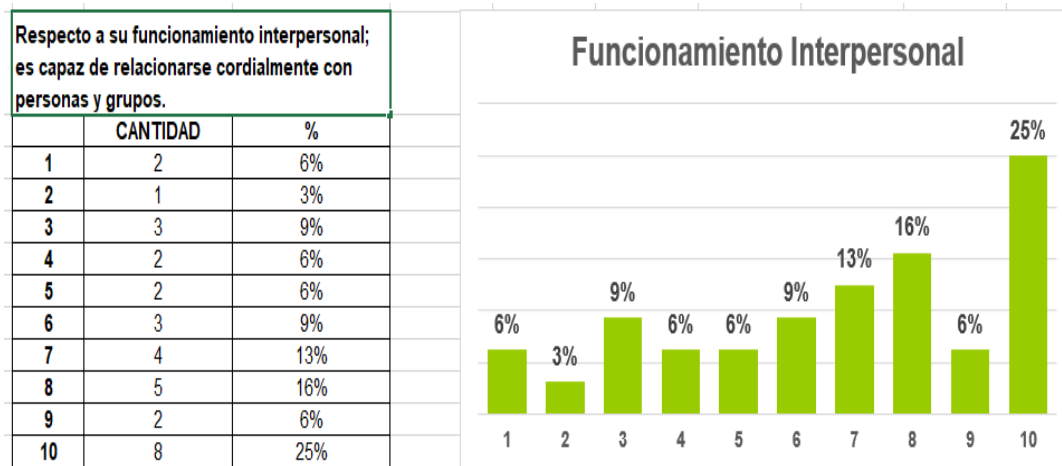


Figura 56. Funcionamiento interpersonal

Apoyo-socioemocional

Respecto a su apoyo socio-emocional; posee disponibilidad de personas en quien confiar y de personas que le proporcionen ayuda y apoyo emocional.

El 25% (8) se ubican en el rango del 8 al 10 reconociendo que poseen disponibilidad de personas en quien confiar y de personas que le proporcionen ayuda y apoyo emocional y en contraposición el 53% (17) se ubican en el rango del 1 al 5 quedando en el nivel intermedio el 22% (7) adultos mayores.

Respecto a su apoyo socio-emocional; posee disponibilidad de personas en quien confiar y de personas que le proporcionen ayuda y apoyo emocional.		
	CANTIDAD	%
1	3	9%
2	7	22%
3	3	9%
4	1	3%
5	3	9%
6	2	6%
7	5	16%
8	6	19%
9	1	3%
10	1	3%

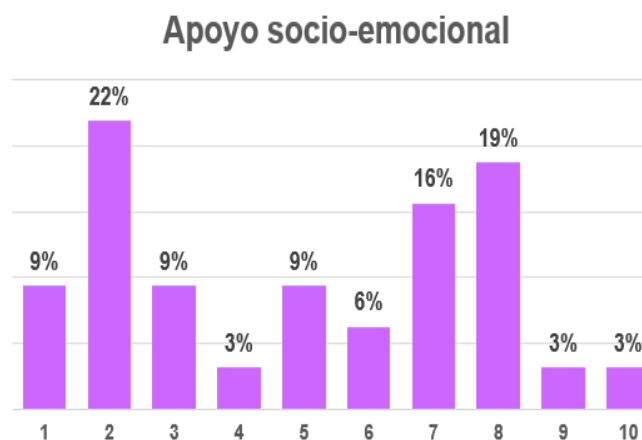


Figura 57. Apoyo-socioemocional

Apoyo comunitario

Respecto a su apoyo comunitario; dispone de servicios y actividades compartidas con compañer@s.

El 34% (11) adultos mayores se ubican en el rango del 8 al 10 expresando que dispone de servicios y actividades compartidas con compañer@s mientras que en contraposición el 56% (18) se ubican en el rango del 1 al 5, expresando que el apoyo comunitario es menor, solo el 9% (3) se ubican en el nivel intermedio.

Respecto a su apoyo comunitario; dispone de servicios y actividades compartidas con compañer@s.		
	CANTIDAD	%
1	7	22%
2	3	9%
3	0	0%
4	3	9%
5	5	16%
6	1	3%
7	2	6%
8	5	16%
9	2	6%
10	4	13%

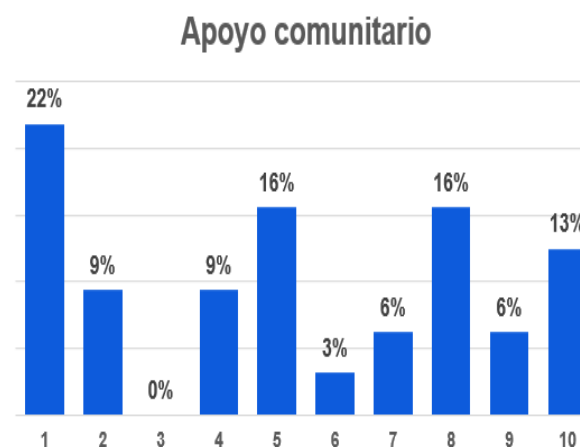


Figura 58. Apoyo comunitario

Plenitud personal

Respecto a su plenitud personal; se siente realizado como persona y cree estar cumpliendo con sus metas más importantes.

El 34% (11) adultos mayores se ubican en el rango 8 al 10 y expresan sentirse realizados como persona y creen estar cumpliendo con sus metas más importantes, en contraposición el 34% (11) se ubican en el rango del 1 al 5 y en el nivel intermedio se ubican 31% (10).

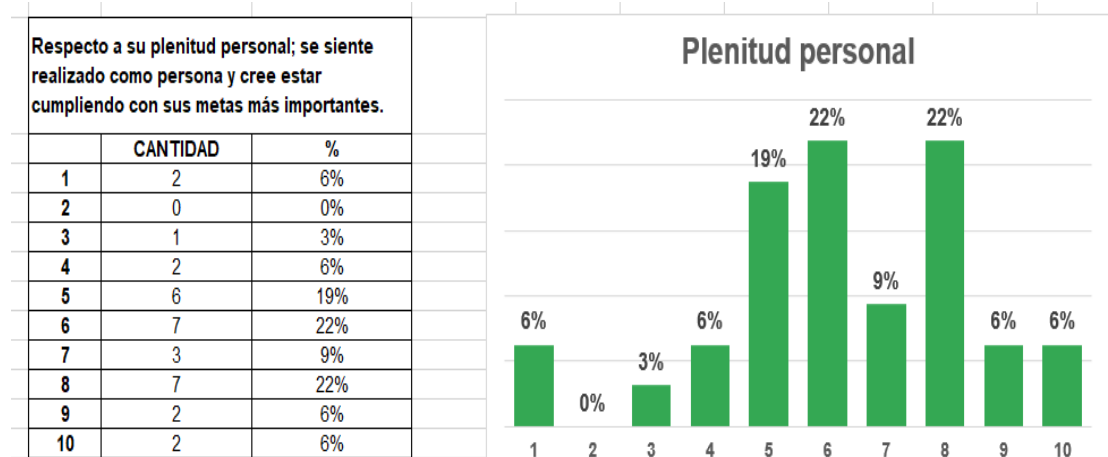


Figura 59. Plenitud personal

Satisfacción espiritual

Respecto a su satisfacción espiritual; siente que la vida va más allá de lo material, se siente en paz consigo mismo y con los demás.

El 63% (20) se ubican en el rango del 8 al 10 y expresan que la vida va más allá de lo material, se sienten en paz consigo mismo y con los demás y en contraposición el 16% (5) opinan lo contrario.

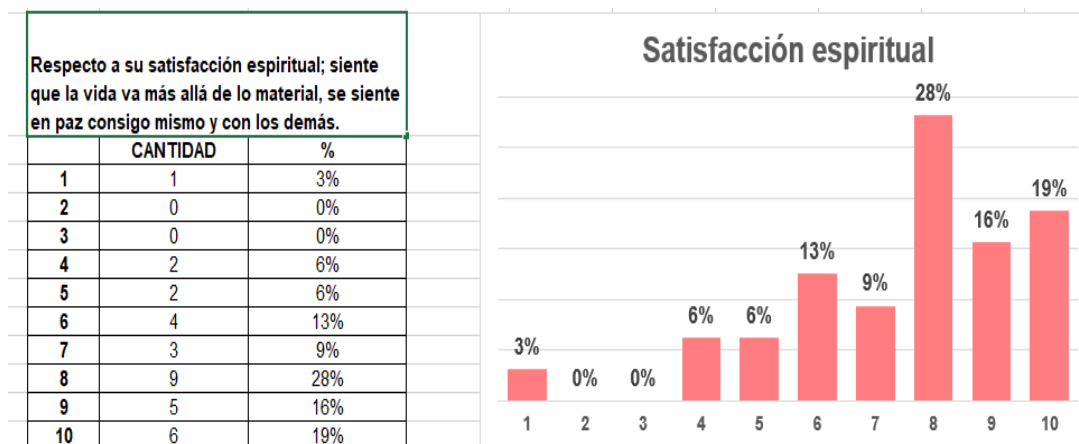


Figura 60. Satisfacción espiritual

Calidad de vida global

Respecto a su calidad de vida global; se siente satisfecho y feliz con su vida en general.

En el rango del 8 al 10, que es el más alto, se ubican 18 adultos mayores y en el rango del 5 al 7, se ubican 10 adultos mayores. Entonces serían 28 adultos mayores que se encuentran satisfechos con su vida a un nivel intermedio. Son 6 adultos mayores que expresan el máximo grado de satisfacción y felicidad. En contraposición, 1 adulto mayor expresa estar en el primer nivel de satisfacción y 3 en el nivel cuarto; en ambos casos, su satisfacción respecto a su calidad de vida no se ubica a un nivel intermedio y por tanto se afecta su bienestar psicológico.

Respecto a su calidad de vida global; se siente satisfecho y feliz con su vida en general.

	PERSONAS	%
1	1	3%
2	0	0%
3	0	0%
4	3	9%
5	3	9%
6	4	13%
7	3	9%
8	8	25%
9	4	13%
10	6	19%

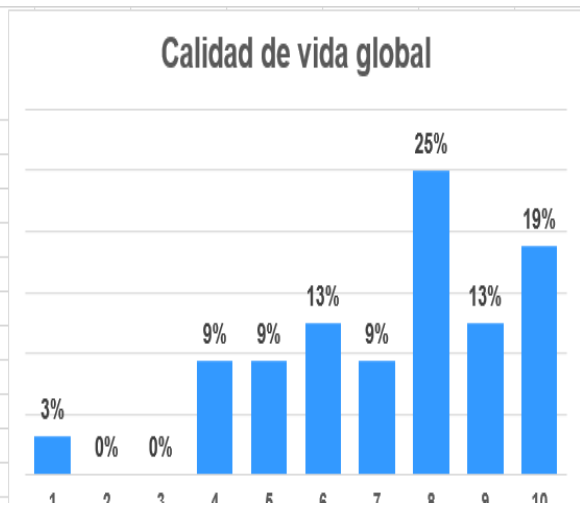


Figura 61. Calidad de vida global

4.2.1.2 Resultados respecto a la dimensión persona

Resultados de la ficha sociodemográfica respecto al bienestar psicológico

Se encuentra que el 45 % (15) de adultos mayores no cuentan con redes familiares que se haga cargo y que requieren medidas que compensen la ausencia familiar. El 30% (10) no recuerda haber recibido ninguna visita, lo que los ubica en una situación de abandono, siendo afectado su bienestar psicológico. Es decir, se encuentran solos, afectándose su calidad de vida.

El 67% (22) sufren alguna enfermedad que requiere tratamiento médico permanente. Se encuentra que 1 adulto mayor no recuerda su edad, lo que evidencia el deterioro cognitivo que paulatinamente se manifestará en la desubicación dentro del albergue.

Existe un desnivel académico que limita la comunicación fluida y la creación de lazos de confianza; sin embargo, podría aliviarse con un servicio que les ayude a socializar teniendo como nexo a un can.

El 70% (23) considera que su situación económica es muy mala aceptando que no cuentan con capacidad para asumir sus gastos fuera del albergue, pero el 30% (10) considera un logro vivir dentro del albergue; es decir, se enfocan en permanecer en él; por tanto, se abre la posibilidad a establecer planes de vida individualizados para otorgar el mayor grado de calidad de vida posible.

El 91% (30) afirman que les agradan los canes y el 88% (29) afirman estar de acuerdo con recibir visitas de voluntarios con sus mascotas, lo que representa una oportunidad para la implementación del servicio con canes.

El 42% (14) afirmó tener problemas para ubicarse con naturalidad lo que representa una oportunidad de mejora para las medidas de accesibilidad cognitiva que incluya el uso de señales.

En suma, la ausencia de la familia, el desnivel académico que limita la comunicación fluida entre ellos, las dolencias físicas, los problemas para ubicarse con facilidad representan factores de riesgo que influyen negativamente en su bienestar psicológico.

Resultados de la Escala de Depresión Geriátrico Yesavage respecto al bienestar mental

El 63% (21) adultos mayores presentan depresión entre moderada y severa, 58% (19) considera que su situación es desesperada, el 42% (14) no se siente lleno de energía, el 52% (17) afirma que no se siente feliz al levantarse por la mañana, el 58% (19) afirman sentirse desamparados con frecuencia, estas cifras señalan el estado de depresión que afecta el bienestar mental de los adultos mayores en la dimensión de su bienestar personal.

No obstante, el 58% (19) afirman que se preocupan por el pasado y el 73% (24) adultos mayores se sienten felices la mayor parte del tiempo y se perciben seguros; es decir, la vivencia diaria cobra un gran valor frente al recuerdo de la inseguridad de vivir en la calle. También representa una oportunidad para crear nuevos recuerdos dentro del albergue que construyan una historia que les devuelva alegría.

Según los resultados, la depresión representa un factor de riesgo que afecta el bienestar psicológico de los adultos mayores.

Resultados del Índice de Calidad de Vida respecto al bienestar mental

Es indudable que vivir en un albergue implica que siendo adulto mayor no se logró generar condiciones a lo largo de la vida que aseguren un envejecimiento sin carencias. Siendo rescatados de la calle y sus inclemencias, es natural que los adultos mayores perciban que gozan de calidad de vida pues cuentan con

vivienda, alimentación, salud y protección, es por eso que 28 de 33, es decir el 85% expresan sentirse felices con su vida en general.

