PERÚ | Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

SERIE ENCUESTAS

INFORME FINAL DEL ESTUDIO



Encuesta de percepciones de los usuarios del Programa Nacional de Entrega de la Pensión No Contributiva a Personas con Discapacidad Severa en Situación de Pobreza (CONTIGO) y su riesgo social, 2024

MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL

Lesly Nadir Shica Seguil
Ministra

José Enrique Velásquez Hurtado
Viceministro de Políticas y Evaluación Social

Luis Vicente Patricio Sotelo Farfán
Director General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social

Luis Fernando Llanos Zavalaga
Director de Evaluación

Elaborado por:
Copertino Quispe Ccama (DGSEI-Midis)

Revisado por:
Ricardo Cordova Cordova (DGSEI-Midis)

Foto de carátula:
Midis

© Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, 2025

Av. Paseo de la República 3101, San Isidro
Teléfono: (01) 631-8000 / (01) 631-8030
Página web: www.gob.pe/midis

La versión electrónica de este documento se encuentra disponible en forma gratuita en:
https://evidencia.midis.gob.pe/encuesta-percepciones-contigo-2024

Reservados algunos derechos:
Este documento ha sido elaborado por el equipo profesional de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social del MIDIS. Las opiniones, interpretaciones y conclusiones aquí expresadas son de responsabilidad exclusiva del autor y no reflejan necesariamente la posición institucional del MIDIS. Ninguno de los contenidos de este documento constituye, ni debe interpretarse, como una limitación o renuncia a los privilegios y prerrogativas del MIDIS, los cuales se reservan íntegramente.

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS)
Av. Paseo de la República 3101, Lima 27 – Perú
Central telefónica: (51-01) 631-8000
www.midis.gob.pe

PERÚ | Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Encuesta de percepciones de los usuarios del Programa Nacional de Entrega de la Pensión No Contributiva a Personas con Discapacidad Severa en Situación de Pobreza (CONTIGO) y su riesgo social, 2024

CONTENIDO

1. Introducción 5
2. Objetivos 6
2.1. Objetivo general 6
3. Descripción del programa contigo 6
3.1. Finalidad del Programa 6
3.2. Procesos del programa 7
3.3. Cadena de valor del Programa 7
3.4. Afiliación al Programa 8
3.5. Usuarios del Programa 10
4. Marco conceptual de la discapacidad 13
4.1. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad 13
4.2. Modelos teóricos de discapacidad 13
4.3. Definición según la normativa peruana 17
5. Revisión de literatura 20
5.1. Calidad de vida 20
5.2. Riesgo sociofamiliar 21
5.3. Seguridad alimentaria 22
5.4. Sentimiento de soledad 23
5.5. Encuestas de medición del bienestar subjetivo de las personas con discapacidad 24
5.6. Programas de protección social y encuestas dirigidas a personas con discapacidad 27
6. Descripción de instrumentos 33
6.1. Calidad de vida 33
6.2. Riesgo sociofamiliar 34
6.3. Seguridad Alimentaria 35
6.4. Sentimiento de soledad 37
7. Metodología 39
7.1. Enfoque del estudio 39
7.2. Población objetivo 39
7.3. Conglomerado 39
7.4. Marco muestral 39
7.5. Diseño muestral 39
7.6. Unidades de muestreo 40
7.7. Unidades de análisis 40
7.8. Tamaño de muestra 40

7.9. Selección de la muestra 41
7.10. Factor de expansión 42
7.11. Nivel de inferencia 43
8. Panorama mundial y nacional 44
8.1. Panorama mundial 44
8.2. Panorama nacional 47
8.3. Programa Nacional CONTIGO 50
9. Resultados 53
9.1. Usuarios del estudio 53
9.2. Cuidadores de los usuarios del programa 54
9.3. Percepción del nivel de vida de los hogares 56
9.4. Acceso a la pensión no contributiva 58
9.5. Uso del dinero 64
9.6. Percepciones de los usuarios 65
9.7. Percepciones de los cuidadores 70
9.8. Riesgo sociofamiliar de los usuarios 73
9.9. Riesgo sociofamiliar de los cuidadores 74
9.10. Escala de la soledad de los usuarios 75
9.11. Escala de la soledad de los cuidadores 75
9.12. Inseguridad alimentaria 76
10. Conclusiones 77
11. Recomendaciones 79
12. Referencias bibliográficas 81

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ALC: América Latina y el Caribe.

CONADIS: Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad.

DGSEI: Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social.

INEI: Instituto Nacional de Estadísticas e Informática.

MIDIS: Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.

MINSA: Ministerio de Salud.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PCD: Persona con discapacidad.

PCDS: Persona con discapacidad severa.

RNPCD: Registro Nacional de la Persona con Discapacidad.

SISFOH: Sistema de Focalización de Hogares.

TMC: Transferencias monetarias condicionadas.

1. INTRODUCCIÓN

En el Perú, las políticas públicas en favor de las personas con discapacidad representan un desafío persistente para garantizar el bienestar, la inclusión y la equidad de este grupo poblacional. Incluso con mayores avances normativos y programáticos en los últimos años, las personas con discapacidad continúan enfrentando múltiples barreras sociales, económicas y culturales que limitan su participación plena y efectiva en la sociedad. Es así como los programas sociales que atienden a esta población en específico y que brindan apoyo económico, necesitan ser fortalecidos en otros aspectos como seguridad alimentaria, autonomía de las personas con discapacidad, inclusión de los cuidadores al programa social y mejora de las condiciones de vida de las personas con discapacidad.

El Programa CONTIGO, programa que brinda una transferencia monetaria no condicionada a personas con discapacidad severa en situación de pobreza, es la principal intervención del Estado para atender a este grupo poblacional; a pesar de ello, existen desafíos para medir el impacto del programa en el bienestar de los usuarios, especialmente en términos de inclusión social, acceso a servicios y mejora del bienestar.

En relación con el problema central de este estudio, se identifica la limitada evidencia sobre las percepciones de los usuarios del programa; así como la escasez de estudios cuantitativos y cualitativos que recojan las recojan. Esta carencia restringe la retroalimentación necesaria para orientar el diseño e implementación de políticas sociales más específicas y adecuadas a las necesidades de dicha población.

Es así que el objetivo general de este estudio es analizar las percepciones de los usuarios del Programa CONTIGO respecto a la influencia de las transferencias monetarias en la calidad de vida, seguridad alimentaria, sentimiento de soledad y riesgo social a partir de la encuesta desarrollada por la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (DGSEI) y aplicada por el equipo del programa. En ese sentido, esta investigación pretende aportar información relevante que contribuya a la gestión institucional y a la formulación de políticas públicas orientadas a mejorar la atención de las personas con discapacidad. Su relevancia radica en el análisis de las respuestas de los usuarios del programa en cuanto a su percepción de bienestar; lo cual permite complementar el acervo existente y facilita la identificación de brechas y desafíos pendientes en el marco de las políticas de protección social en el país.

Finalmente, el presente estudio se organiza en nueve secciones: la primera presenta los objetivos de la presente investigación; la segunda presenta una breve descripción del programa, así como un resumen de la afiliación al programa; la tercera presenta el marco conceptual de la discapacidad; la cuarta y la quinta presentan información relevante respecto a la revisión de literatura y a la medición de los indicadores analizados en la presente investigación; en la sexta sección se muestra la metodología empleada; en la séptima sección se realiza un resumen de estadísticas mundiales, nacionales y del Programa CONTIGO; en la octava se expone los principales hallazgos encontradas a partir de la encuesta; y en la última sección se desarrolla las conclusiones y recomendaciones derivadas de la presente investigación.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Generar información que permita indagar sobre aspectos vinculados a la calidad de vida del usuario desde su propia percepción; asimismo, conocer sobre el acceso al cobro y uso de la pensión no contributiva que le otorga el Programa, además, también busca conocer las características del cuidador, formas de acceso a información de la pensión no contributiva, dificultades para el cobro, principales usos/gastos que los usuarios le dan a la pensión, así como diagnosticar la incidencia de las pensiones sobre los usuarios del Programa, la relación que se tiene entre la pensión cobrada y el riesgo sociofamiliar que enfrentan los usuarios del Programa.