Sin embargo, respecto al apoyo comunitario el 56% (18) expresan que el apoyo comunitario se encuentra en el rango del 1 al 5 respecto a disponer de servicios y actividades compartidas con sus compañeros, situación que afectaría su bienestar psicológico por la necesidad de socializar y mantener vínculos afectivos. De otro lado, respecto al apoyo socioemocional que mide si poseen disponibilidad de personas en quien confiar y de personas que le proporcionen ayuda y apoyo emocional, el resultado es el 53% (17) se ubican en el rango del 1 al 5; es decir, tomando como base ambos resultados, existe un grupo de 17 a 18 personas con necesidad de socializar que no encuentran en los servicios actuales ni siquiera en el apoyo de las Siervas de María, la afinidad suficiente para confiar y acercarse. Es probable que exista también una percepción de lejanía dado que se trata de albergados varones y las religiosas que asisten son mujeres. Este tema podría abrir la posibilidad para nuevas investigaciones.

Sobre su bienestar psicológico y emocional el 34% (11) adultos mayores opinan que no se sienten bien ni satisfechos consigo mismo. Sobre su bienestar físico son 16 personas las que se ubican en el rango del 1 al 5, manifestando que sienten dolores y problemas físicos.

Existe un grupo entre 10 a 18 adultos mayores que se ubican en un rango del 30% al 56% del total de albergados con dolencias físicas, que no encuentran suficiente apoyo socioemocional y que requieren actividades compartidas.

Finalmente, son 21 adultos mayores que evalúan su calidad de vida global en un rango de 7 al 10; significa que la satisfacción con su vida es positiva. Esta situación representa un factor protector que se contrapone contra el factor de riesgo vinculado a la depresión obtenido en la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage.

4.3 Propuesta de valor

A continuación, exponemos las características de la propuesta de valor del servicio de promoción de la salud con canes que mejoraría la calidad de vida de adultos mayores albergados, siendo una Actividad Asistida con Canes con personal no sanitario:

A nivel del adulto mayor albergado

- a. Bienestar ciudadano: el servicio que promueve la salud del adulto mayor albergado, otorgaría bienestar al ciudadano que experimenta la soledad y depresión residente en albergues ante la ausencia de la familia convirtiéndose en un factor protector de su salud mental.

- b. Creatividad: la incorporación del uso de mascotas en actividades asistidas con animales no es nueva, pero el enfoque de promoción de la salud en el cual, el can se convierte en un factor protector de la salud mental alineada a las políticas de promoción de la salud de OMS, sí lo es. Se otorga al can un rol terapéutico diferente al rol social de entretenimiento y compañía, siendo un can sin entrenamiento previo y con habilidades sociales.

A nivel de políticas públicas

- a. Innovación en el servicio: el servicio con canes incorporaría la participación de ciudadanos que apoyarían la labor del personal sanitario junto a sus mascotas creando una red de soporte que potenciaría la mejora de la salud mental de los adultos mayores albergados. El can se convertiría en el facilitador de prácticas terapéuticas y de autocuidado que otorgarían bienestar al adulto mayor mediante las actividades asistidas de juego y recreación.
- b. Incorporación de la salud mental para adultos mayores dentro de políticas y planes: se lograría vincular el abordaje de la salud mental como un cuidado de salud entendida como el ejercicio natural del autocuidado continuo que implicaría la creación de políticas públicas en salud mental en todo el ciclo de vida que lograrían mejorar la calidad de vida de la población en general.

- c. Replicabilidad: el servicio de promoción de la salud con canes puede replicarse a través de los gobiernos regionales y locales a través de los servicios de atención en los centros de atención a los adultos mayores, así como en albergues públicos como privados, también puede replicarse para los usuarios de ESSALUD inscritos en el PADOMI y a través del MINSA en los centros de salud comunitarios.

- d. Sostenibilidad: de acuerdo a la Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores 2030 del MIMP, en el objetivo priorizado 2 se propone la creación de una red de apoyo sociosanitario, dentro de la cual se puede inscribir el servicio de promoción de la salud con canes incorporando las transferencias de responsabilidades para la implementación al MINSA.

A nivel de la gestión pública del servicio

- a. Relevancia: se incorpora la participación de personas que no son personal sanitario en el cuidado de la salud mental de adultos mayores albergados siendo un cambio de paradigma al comprenderse que la salud no es un tema médico sino el otorgamiento de bienestar que mejora la calidad de vida. Se cambia el paradigma de salud respecto a curar la enfermedad por el de brindar bienestar.

- b. Nuevo modelo de intervención: a nivel del modelo de gestión los adultos mayores podrían acceder a un programa que contribuiría a mejorar su bienestar independientemente de su condición de abandono o desamparo siendo revelante porque el derecho a la salud se visibilizaría a través de un servicio alineado a la política de salud pública cuya gestión otorgaría el mayor grado de bienestar posible.

- c. Creación de una cultura de inclusión: el servicio de promoción de la salud con canes incorpora el enfoque de capacidades porque el adulto mayor progresivamente tomaría acción respecto al cuidado de su salud al interactuar con el can y este proceso lo haría responsable de sí mismo, empoderándolo. También incorpora el enfoque de desarrollo humano porque genera una comunidad conformada por adultos mayores albergados vulnerables junto a personal sanitario y no sanitario que participaría en las Actividades Asistidas con Canes como creadores de una cultura que transforma las condiciones adversas y consigue proporcionar bienestar y felicidad a adultos mayores sin afecto familiar. Ambos enfoques se complementan en la creación de una cultura de inclusión que responden a la Promoción de la Salud.

Finalmente detallamos las responsabilidades respecto a la implementación del servicio con el fin de evitar daños o prejuicios para el adulto mayor:

a. Responsabilidad de los dueños de los canes: es necesario que los dueños de los canes cumplan con los protocolos veterinarios que se proporcionen respecto a la vacunación y salud de las mascotas previos a la realización de las visitas. Asimismo, es necesario que los dueños de las mascotas cumplan con firmar un acuerdo con la institución que desarrolla el servicio mediante el cual se responsabilizan de las acciones que realice su mascota durante las visitas a fin de proteger la condición de vulnerabilidad del adulto mayor.

b. Responsabilidad de la institución pública o privada que brinda el servicio: es necesario que la institución asegure al adulto mayor beneficiario del servicio que se está cumpliendo con los protocolos de seguridad veterinarios y se responsabilice respecto a la verificación de los antecedentes policiales, penales y judiciales de las personas que realizaran las visitas con los canes, a fin de proteger a los adultos mayores. Asimismo, en cada visita es necesario que personal de la institución se encuentre presente junto al dueño de la mascota y el can para asegurar el correcto desarrollo de la actividad. Es responsabilidad de la institución mediante su personal a cargo, verificar que antes de producirse la visita, la mascota se encuentra en condiciones favorables para realizarla, sin malestares o alteraciones, y habiendo cumplido con el respectivo protocolo veterinario respectivo.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

Como objetivo general se consideró determinar la asociación de un servicio de promoción de la salud con canes para la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores que viven en un albergue; sobre esta base se estudiaron los marcos conceptuales: Promoción de la Salud (OMS, 1998; OMS, 2015; OPS, 2022) y Envejecimiento Activo (OMS, 2002) que promueve la salud de los adultos mayores.

En la investigación, se encontró en la aplicación del Índice de Calidad de Vida (ICV) a los adultos mayores albergados, que 21 evalúan su calidad de vida global en un rango de 7 al 10; significa que la satisfacción con su vida es positiva. Esta cifra es importante porque representan el 66% del total de adultos mayores albergados comprendidos en la investigación.

Esta situación encontrada representa un factor protector que se contrapone al factor de riesgo vinculado a la depresión obtenido en la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage, en la cual el 63% (20) adultos mayores presentan depresión entre moderada (45%) y severa (18%). El resultado de depresión encontrado coincide con los resultados de Albinagorta (2022) que concluye que a medida que se incrementa la depresión resulta que las habilidades sensoriales como (visión, audición, tacto, olfato y gusto) disminuyen, situación que deteriora la calidad de vida de los adultos mayores. Es decir, a más depresión, se deteriora

la calidad de vida, considerando que el deterioro físico conlleva al deterioro de la calidad de vida.

Respecto a las dimensiones de la soledad que principalmente explican los síntomas de depresión y deterioro de la calidad de vida de los adultos mayores, según, Acosta et. al (2017), se encontró en la investigación, que sólo se casaron el 18% (6) de un total de 33 adultos mayores entrevistados, es decir, el 82% (27) son solteros, separados o viudos. Esta situación alimenta la dimensión de la soledad asociada a la ausencia de pareja que conduce a la depresión coincidiendo los resultados con Acosta, et. al (2017).

De otro lado, se encontró que el 66% que evalúa su calidad de vida como positiva muestra depresión entre moderada y severa en 63%. Esta situación discrepa con los resultados de Albinagorta. Dado, que la diferencia no es sustancial entre ambos resultados y ambos valores deberían ser inversamente proporcionales, es decir, a mayor percepción de calidad de vida, deberíamos tener menor depresión, surge la interrogante: ¿por qué un adulto mayor percibe que tiene calidad de vida, pero presenta depresión?

Para comprender esta situación, es necesario analizar el Índice de Calidad de Vida (ICV) dentro del cual tenemos: el bienestar psicológico, que significa sentirse bien y satisfecho consigo mismo (63%); el autocuidado y funcionamiento

independiente, que significa que cuida bien de su persona y toma sus propias decisiones para cuidarse (94%); y la satisfacción espiritual, que significa que siente que la vida va más allá y se siente en paz consigo mismo y con los demás (72%). No obstante, siendo estos valores altos, tenemos otros valores que se contraponen y representan factores de riesgo para la depresión como el bienestar físico que significa sentir dolores y malestar físico (38%), el apoyo socio-emocional que significa disponer de personas en quien confiar que le proporcionen ayuda y apoyo emocional (41%) y el apoyo comunitario (41%) que significa disponer de servicios y actividades compartidas con compañeros, representando resultados que explicarían la percepción de la depresión, aunque perciban que gozan de calidad de vida.

Otra forma de comprender por qué los resultados arrojan que los adultos mayores perciben que tienen calidad de vida, aunque presenten depresión es analizar la Pirámide de Maslow en razón de las necesidades identificadas en el ICV: ayuda y apoyo emocional y apoyo comunitario. Si bien en el albergue cuentan con las necesidades cubiertas de alimentación, salud y vivienda (primeras bases de la pirámide de Maslow), esta situación no sería suficiente para que perciban que cuentan con personas en quien confiar, servicios como actividades de acuerdo a sus necesidades vinculadas a la ayuda y apoyo comunitario. Anotamos que, de acuerdo a la Ficha Sociodemográfica, el 30% no recibe nunca una visita familiar, situación que se enmarca en el abandono familiar y que coincide con Velezmoro

(2021) que demostró la relación entre el nivel de depresión y el abandono familiar de adultos mayores albergados.

Si bien, en los resultados, el nivel de espiritualidad es alto y expresa el último nivel de la Pirámide de Maslow, no sería suficiente para contrarrestar el resultado de depresión. Por tanto, frente a las necesidades de apoyo emocional y apoyo comunitario, un factor protector podría ser la implementación del servicio de promoción de la salud con canes que mejoraría la calidad de vida de los adultos mayores en tanto compensaría la ausencia del vínculo familiar siendo el can y su dueño un soporte emocional y social para el adulto mayor albergado que combatiría la depresión.

El servicio con canes se respalda en la investigación de Olarte y Diaz (2015) como una Actividad Asistida alineada al enfoque de gestión multimodal Lazarus. De esta forma, se facilitaría un Envejecimiento Activo porque proporcionaría salud mental al adulto mayor.

Adicionalmente, las investigaciones de (Banks y Banks, 2002; Colombo, Dello Buono, Smania, Raviola, y De Leo, 2006) revelan que las actividades asistidas con canes disminuyen síntomas asociados con depresión y sentimientos de soledad incrementando la salud mental. Esto se produce debido a que el adulto mayor ofrece cuidados al can con semejanzas a las interacciones similares a las

que ofrece la madre al hijo (Betz, Uvnas-Moberg, Julius y Kotrschal 2012; Nagasawa, Kazutaka y Kikusui, 2015). Esta situación conlleva a una disminución de los síntomas ligados al aislamiento y soledad de acuerdo a (Banks y Banks,2002).

Con lo expuesto un servicio de promoción de la salud con canes se asociaría con la mejora calidad de vida de los adultos mayores albergados.

Como objetivo específico 1 se consideró identificar la salud mental como factor clave en la calidad de vida de los adultos mayores albergados y se sustenta en políticas que propone OMS (2022) dentro del Informe Mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos. La primera política que propone es reducir factores de riesgo relacionados con las causas de enfermedades importantes, y aumentar los factores que protegen la salud durante el curso de la vida; y la segunda es desarrollar una continuidad de servicios sociales y salud que sean accesibles, de gran calidad y respetuosos con la edad, que tengan en cuenta las necesidades y derechos de mujeres y hombres a medida que envejecen.

En los resultados de la investigación respecto al Programa Casa de Todos de acuerdo a lo encontrado en las entrevistas a personal estratégico y operativo se encontró que se ha implementado un programa de promoción de la salud para

adultos mayores que aborda la salud mental de los albergados, con el siguiente perfil:

1. Programa que atiende las necesidades básicas del adulto mayor en condición de vulnerabilidad que se encuentra solo, sin familia que asuma su responsabilidad brindándole vivienda, seguridad, alimentación, ropa y control de su salud. Cuenta con 04 servicios: psicología, enfermería, alimentación y almacén. Este programa se alinea a las políticas que propone OMS para mejorar la calidad de vida del adulto mayor albergado.
2. Programa con servicios enfocados en cuidar la salud física y mental del adulto mayor interviniendo a nivel de la persona logrando que su calidad de vida se centre en aspectos que refuerzan su autoestima, satisfacción por la vida, dignidad, y capacidad de adaptación brindándole bienestar. Este programa se alinea a las políticas que propone OMS para mejorar la calidad de vida del adulto mayor albergado.
3. Programa con adaptabilidad que mejora sus servicios con capacidad de incorporar nuevos servicios que incluyan a diferentes actores sociales e involucre la participación de los adultos mayores. El personal directivo y operativo está de acuerdo en la innovación respecto a un servicio con canes e incluso muestra disponibilidad para participar. Este programa se alinea a las políticas que propone OMS para mejorar la calidad de vida del adulto mayor albergado.

4. Programa que requiere reforzar la gestión interna mediante documentos de gestión que refuercen el buen trato y la participación de los adultos mayores con acciones vinculadas al cuidado del albergue mediante protocolos, decálogos y normas de convivencia entre los trabajadores y los adultos mayores albergados. Este programa se alinea a las políticas que propone OMS para mejorar la calidad de vida del adulto mayor albergado.

5. Programa con medidas de accesibilidad física en el espacio físico del albergue vinculadas a accesos, veredas internas, zonas comunes y rampas con medidas adecuadas para la circulación pero que requiere la implementación de un sistema de apoyos e información basado en señales para asegurar la circulación y permanencia para el adulto mayor que diariamente se enfrenta al proceso de envejecimiento, habiéndose identificado que existen adultos mayores que se desubican y solicitan ayuda para transitar. La implementación del sistema de apoyos y señales sería un factor protector que compensaría el factor de riesgo respecto al tránsito y ubicación para los adultos mayores.

Dentro del programa, se identificaron factores de riesgo y a su vez, se proponen factores protectores para la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores albergados, inscribiéndose en la primera política señalada por OMS.

Tabla 10. Propuesta de mejora del programa de promoción de la salud a partir de la identificación de factores de riesgo y factores protectores.

PROPUESTA DE MEJORA PARA EL PROGRAMA DE PROMOCION DE LA SALUD					
Tipos de bienestar	Nivel de intervención Dimensiones	Servicio implementado	Situación encontrada	FACTORES	Cambio deseado
Psicológico	Persona	Servicio de psicología	Reacciona de forma negativa ante su situación Desánimo y leve depresión Soledad	Factores de riesgo Depresión Soledad	Factores protectores Mecanismos que alivien la depresión y soledad Actitud positiva ante la vida Planes de vida personalizados
Físico	Persona	Servicio de enfermería	Atención con coordinadores y auxiliares Médico monitorea una vez por semana Necesidad de un servicio de terapia física Necesidad de actividad física	Factores de riesgo Enfermedades no transmisibles Requieren terapia física Requieren actividad física	Factores protectores Control y monitoreo diario por el médico Derivaciones a Posta médica y hospital inmediatas Nuevo servicio de terapia física permanente Nuevo servicio de actividad física con planes grupales e individuales
Necesidades básicas	Persona	Servicios de almacén y cocina	Disposición de materiales Provisiones Alimentación requiere frutas y verduras	Factores de riesgo Requieren Frutas y verduras frescas Huerto requiere crecer	Factores protectores Aprendizaje sobre nutrición Huerto con más adultos mayores a cargo como práctica de cuidado de la salud mental
Psicológico y subjetivo	Familia y comunidad	Ausencia del vínculo familiar Por mejorar	La familia no mantiene cercanía	Factores de riesgo Familia no se involucra	Factores protectores Nuevo servicio con canes como practica

			<p>La comunidad no se involucra con el adulto mayor</p> <p>Ausencia de una red social de soporte</p> <p>Organización cercana-proyecto emprendimiento</p>	Vecinos no se involucran	<p>de cuidado de la salud mental</p> <p>Acercamiento de la familia</p> <p>Involucramiento de voluntarios, amigos y vecinos para efectuar actividades compartidas</p> <p>Creación red de soporte</p>
Uso del espacio físico	Persona	<p>Acondicionamiento de accesibilidad</p> <p>Por mejorar</p>	<p>No existen señales en las rutas</p> <p>Zonas comunes sin señal</p> <p>Ancho de veredas adecuado</p> <p>Rampas adecuadas</p>	<p>Factores de riesgo</p> <p>Rutas sin señales</p> <p>Zonas comunes sin señales</p> <p>Zona segura requiere señales</p>	<p>Factores protectores</p> <p>Rutas señalizadas</p> <p>Zonas comunes señalizadas</p> <p>Zona segura señalizada</p>
FUENTE: Elaboración propia					

El perfil descrito del programa de intervención para adultos mayores encontrado en la investigación coincide con el marco de política Envejecimiento Activo (OMS,2002) y las políticas nacionales multisectoriales para las personas mayores al 2030 del MIMPV y MIDIS, así como la Ley de Salud Mental del MINSA. En este sentido, ante lo expuesto y para el mejoramiento del programa a nivel de políticas públicas que coincidiría con la segunda política de OMS para desarrollar una continuidad de servicios sociales y salud que sean accesibles, de gran calidad y respetuosos con la edad, que tengan en cuenta las necesidades y derechos de mujeres y hombres a medida que envejecen, se realiza la siguiente propuesta que llena el vacío identificado en las políticas públicas nacionales:

1. El Ministerio de Salud puede elaborar un plan estratégico multisectorial de salud post pandemia que aborde el cuidado de la salud mental que incluya a los adultos mayores con énfasis en los adultos mayores albergados. El servicio puede implementarse por los gobiernos regionales, locales tanto en albergues como en Centros de Atención para Adultos Mayores; MINSA a través de los centros de salud comunitarios, ESSALUD a través del PADOMI para adultos mayores en sus hogares. El servicio involucraría a canes junto a sus dueños que no necesariamente es personal sanitario sino que se trataría de personas que apoyen la labor del personal sanitario.
2. El servicio de promoción de la salud con canes sería una innovación para la atención de los adultos mayores albergados y podría incorporarse en el objetivo priorizado 2, lineamiento 02.06 de la Política Nacional Multisectorial al 2030 del MIMPV, llenando el vacío respecto a la existencia de un servicio que fomente las redes de apoyo sociosanitarias para cubrir las necesidades de asistencia social, económica y/o sanitaria de las personas adultas mayores, que no ubica la existencia de un servicio implementado con estas características.

El servicio de promoción de la salud con canes puede implementarse con un equipo de tres profesionales: un gestor de desarrollo humano (coordinador del servicio), un médico veterinario y un psicólogo especialista en salud mental para adultos mayores, laborando a tiempo parcial durante el mes. Se debería tomar en cuenta el seguimiento y monitoreo respecto al desarrollo e implementación del

servicio como función permanente del coordinador del servicio. El costo de la propuesta se adecuaría a los rangos salariales de la institución pública o privada.

Con lo expuesto se identifica la salud mental como factor clave en la calidad de vida de los adultos mayores albergados a nivel del programa y de las políticas públicas.

Como objetivo específico 2, se consideró identificar la relación negativa entre la depresión de los adultos mayores albergados y su calidad de vida, sobre esta base se recoge la teoría de la triada cognitiva de Beck quien señaló que la depresión se puede explicar sobre tres dimensiones que se relacionan entre sí: la percepción negativa de sí mismo, la percepción negativa del mundo y la percepción negativa del futuro como referentes para explicar cómo la depresión afecta el bienestar de los adultos mayores albergados.

En los resultados generales de la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage, se encontró que el 63% (21) adultos mayores presentan depresión entre moderada y severa; de ellos, el 45% (15) muestran depresión moderada y el 18% (6) severa. La depresión afecta la calidad de vida del adulto mayor y se convierte en un factor de riesgo, coincide con Loje (2018) quien demuestra que existe relación entre la depresión y calidad de vida de los adultos mayores albergados. La depresión es un factor de riesgo que impacta en el bienestar del adulto mayor y requeriría medidas que la compensen.

En nuestra investigación encontramos 36% (12) son personas solas que no se casaron y 9% (3) viudas, en total, 15 adultos mayores albergados sin redes familiares, son el 45% de la muestra. Esta situación sobre el estado civil y la ausencia de pareja y familia se puede relacionar con el estudio de Acosta, Tánori, García, Echeverría, Vales y Rubio (2017) que encuentra en la percepción de soledad social y familiar, la mayor edad, la presencia de enfermedades y la ausencia de pareja, como las dimensiones de soledad que principalmente explican los síntomas de depresión y deterioro de la calidad de vida de los adultos mayores. Por lo señalado en la teoría y en los resultados, esta situación de depresión asociada a la soledad se convierte en un factor de riesgo que afecta la calidad de vida del adulto mayor.

En la investigación encontramos el 67% (22) adultos mayores albergados que requieren tratamiento médico permanente por lo que se puede colegiar, que esta situación impacta negativamente en su bienestar. Coincide con Arévalo (2015) quien concluye que prevalece la depresión en los adultos mayores que la presentan entre leve a moderada asociada a la presencia de co-morbilidad y al abandono familiar, en su investigación en el Asilo de Ancianos San Francisco de Asís. Asimismo, esta situación de depresión amerita la práctica del Plan de Acción Mundial sobre Actividad Física 2018-2030 elaborado por OPS y OMS que indica la necesidad de la actividad física como medida que contribuya a sobrellevar las enfermedades, -según cada caso-. La depresión asociada a la comorbilidad y abandono familiar es un factor de riesgo para el adulto mayor albergado.

En los resultados encontrados en la presente investigación tenemos sobre el grado de instrucción en los albergados que el 54% (18) cuentan con educación básica regular, 24% (8) estudios de universidad, 15% (5) con estudios técnicos y maestría 6% (2). De esta forma, los resultados coinciden con Cardona, Segura y Garzón (2012) quienes observan que, a menos escolaridad, mayor es la probabilidad de riesgo de desarrollar depresión. Esta relación entre grado de instrucción y depresión en adultos mayores es un indicador importante, aunque la muestra no incluyera adultos mayores institucionalizados.

En el análisis se concluye que el estado civil y la ausencia de familia, las dolencias físicas que requieren tratamiento médico, el bajo grado de instrucción representan factores de riesgo que fomentan la depresión influyendo negativamente en la calidad de vida de los adultos mayores albergados.

Por lo expuesto, el estado civil, la salud, el grado de instrucción afectan al adulto mayor albergado impactando en su calidad de vida provocando depresión. Esta situación se corroboró mediante la aplicación del Coeficiente de Pearson que relacionó la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage y el Índice de Calidad de Vida, instrumentos aplicados a los adultos mayores albergados. Se encontró una relación lineal negativa de -0.4877 entre la depresión y calidad de vida. Concluyó que a mayor índice de depresión menos sensación de satisfacción y felicidad con la vida. En suma, la depresión se sitúa en una relación negativa respecto a la calidad de vida de los adultos mayores albergados y se convierte en un factor de riesgo que afecta negativamente la calidad de vida de los adultos mayores albergados.

Con lo expuesto se identifica la relación negativa entre la depresión de los adultos mayores albergados y su calidad de vida.

Como objetivo específico 3, se consideró identificar el servicio de canes como una práctica del cuidado de la salud mental que mejoraría la calidad de vida de los adultos mayores albergados y se consideró el Informe Mundial sobre la Salud Mental: Transformar la salud mental para todos (OMS, 2022), el mismo que propone promover una atención centrada en la persona y basada en los derechos humanos. El servicio con canes sería una práctica para el cuidado de la salud mental.

Así, en las entrevistas realizadas al personal estratégico y operativo del albergue se encontró interés por todos, 100% (10 personas), sobre el desarrollo de actividades asistidas con animales, refirieron sus propias experiencias con sus mascotas y se ofrecieron a participar, pues indicaron que a los adultos mayores les agradan. El 88% (29) de los albergados está de acuerdo en recibir la visita de personas con sus canes para compartir, conversar y jugar con la mascota. Esta situación se contrapone cuando se les propone que sólo los visiten personas para conversar, siendo más bien mayor el 70% (23) el número que prefiere evitar contactos. Significa que valoran positivamente la interacción que incluya al can. El 91% (30) afirman que les agradan los canes y refieren experiencias pasadas sobre mascotas, recordándolas positivamente. Ellos estarían dispuestos a

participar. Sólo el 9% (3) desestiman la idea. Este hallazgo coincide con la valoración positiva de los adultos mayores que recoge Fontalba (2016), respecto al alto nivel terapéutico de los canes y su interacción con los adultos mayores mediante una Terapia Asistida con Animales en su estudio observacional en la Unidad de Salud Mental del Área Norte de Almería, España.

También se identificaron en el albergue prácticas del cuidado de la salud mental mediante el cultivo de plantas para mejorar la dieta alimenticia en un huerto, de acuerdo a la información recogida en las entrevistas. Esta práctica coincide con el cultivo de plantas del Hogar Miguel León (Navos et.al 2023) cuyo diseño de huerto urbano construido con el asocio de instituciones públicas y privadas está encaminado no sólo a ser un entorno saludable sino un proyecto que transformará la ciudad y sus circuitos turísticos con la participación de los adultos mayores albergados. Así, se empodera a los adultos mayores en el cuidado de su salud mental y se logra implementar la Promoción de la Salud de OMS como estrategia de empoderamiento para el adulto mayor. Este empoderamiento en el cuidado de la salud mental coincide con el principio de salutogenésis, que es un pilar para el concepto de Promoción de la Salud, que se asocia a lograr que las personas adquieran control sobre su salud desarrollando sus capacidades y recursos para cuidarla obteniendo mayor bienestar. La salud significa conseguir bienestar, aunque se padezca de enfermedades y el servicio de canes lo lograría, mediante la interacción entre el can y el adulto mayor que otorgaría bienestar al poner en marcha las capacidades del adulto mayor, denominados los activos de la salud del adulto mayor. (Hernán, et. al., 2011).

De igual forma, tanto el cultivo de plantas como un servicio de canes pueden convertirse en prácticas para el cuidado de la salud mental y factores protectores de la depresión y ausencia familiar. Ambas transforman a la persona y al entorno.

Un valor agregado del servicio de canes es la interacción de la mirada entre el adulto mayor y el can. Entre ambos se crearía un entorno que crearía nuevos recuerdos que fortalecerían la resiliencia en el adulto mayor y abre la puerta hacia la construcción de un entorno subjetivo con vínculos y dinámicas por explorarse que transforma tanto al adulto mayor y al contexto que le rodea, de acuerdo a (OPS y OMS, 2014). Este entorno sui generis, ameritaría el desarrollo de investigación que genere evidencia con la implementación de las Actividades Asistidas con Animales usando el modelo Lazarus acondicionado a los modales de la personalidad de los adultos mayores coincidiendo con la propuesta de Olarte y Diaz (2015).

Otro valor agregado respecto a la implementación de un servicio de promoción de la salud con canes es la posibilidad de la creación de un recuerdo nuevo para esta fase de vida del adulto mayor coincidiendo con el concepto de considerar la salud como medio y fin. (Rodríguez, Cuoto y Díaz, 2016). Coincide también con el enfoque de capacidades de Amartya Sen que se enfoca en relevar que cada persona es capaz de procurarse un bienestar al realizar actos valiosos para sí mismo, porque al conectarse con un can, logra la evocación de recuerdos positivos para sí mismo. Asimismo, el valor de la logoterapia de Frankl como

método terapéutico encuentra una hoja de ruta en esta práctica del cuidado de la salud mental en la cual el adulto mayor al interactuar con el can encuentra una motivación para su vida, en esta fase.

Consideramos que correspondería la implementación de un servicio de canes como servicio que promueve la salud protegiendo la salud mental de parte de instituciones públicas como privadas.

Por lo expuesto, el servicio de canes promovería la salud de los adultos mayores consiguiendo que mejoren su calidad de vida.

CONCLUSIONES

PRIMERA: En respuesta al objetivo general, se concluye que la implementación de un servicio con canes contribuiría a la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores albergados en la medida que aportaría a conseguir un Envejecimiento Activo, siendo un servicio que se implementaría como factor protector de la salud mental para los adultos mayores albergados que no cuentan con soporte familiar.