Objetivos específicos

a) Indagar sobre la calidad de vida del usuario a partir de su percepción.
b) Identificar las características de los cuidadores y las cuidadoras que brindan asistencia a las y los usuarios.
c) Explorar las experiencias de los usuarios respecto al acceso a la información y al proceso de cobro de la pensión.
d) Indagar sobre los principales rubros de gastos que realizan las y los usuarios con la pensión que reciben de parte del programa.
e) Indagar sobre el riesgo sociofamiliar, la seguridad alimentaria y el sentimiento de soledad a los que se enfrentan el usuario y su cuidador.

3. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA CONTIGO

El Programa para la Entrega de la Pensión no Contributiva para Personas con Discapacidad Severa y en Situación de Pobreza, fue creado el 11 de agosto de 2015, mediante Decreto Supremo N° 004-2015-MIMP, como parte del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, el cual tiene por objeto otorgar una pensión no contributiva a cargo del Estado a las personas con discapacidad severa que se encuentren en situación de pobreza, con la finalidad de elevar su calidad de vida. En el 2017, mediante Decreto Supremo N° 008-2017-MIDIS, se transfiere el Programa de entrega de la pensión no contributiva a personas con discapacidad severa en situación de pobreza del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, modificando su denominación a "Programa Nacional de entrega de la pensión no contributiva a personas con discapacidad severa en situación de pobreza", en adelante Programa CONTIGO, con la finalidad de realizar un uso eficiente de los recursos asignados y obtener una mayor eficacia en el logro de las metas y resultados esperados.

3.1. Finalidad del Programa

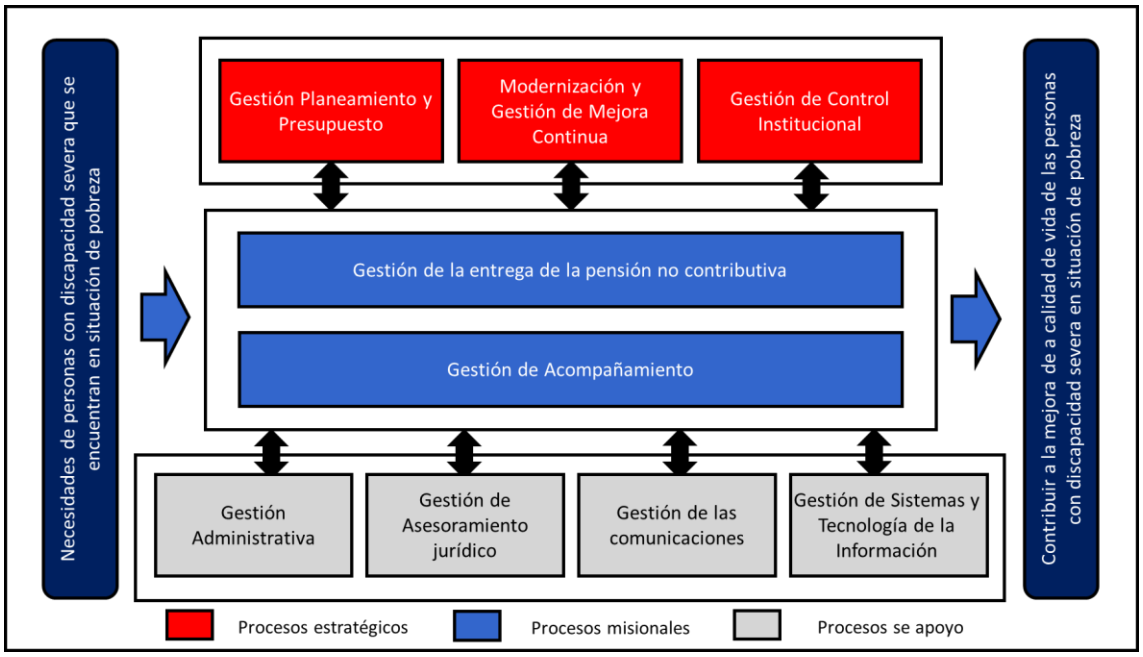
El Programa CONTIGO otorga[1] una pensión no contributiva a personas con discapacidad severa en situación de pobreza en todo el territorio nacional, con la finalidad de contribuir en la mejora de su calidad de vida, a través de los siguientes productos: 1) personas con discapacidad severa que acceden a la pensión no contributiva, y 2) personas con discapacidad severa y su hogar que reciben acompañamiento.

[1] De acuerdo al Manual de Operaciones aprobado por Resolución Ministerial N° 012-2020-MIDIS.

3.2. Procesos del programa

El Programa CONTIGO tiene delimitados los procesos de gestión que guían sus actividades, como se observa en el Gráfico 1, los cuales son: 1) Gestión de entrega de la pensión no contributiva; en la que se desarrollan los procesos de afiliación y autorización del cobro de la pensión por parte de la PCD o el cuidador y, 2) Gestión del acompañamiento, la cual se encarga de promover el acceso a servicios complementarios especializados por otros sectores públicos o privados que contribuyan a elevar la calidad de vida de las personas con discapacidad severa usuarias del programa.

Gráfico 1. Mapa de procesos del Programa CONTIGO



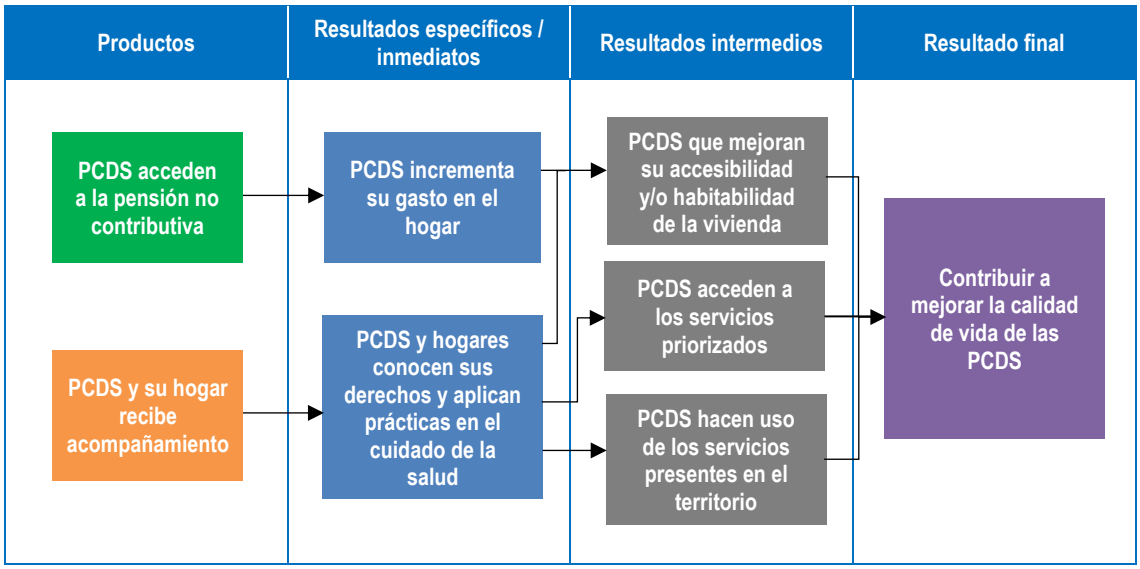
Fuente: Programa CONTIGO - Elaborado sobre la base de la Resolución Ministerial N°012-2020-MIDIS.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

3.3. Cadena de valor del Programa

La cadena de valor del Programa CONTIGO es una herramienta analítica que permite entender la lógica del programa a través de sus componentes; en ese sentido, el gráfico 2 muestra la cadena de valor a partir de los productos que el programa entrega y cómo es que a través de estos se llega a la obtención de resultados inmediatos, intermedios y finales. En la lógica del programa, a través de la entrega de la transferencia monetaria y el servicio de acompañamiento, se logra contribuir a la calidad de vida de las personas con discapacidad severa, como resultado final; al mismo tiempo, dicha lógica se encuentra alineada a la misión[2] del programa, la cual es mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad severa en situación de pobreza, otorgando una pensión no contributiva y el servicio de acompañamiento a los usuarios y su hogar, promoviendo el ejercicio de derechos y el principio de protección e inclusión social.

[2] Plan de Gestión 2023-2027 del Programa CONTIGO aprobado mediante RDE N° D000039-2024-MIDIS/PNPDS-DE.