Este servicio contrarrestaría la depresión que se identifica como factor de riesgo que afecta la calidad de vida de adultos mayores albergados. Esta conclusión se obtiene mediante el Coeficiente de Pearson que relaciona la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage y el Índice de Calidad de Vida de los albergados identificándose que

a mayor depresión se obtiene menor calidad de vida. Por esta razón, con el servicio de Actividad Asistida con Animales como factor protector, se lograría que el adulto mayor sea protagonista de la transformación de su vida mediante la interacción con un can. De esta manera, se conseguiría la Promoción de la Salud de los adultos mayores mediante un servicio con canes que mejora su calidad de vida. También se encuentra en la Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores 2030 del MIMPV, una oportunidad para implementar este servicio a través de la creación de redes de apoyo sociosanitarias.

SEGUNDA: Respondiendo al primer objetivo específico, se encuentra que siendo la salud mental un estado de bienestar mental requiere que, frente a los factores de riesgo que la perjudican, se desarrollen factores protectores de acuerdo a las políticas de Promoción de la Salud que propone OMS. Estos factores protectores se visibilizan en servicios innovadores, creativos y ajustados a las necesidades de los adultos mayores albergados post pandemia. Asimismo, la implementación de programas requiere el involucramiento multidisciplinario de profesionales junto a personal no sanitario.

TERCERA: En respuesta al segundo objetivo específico, se encuentra que el 63% (21) de los adultos mayores albergados presentan depresión entre moderada y severa siendo factores de riesgo (el estado civil y la ausencia de familia, las dolencias físicas que requieren tratamiento

médico y el bajo grado de instrucción) que fomentan la depresión influyendo negativamente en la calidad de vida de los adultos mayores albergados. La depresión es un factor de riesgo que afecta la calidad de vida de los adultos mayores albergados impactando en su salud mental.

CUARTA: En respuesta al tercer objetivo específico, se encuentra que las prácticas para el cuidado de la salud mental contribuyen al Envejecimiento Activo fortaleciendo la salud mental de los adultos mayores albergados. Las prácticas para el cuidado de la salud mental influyen en la persona y son un factor protector que mejora su calidad de vida. El servicio de canes es una práctica para el cuidado de la salud mental cuyo impacto terapéutico mejora la vida del adulto mayor brindándole bienestar acompañando su condición de desprotección familiar y enfermedad.

RECOMENDACIONES

PRIMERA

A los directivos de la Sociedad de Beneficencia Metropolitana de Lima, gobiernos regionales y locales se les recomienda: implementar el servicio de promoción de la salud con canes como factor protector para compensar la ausencia familiar que padecen los adultos mayores albergados promoviendo así un Envejecimiento

Activo que reduzca los niveles de depresión e incremente las relaciones sociales y el afecto. La implementación del servicio comprende un equipo de tres profesionales a tiempo parcial: un gestor de desarrollo humano (coordinador), un médico veterinario y un psicólogo especialista en salud mental para adultos mayores. El costo sería de acuerdo a los parámetros salariales de la institución.

SEGUNDA

Al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, se les recomienda: implementar un piloto con el servicio de promoción de la salud con canes como estrategia de promoción de la salud que comprende factores protectores que mejoran el cuidado de la salud mental, acompañando el proceso de envejecimiento de los adultos mayores cuya réplica puede extenderse a los gobiernos regionales, locales y provinciales para adultos mayores que asistan a centros de día o residan en albergues públicos o privados con el objetivo de aportar a la Estrategia y Plan de Acción sobre la Promoción de la Salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030 y a la Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores 2030 que lidera cuyo lineamiento 02.06 considera fomentar las redes de apoyo sociosanitarias para cubrir las necesidades de asistencia social, económica y/o sanitaria de las personas adultas mayores.

TERCERA

Al Ministerio de Salud, se le recomienda: implementar un Plan de Salud Mental multisectorial para el adulto mayor que comprenda servicios protectores de la

salud mental que incluya el servicio de promoción de la salud con canes cuya réplica puede extenderse a través de en programas de salud de ESSALUD como el PADOMI y MINSA a través de los centros de salud comunitarios a nivel nacional y también a través de los gobiernos regionales y locales.

CUARTA: Al Ministerio de Salud, se le recomienda: desarrollar las innovaciones necesarias en el contexto del cumplimiento de la Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores 2030 del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables que incluya la participación de personal no sanitario en la conformación de una red de promotores de la salud para la implementación del servicio de promoción de la salud con canes para adultos mayores inscritos en programas de salud de ESSALUD como el PADOMI y MINSA a través de los centros de salud comunitarios a nivel nacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Organización Mundial de la Salud. (2017). La salud mental y los adultos mayores.

Obtenido de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>

OMS, (2002). Calidad de Vida. Programa de Salud Mental. Obtenido de:

<file:///E:/Users/User/Desktop/BIBLIOGRAFIA%20NUEVA%20PARA%20INFORME/oms-calidad%20de%20vida.pdf>

INEI. (2022). Perú: 50 años de cambios y tendencias demográficas. Obtenido de

Nota de Prensa: <https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-no-115-2022-inei.pdf>

Decreto Supremo N°008-2022-MIDIS. Política Nacional de Desarrollo e Inclusión

Social al 2030. (31 de diciembre de 2022). Obtenido de:

<https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-la-politica-nacional-de-desarrol-decreto-supremo-n-008-2022-midis-2139652-3/>

INEI. (2021). El 85,5% de la población adulta mayor tiene algún seguro de salud

en el primer trimestre de 2021. Obtenido de Nota de Prensa:

<https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-no-099-2021-inei.pdf>

Arroyo, R; Catter, A; Gismondi,G. (2015). La depresión dentro de la atención primaria, ¿dónde estamos en este tema?. Cartas al Editor. Repositorio académico UPC.Obtenidode:

<https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/582608/depresion.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Decreto Supremo N° 006-2021-MIMP. Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores al 2030. (5 de junio del 2021). Obtenido de:

<https://busquedas.elperuano.pe/download/url/decreto-supremo-que-aprueba-la-politica-nacional-multisector-decreto-supremo-n-006-2021-mimp-1960402-3>

INEI. (2018). Adultos mayores de 70 y más años de edad que viven solos, elaborado de acuerdo a los Censos 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas, Colección poblaciones vulnerables. Lima. Perú.

Ley N°30490. Ley de la Persona Adulta Mayor y su reglamento. (20 de Julio de 2016). Obtenido de: <https://diariooficial.elperuano.pe/pdf/0037/ley-reglamento-persona-adulta.pdf>

Palma, E; Escarabal, M. (2021). Efectos de la soledad de las personas adultas mayores. Revista Gerokomos. vol.32 no.1. Barcelona, marzo. 2021

Obtenido de: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v32n1/1134-928X-geroko-32-01-22.pdf>

Blouin, C.; Tirado, E. y Mamani, F. (2018). La situación de la población adulta mayor en el Perú: Camino a una nueva política. Obtenido de: <https://cdn01.pucp.education/idehpucp/wpcontent/uploads/2018/11/23160106/publicacion-virtual-pam.pdf>

González, C. (2013). Beneficios de las Actividades Asistidas con Perros en Ancianos Institucionalizados. Trabajo de investigación para el Máster en Gerontología Social. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza. España. Obtenido de: <https://zagan.unizar.es/record/11005/files/TAZ-TFM-2013-191.pdf>

Moreno, C; Wilkes, T; Galderisi, S; Nordentoff, M, Crossley, N; Jones, N, et al (2020). How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. Lancet Psiquiatría. Documento de posición Obtenido de: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2215-0366%2820%2930307-2>

Organización de Estados Americanos (2015). Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Obtenido de: http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf

Decreto Supremo N°008-2020-SA. (11 de marzo de 2020). Decreto Supremo que declara en emergencia sanitaria a nivel nacional por el plazo de (90) días calendario y dicta medidas de prevención y control del COVID-19. Obtenido de: <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/decreto-supremo-que-declara-en-emergencia-sanitaria-a-nivel-decreto-supremo-n-008-2020-sa-1863981-2>

Decreto Supremo N° 044-2020- PCM. (15 de marzo de 2020). Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19. Obtenido de: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/566448/DS044-PCM_1864948-2.pdf?v=1584330685

SISOL. (2022). Institucionalización de una audacia: sistematización de la experiencia de construcción de la institución gestora de la red de primer nivel especializado del Sistema Metropolitana de la Solidaridad-SISOL. Municipalidad Metropolitana de Lima.- Sistema Metropolitano de la Solidaridad-SISOL. Obtenido de: https://www.sisol.gob.pe/wp-content/uploads/2023/01/Diagramacion-sistematizaci%C3%B3n-ok_compressed.pdf

Ascarza, L. (28 de agosto de 2022). Casa de todos: el hogar para personas de la calle que pasó de una plaza de toros a un local propio. SaludconLupa. Obtenido de: <https://saludconlupa.com/noticias/casa-de-todos-el-hogar-para-personas-de-la-calle-que-paso-de-una-plaza-de-toros-a-un-local-propio/>

Ley N°30947. Ley que crea la Política Pública de Salud Mental. (30 de Abril de 2019) Obtenido de: <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/ley-de-salud-mental-ley-n-30947-1772004-1>

OMS (2002). Envejecimiento activo: un marco teórico. Grupo orgánico de enfermedades no transmisibles y salud mental. Departamento de prevención de las enfermedades no transmisibles y promoción de la salud. Obtenido de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf>

Ordenanza Municipal N°2326 (2021). Municipalidad Metropolitana de Lima. Ordenanza que aprueba acciones municipales de lucha contra la mendicidad y personas en situación de calle. 25 de marzo de 2021. Municipalidad Metropolitana de Lima. Obtenido de: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1849364/ORDENANZA%2023262021%2025.03.2021%20%281%29%20%281%29.pdf?v=1619488615>

González, C. (2013). Beneficios de las Actividades Asistidas con Perros en Ancianos Institucionalizados. Trabajo de investigación para el Máster en Gerontología Social. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza. España. Obtenido de: <https://zagan.unizar.es/record/11005/files/TAZ-TFM-2013-191.pdf>

Folch, A.; Torrente, M.; Heredia, L.; y Vincens, P.; (2016). Estudio preliminar de la efectividad de la terapia asistida con perros en personas de la tercera edad. Revista Española de Geriatría y Gerontología. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología pp.210-216. Obtenido de: <file:///E:/Users/User/Desktop/BIBLIOGRAFIA%20ORDENADA/15.%20Folch%20index-with-cover-page-v2.pdf>

Fontalba, J (2016). Evaluación de la influencia de la terapia asistida por animales en salud mental. Tesis doctoral. Departamento de Fisioterapia. Universidad de Málaga. Obtenido de: https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/12752/TD_FONTALBA_NAV_AS_Jose_Luis.pdf?sequence=1

Gallardo, P. y Rivas R.; (2015). Terapia asistida con perros en pacientes con demencia y SPCd institucional en el centro residenciales de Toledo, España. Informaciones Psiquiátricas. Monográfico. XIX Jornadas de actualizar es psicogeriatría. pp 113-126. Obtenido de: <https://informacionespsiquiatricas.com/informe220/files/assets/basic-html/index.html#113>

Muso, S. (2021). Terapia asistida con perros en adultos mayores con problemas socio-afectivos. Trabajo de Titulación, modalidad Investigación Bibliográfica, presentado como requisito previo a la obtención del Grado de Licenciada en Terapia Ocupacional. Universidad Central del Ecuador. Quito. Ecuador. Obtenido

de:<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/25534/1/FCDAPD-CTO-MUSO%20SANDY.pdf>

De la Puente, M.; (2017). Reduciendo la soledad: terapia asistida con animales para adultos mayores de una residencia geriátrica. Trabajo final del curso Seminario de Tesis en Psicología Clínica, Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú. Obtenido de: https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/9770/De%20la%20Puente%20Cunliffe_Reduciendo_soledad_terapia1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Municipalidad Distrital de Miraflores (2018). Manual para la Implementación del Servicio Can Solidario. Buena práctica de Miraflores Inclusiva y Accesible. Obtenido de: https://www.miraflores.gob.pe/Gestorw3b/files/pdf/10998-31242-manual_can_solidario_2.pdf

Bocalán Perú. Información obtenida de su Portal Web: <https://www.bocalanperu.org>

Urquijo, M.; (2014). La teoría de las capacidades en Amartya Sen. EDETANIA N°46, (Diciembre, 2014) pp. 63-80. Obtenido de: <https://revistas.ucv.es/edetania/index.php/Edetania/article/view/161/136>

PNUD (2016). Panorama general. Informe sobre Desarrollo Humano, Desarrollo Humano para todos. New York, Estados Unidos. Obtenido de: https://hdr.undp.org/sites/default/files/HDR2016_SP_Overview_Web.pdf

Ley N°30490. Ley de la Persona Adulta Mayor y su reglamento. (20 de Julio de 2016). Obtenido de: <https://diariooficial.elperuano.pe/pdf/0037/ley-reglamento-persona-adulta.pdf>

OMS (1998). Promoción de la salud. Glosario. Obtenido de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf

OMS (2015). Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra, Suiza. Obtenidode:https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf

OMS. Constitución. La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución. Obtenido de: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>

Rodríguez, M; Cuoto, M y Díaz, N (2016). Modelo salutogenético: enfoque positivo de la salud. Una revisión de la literatura. Acta Odontológica venezolana. Volumen

N°53,Año2015.Obtenidode:<https://www.actaodontologica.com/ediciones/2015/3/art-19/>

Hernán, M; Mena, A; Lineros, C; Botello, B; García-Cubillana, P y Huertas, A (2011). Activos para la salud y promoción de la salud mental. Experiencia formativa. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud y Bienestar.

Obtenido de:

https://www.easp.es/project/activos_para_la_salud_y_promocion_de_la_salud_mental/

Latapí, J.; (2015). Ciudades saludables en el contexto internacional. Colección de Aniversario. Documento de postura. Academia Nacional de Medicina. México.

Obtenidode:[https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L26 ANM Ciudades saludables.pdf](https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L26_ANM_Ciudades_saludables.pdf)

Quispe, M. (02 de febrero del 2023). Arequipa: adultos mayores podrán recibir atención especializada en su domicilio. El búho. Diario Digital. Obtenido de:

<https://elbuho.pe/2023/02/arequipa-adultos-mayores-podran-recibir-atencion-especializada-en-su-domicilio/>

OMS (2022). Informe Mundial sobre la Salud Mental: Transformar la salud mental para todos. Panorama General. Obtenido de:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/356118/9789240051966-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Barker, S y Dawson, K. (1998). The Effects of Animal-Assisted Therapy on Anxiety Ratings of Hospitalized Psychiatric Patients. PSYCHIATRIC SERVICES. Junio. 1998 Vol. 49 No. 6. Obtenido de: [file:///E:/Users/User/Downloads/The Effects of Animal-Assisted Therapy on Anxiety .pdf](file:///E:/Users/User/Downloads/The_Effects_of_Animal-Assisted_Therapy_on_Anxiety_.pdf)

Zamarra, M. (2002) Terapia asistida por animales de compañía. Bienestar para el ser humano.EAP. Aranjuez II. Sector XI. Insalud. Obtenido de: https://patasterapeutas.com.br/pesquisas/data/files/67/1599486358_uoBrTbF3xMKqoZo.pdf

Pulgarín, N y Orozco, J. (2016). Terapia asistida con animales: aproximación conceptual a los beneficios del vínculo humano-animal. Artículo de reflexión publicado en V8 N° 2, julio-diciembre 2016 pp 221-228. Obtenido de: [file:///E:/Users/User/Downloads/Dialnet-TerapiaAsistidaConAnimales-5909317%20\(5\).pdf](file:///E:/Users/User/Downloads/Dialnet-TerapiaAsistidaConAnimales-5909317%20(5).pdf)

Balibrea, M.; Rodríguez, S. y Lizeretti, N.; (2016). Desarrollo de la inteligencia emocional en niños a través de la terapia asistida por animales. Colegio Oficial de Psicología de Catalunya. Obtenido de: http://www.psiara.cat/view_article.asp?id=4697

Maestre, S. (2015). Terapia asistida con animales: propuesta de abordaje en una unidad de convivencia desde la educación social. Trabajo de fin de grado Educación Social. Universidad de Valladolid. España.

Obtenido de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/14444/TFG-G1305.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Martínez, A.; Matilla, M.; Todó, M.; (2010). Terapia asistida con perros. Obtenido de: <https://docplayer.es/2331155-Terapia-asistida-con-perros.html>

Olarte, M y Diaz, M (2016). Intervenciones asistidas por animales: intervenciones con perros en adultos mayores a partir del enfoque multimodal. 2nd Pan-American Interdisciplinary Conference, PIC 2016. 24-26 Febrero, Buenos Aires, Argentina. Obtenido de: <file:///E:/Users/User/Downloads/2nd.PIC.2016.pdf>

Gómez, L; Atehortua, C; Orozco, S. (2007). La influencia de las mascotas en la vida humana. Revista Colombiana de Ciencias Pecuarias. Grupo de investigación CENTAURO. Escuela de Medicina Veterinaria. Facultad de Ciencias Agrarias. Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia. Obtenido de: <https://www.redalyc.org/pdf/2950/295023025016.pdf>

Gómez, M. (2017). Terapia Asistida con Animales: una revisión bibliográfica. Trabajo de grado para obtener el título de psicóloga. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Universidad de Antioquía. Obtenido de: https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/14371/1/GomezMaria_2017_TerapiaAsistidaAnimales.pdf

Kerman, B. (2015). Nuevas ciencias de la conducta: las herramientas del cambio. Primera edición. Buenos Aires, Argentina. Universidad de Flores. Obtenido de: https://www.researchgate.net/profile/BernardoKerman/publication/346356671_Nuevas_Ciencias_de_la_Conducta_-_Herramientas_para_el_cambio_Libro/links/5fbeca1492851c933f5c9cee/Nuevas-Ciencias-de-la-Conducta-Herramientas-para-el-cambio-Libro.pdf

Villatoro, F. (19 de abril de 2015). Francis en #rosavientos: La oxitoxina y el amor entre los perros y sus dueños. Obtenido de: <https://francis.naukas.com/2015/04/19/francis-en-rosavientos-la-oxitacina-y-el-amor-entre-los-perros-y-sus-duenos/>

Nagasawa, M; Kazutaka, M y Kikusui, T (2009). Attachment between humans and dogs. Japanese Psychological Research, 51(3), 209-221.doi: doi: 10.1111/j.1468-5884.2009.00402.x.Obtenidode: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1468-5884.2009.00402.x>

Kikusui, T. (17 de abril del 2015). Los perros y sus dueños, unidos por la mirada. Infosalus. Obtenido de: <https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-perros-duenos-unidos-mirada-20150417140454.html>

Banks, M y Banks, W. (2002). The Effects of Animal-Assisted Therapy on Loneliness in an Elderly Population in Long-Term Care Facilities. Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES, Vol 57^a, N 7, pp 428-432. Obtenido de: <http://www.reteitalianaiaa.it/articoli201.pdf>

Colombo, G; Dello, M; Smania, K; Raviola, R y De Leo, D (2006). Pet therapy and institutionalized elderly: A study on 144 cognitively unimpaired subjects. Archives of Gerontology and Geriatrics 42. pp 207-216. Obtenido de: https://www.academia.edu/3848752/Pet_therapy_and_institutionalized_elderly_A_study_on_144_cognitively_unimpaired_subjects

Betz, A; Uvnas-Moberg, K; Julius, H y Kotrschal, K. (2012). Psychosocial and psychophysiological effects of human-animal interactions: the possible role of oxytocin. Review article. Psychology section for clinical settings. Obtenido de: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2012.00234/full>

Kertész, R. (2005). El enfoque multimodal y las escuelas de psicoterapia. Revista IIPSI. Vol 8. N° 2. pp 113-127. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Perú. Obtenido de:

<https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/4051/32>
27

BID (2019). Envejecer con cuidado: atención a la dependencia en América Latina y el Caribe. Obtenido de: [file:///E:/Users/User/Downloads/Envejecer con cuidado Atenci%C3%B3n a la dependencia en Am%C3%A9rica Latina y el Caribe es%20\(3\).pdf](file:///E:/Users/User/Downloads/Envejecer%20con%20cuidado%20Atenci%C3%B3n%20a%20la%20dependencia%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20Caribe%20es%20(3).pdf)

Fundación Arrels (1992). Las personas en situación de sin hogar también sufren. ¿De quiénes estamos hablando? Educación Social, N° 23, pp 79-90. Obtenido de: <https://redined.educacion.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/29608/00920123017744.pdf?sequence=1>

Rivera de los Santos, F; Ramos, P; Moreno, C y Hernán, M (2011). Análisis del modelo salutogenético en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. Colaboración especial. Revista española de Salud Pública. N°2. Marzo-abril 2011. pp129-139. Obtenido de: https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v85n2/02_colaboracion1.pdf

Rivera de los Santos, F; Ramos, P; Moreno, C; Hernán, M y García, I (2008) Análisis del modelo salutogenético y del sentido de coherencia: retos y expansión de un enfoque positivo de la salud y el desarrollo. Obtenido de:

<https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/33758/An%C3%A1lisis%20del%20modo%20salutog%C3%A9nico.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ley N°30490. Ley de la Persona Adulta Mayor y su reglamento. (20 de Julio de 2016). Obtenido de: <https://diariooficial.elperuano.pe/pdf/0037/ley-reglamento-persona-adulta.pdf>

Decreto Supremo N°002-2013-MIMP. Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013-2017. (15 de junio de 2013). Obtenido de: <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/planpam3.pdf>

Decreto Supremo N°011-2011-MIMDES. Política Nacional en relación a las Personas Adultas Mayores. (8 de julio de 2011). Obtenido de: https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/DS_011-2011-MIMDES.pdf

Decreto Supremo N° 006-2021-MIMP. Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores al 2030. (5 de junio del 2021). Obtenido de: <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/decreto-supremo-que-aprueba-la-politica-nacional-multisector-decreto-supremo-n-006-2021-mimp-1960402-3>

Decreto Supremo N°008-2022-MIDIS. Política Nacional de Desarrollo e Inclusión Social al 2030. (31 de diciembre de 2022). Obtenido de:

<https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-la-politica-nacional-de-desarrol-decreto-supremo-n-008-2022-midis-2139652-3/>

Ley N°30490. Ley de la Persona Adulta Mayor y su reglamento. (20 de Julio de 2016). Obtenido de: <https://diariooficial.elperuano.pe/pdf/0037/ley-reglamento-persona-adulta.pdf>

Decreto Supremo N°002-2013-MIMP. Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013-2017. (15 de junio de 2013). Obtenido de: <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/planpam3.pdf>

Defensoría del Pueblo (2019). Envejecer en el Perú: hacia el fortalecimiento de las políticas para personas adultas mayores. Informe de Adjuntía N°006-2019-DP/AAE. Obtenido de: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2019/08/DEFENSOR%C3%8DA-DEL-PUEBLO-INFORME-ENVEJECER-EN-EL-PER%C3%9A.pdf>

OPS y OMS (2022). Estrategia y Plan de Acción sobre la Promoción de la Salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030. Washington.DC. Obtenido de: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55950/OPSFPLIM220006_spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Instituto Danés de Derechos Humanos. La guía de los derechos humanos a los ODS. Objetivos, metas e indicadores. Obtenido de: <https://sdg.humanrights.dk/es/goals-and-targets>

Watanabe, B. Y. A. (2014). Satisfacción por la vida y teoría homeostática del bienestar. *Psicología y Salud*, 15(1), 121-126. Obtenido de: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/826/1501>

Fernández-Ballesteros. R (1997). Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Anuario de Psicología* 1997, no 73,89-104 O 1997, Facultat de Psicologia Universitat de Barcelona. Universidad Autónoma de Madrid. Obtenido de: [file:///E:/Users/User/Downloads/9036-Texto%20del%20art%C3%ADculo-14497-1-10-20131112%20\(4\).pdf](file:///E:/Users/User/Downloads/9036-Texto%20del%20art%C3%ADculo-14497-1-10-20131112%20(4).pdf)

Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología* 2003 volumen 35 - N° 2 161-164. Obtenido de: <https://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>

Herrera, A y Guzmán A. (2012). Reflexiones sobre calidad de vida, dignidad y envejecimiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, Volumen 23, Número 1, enero de 2012 , páginas 65-76. Obtenido de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012702754?via%3Dihub>

Universidad La Salle. (2008). La Pirámide de Maslow en la evolución personal. Paper pirámide de Maslow. Obtenido de: <https://www.ulasalle.edu.bo/es/images/ulasalle/postgrado/geastioncapitalhumano2016/modulo3/PAPER-PIRAMIDE-DE-MASLOW.pdf>

Velezmoro, Y. (2021). Depresión y abandono familiar en un asilo de ancianos en Chiclayo. (Tesis de pregrado). Universidad Señor de Sipán. Facultad Ciencias de la Salud. Pimentel. Chiclayo. Perú. Obtenido de: <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/9466/Velezmoro%20Zavala%20Yahami%20Seshira.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

OMS (2002). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Obtenido de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf

Ramos, A; Yordi, M y Miranda, M (2016). El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. Revista archivo médico de Camaguey. Vol 20. N°3. Mayo-Junio. Obtenido de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000300014

Puente, C. (2008). El modelo ecológico de Bronfenbrenner: una contribución para el estudio de la construcción cultural de la vejez en la ciudad de México. (tesis de posgrado). Universidad Nacional Autónoma de México. Obtenido de: http://132.248.9.195/ptd2008/diciembre/0637292/0637292_A1.pdf

Varela, L (2016). Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Vol. 33. N°2. Abril-Junio, 2016. Obtenido de:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200001

Martín, R. (2018). Actividad física y calidad de vida en el adulto mayor. Una revisión narrativa. Revista Habanera de Ciencias Médicas. Vol.17. N°5. Setiembre-Octubre 2018. Obtenido de:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000500813

Stein, A (2016). Relación entre actividad física, salud percibida, bienestar subjetivo, depresión y enfermedades crónicas en personas mayores. (Tesis doctoral). Universidad de León, España. Obtenido de:

<https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/5437/Tesis%20de%20Amelia%20Cristina%20Stein.PDF?sequence=1&isAllowed=y>

OPS, (2002). Promover un estilo de vida para las personas adultas mayores, en Guía Regional para la promoción de la actividad física, Washington. Obtenido de: <https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/promover.pdf>

Parra, M (2017). Envejecimiento activo y calidad de vida: Análisis de la actividad física y satisfacción vital en personas mayores de 60 años. (Tesis doctoral). Universidad Miguel Hernández, Alicante, España. Obtenido de: <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/4457/1/TD%20Parra%20Rizo%2C%20M%20aria%20Antonia.pdf>

OPS (2019) Plan de Acción Mundial sobre Actividad Física 2018-2030: Más personas activas para un mundo más sano. Obtenido de: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50904/9789275320600_spa.pdf

OPS. (23 de setiembre del 2022). OPS Perú: Actimóvil visitó 12 distritos en Lima durante la Semana del Bienestar. Obtenido de: <https://www.paho.org/es/noticias/23-9-2022-ops-peru-actimovil-visito-doce-distritos-lima-durante-semana-bienestar>

Ruiz, M y Pairdo, A (2005). Calidad de vida relacionada con la salud: definición y utilización en la práctica médica. *Pharmacoeconomics - Spanish Research Articles* pp.31-43. Universidad Autónoma de Madrid Obtenido de: file:///E:/Users/User/Downloads/Ruiz_2005_CVRS.pdf

OMS (2022). Informe Mundial sobre la Salud Mental: transformar la salud mental para todos. Panorama General. Obtenido de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/356118/9789240051966-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Martínez, E (1998). Promoción de la salud. Investigación y Educación en Enfermería. Medellín XVI (2). Setiembre. Colombia. Obtenido de: file:///E:/Users/User/Downloads/smosqueramapura,+16902-Article+Text-58389-1-10-20131008_compressed.pdf

Herrero, F (2014). Salutogénesis versus patogénesis. Una de las inquietudes más básicas de toda persona es como cuida, mejora o recupera su salud. Gacetilla de la Asociación de Pacientes para un sistema sanitario ampliado antroposóficamente. Obtenido de: <http://www.anthrosana.org.es/gallo/Gallo24.pdf>

Árraga, M y Sánchez, M. (2007). Recreación y calidad de vida en adultos mayores que viven en instituciones geriátricas y en sus hogares. Un estudio comparativo. *Espacio Abierto Cuaderno Venezolano de Sociología*. Vol. 16 No. 4 (octubre-

diciembre, 2007): 737 – 756. Obtenido de:
<https://www.redalyc.org/pdf/122/12216405.pdf>

OPS, (2019). Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030.