Gráfico 2. Cadena de valor del Programa CONTIGO



PCDS: Persona con discapacidad severa.
Fuente: Programa CONTIGO - Elaborado sobre la base de la Resolución Directiva Ejecutiva N°079-2020-MIDIS/PNPDS-DE.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

3.4. Afiliación al Programa

La afiliación al Programa CONTIGO es aplicable a todo el territorio nacional de forma progresiva y se realiza bajo los criterios de elegibilidad enmarcados en el Art. 8 del Decreto Supremo N° 004-2015-MIMP, en el cual se definen los requisitos y criterios de elegibilidad para que una PCDS sea usuaria del programa, siempre y cuando la cobertura sea mayor al número potencial de usuarios; caso contrario, se prioriza el ingreso de aquellas personas que se encuentren en mayor estado de vulnerabilidad.

3.4.1. Criterios de elegibilidad

Los criterios de elegibilidad[3] son aquellos requisitos que la persona con discapacidad severa presenta para ser usuario del Programa CONTIGO.

i. **Contar con un certificado de discapacidad severa**[4] emitido de conformidad con la Norma Técnica de Salud para la evaluación, calificación y certificación de la persona con discapacidad.

ii. **No percibir ingreso** o pensión que provenga del ámbito público o privado, incluyendo las prestaciones económicas que se otorguen a través del Seguro Social de Salud - EsSalud.

iii. **Encontrarse en situación de pobreza** bajo los criterios del Sistema de Focalización de Hogares - SISFOH.

[3] Los criterios de elegibilidad no han sido modificados desde que fueron aprobados por Decreto Supremo N° 004-2015-MIMP.
[4] De acuerdo con el MINSA, el certificado de discapacidad acredita la condición de persona con discapacidad, el cual es otorgado por los establecimientos de salud del Ministerio de Salud, los Gobiernos Regionales y Locales, la Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú, EsSalud, el Instituto Nacional Penitenciario (INPE) y los establecimientos de salud de las clínicas privadas autorizadas. (Ver: https://www.gob.pe/467-obtener-certificado-de-discapacidad).

Luego de la presentación de los criterios de elegibilidad, se establecen y aplican criterios de priorización afectos al listado nominal de potenciales usuarios.

3.4.2. Criterios de priorización

De acuerdo al "Instructivo para la priorización de la población objetivo a ser afiliada al Programa CONTIGO", aprobado con Resolución de Dirección Ejecutiva N° D000021-2023-MIDIS/PNPDS-DE, de fecha de 23 de junio de 2023, se detallan los criterios de priorización luego del cumplimiento de los criterios de elegibilidad.

i. **Criterio de priorización 1. Persona afectada por tuberculosis:** Si la PCDS se encuentra afectada por la tuberculosis[5], se valora con un puntaje de una unidad (01), y cero en caso contrario. Se prioriza al que tiene el valor 1.

ii. **Criterio de priorización 2. Afiliación de parte:** De la lista nominal de potenciales usuarios, se identifica a la PCDS que se encuentre en el registro de solicitudes[6], se valora con un puntaje de una unidad (01) y cero en caso contrario. Se prioriza al que tiene el valor 1. El orden establecido para este criterio de priorización es por fecha de recepción de la solicitud al programa o fecha de registro de solicitud (del más antiguo al más reciente).

iii. **Criterio de priorización 3. Afiliación de oficio en pobreza extrema:** De la lista de potenciales usuarios, se identifica a la PCDS que no se encuentra en el registro de solicitudes de afiliación y cuya clasificación socioeconómica es pobre extremo. De estos se verifica si la PCDS se encuentra dentro de la primera infancia (hasta 5 años de edad) y se valora con un puntaje de una unidad (01), y cero en caso contrario. Si la PCDS reside dentro de una zona de emergencia, se valora con un puntaje de una unidad (01), y cero en caso contrario. El valor final del criterio de priorización 3 es la suma de ambos valores. El orden establecido para este criterio de priorización es por el valor de la suma de las variables (de mayor a menor) y por fecha de nacimiento (del más reciente al más antiguo).

iv. **Criterio de priorización 4. Afiliación de oficio en pobreza:** De la lista de potenciales usuarios, se identifica a la PCDS que no se encuentra en el registro de solicitudes de afiliación y cuya clasificación socioeconómica es pobre. De estos se verifica si la PCDS se encuentra dentro de la primera infancia (hasta 5 años de edad) y se valora con un puntaje de una unidad (01), y cero en caso contrario. Si la PCDS reside dentro de una zona de emergencia, se valora con un puntaje de una unidad (01), y cero en caso contrario. El valor final del criterio de priorización 3 es la suma de ambos valores. El orden establecido para este criterio de priorización es por el valor de la suma de las variables (de mayor a menor) y por fecha de nacimiento (del más reciente al más antiguo).

[5] De acuerdo a lo establecido en el artículo 5 de la Ley N° 30287, Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú, la persona afectada por tuberculosis tiene prioridad a los beneficios provistos por los programas sociales del Estado, sujetos al cumplimiento de los requisitos de selección de cada programa.

[6] El orden establecido para este criterio de priorización es por fecha de recepción de la solicitud al programa o fecha de registro de solicitud (del más antiguo al más reciente).

Cuadro 1. Procedimientos para la priorización de potenciales usuarios al Programa CONTIGO

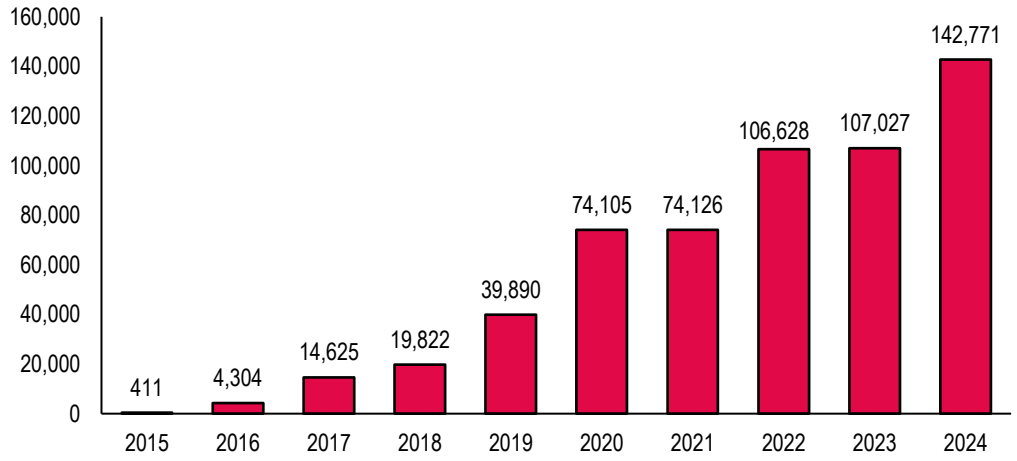
N°	Criterio de priorización	Criterio de evaluación	Categorías	Fuente de información
1	Persona afectada por tuberculosis.	Se encuentran afectados por la tuberculosis.	1: Sí se encuentra afectado por TBC. 0: No se encuentra afectado por TBC.	Registro de personas afectadas por la tuberculosis de la Dirección de Prevención y Control de la Tuberculosis del MINSA.
2	Afiliación de parte	PCDS que presenta su solicitud de afiliación a la pensión no contributiva del Programa CONTIGO.	1: Se encuentra dentro del registro de solicitudes. 0: No se encuentra dentro del registro de solicitudes.	Registro de solicitudes de afiliación.
3	Afiliación de oficio en pobreza extrema	Primera infancia. PCDS que se encuentran dentro de la primera infancia (hasta 5 años de edad).	1: Si la PCDS se encuentra en la primera infancia. 0: Caso contrario.	Base de datos del RENIEC.
		Zonas de emergencia. PCDS que residen en zonas de emergencia.	1: Si la PCDS se encuentra dentro de una zona de emergencia. 0: Caso contrario.	Registro de distritos y/o centros poblados declarados en emergencia por norma legal.
4	Afiliación de oficio en pobreza	Primera infancia. PCDS que se encuentran dentro de la primera infancia (hasta 5 años de edad).	1: Si la PCDS se encuentra en la primera infancia. 0: Caso contrario.	Base de datos del RENIEC.
		Zonas de emergencia. PCDS que residen en zonas de emergencia.	1: Si la PCDS se encuentra dentro de una zona de emergencia. 0: Caso contrario.	Registro de distritos y/o centros poblados declarados en emergencia por norma legal.