Obtenidode: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020reves.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_25&download=true

Gómez, C. (9 de marzo del 2021). Tríada cognitiva de Beck: el modelo teórico más famoso de la depresión. Revista Digital INESEM. Obtenido de:
<https://www.inesem.es/revistadigital/educacion-sociedad/triada-cognitiva-de-beck/>

Loje, R. (2018). Depresión y calidad de vida en usuarios del centro del adulto mayor de la red asistencial Ancash, Chimbote. (tesis de posgrado). Universidad Católica Los Angeles, Chimbote, Perú. Obtenido de:
http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13032/5975/DEPRESION_CALIDAD_DE_VIDA_LOJE_CANTINETT_RICARDO_ALCIDES.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Parada, K; Guapizaca, J y Bueno, G (2022). Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. Uisrael. Revista Científica. Vol 9. N°2. Mayo-Junio. Ecuador. Obtenido de:
<http://scielo.senescyt.gob.ec/pdf/rcuisrael/v9n2/2631-2786-rcuisrael-9-02-00077.pdf>

Moquillaza, M; León, E; Dongo, M y Munayco, C (2015). Características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores en situación de calle en Lima, Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Vol 32. N° 4. Octubre. Obtenido de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000400010

Vílchez, J; Soriano, A; Saldaña, D; Acevedo, T; Bendezú, P; Ocampo, B y Ciudad, L. (2017). Asociación entre trastorno depresivo y deterioro cognitivo en ancianos de tres ciudades del Perú. Acta Médica Peruana. Vol.34.N°4. Octubre-Diciembre. Artículo original. Obtenido de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172017000400003

Benavides, C (2017). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. Artículo de revisión. Revista Mexicana de Anestesiología. Vol. 40. No. 2 Abril-Junio 2017 pp 107-112. Obtenido de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma172f.pdf>

Cardona, D; Segura, Osley, M y Salazar, L. (2018). Condiciones físicas, psicológicas, sociales, emocionales y calidad de vida de la población adulta mayor en el departamento de Antioquia. Papeles de Población N°97.PP9-42. Universidad CES, Medellín, Colombia. Obtenido de: <https://rppoblacion.uaemex.mx/article/view/8838/9433>

Arévalo, L. (2015). Prevalencia de depresión en los adultos mayores del asilo de ancianos “San Francisco de Asís” de la ciudad de Iquitos-2015. (tesis de pregrado). Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Punchana, Iquitos, Perú. Obtenido de:

https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12737/3980/Linder_Tesis_Titulo_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Vassallo, M.; (2019). Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de dos centros de reposo de Lurigancho-Chosica. Lima - Perú 2019. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología. Facultad de Humanidades. Universidad San Ignacio de Loyola. Obtenido en:

<https://repositorio.usil.edu.pe/items/8f503fb6-3da4-4e41-933d-88f35dcb6aea>

Acosta, C; Tánori, J; García, R; Echeverría, S; Vales, J y Rubio, L (2017).

Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. Psicología y Salud, Vol. 27, Núm. 2: 179-188, julio-diciembre de 2017. Obtenido de:

<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2535/4417>

Albinagorta, J.; (2022). Depresión y calidad de vida en adultos mayores albergados en una institución pública, Lima, Perú. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología. Facultad de Psicología y Trabajo Social.

Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Lima, Perú. Obtenido en:
<http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/6420>

Navos, D; Castro, M y Pazmiño, M. (2023). Relatos vivenciales de los adultos mayores del hogar Miguel León de la ciudad de Cuenca para mantener la medicina ancestral. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. Vol 7. N°1. Enero-Febrero 2023. México. Obtenido de:
<https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/4578/6972>

Ministerio de Salud y Protección Social (2017). Políticas favorecedoras para los entornos saludables. Mesa Técnica Nacional de Entornos Saludables-CONASA. Bogotá. Colombia. Obtenido de:
https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SA/18p_oliiticas-favorecedoras-mtes.pdf

Zlachevsky, A.; (2020). Viktor Frankl y la importancia de la Búsqueda de sentido. Apuntes de clase. Circulación restringida. Obtenido en:
[file:///E:/Users/User/Downloads/Viktor Frankl y la importancia de la bus-1.pdf](file:///E:/Users/User/Downloads/Viktor%20Frankl%20y%20la%20importancia%20de%20la%20bus-1.pdf)

Acevedo, G.; (2019). La búsqueda del sentido y su efecto terapéutico. Nous. Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial. Obtenido en:
http://www.logoterapia.net/uploads/23_acevedo_2019_busqueda.pdf

Acevedo, G.; (2013). El nuevo paradigma. La dimensión social de la salud. Nous. Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial. Obtenido en: http://www.logoterapia.net/uploads/17_acevedo_2013_dimensionsocialsalud.pdf

Gutiérrez, L (2021). Salud mental en adultos mayores relacionada al aislamiento ocasionado por COVID 19. Obtenido de: <https://medicina.uniandes.edu.co/sites/default/files/articulos/doc/salud-mental-en-adultos-mayores-relacionada-al-aislamiento-por-covid-19.pdf>

Hernández, R; Fernández, C; Baptista, Pilar (2014). Metodología de la Investigación. Sexta Edición. México. Obtenido en: <file:///E:/Users/User/Desktop/TESIS%20FINAL%20MATERIAL%20PROPUESTAS/48.Investigacion%20aplicada.pdf>

Anexo 1: Entrevista

La presente entrevista se aplica al personal estratégico y operativo responsables de servicios dirigidos a adultos mayores del albergue Casa de Todos, con el fin de recabar información para el plan de trabajo de investigación realizado por la egresada Verushka Villavicencio Vines para optar el grado de Maestra en Gestión Pública del Instituto de Gobierno y Gestión Pública de la Universidad San Martín de Porres.

Esta información es de carácter confidencial y será usada sólo para los fines del presente trabajo de investigación académico.

INSTRUMENTOS DE GESTIÓN

A. Documentos técnicos

1. ¿La institución cuenta con una base de datos actualizada de adultos mayores?
2. ¿La institución cuenta con un plan operativo anual?
3. ¿La institución cuenta un protocolo de atención para adultos mayores?
4. ¿La institución cuenta con instrumentos que midan la calidad de la atención para personas adultas mayores?
5. ¿La institución cuenta con instrumentos que midan el buen trato hacia las personas adultas mayores?

B. Enfoque de promoción de la salud

6. El servicio ¿se ajusta a la atención en salud centrada en la atención a la persona adulta mayor según los principios generales del título preliminar, la Ley de la Persona Adulta Mayor, artículo único, inciso d. Explique ¿de qué forma se da esta atención?
7. Los profesionales aplican tratamientos y/o medidas que mejoran los aspectos biológicos y emocionales para el adulto mayor que viven en el albergue. Explique ¿cuáles son?

8. Explique en qué consiste el servicio de psicología que brinda la Casa de Todos. Explique en que consiste el servicio de enfermería que brinda la Casa de Todos
9. ¿El servicio que desarrolla cuenta con un enfoque de promoción de la salud? Explique.
10. ¿Cuáles son las actividades de promoción de la salud que se desarrolla para los adultos mayores? ¿Cuenta con actividades específicas para adultos mayores que no reciben visitas de familiares y viven en el albergue?
11. ¿Cuáles son los indicadores que demuestran la mejora en la calidad de vida del adulto mayor?
12. Consideraría que se debería implementar señales que guíen a los adultos mayores hacia las zonas comunes, zonas de terapia y hacia sus habitaciones.
13. ¿Considera que los adultos mayores se ubican con facilidad dentro del albergue?

C. Terapia o actividades asistidas con animales

14. ¿Conoce usted servicios que desarrollen acciones de terapia o actividades asistidas con animales para el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor? Explique su respuesta
15. ¿Le interesaría incluir en su servicio de atención a adultos mayores terapia o actividades asistidas con animales?
16. ¿Tiene usted alguna referencia del programa CAN SOLIDARIO? Si la rpta es SI, ¿cuál cree que fue el impacto en la mejora de la calidad de vida del adulto mayor?

INTERÉS DEL PRESTADOR DEL SERVICIO

A. Innovación de servicios

17. ¿El Albergue cuenta con presupuesto anual?
18. ¿Consideraría asignar presupuesto para crear programas innovadores?
19. ¿Consideraría implementar un programa con voluntarios y sus mascotas para que desarrollen actividades asistidas con animales?

20. ¿Cuál sería el logro en la promoción de la salud del adulto mayor que vive en el albergue que esperaría con un programa con voluntarios y sus mascotas?
21. ¿Consideraría que se mejoraría el bienestar psicológico de los adultos mayores con la visita de voluntarios y sus mascotas?
22. Con la colocación de señales que guíen las rutas internas del albergue ¿consideraría que se mejoraría el bienestar en el uso del espacio físico de los adultos mayores?
23. Consideraría que este programa mejoraría la calidad de vida de los adultos mayores. Explique

Anexo 2.Ficha sociodemográfica

VARIABLE	PORCENTAJE
Sexo	
Mujer	
Hombre	
Edad	
De 60 a 65 años	
De 66 años a 70 años	
De 71 a 75 años	
De 76 a 85 años	
De 86 años a 90 años	
De 90 años a más	
Estado civil	
Soltero (a)	
Casado (a)	
Divorciado (a)	
Separado (a)	
Viudo (a)	
Nivel académico	
Ninguno	
Primaria	
Secundaria	
Universitario	
Técnico	
Maestría/Doctorado	
Posgrado	
Ocupación actual	
ALBERGADO	
Tiempo de vivir en el albergue	
De 1 meses a 6 meses	
De 6 meses a 1 año	
De 1 año y medio en adelante	
Situación familiar	
En el último año ha recibido visitas de algún familiar, amigos cercanos o parientes	
SI	
NO	
¿Tuvo hijos?	
¿Tuvo sobrinos?	
¿Tuvo nietos?	
Situación económica	
Muy buena	

Buena	
Regular	
Mala	
Situación de salud	
Sufre alguna enfermedad que requiere tratamiento o acompañamiento médico permanente (más de 2 años)	
SI	
NO	
Situación de su habitación	
Habitación individual	
Habitación compartida	
Baño individual	
Baño compartido	
Situación de apoyo comunitario	
¿Le gustaría recibir visitas?	
SI	
NO	
¿Le agradan los perritos?	
SI	
NP	
¿Le gustaría recibir la visita de un voluntario junto con su mascota?	
SI	
NO	
Situación del espacio físico	
¿Alguna vez se ha sentido desubicado dentro del albergue sin saber a dónde dirigirse?	
SI	
NO	
Ubica con facilidad los pasillos y áreas comunes	
SI	
NO	
¿Alguna vez ha necesitado que alguna persona le indique donde se encuentra su habitación?	
SI	
NO	

Anexo 3: Escala de Depresión Geriátrica Yesavage

Elija la mejor respuesta acerca de cómo se sintió Ud., la semana pasada.

	RSPTA	CLAVE
1.- ¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?		N
2.- ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?		S
3.- ¿Siente que su vida está vacía?		S
4.- ¿Se aburre con frecuencia?		S
5.- ¿Se siente esperanzado respecto al futuro?		N
6.- ¿Le preocupan pensamientos que no puede quitarse de la cabeza?		S
7.- ¿Se encuentra animado la mayor parte del tiempo?		N
8.- ¿Teme Ud., que le vaya a pasar algo malo?		S
9.- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		N
10.- ¿Se siente desamparado con frecuencia?		S
11.- ¿Se siente intranquilo y nervioso con frecuencia?		S
12.- ¿Prefiere permanecer en su casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas?		S
13.- ¿Se preocupa con frecuencia por el futuro?		S
14.- ¿Cree Ud., que tiene más problemas de memoria que las demás personas?		S
15.- ¿Cree que es maravilloso estar vivo?		N
16.- ¿Se siente con frecuencia triste y deprimido?		S
17.- ¿Piensa con frecuencia que su vida no tiene sentido?		S
18.- ¿Se preocupa mucho por el pasado?		S
19.- ¿Encuentra que la vida es muy interesante?		N
20.- ¿Le resulta difícil poner en marcha nuevos proyectos?		S
21.- ¿Se siente lleno de energía?		N
22.- ¿Piensa que su situación es desesperada?		S
23.- ¿Piensa que la mayoría de las personas están mejor que Ud?		S
24.- ¿Se enfada con frecuencia por cosas pequeñas?		S
25.- ¿Siente con frecuencia ganas de llorar?		S
26.- ¿Le resulta difícil concentrarse?		S

27.- ¿Se siente feliz al levantarse por la mañana?		N
28.- ¿Prefiere evitar los contactos sociales?		S
29.- ¿Le resulta fácil tomar decisiones?		N
30.- ¿Conserva una mente tan clara como antes?		N

Respuestas apropiadas (no indicadoras de depresión) = Si, Todas las demás = No

Puntuación: (Número de Respuestas "Deprimidas)

- Normal : 0-10
- Depresión Leve : 11-20
- Depresión Intensa: 21-30

Anexo 4: Índice de Calidad

Mezzich y colaboradores, 2000

Con respecto a los siguientes aspectos de su vida, califique del 1 al 10 su situación actual, donde 10 es excelente:

1. Bienestar físico; es decir, sentirse con energía sin dolores ni problemas físicos.	
2. Bienestar psicológico o emocional; es decir, sentirse bien y satisfecho consigo mismo.	
3. Autocuidado y funcionamiento independiente; es decir, cuidar bien de su persona, tomar sus propias decisiones.	
4. Funcionamiento ocupacional; es decir, ser capaz de realizar un trabajo remunerado, tareas escolares y/o tareas domésticas.	
5. Funcionamiento interpersonal; es decir, ser capaz de responder y relacionarse bien con su familia, amigos y grupos.	
6. Apoyo socio-emocional; es decir, poseer disponibilidad de personas en quien confiar y de personas que le proporcionen ayuda y apoyo emocional.	
7. Apoyo comunitario; es decir, poseer un buen vecindario, disponer de apoyo financiero y de otros servicios.	
8. Plenitud personal; es decir, sentido de realización personal y de estar cumpliendo con sus metas más importantes.	
9. Satisfacción espiritual; es decir, haber desarrollado una actitud hacia la vida más allá de lo material y un estado de paz interior consigo mismo y con los demás.	
10. Calidad de vida global; es decir, sentirse satisfecho y feliz con su vida en general.	
TOTAL	

Anexo 5: Validación de instrumentos

Informe de Juicio de Experto sobre Instrumento de Investigación

I. DATOS GENERALES

- **Título de la investigación:** “Servicio de promoción de la salud con canes y su incidencia en la calidad de vida de adultos mayores, albergue Casa de Todos - Lima 2022”
- **Apellidos y nombre del experto:** Tercero Ananías Tolentino López
- **Grado académico:** Licenciado en Ciencias de la Comunicación y Publicidad
- **Institución en la que trabaja el experto:** Municipalidad de Lima
- **Cargo que desempeña:** Coordinador de comunicaciones en la Subgerencia de Bienestar y Promoción Social.
- **Instrumento motivo de la evaluación:** Entrevista a personal estratégico y operativo
- **Autor del instrumento:** Bach. Verushka Villavicencio Vincés

II. ASPECTOS DE VALIDACION

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están formulados con un lenguaje apropiado, es decir libres de ambigüedades.				X	
OBJETIVIDAD	Los ítems del instrumento permitirán medir la variable en todas sus dimensiones e indicadores en sus aspectos conceptuales y operacionales.				X	
ACTUALIDAD	El instrumento evidencia vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico y legal.					X
ORGANIZACION	Los ítems del instrumento traducen organicidad lógica en concordancia con la definición operacional y conceptual relacionada con las variables en todas dimensiones e indicadores, de manera que permiten hacer abstracciones e inferencias en función a los problemas y objetivos de la investigación					X
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento expresan suficiencia en cantidad y calidad					X
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento evidencian ser adecuados para el examen de contenido y mensuración de las evidencias inherentes					X
CONSISTENCIA	La información que se obtendrá mediante los ítems, permitirá analizar, describir y explicar la realidad motivo de la investigación					X
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan coherencia entre la variable, dimensiones e indicadores					X
METODOLOGIA	Los procedimientos insertados en el instrumento responden al propósito de la investigación					X
PERTINENCIA	El instrumento responde al momento oportuno o más adecuado					X
SUBTOTAL					8	40
TOTAL					48	

III OPINION DE APLICACIÓN: Es válido para su aplicación

IV PROMEDIO DE VALIDACION: Excelente

Lima, 5 de diciembre 2022



FIRMA DEL EXPERTO
DNI: 44157176

Anexo 6: Validación de instrumentos

Informe de Juicio de Experto sobre Instrumento de Investigación

III. DATOS GENERALES

- **Título de la investigación:** “Servicio de promoción de la salud con canes y su incidencia en la calidad de vida de adultos mayores, albergue Casa de Todos - Lima 2022”
- **Apellidos y nombre del experto:** Tercero Ananías Tolentino López
- **Grado académico:** Licenciado en Ciencias de la Comunicación y Publicidad
- **Institución en la que trabaja el experto:** Municipalidad de Lima
- **Cargo que desempeña:** Coordinador de comunicaciones en la Subgerencia de Bienestar y Promoción Social.
- **Instrumento motivo de la evaluación:** Ficha sociodemográfica
- **Autor del instrumento:** Bach. Verushka Villavicencio Vínces

IV. ASPECTOS DE VALIDACION

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están formulados con un lenguaje apropiado, es decir libres de ambigüedades.					X
OBJETIVIDAD	Los ítems del instrumento permitirán medir la variable en todas sus dimensiones e indicadores en sus aspectos conceptuales y operacionales.					X
ACTUALIDAD	El instrumento evidencia vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico y legal.					X
ORGANIZACION	Los ítems del instrumento traducen organicidad lógica en concordancia con la definición operacional y conceptual relacionada con las variables en todas dimensiones e indicadores, de manera que permiten hacer abstracciones e inferencias en función a los problemas y objetivos de la investigación					X
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento expresan suficiencia en cantidad y calidad					X
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento evidencian ser adecuados para el examen de contenido y mensuración de las evidencias inherentes					X
CONSISTENCIA	La información que se obtendrá mediante los ítems, permitirá analizar, describir y explicar la realidad motivo de la investigación					X
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan coherencia entre la variable, dimensiones e indicadores					X
METODOLOGIA	Los procedimientos insertados en el instrumento responden al propósito de la investigación					X
PERTINENCIA	El instrumento responde al momento oportuno o más adecuado					X
SUBTOTAL						50
TOTAL						50

III OPINION DE APLICACIÓN: Es válido para su aplicación

IV PROMEDIO DE VALIDACION: Excelente

Lima, 5 de diciembre 2022



FIRMA DEL EXPERTO
DNI: 44157176

Anexo 7: Validación de instrumentos

ANEXO: VALIDACION DE INSTRUMENTOS

Informe de Juicio de Experto sobre Instrumento de Investigación

I. DATOS GENERALES

- **Título de la investigación:** "Servicio de promoción de la salud con canes y su incidencia en la calidad de vida de adultos mayores, albergue Casa de Todos - Lima 2022"
- **Apellidos y nombre del experto:** Diana Carolina Méndez Terrones
- **Grado académico:** Licenciada en Psicología con estudios de Maestría en Psicología comunitaria en curso.
- **Institución en la que trabaja el experto:** Municipalidad de Lima
- **Cargo que desempeña:** Coordinadora de Salud Mental
- **Instrumento motivo de la evaluación:** Escala de Depresión Geriátrica Yesavage
- **Autor del instrumento:** Jerome A. Yesavage y colaboradores

II. ASPECTOS DE VALIDACION

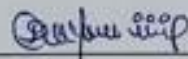
MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están formulados con un lenguaje apropiado, es decir libres de ambigüedades.					x
OBJETIVIDAD	Los ítems del instrumento permitirán medir la variable en todas sus dimensiones e indicadores en sus aspectos conceptuales y operacionales.					x
ACTUALIDAD	El instrumento evidencia vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico y legal.					x
ORGANIZACION	Los ítems del instrumento traducen organicidad lógica en concordancia con la definición operacional y conceptual relacionada con las variables en todas dimensiones e indicadores, de manera que permiten hacer abstracciones e inferencias en función a los problemas y objetivos de la investigación					x
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento expresan suficiencia en cantidad y calidad					x
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento evidencian ser adecuados para el examen de contenido y mensuración de las evidencias inherentes					x
CONSISTENCIA	La información que se obtendrá mediante los ítems, permitirá analizar, describir y explicar la realidad motivo de la investigación					x
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan coherencia entre la variable, dimensiones e indicadores					x
METODOLOGIA	Los procedimientos insertados en el instrumento responden al propósito de la investigación					x
PERTINENCIA	El instrumento responde al momento oportuno o más adecuado					x
SUBTOTAL						50
TOTAL						50

III OPINION DE APLICACION: Es válido para su aplicación.

IV PROMEDIO DE VALIDACION: 5, excelente.

Lima, 1 de diciembre 2022



FIRMA DEL EXPERTO
DNI 44721915

Anexo 8: Validación de instrumentos

ANEXO: VALIDACION DE INSTRUMENTOS

Informe de Juicio de Experto sobre Instrumento de Investigación

I. DATOS GENERALES

- Título de la Investigación: "Servicio de promoción de la salud con canes y su incidencia en la calidad de vida de adultos mayores, albergue Casa de Todos - Lima 2022"
- Apellidos y nombre del experto: Mamani Romero Jesus Angel
- Grado académico: Médico Cirujano
- Institución en la que trabaja el experto: Municipalidad Metropolitana de Lima
- Cargo que desempeña: sub gerente de salud Publica
- Instrumento motivo de la evaluación: Índice de Calidad de Vida
- Autor del Instrumento: Juan E. Mezzich y colaboradores

II. ASPECTOS DE VALIDACION

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están formulados con un lenguaje apropiado, es decir libres de ambigüedades.					X
OBJETIVIDAD	Los ítems del instrumento permitirán medir la variable en todas sus dimensiones e indicadores en sus aspectos conceptuales y operacionales.					X
ACTUALIDAD	El instrumento evidencia vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico y legal.				X	
ORGANIZACION	Los ítems del instrumento traducen organicidad lógica en concordancia con la definición operacional y conceptual relacionada con las variables en todas dimensiones e indicadores, de manera que permitan hacer abstracciones e inferencias en función a los problemas y objetivos de la investigación.					X
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento expresan suficiencia en cantidad y calidad.					X
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento evidencian ser adecuados para el examen de contenido y mensuración de las evidencias inherentes.					X
CONSISTENCIA	La información que se obtendrá mediante los ítems, permitirá analizar, describir y explicar la realidad motivo de la investigación.				X	
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan coherencia entre la variable, dimensiones e indicadores.					X
METODOLOGIA	Los procedimientos insertados en el instrumento responden al propósito de la investigación.					X
PERTINENCIA	El instrumento responde al momento oportuno o más adecuado.					X
SUBTOTAL					8	40
TOTAL					8	40

III OPINION DE APLICACION: Es válido para su aplicación

IV PROMEDIO DE VALIDACION:

Lima, 5 de diciembre 2022


 FIRMA DEL EXPERTO
 DNI 10719305

Anexo 9:Constancia Ciudadanos al Día-Can Solidario



Constancia de Participación

CAD Ciudadanos al Día, deja constancia que:

Según el Informe de Postulación presentado por La Municipalidad Distrital de Miraflores para la experiencia **Can Solidario** (Edición 2018 del Premio a las Buenas Prácticas en Gestión Pública, Categoría: Inclusión Social), La señorita **Verushka Villavicencio Vincés**, con el cargo de Coordinadora de la Oficina de Atención a la persona con discapacidad ha participado desempeñando actividades de Diseño, implementación, seguimiento, monitoreo y evaluación de la práctica.

Cabe mencionar que la postulación fue certificada por el Equipo Técnico como **Buena Práctica en Gestión Pública** por mostrar resultados medidos por medio de indicadores, tener potencial de replicabilidad, y por contar con impacto en beneficio de la ciudadanía. Asimismo, fue **distinguida como Ganadora** en el Premio Especial a la Innovación Pública por el Jurado del Premio; lo que significa que luego de un riguroso proceso de evaluación, la experiencia fue reconocida como la mejor del año.

CAD Ciudadanos al Día es una asociación comprometida no solo con la identificación y el reconocimiento de Buenas Prácticas en Gestión Pública, sino con su difusión y conocimiento por parte de servidores públicos y ciudadanos; generando de esa manera un incentivo para la mejora en la gestión pública, y una mayor demanda por servicios de calidad por parte del Estado.

Lima, 7 de Febrero de 2020

Caroline Gibu
Directora Ejecutiva

Anexo 10: Premiación Ciudadanos al Día 2018-Can Solidario



Al final de la ceremonia los representantes de las instituciones reconocidas por sus buenas prácticas posaron para la foto en el Gran Teatro Nacional.

La noche de los servidores públicos

La Municipalidad de Miraflores ganó en cinco categorías y obtuvo un galardón especial en la decimocuarta ceremonia del Premio a las Buenas Prácticas en Gestión Pública.

— MARÍA ROSA VILLALOBOS

En un contexto en el que las reformas del Estado y del sistema de justicia toman especial relevancia, se desarrolló anoche la decimocuarta edi-

ción del Premio a las Buenas Prácticas en Gestión Pública (BPG)—organizada por Ciudadanos al Día (CAD) y la Universidad del Pacífico—. El encuentro congregó a más de mil autoridades y servidores públicos; y alrededor

de 200 representantes de la empresa privada, medios de comunicación y la sociedad civil.

"Hemos visto que los servicios del Estado pueden llegar a los rincones más lejanos e integrar a las personas a este país que está próximo a celebrar 200 años. Todos estos avances pueden potenciarse si los diferentes poderes del Estado, el Poder Ejecutivo, el Congreso y el sistema de justicia suman esfuerzos para priorizar la reforma del servicio civil",

MÁS DATOS

— El Premio Buenas Prácticas en Gestión Pública (BPG) celebró su primera edición en el 2005.

— Este año hubo 21 categorías y tres premios especiales: Datos Abiertos, Gestión Municipal contra la Anemia y Desnutrición Crónica; e Innovación Pública.

dijo Caroline Gibu, directora ejecutiva de CAD, durante su discurso de bienvenida, después del cual se inició la ceremonia.

— **Ganadores**— Los premios BPG, que tienen como fin celebrar las medidas innovadoras implementadas en entidades públicas que ayuden a mejorar el servicio otorgado al ciudadano, contaron este año con la participación de 116 entidades estatales, más de 3 mil servidores públicos y 253 postulaciones certificadas como Buenas Prácticas en Gestión Pública, 14% más que el año pasado.

La Municipalidad de Miraflores se alzó como ganadora en cinco categorías (Consulta y Participación Ciudadana, Cooperación Público-Pública, Gestión Ambiental Efectiva, Inclusión Social, Subcategoría Desarrollo de Personas y

Promoción de la Cultura e Identidad) y obtuvo un premio especial a la innovación pública con su programa Can Solidario.

En las otras dos subcategorías de Inclusión Social, Acceso a Servicios Básicos y Desarrollo Productivo, se alzaron ganadores Pronabec y el INPE, respectivamente.

La categoría Educación tuvo dos ganadores: la UGEL Sechura con la iniciativa Defendamos tus Derechos, Cuidamos tus Sueños (subcategoría Educación Ciudadana); y el Ministerio de Educación con MineduLAB (subcategoría Gestión Educativa y Transferencia de Conocimientos).

La Sucamec fue la triunfadora en la categoría Fiscalización y Cumplimiento de la Ley con la práctica "Formalización de personas dedicadas a la actividad piro-técnica", Osnermin lo hizo en la categoría Promoción del Desarrollo Económico con su iniciativa MasiGas y el Ministerio de Salud fue reconocido por su aplicación Ahorromed, en la categoría Transparencia y Acceso a la Información.

— Edición 2018 —

El 54% de las buenas prácticas provino del Poder Ejecutivo, el 5% de gobiernos regionales y el 39% de gobiernos locales.

Asimismo, 40 de las iniciativas fueron desarrolladas por entidades ubicadas en Ancash, Arequipa, Cusco, Junín, La Libertad, Lambayeque, Lima región, Loreto, Piura y Tacna.

Dos categorías fueron declaradas desiertas este año: Predictibilidad de los Procesos Regulatorios y Relación con la Prensa. —



PREMIO 2018
BUENAS PRÁCTICAS
EN GESTIÓN PÚBLICA

CIUDADANOS QUE PREMIAN LA EXCELENCIA EN EL ESTADO

GANADOR

En la Categoría:
PREMIO ESPECIAL A LA INNOVACIÓN PÚBLICA

Otorgado a:
MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE MIRAFLORES, LIMA

Por la Buena Práctica en Gestión Pública:
CAN SOLIDARIO

Lima, 03 de septiembre del 2018



Caroline Gibu
CAD Ciudadanos al Día



Manual para la implementación del Servicio de Can Solidario



Buena Práctica de Miraflores Inclusiva y Accesible

2018



Anexo 12: Carta de aprobación para la investigación

Jr. Carabaya 641, Lima - Perú
(01) 427 6621 / (01) 427 6622

www.beneficenciadelima.org



**Beneficencia
de Lima**
—1834

Lima, 13 de setiembre del 2022

CARTA N° 081-2022-GPS/SBLM

Srta. Verushka Villavicencio Vinos
Alumna del Instituto de Gobierno y Gestión Pública
Universidad San Martín de Porres
Presenta. -

Referencia: Exp. Ext. N° 3806-2022

De mi consideración:

Mediante el presente tengo el agrado de saludarla cordialmente a nombre de la Sociedad de Beneficencia de Lima Metropolitana (SBLM), institución que desde 1834 viene trabajando en aras de mejorar la calidad de vida de personas en situación de mayor vulnerabilidad, con la finalidad expresa de velar por su bienestar, promoción social y atención integral a través de sus Centros de Atención.