Fuente: Programa CONTIGO-Elaborado sobre la base de la Resolución Directiva Ejecutiva N° D000021-2023-MIDIS/PNPDS-DE.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

3.5. Usuarios del Programa

De acuerdo con el Programa CONTIGO, el número de usuarios atendidos fueron de 142,771 personas con discapacidad severa al primer bimestre del 2024 (Padrón I-2024). Esto permitió incorporar a 35,744 usuarios al programa, respecto del 2023, ampliando su cobertura y manteniendo su presencia a nivel nacional en las 25 regiones, 196 provincias y 1,835 distritos del país.

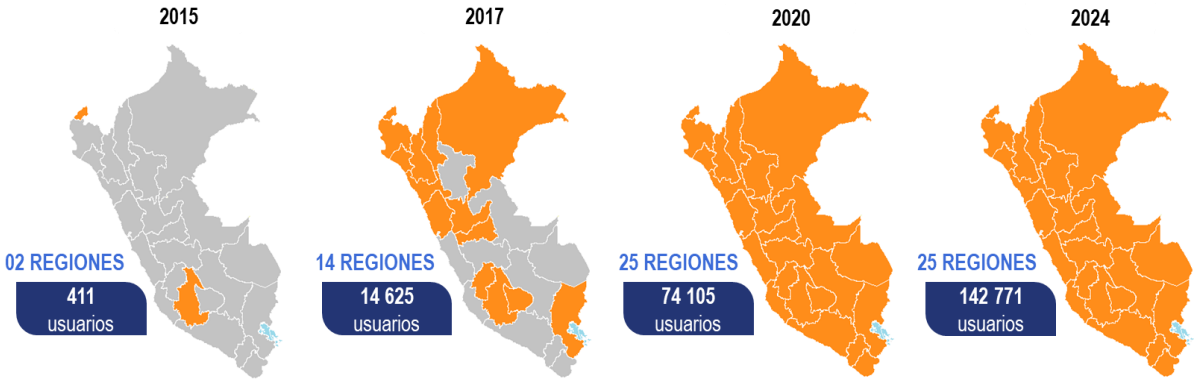
Gráfico 3. Usuarios del Programa CONTIGO, 2015 – 2024



Fuente: Infomidis (Información oficial al cierre del Padrón I-2024).
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

El Programa CONTIGO inició su presencia en las regiones de Tumbes y Ayacucho, afiliando a 411 usuarios en 2015; al término del 2017, el programa fue transferido al MIDIS, teniendo una presencia en 14 regiones, afiliando a 14,625 usuarios; a partir del 2020, el programa tiene presencia en todo el país y, de acuerdo al Padrón I-2024, el número de afiliados alcanzó a 142,771 usuarios.

Gráfico 4. Usuarios del Programa CONTIGO, 2015 – 2024



Fuente: Infomidis (Información oficial al cierre del Padrón I-2024).
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

En cuanto al número de personas con discapacidad en el Perú, según el Censo Nacional del 2017, 3,209,261 personas tenían alguna discapacidad o limitación permanente que le impide desarrollarse normalmente en sus actividades diarias, esta cifra representa el 10.3% de personas en el país. Asimismo, de acuerdo con el observatorio del CONADIS[7], a marzo del 2025, 552,946 personas se encuentran inscritas en el Registro Nacional de la Persona con Discapacidad (RNPCD), lo cual permite visibilizar a esta población vulnerable para el desarrollo de políticas públicas en su favor; además, de acuerdo al mismo portal, 313,698 tienen discapacidad severa, lo que representa el 56.7% del total de registrados, cifra por encima de personas usuarias al Programa CONTIGO.

Gráfico 5. Usuarios del Programa CONTIGO, 2015 – 2024



RNPCD: Registro Nacional de la Persona con Discapacidad.
Fuente: Censo Nacional 2017, Observatorio CONADIS e Infomidis (Información oficial al cierre del Padrón I-2024).
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

[7] Ver: https://observatorio.conadisperu.gob.pe/

3.5.1. Usuarios del Programa según departamento

De acuerdo con los registros administrativos del Programa CONTIGO, del total de usuarios del programa, 103,438 cuentan con un año de permanencia o más, siendo el departamento de Cajamarca quien concentra el mayor número de afiliados (13,495 usuarios), seguido de Lima Metropolitana y Callao (10,823) y Piura (9,689). Este número de personas, usuarios y usuarias del programa será considerado para la obtención de la muestra aleatoria seleccionada para aplicar el cuestionario de preguntas.

Cuadro 2. Usuarios del Programa CONTIGO según departamento por área, sexo y autorización de cobro, 2024

Estrato	Usuarios	Part. %
Amazonas	5,160	5.0%
Áncash	3,890	3.8%
Apurímac	3,519	3.4%
Arequipa	1,513	1.5%
Ayacucho	4,491	4.3%
Cajamarca	13,495	13.0%
Lima Metropolitana	10,823	10.5%
Cusco	5,865	5.7%
Huancavelica	3,134	3.0%
Huánuco	7,086	6.9%
Ica	1,723	1.7%
Junín	3,355	3.2%
La Libertad	4,970	4.8%
Lambayeque	3,905	3.8%
Lima Provincia	2,555	2.5%
Loreto	2,921	2.8%
Madre de Dios	455	0.4%
Moquegua	323	0.3%
Pasco	2,078	2.0%
Piura	9,689	9.4%
Puno	4,061	3.9%
San Martín	4,363	4.2%
Tacna	421	0.4%
Tumbes	1,740	1.7%
Ucayali	1,903	1.8%
Total	103,438	100%

Lima Metrop. comprende los 43 distritos de la Provincia de Lima y 7 distritos de la Provincia Constitucional del Callao.
Lima Prov. comprende las prov. de Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos.
Fuente: Programa CONTIGO (Padrón I-2024).
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

4. MARCO CONCEPTUAL DE LA DISCAPACIDAD

4.1. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

En diciembre de 2006, la Asamblea General de las Naciones Unidas dio un paso decisivo al aprobar la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), el cual tiene por objetivo garantizar que las personas con discapacidad disfruten de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones.

En el Artículo 1 de esta convención se presenta una descripción amplia e inclusiva sobre la definición de persona con discapacidad.

Artículo 1 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (Organización de las Naciones Unidas, 2006).

Las personas con discapacidad son consideradas como sujetos de derecho, con capacidad jurídica y poder de decisión sobre sus vidas, a partir de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Asimismo, se produce un cambio en el paradigma en cuanto al modelo teórico de la discapacidad, puesto que el concepto de persona con discapacidad ya no se considera solo como una deficiencia individual, sino que implica una interacción con barreras sociales y físicas que impiden integrarse adecuadamente y funcionar hábilmente en la sociedad.

El Estado peruano ratificó en 2007 la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), hito que marcó un avance significativo en el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad. Con ello, el país asumió el compromiso de ajustar su marco legal y políticas públicas a los estándares internacionales establecidos por la Convención, en beneficio de las personas con discapacidad.

Asimismo, en cumplimiento de la Ley N.º 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, se ha designado a la Defensoría del Pueblo como el Mecanismo Independiente encargado de promover, proteger y supervisar la implementación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), designación que busca asegurar que el Estado peruano cumpla con sus compromisos en materia de derechos de las personas con discapacidad, además de fomentar la participación activa de estas personas y sus organizaciones en los procesos relacionados con la defensa y promoción de sus derechos.

4.2. Modelos teóricos de discapacidad

Los modelos teóricos de discapacidad son herramientas conceptuales que permiten comprender e interpretar de forma diversa la realidad de las personas con discapacidad, generando hipótesis y evaluando situaciones que trascienden lo individual. Tradicionalmente, la discapacidad se entendía desde una perspectiva individualista, como deficiencia o tragedia personal, lo que justificaba su medicación o adaptación al entorno. Sin embargo, a partir de la segunda mitad del siglo XX, los

movimientos por los derechos de las personas con discapacidad impulsaron modelos sociales que desplazaron el foco hacia barreras sociales y culturales impuestas por la sociedad. Estos modelos interpretan la discapacidad como un problema estructural, no individual.

En los numerales siguientes se presentan los principales modelos teóricos, tanto clásicos como recientes, analizando su contexto, principales autores, definición de discapacidad e implicaciones prácticas, con el fin de ofrecer una visión integral y crítica de las diferentes formas de conceptualizar este fenómeno.

4.2.1. Modelo de prescindencia o tradicional

Según el modelo de prescindencia, que se sitúa en la antigüedad, la causa de la discapacidad tenía origen religioso, puesto que se asumía que las causas del origen de la discapacidad eran por motivo de castigo de los dioses por un pecado cometido (generalmente ocasionado por los padres). Este modelo consideraba a la persona con discapacidad como una persona que no tenía nada que aportar a la comunidad, por lo que las antiguas sociedades los excluían y segregaban, incluyendo prácticas de abandono y aislamiento.

Según Palacios (2008), el modelo de prescindencia considera a la persona con discapacidad como un ser improductivo y una carga que debe ser arrastrada, ya sea por los padres o por la misma comunidad; es por estas creencias que las personas con discapacidad eran excluidas mediante políticas eugenésicas o confinadas a espacios marginales junto a otros grupos considerados "inferiores", como personas en condición de pobreza, esclavos y otras poblaciones, donde se las reducía a situaciones de dependencia, sometimiento, caridad y asistencia.

Casado et al. (1990) señalan que el modelo tradicional o de prescindencia produce una "doble marginación" hacia la persona con discapacidad, puesto que se basa en las diferencias físicas o biológicas que la discapacidad impone y en la marginación que los excluye de participación social, negándoles disfrutar de derechos o ser sujetos políticos en la sociedad.

4.2.2. Modelo médico rehabilitador

El modelo médico rehabilitador se basa en la idea de que los problemas y dificultades que sufren las personas con discapacidad están directamente relacionados con su impedimento físico, sensorial o intelectual, por lo que el diagnóstico clínico concedido por los médicos y profesionales en salud toma un papel primordial para "curar" el defecto o enfermedad de la persona con discapacidad.

Según Velarde (2016), en el modelo médico o rehabilitador, la persona con discapacidad es concebida como un individuo cuyas dificultades se originan en una deficiencia biológica con una causa científica (como una enfermedad, accidente o condición negativa de salud), siendo el objetivo principal del modelo médico "curar" a la persona con discapacidad a través de cuidados médicos proporcionados por profesionales bajo formas de tratamientos individuales (Palacios, 2008); por lo que este modelo, ha sido criticado debido a la creación de una identidad en la que la persona con discapacidad es definida por una enfermedad.

A modo de síntesis, Pérez Bueno (2010) indica que el modelo rehabilitador considera que la discapacidad es un problema de la persona, producido por una enfermedad, accidente o condición

negativa de la salud, la cual puede ser "curada" o "rehabilitada" de acuerdo a procedimientos médicos donde la labor de los personales de la salud toma un mayor protagonismo.

4.2.3. Modelo social

En el modelo social, la discapacidad es entendida como parte de la identidad de la persona y no como un defecto individual; además, en este modelo se resaltan las barreras surgidas del entorno físico y social no inclusivo, y no de la condición misma de la persona. Por lo tanto, propone transformar la sociedad y eliminar la discriminación estructural en lugar de intentar "corregir" a las personas con discapacidad, por lo que este modelo representa un cambio de paradigma con respecto a los modelos precedentes, moviendo el énfasis del individuo a la sociedad (Olkin, 2002).

En cuanto a la diferencia del modelo médico rehabilitador, Martín y Ripollés (2008) señalan que las causas de la discapacidad no son de origen religioso ni científico, sino de las limitaciones de la sociedad para proporcionar los servicios adecuados y asegurar que las necesidades de estas personas sean consideradas dentro de la organización social; además señala que las personas con discapacidad pueden contribuir a la sociedad en la medida que sean incluidas y aceptadas socialmente; por ello, la sociedad debe promover igualdad de oportunidades en la participación social de todos sus ciudadanos para evitar la discriminación y la desventaja tradicionalmente sufrida por las personas con discapacidad.

Seoane (2011) indicó que este modelo trajo consigo la creación de políticas sociales y legislativas en contra de la discriminación de las personas con discapacidad; sin embargo, contempla que existen otros tipos de factores distintos de los sociales que también influyen en la determinación de la discapacidad, por lo que este modelo fue cuestionado debido al desconocimiento de las causas médicas que influyen en la determinación de la discapacidad; esto trajo consigo la revisión del término por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2001, el cual impulsó un enfoque más integrador y multidimensional, reconociendo que la discapacidad no depende solo de la condición de salud, sino de la interacción con el entorno, adapto este enfoque en el modelo biopsicosocial.

4.2.4. Modelo biopsicosocial o CIF

El modelo biopsicosocial es un modelo integrador que complementa tanto el modelo médico rehabilitador como el modelo social. De acuerdo a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), marco conceptual elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2001, que redefine cómo se comprende y evalúa la discapacidad y el funcionamiento humano, la discapacidad se define como:

> **Discapacidad** es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una "condición de salud") y sus factores contextuales (factores ambientales y personales) (Organización Mundial de la Salud, 2001).
>
> Por tanto, la CIF concibe la discapacidad como el resultado de la interacción entre una condición de salud (como una enfermedad, lesión o trastorno) y los factores contextuales.

Según Seoane (2011), el modelo biopsicosocial considera la discapacidad como una experiencia humana universal, que cualquier persona puede vivir en algún momento de su vida, y no como una categoría aislada de la salud. Bajo este enfoque, la discapacidad se entiende como el resultado de una interacción dinámica y bidireccional entre la condición de salud de la persona y sus factores contextuales, tanto ambientales como personales, lo cual incluye deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación.

Desde esta perspectiva, las respuestas a las necesidades y las intervenciones se centran en la relación entre la persona y su entorno, fortaleciendo tanto los recursos individuales como los contextuales, con el objetivo de construir un ambiente inclusivo (Peñas Felizzola, 2013).

4.2.5. Modelo de enfoque de derechos

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), realizada en el 2006, establece que la discapacidad no es solo una condición médica, sino el resultado de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras sociales y del entorno; además, reconoce a las personas con discapacidad como sujetos plenos de derechos, no como objetos de asistencia o beneficencia. Asimismo, genera un marco legal que obliga a los Estados a garantizar igualdad, dignidad y participación plena de las personas con discapacidad en todos los ámbitos de la vida.

Este modelo entiende la discapacidad como una cuestión de derechos humanos, en el cual las personas con discapacidad son sujetos plenos de derechos y no objetos de asistencia, caridad ni tratamiento médico; por ello se centra en la dignidad del ser humano y después en las características médicas de las personas.

Para Seoane (2011), se debe dejar de considerar a las personas con discapacidad como objetos de medidas asistenciales, de beneficencia o caridad y reconocer su condición de sujetos de derechos. En este marco, las normas de integración social, especialmente aquellas vinculadas con la inclusión, la protección laboral y la igualdad de oportunidades, cobran una importancia fundamental, ya que este modelo no se detiene en garantizar la no discriminación y la igualdad, sino que apunta a la autonomía de las personas con discapacidad.

A continuación, se presenta un cuadro comparativo con los modelos de discapacidad presentados en los sub numerales preliminares.