En relación al documento de la referencia, en el cual solicita los permisos correspondientes para realizar la recolección de datos en el Albergue "Casa de Todos", en el marco de vuestro proyecto de investigación que tiene como objeto el mejoramiento de la calidad de vida de las personas adultas mayores.

Al respecto, la Gerencia de Protección Social, a través de la Subgerencia de Calidad en Protección Social han realizado la evaluación correspondiente, encontrando viable el desarrollo de la investigación propuesta, debiendo aplicar las siguientes recomendaciones:

1. Contar con el carnet de vacunación figurando las 3 dosis contra la COVID-19, según los protocolos de bioseguridad establecidos.
2. Coordinar el desarrollo de las evaluaciones con el servicio de psicología del Albergue.
3. Brindar una copia del trabajo final de su investigación y desarrollar una charla sobre los resultados obtenidos, con el fin de proporcionar recomendaciones al Albergue.

Finalmente, es importante resaltar que vuestra ayuda contribuye en la oportuna intervención, cuidado y protección del bienestar de nuestra población albergada en los Centros de Atención de la SBLM.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,


SOCIEDAD DE BENEFICENCIA DE LIMA METROPOLITANA
M^{te} María Verónica Abadía Naco
Gerente de Protección Social

Anexo 13: Base de datos

Ficha Sociodemográfica

	SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	Nivel acadé	Tiempo de vivir e	SITUACION DE V	Sabre su familia	Situac
2								
3	HOMBRE	DE 81 a 85 años	Saltera(a)	Secundaria	De 1 año y medio en ad	Última mor	Na tenga amigar ni far	Regular
4	HOMBRE	DE 66 A 70 años	Saltera(a)	Secundaria	De 1 año y medio en ad	Última año	Tuvazabrinar	Regular
5	HOMBRE	DE 76 A 80 años	Saltera(a)	Maestría/Doctora	De 1 año y medio en ad	Última año	Na tuva	Mala
6	HOMBRE	DE 66 A 70 años	Saltera(a)	Maestría/Doctora	De 1 año y medio en ad	Última mor	Tuvazabrinar	Muy buena
7	HOMBRE	DE 71 A 75 años	Carada(a)	Univerzitaria	De 1 año y medio en ad	Última mor	Tuva hijar, Tuva nieta	Mala
8	HOMBRE	DE 81 a 85 años	Viuda(a)	Técnica	De 1 año y medio en ad	Última mor	Tuva hijar	Mala
9	HOMBRE	DE 71 A 75 años	Saltera(a)	Técnica	De 1 año y medio en ad	Última 6 meses	Tuva hijar, Tuvazabrin	Mala
10	HOMBRE	DE 66 A 70 años	Separada(a)	Univerzitaria	De 1 año y medio en ad	Última año	Tuva hijar	Mala
11	HOMBRE	DE 60 A 65 años	Divarciada(a)	Univerzitaria	De 6 meses a 1 año	Última mor	Tuva hijar, Tuvazabrin	Mala
12	HOMBRE	DE 60 A 65 años	Separada(a)	Técnica	De 1 año y medio en ad	Última mor	Tuva hijar	Mala
13	HOMBRE	Na recuerda	Saltera(a)	Secundaria	De 1 a 6 meses	Última mor	Na	Mala
14	HOMBRE	DE 71 A 75 años	Divarciada(a)	Univerzitaria	De 1 a 6 meses	Última mor	Tuva hijar, Tuvazabrin	Mala
15	HOMBRE	DE 66 A 70 años	Carada(a)	Univerzitaria	De 1 año y medio en ad	Última año	Tuva hijar	Regular
16	HOMBRE	DE 66 A 70 años	Saltera(a)	Secundaria	De 1 año y medio en ad	Ninguna. Mi familia es	Tuvazabrinar, Derde	Mala
17	HOMBRE	DE 76 A 80 años	Saltera(a)	Primaria	De 1 año y medio en ad	Ninguna	Tuvazabrinar	Buena
18	HOMBRE	DE 71 A 75 años	Separada(a)	Univerzitaria	De 6 meses a 1 año	Na precisa cuándo fue	Tuva hijar, Tuvazabrin	Mala
19	HOMBRE	DE 76 A 80 años	Saltera(a)	Primaria	De 1 año y medio en ad	Ninguna	Tuva hijar	Buena
20	HOMBRE	DE 60 A 65 años	Saltera(a)	Técnica	De 1 a 6 meses	Ninguna	Tuva hijar, Tuvazabrin	Regular
21	HOMBRE	DE 71 A 75 años	Saltera(a)	Primaria	De 1 año y medio en ad	Última mor	Tuva hijar, Tuvazabrin	Mala
22	HOMBRE	DE 71 A 75 años	Saltera(a)	Secundaria	De 1 año y medio en ad	Ninguna	Tuva hijar	Regular
23	HOMBRE	DE 60 A 65 años	Carada(a)	Univerzitaria	De 1 año y medio en ad	Última mor	Tuva hijar	Mala
24	HOMBRE	DE 81 a 85 años	Viuda(a)	Técnica	De 1 a 6 meses	Última mor	Tuva hijar, Tuvazabrin	Mala
25	HOMBRE	DE 71 A 75 años	Divarciada(a)	Secundaria	De 6 meses a 1 año	Ninguna	Tuva hijar	Mala
26	HOMBRE	DE 60 A 65 años	Separada(a)	Primaria	De 1 año y medio en ad	Ninguna	Tuvazabrinar	Mala
27	HOMBRE	DE 81 a 85 años	Carada(a)	Primaria	De 1 a 6 meses	Na precisa cuándo fue	Tuva hijar, Tuvazabrin	Mala
28	HOMBRE	DE 66 A 70 años	Separada(a)	Univerzitaria	De 1 año y medio en ad	Ninguna	Tuva hijar	Mala
29	HOMBRE	DE 81 a 85 años	Divarciada(a)	Secundaria	De 6 meses a 1 año	Na precisa cuándo fue	Tuva hijar, Tuvazabrin	Mala
30	HOMBRE	DE 71 A 75 años	Separada(a)	Primaria	De 1 año y medio en ad	Última mor	Tuva hijar	Mala
31	HOMBRE	DE 71 A 75 años	Carada(a)	Primaria	De 6 meses a 1 año	Na precisa cuándo fue	Tuva hijar, Tuva nieta	Regular
32	HOMBRE	DE 81 a 85 años	Carada(a)	Secundaria	De 1 año y medio en ad	Mir hijar me llaman pa	Tuva hijar, Tuva nieta	Buena
33	HOMBRE	DE 66 A 70 años	Separada(a)	Secundaria	De 1 año y medio en ad	Ninguna	Tuva hijar	Mala
34	HOMBRE	DE 76 A 80 años	Viuda(a)	Secundaria	De 1 año y medio en ad	Na. Para me llaman pa	Tuva hijar, Tuvazabrin	Mala
35	HOMBRE	DE 66 A 70 años	Separada(a)	Primaria	De 1 año y medio en ad	Ninguna	Tuva hijar	Mala
36								

Anexo 14: Base de datos

Ficha Sociodemográfica

Situación de salud: Sufre alguna enfermedad que requiera tratamiento médico permanente	Situación	Situación	Leg	Leg	Leg	Ubic	Algu	Situ
Cataratar mis ojos azules	Compartida	Compartida	NO	SI	NO	NO	NO	NO
SI	Compartida	Compartida	SI	SI	SI	SI	NO	NO
Marear y no saber por qué	Compartida	Compartida	SI	NO	SI	SI	NO	NO
Neoglignencia médica	Compartida	Compartida	SI	SI	SI	SI	NO	NO
SI	Compartida	Compartida	SI	SI	SI	SI	NO	NO
NO	Compartida	Compartida	SI	SI	SI	NO	NO	NO
NO	Compartida	Compartida	SI	NO	SI	NO	NO	NO
NO	Compartida	Compartida	SI	SI	SI	SI	NO	NO
Calumny ansiedad	Compartida	Compartida	SI	SI	SI	SI	NO	NO
SI	Compartida	Compartida	SI	SI	SI	SI	NO	NO
Sin dientes, dolor de cal	Compartida	Compartida	SI	SI	SI	NO	NO	NO
Garritir entre los miembros	Individual	Compartida	SI	SI	SI	NO	NO	NO
SI	Compartida	Compartida	SI	SI	SI	NO	NO	NO
Parálisis media cuerpo	Compartida	Compartida	SI	SI	SI	SI	SI	NO
NO	Compartida	Compartida	NO	SI	SI	SI	NO	NO
NO	Compartida	Compartida	NO	SI	SI	SI	NO	NO
NO	Compartida	Compartida	SI	SI	SI	SI	NO	NO
Bronquiar y asma	Compartida	Compartida	SI	SI	SI	NO	NO	NO
Columna derviada	Compartida	Compartida	SI	SI	SI	SI	SI	NO
NO	Compartida	Compartida	SI	SI	SI	NO	NO	NO
NO	Compartida	Compartida	SI	SI	SI	SI	NO	NO
NO	Compartida	Compartida	SI	SI	NO	NO	NO	NO
SI	Compartida	Compartida	SI	SI	SI	SI	NO	NO
Dal en toda el cuerpo	Compartida	Compartida	SI	SI	SI	SI	NO	NO
NO	Compartida	Compartida	SI	SI	SI	NO	SI	SI
Clanar pan para dormir	Compartida	Compartida	SI	SI	NO	NO	NO	NO
NO	Compartida	Compartida	SI	SI	SI	NO	NO	NO
Medicación para el dec	Compartida	Compartida	SI	SI	SI	NO	NO	NO
Camina con andador y t	Compartida	Compartida	SI	SI	SI	NO	NO	SI
Diabetes	Compartida	Compartida	NO	SI	SI	SI	NO	NO
No puede caminar, no m	Compartida	Compartida	SI	NO	NO	SI	SI	SI
Pérdida auditiva de dar	Compartida	Compartida	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Problemas del ojo izquierdo	Compartida	Compartida	SI	SI	SI	SI	SI	SI

Anexo 15: Base de datos

Escala de Depresión Geriátrica Yesavage

INDICE DE DEPRESIÓN YESAVAGE															
Puntuaj	1.-:E	2.-:H	3.-:S	4.-:C	5.-:S	6.-:L	7.-:S	8.-:S	9.-:S	10.-:S	11.-:S	12.-:S	13.-:S	14.-:S	15.-:S
10 / 30	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	NO	NO	SI
12 / 30	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI
3 / 30	SI	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI
4 / 30	SI	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	SI
17 / 30	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO
6 / 30	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI
10 / 30	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI
14 / 30	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI
18 / 30	NO	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO
5 / 30	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	SI
17 / 30	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI
16 / 30	NO	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI
7 / 30	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	SI
16 / 30	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO
11 / 30	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI
10 / 30	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI
7 / 30	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI
7 / 30	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	SI
23 / 30	NO	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI
5 / 30	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI
16 / 30	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI
23 / 30	NO	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO
15 / 30	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI
22 / 30	NO	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI
21 / 30	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI
2 / 30	SI	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI
18 / 30	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI
23 / 30	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI
17 / 30	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI
11 / 30	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI
18 / 30	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	SI	SI	NO	NO
16 / 30	NO	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI
21 / 30	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO

Anexo 16: Base de datos

Escala de Depresión Geriátrica Yesavage

16.-	17.-	18.-	19.-	20.-	21.-	22.-	23.-	24.-	25.-	26.-	27.-	28.-	29.-	30.-
NO	NO	Na	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO
SI	SI	Na	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI
NO	NO	Na	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO
NO	NO	Na	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI
NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI
NO	NO	Na	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO
SI	NO	Na	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO
SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO
SI	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO
NO	NO	Na	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI
SI	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO
SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI
NO	SI	Na	SI	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO
NO	SI	Na	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI
SI	SI	Na	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI
NO	NO	Na	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI
NO	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO
NO	NO	Na	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
SI	NO	Na	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI
NO	NO	Na	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI
SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO
NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI
SI	SI	Na	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO
SI	SI	Na	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO
SI	SI	Na	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO
SI	SI	Na	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO
NO	SI	Na	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	SI
SI	SI	Na	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO
SI	SI	Na	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	NO
SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO
NO	SI	Na	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI
NO	SI	Na	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI
SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	NO
SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI

Anexo 17: Base de datos

Indice de Calidad de Vida

INDICE DE CALIDAD DE VIDA											
Puntuac	Req.	Req.	Req.	Req.	Req.	Req.	Req.	Req.	Req.	Req.	Req.
0 / 100	8	10	8	5	2	5	1	10	8	9	
0 / 100	6	10	8	9	10	8	7	6	8	10	
0 / 100	7	9	8	8	7	7	7	8	8	8	
0 / 100	10	10	10	10	8	10	10	10	8	10	
0 / 100	6	8	10	8	10	8	8	5	8	5	
0 / 100	8	7	8	8	6	8	10	9	9	8	
0 / 100	7	9	9	9	8	2	8	6	9	9	
0 / 100	6	8	10	10	10	8	2	4	10	8	
0 / 100	6	5	9	8	10	5	5	6	10	6	
0 / 100	5	10	10	10	7	3	5	9	6	6	
0 / 100	8	4	9	6	9	7	5	1	6	4	
0 / 100	7	10	10	5	10	7	9	8	10	6	
0 / 100	9	10	10	10	6	9	9	8	8	9	
0 / 100	4	8	10	9	8	2	8	7	8	5	
0 / 100	3	10	8	4	7	2	8	8	8	4	
0 / 100	1	5	7	8	7	2	1	5	6	8	
0 / 100	3	3	4	5	5	7	5	5	7	10	
0 / 100	1	10	10	5	10	1	2	3	10	7	
0 / 100	10	3	8	1	3	6	1	1	9	6	
0 / 100	10	7	8	10	8	5	10	6	8	10	
0 / 100	4	4	10	7	3	7	6	5	5	5	
0 / 100	4	5	7	1	1	1	1	6	1	1	
0 / 100	4	8	9	10	10	6	10	7	6	10	
0 / 100	3	5	9	1	10	3	2	8	7	8	
0 / 100	1	5	7	1	5	2	1	4	7	7	
0 / 100	8	8	8	9	9	8	4	8	9	9	
0 / 100	1	7	9	1	8	3	1	6	5	8	
0 / 100	5	4	7	3	6	2	8	6	9	8	
0 / 100	10	6	10	4	4	2	5	7	10	8	
0 / 100	1	10	9	1	1	1	1	8	10	10	
0 / 100											
0 / 100	1	7	7	5	3	4	4	5	4	4	
0 / 100	5	2	5	5	4	8	4	5	4	7	