Cuadro 3. Cuadro comparativo de modelos de discapacidad

Aspecto	Modelo de Prescindencia	Modelo Médico o Rehabilitador	Modelo Social	Modelo Biopsicosocial (CIF)	Modelo de Enfoque de Derechos Humanos
Enfoque central	La discapacidad es vista como una carga o desgracia.	La discapacidad es una deficiencia individual.	La discapacidad es causada por las barreras sociales.	Es resultado de la interacción entre condición y entorno.	La discapacidad es una cuestión de derechos y dignidad humana.
Causa de la discapacidad	Pecado, castigo, inferioridad moral o biológica.	Enfermedad, lesión o anomalía	Exclusión, discriminación y falta de accesibilidad	Factores biológicos, psicológicos y sociales	Vulneración de derechos y exclusión estructural

Aspecto	Modelo de Prescindencia	Modelo Médico o Rehabilitador	Modelo Social	Modelo Biopsicosocial (CIF)	Modelo de Enfoque de Derechos Humanos
Solución propuesta	Aislamiento, caridad, institucionalización	Curación, tratamiento o rehabilitación.	Adaptación del entorno y ajustes razonables	Atención integral + adecuaciones sociales	Garantía de derechos, participación activa y empoderamiento.
Rol de la persona	Objeto de lástima, dependencia, exclusión	Paciente, receptor pasivo	Ciudadano con derechos, agente de cambio.	Persona en contexto, con necesidades y derechos.	Titular de derechos, sujeto activo
Rol del profesional	Asistencialista, religioso o benefactor	Médico, terapeuta	Activista, planificador urbano, educador	Equipo interdisciplinario	Estado, defensoría, organismos de derechos, sociedad civil
Evaluación de la discapacidad	Estigma o invisibilización	Diagnóstico clínico y funcional	Análisis de entorno y accesibilidad	Evaluación del funcionamiento y del entorno	Examen de cumplimiento de derechos, acceso y participación
Crítica principal	Exclusión total, discriminación abierta.	Reduccionismo biomédico, ignora el contexto social.	Puede descuidar las necesidades médicas.	Complejidad técnica; requiere articulación institucional.	Requiere compromiso estatal sostenido y políticas efectivas.
Documento clave	--	Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (1980). Enlace: Link.	Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) Enlace: Link.	Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (2001) Enlace: Link.	Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) Enlace: Link.

Fuente: Revisión documentaria.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

4.3. Definición según la normativa peruana

4.3.1. Según la Ley de la Persona con Discapacidad

La Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, establece el marco legal para garantizar los derechos de las personas con discapacidad, promoviendo su inclusión plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás.

En esta ley se realiza una definición de persona con discapacidad, siendo esta descrita a continuación:

Artículo 2 de la Ley General de la Persona con Discapacidad.

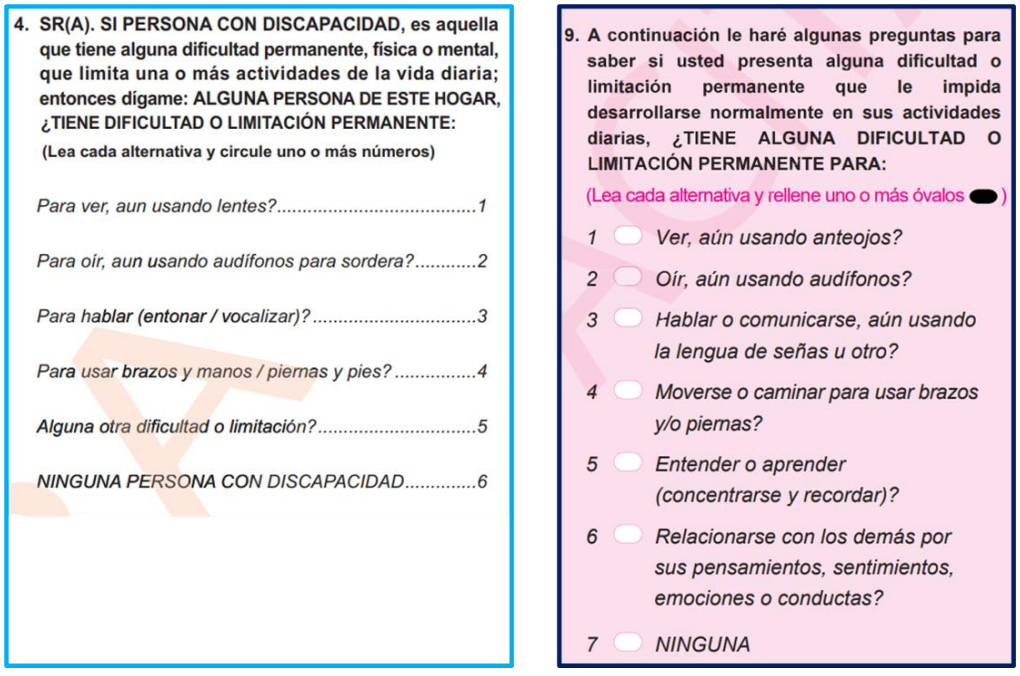
La persona con discapacidad es aquella que tiene una o más deficiencias físicas, sensoriales, mentales o intelectuales de carácter permanente que, al interactuar con diversas barreras actitudinales y de entorno, no ejerza o pueda verse impedida en el ejercicio de sus derechos y su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que las demás.

Esta definición pone de manifiesto que las personas con discapacidad, al interactuar con barreras actitudinales y de entorno, se ven impedidas de ejercer sus derechos en la sociedad, en igualdad de condiciones que los demás, situación que aduce al modelo social con enfoque de derechos, ya que, como se describió en dicho modelo, la causa de la discapacidad es producto del entorno, teniendo como solución su adecuación y transformación para que sea accesible e inclusiva.

De acuerdo con el INEI (2017), en el estudio "Perfil sociodemográfico de la población con discapacidad", se indica que, si bien se toma como aspecto relevante la definición de persona con discapacidad en la Ley General de la Persona con Discapacidad, surge un aspecto relevante para medir estadísticamente la discapacidad, puesto que es necesario traducir la definición establecida en la ley en una definición operativa, que se exprese mediante preguntas simples y comprensibles para toda la población.

En el Perú, así como en otros países, se utilizó la propuesta corta del Grupo de Washington (GW) sobre Estadísticas de la Discapacidad para aplicarlas en Censos de población y vivienda y Encuestas especializadas. En el Perú, la propuesta corta del GW fue tomada como base para el desarrollo de preguntas utilizadas para la identificación de personas con discapacidad; además, dichas preguntas fueron adecuadas para tener resultados dicotómicos (Sí y No), siendo estas utilizadas en los Censos de Población y Vivienda del 2007 y 2017. Asimismo, se desarrolló una encuesta especializada denominada "Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad, 2012", en la cual se presentan preguntas respecto a las limitaciones de la persona, así como la gravedad de la limitación. Cabe destacar que la propuesta corta del GW permite recoger de manera estandarizada la información sobre discapacidad; además, permite la comparabilidad con otros países que aplican esta propuesta.

Gráfico 6. Preguntas con respecto a personas con discapacidad en los Censos de Población y Vivienda del 2007 y 2017



4. SR(A). SI PERSONA CON DISCAPACIDAD, es aquella que tiene alguna dificultad permanente, física o mental, que limita una o más actividades de la vida diaria; entonces dígame: ALGUNA PERSONA DE ESTE HOGAR, ¿TIENE DIFICULTAD O LIMITACIÓN PERMANENTE:

(Lea cada alternativa y circule uno o más números)

Para ver, aun usando lentes?.....1

Para oír, aun usando audífonos para sordera?.....2

Para hablar (entonar / vocalizar)?.....3

Para usar brazos y manos / piernas y pies?.....4

Alguna otra dificultad o limitación?.....5

NINGUNA PERSONA CON DISCAPACIDAD.....6

9. A continuación le haré algunas preguntas para saber si usted presenta alguna dificultad o limitación permanente que le impida desarrollarse normalmente en sus actividades diarias, ¿TIENE ALGUNA DIFICULTAD O LIMITACIÓN PERMANENTE PARA:

(Lea cada alternativa y rellene uno o más óvalos ●)

1 ○ *Ver, aún usando anteojos?*

2 ○ *Oír, aún usando audífonos?*

3 ○ *Hablar o comunicarse, aún usando la lengua de señas u otro?*

4 ○ *Moverse o caminar para usar brazos y/o piernas?*

5 ○ *Entender o aprender (concentrarse y recordar)?*

6 ○ *Relacionarse con los demás por sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas?*

7 ○ *NINGUNA*

Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda 2007 y 2017.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

4.3.2. Según la normativa del Programa CONTIGO

Según el marco normativo del Programa CONTIGO, para realizar la afiliación a la subvención económica se deben considerar criterios que se encuentran establecidos en la Resolución de Dirección Ejecutiva N° 21-2023-MIDIS/PNPDS-DE.

En este dispositivo legal, se realiza una definición de persona con discapacidad severa, así como los procedimientos para adquirir una vacante dentro del presente programa.

Resolución de Dirección Ejecutiva N° 21-2023-MIDIS/PNPDS-DE

Definición de la persona con discapacidad severa.

Condición en la que la persona con discapacidad severa tiene dificultad grave o completa para la realización de sus actividades cotidianas, requiriendo para ello del apoyo o los cuidados de una tercera persona la mayor parte del tiempo o de manera permanente.

Cabe destacar que la definición del cuidador de la persona usuaria miembro del Programa CONTIGO se encuentra en la Directiva N° 002-2019-MIDIS/PNPDS-DE, así como la definición de persona autorizada para el cobro.

Directiva N° 002-2019-MIDIS/PNPDS-DE

Cuidador/a

Quien convive y se encarga de brindar cuidados constantes a la persona con discapacidad severa de acuerdo a los supuestos comprendidos en los literales a), b) y c) del artículo 12.4.2 del Decreto Supremo N° 004-2015-MIMP, modificado por el Decreto Supremo N° 007-2016-MIMP.

Autorizado/a

Cuidador/a de el/la usuario/a del Programa CONTIGO que fue autorizado/a al cobro de la pensión no contributiva, aprobada con Resolución de Dirección Ejecutiva, de acuerdo al siguiente criterio de prelación:

a) A solicitud de quien ejerce la patria potestad, la tenencia o tutela del menor de edad, en ese orden, según corresponda.

b) A solicitud de un familiar directo hasta el tercer grado de consanguinidad y que viva con el/la beneficiario/a.

c) A solicitud de una persona que viva con el/la beneficiario/a y que, además, sea quien realice los cuidados constantes de este/a.

Estas definiciones se tomarán en cuenta a lo largo del análisis de resultados; asimismo, dado que estas son definiciones presentadas a través de normativa del Programa CONTIGO, se deben considerar las modificaciones, si en caso las hubiera, para dar mejor interpretación a los resultados.

5. REVISIÓN DE LITERATURA

5.1. Calidad de vida

La definición del concepto de calidad de vida ha sido tratada por diversos autores, siendo este concepto complejo para una definición formal; sin embargo, la calidad de vida se ha configurado como una propuesta teórica para estudiar el bienestar y la vida de las personas, tanto en una dimensión objetiva como subjetiva (Tonon, 2022); asimismo, según Tonon (2017), existe una diferencia entre calidad de vida y bienestar social, puesto que el segundo hace referencia al entorno material, mientras que calidad de vida integra lo material, psicológico, social y político.

Al respecto, Ardila (2003) señala que no existe una definición acertada de calidad de vida, por lo que distintos autores utilizan diferentes definiciones implícitas, pero no las explicitan. Noll (2002) indica que actualmente existe un consenso respecto al concepto de calidad de vida, el cual tiene que ver con las condiciones de vida y las evaluaciones subjetivas.

De acuerdo con Diener y Suh (1997), la calidad de vida es un constructo complejo y multifacético que requiere múltiples enfoques desde diferentes ángulos teóricos; al respecto, Tonon (2017) señala que la calidad de vida implica una mirada objetiva como subjetiva de las personas, además de ser un concepto multidimensional que comprende dimensiones que las personas valoran de manera diferente de acuerdo con la importancia que le confieren a cada una de ellas para su vida. Para Thin (2018), la calidad de vida también es un concepto multidimensional influenciado por la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las condiciones de vida y las relaciones sociales del individuo. Ardila (2003) propone una definición integradora de calidad de vida, la cual supone un estado de satisfacción que surge de realizar las potencialidades que el individuo posee. Para Shalock y Verdugo (2007), la calidad de vida es un estado de satisfacción general, que surge de realizar las potencialidades que el individuo posee, el cual es multidimensional, pues tiene propiedades éticas ligadas a la cultura y está influenciada por factores personales y ambientales, e incluye componentes objetivos y subjetivos; además, un concepto importante mencionado es que la calidad de vida de las personas con y sin discapacidad comparten la misma experiencia y tienen derecho a vivir una buena vida dentro de su entorno; mientras que la Organización Mundial de la Salud en su manual del instrumento de calidad de vida (WHOQOL), define calidad de vida como la percepción del estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (World Health Organization, 1998).

De acuerdo con las definiciones previas, este estudio definirá calidad de vida como la satisfacción que la persona percibe de su vida. Esto se entiende cuando el individuo percibe que sus necesidades básicas se encuentran cubiertas, además de sentirse bien física y emocionalmente, así como de participar en actividades sociales y comunitarias de manera plena y satisfactoria.

Esta definición de calidad de vida se alinea con lo propuesto por Tonon (2017), la cual será entendida como la percepción que se forma a través de la interacción de diversos factores internos y externos, y varía según la cultura, la experiencia individual y las circunstancias particulares de cada persona; aunque la calidad de vida en términos generales se evalúa a través de indicadores objetivos como la salud, la educación o el ingreso, la percepción de la calidad de vida va más allá, pues integra lo material, psicológico, social y político.

5.2. Riesgo sociofamiliar

Según Sánchez-Sandoval y Verdugo (2021), el riesgo sociofamiliar se refiere a la presencia de ciertas condiciones adversas en el entorno familiar (como adicciones, dificultades económicas, desestructuración familiar o pertenencia a una minoría étnica), las cuales, especialmente cuando se presentan de forma acumulada, impactan negativamente en la integración social.

Para Torres et al. (2019), el riesgo sociofamiliar implica una condición donde las circunstancias sociales y familiares, como la falta de apoyo, problemas en las relaciones o red social, pueden impactar negativamente en la salud, bienestar y funcionalidad; además, se identifica como un aspecto crucial para el cuidado integral y la evolución clínica favorable.

Para Gudzinskiene y Augutavicius (2018), una familia en riesgo social es aquella que tiene entre sus miembros personas menores de edad y en la que al menos uno de los padres no presenta habilidades parentales (en especial para el adecuado cuidado de los hijos e hijas), posibles abusos o mal uso del apoyo financiero estatal; estos factores resultan un riesgo para el desarrollo físico, mental, espiritual, moral y la seguridad de los miembros del hogar que requieren cuidado, como niños, personas adultas mayores y/o personas con discapacidad y discapacidad severa.

De acuerdo con Pérez et al. (2017), el riesgo sociofamiliar hace referencia a la probabilidad que una familia experimente consecuencias negativas en salud, organización o funcionamiento, debido a la combinación de características internas de la familia (se refieren a los factores y dinámicas que son propias del funcionamiento, estructura y composición de la familia, así como las características de sus miembros) y condiciones sociales y ambientales adversas a las que está expuesta (se refiere a factores del entorno externo a la familia que influyen en su bienestar y estabilidad como disponibilidad y acceso a servicios, condiciones de vivienda, situación socioeconómica, entre otros); además, si una familia se encuentra en condición de pobreza, desempleo, delincuencia, deterioro urbano y deficiencias en servicios, se encontraría en riesgo social, lo cual limita sus oportunidades futuras (Fornell, Ortíz-Bermúdez, Rodríguez-Mora, Verdugo, & Sánchez-Sandoval, 2023).

Si bien Arnaut (2014) no aborda el término riesgo sociofamiliar de manera explícita, aborda diversos factores y dimensiones que contribuyen a su definición, como la situación de vulnerabilidad y precariedad. El autor señala que los hogares con personas con discapacidad, en comparación con el resto de la población, se ven afectados por menores ingresos y mayores gastos extraordinarios (fármacos, tratamientos, ayudas técnicas, entre otros), así como carencia de bienes básicos y pobreza extrema, situación relacionada con bajas tasas de empleo, limitada capacidad protectora de las pensiones y prestaciones sociales, así como un menor nivel de estudios y altas tasas de abandono escolar prematuro, entre otras.

En resumen, el riesgo sociofamiliar es un concepto amplio que integra factores del entorno familiar (estructura, relaciones, capacidad de cuidado) y del entorno social (redes de apoyo, situación económica, vivienda, acceso a servicios) que colocan a individuos o familias en una situación de vulnerabilidad, aumentando la probabilidad de resultados negativos en salud, bienestar y funcionamiento social. Este riesgo se ve particularmente agravado cuando las condiciones adversas se presentan de manera acumulativa y afectan a los miembros más vulnerables del hogar, como niños, personas mayores o con discapacidad, comprometiendo su desarrollo integral, bienestar y ejercicio pleno de derechos.

5.3. Seguridad alimentaria

De acuerdo con la FAO (1996), se define como seguridad alimentaria cuando "*todas las personas, en todo momento, tienen acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades dietarias y preferencias alimentarias que permitan llevar una vida sana y activa"*. Por el contrario, la inseguridad alimentaria ocurre cuando existe una insuficiente ingesta de alimentos, producto de la escasa disponibilidad de alimentos, insuficientes ingresos económicos, inadecuadas prácticas en la preparación de alimentos o la combinación de estos factores. Este enfoque conceptual desarrollado por la FAO tiene otras proposiciones, como la planteada por Maxwell y Smith (1992), la cual sostiene que la inseguridad alimentaria es descrita y explicada bajo un modelo conceptual donde las causas básicas, subyacentes y directas determinan el comportamiento de la malnutrición.

Del mismo modo, Black et al. (2008) considera que la inseguridad alimentaria afecta al desarrollo individual y social, generando problemas como incremento de las necesidades de servicios de salud, disminución en la productividad laboral, aumento de la pobreza, profundización de la discriminación y agravamiento de los conflictos sociales y políticos.

Smith, Alderman y Aduayom (2006) sostienen que la disponibilidad global y nacional de alimentos constituye el acceso a alimentos de un hogar. Asimismo, la conjugación del acceso alimentario con los escasos recursos del hogar influye en la dieta de alimentos de los miembros del hogar, así como en su salud, lo cual finalmente deriva en la seguridad nutricional a nivel individual.

Para Flores (2019), la inseguridad alimentaria y la malnutrición son vistas como una expresión de la desigualdad, que para abordarla requiere intervenciones en el campo agroalimentario, desarrollo de la economía, creación de empleos de calidad y salarios dignos que permitan a las familias satisfacer sus necesidades; además, señala que las políticas nacionales, incluyendo programas de protección social y apoyo a la agricultura campesina, son relevantes, especialmente donde predomina la pobreza rural. Además, según Cho et al. (2016), cuando los hogares cuentan con un miembro con discapacidad, incrementa la probabilidad de tener inseguridad alimentaria; asimismo, Fernandez-Perez et al. (2024) indicaron que en hogares con jefes de familia con discapacidad aumenta la probabilidad de mayor severidad de la inseguridad alimentaria en sus hogares.

Coleman-Jensen (2020) indicó que los hogares que incluyen adultos con discapacidades tienden a tener tasas elevadas y experimentar niveles relativamente severos de inseguridad alimentaria; además, si bien las personas con discapacidad tienen un mayor riesgo de pobreza, esto por sí solo no explica su mayor riesgo de inseguridad alimentaria, ya que este también está relacionado con ingresos bajos y gastos en salud, siendo este último el que tiene mayor preponderancia en el riesgo de inseguridad alimentaria, ya que rivaliza con el gasto en alimentos. De otro lado, Hadfield-Spoor et al. (2022) señalan que la relación entre discapacidad e inseguridad alimentaria puede ser bidireccional, ya que la inseguridad alimentaria puede aumentar el riesgo de discapacidad física, mientras que la mala salud entre las personas con discapacidad puede llevar a la inseguridad alimentaria; además, el número y el tipo de discapacidades están asociados con un mayor riesgo de inseguridad alimentaria.

En resumen, la inseguridad alimentaria es la condición en que las personas no tienen acceso suficiente, constante y adecuado a alimentos seguros y nutritivos, ya sea por falta de disponibilidad, bajos ingresos, prácticas inadecuadas en la preparación de alimentos o una combinación de estos

factores, sumado a la estabilidad de garantizar un acceso confiable y continuo a alimentos suficientes y adecuados a lo largo del tiempo.

5.4. Sentimiento de soledad

Para Perlman y Peplau (1981), el sentimiento de soledad ocurre cuando la red de relaciones sociales de una persona es deficiente; es decir, ocurre cuando existe una discrepancia entre la calidad o cantidad real y esperada de las conexiones sociales de una persona. Según Weiss (1973), la soledad no es un estado único, sino que se presenta de dos maneras; la primera, emocional, se refiere a la ausencia percibida de una red social disponible y aceptable; es decir, suele estar asociada con la ausencia de apoyo emocional, mientras que la segunda, social, se encuentra relacionada con la falta de pertenencia a una red de amigos y la ausencia de provisiones como la aseguración del valor en esas amistades; es decir, suele estar relacionada con la presencia de vínculos estrechos con amigos y las conexiones sociales de una persona. Para De Jong-Gierveld (1998), la soledad no se trata solo de la cantidad de relaciones, sino de cómo el individuo vive y evalúa esta soledad, desglosando la experiencia en el sentimiento central de privación íntima, la perspectiva sobre el futuro de la situación y el rango de emociones negativas asociadas. Este contexto conceptualiza la definición de soledad multidimensional, a diferencia de Perlman y Peplau, que tratan la soledad como un concepto unidimensional basado en la deficiencia cuantitativa o cualitativa de la red de relaciones sociales.

De otro lado, según Wolter et al. (2023), la soledad se correlaciona fuertemente con los síntomas de depresión y ansiedad; además, Cacioppo y Hawkley (2009) señalan que la soledad produce mayor negatividad, ansiedad, ira y sintomatología depresiva; asimismo, Cacioppo et al. (2006) indican que la soledad también se encuentra vinculada con sentimientos de inseguridad, afecto negativo (estado de ánimo negativo), ansiedad, ira, menor estabilidad emocional, timidez, menor autoestima, menor optimismo, entre otros. Chang et al. (2019) señalan que la depresión se encuentra vinculada principalmente con el riesgo de suicidio, actuando como un factor que amplifica significativamente dicho riesgo.

Según Bailie et al. (2023), la soledad se define como "un sentimiento subjetivo desagradable o angustiante de falta de conexión con otras personas, junto con un deseo de más o más satisfactorias relaciones sociales", definición estrechamente relacionada con la calidad de las conexiones sociales, más que con la cantidad; además, señala que las personas con discapacidad experimentan soledad con mayor frecuencia y que esta soledad está relacionada con resultados adversos para su salud y bienestar, tanto mental como físico. En línea con lo descrito, McGlone y Long (2020) indicaron que los adultos jóvenes con enfermedades o discapacidades de larga duración tienen un mayor riesgo de experimentar soledad en comparación con sus compañeros que no la cuentan, teniendo implicaciones negativas para el bienestar personal y la salud a largo plazo.

De acuerdo con Birken et al. (2023), su estudio reunió a 59 adultos con problemas de salud mental en el Reino Unido que dieron su consentimiento y fueron entrevistados por los investigadores para explorar sus experiencias de soledad. Este reveló una comprensión rica y compleja de cómo las personas con problemas de salud mental experimentan la soledad. Las principales conclusiones fueron las siguientes:

1. La soledad fue descrita a menudo por los participantes como "triste", "deprimente" o "miserable".

2. La soledad también se describió como no sentirse amado, apoyado o comprendido, independientemente de si estaban objetivamente aislados o no.
3. La soledad puede causar o empeorar los problemas de salud mental, llevando a pensamientos negativos y bajo estado de ánimo.
4. Factores como el estigma y la exclusión social también son contribuyentes significativos de la soledad, además de la incapacidad de las comunidades para acoger e integrar a las personas que viven con problemas de salud mental.

A modo de resumen, la soledad es una experiencia subjetiva y multidimensional caracterizada por una percepción de desconexión o insuficiencia en las relaciones sociales, ya sea en cantidad o calidad, que genera malestar emocional y puede afectar negativamente la salud mental y el bienestar general. Para personas con discapacidad, es una experiencia subjetiva, compleja y multidimensional que surge de la percepción de desconexión, insuficiencia o insatisfacción en las relaciones sociales, y que se ve agravada por barreras sociales, físicas y actitudinales que dificultan la inclusión y el acceso a vínculos significativos.

Esta forma de soledad puede estar vinculada tanto a la falta de apoyo emocional (soledad emocional) como a la exclusión de redes sociales o comunitarias (soledad social), afectando negativamente a su discapacidad, el bienestar y la calidad de vida; siendo factores como el estigma, la discriminación y la falta de accesibilidad los que amplifican el impacto en este grupo.

5.5. Encuestas de medición del bienestar subjetivo de las personas con discapacidad

En países de América Latina y el Caribe (ALC) se vienen ejecutando programas sociales vinculados a la atención de personas con discapacidad y en situación de vulnerabilidad[8], los cuales se enfocan en transferencias monetarias no condicionadas y atenciones médicas.

Los principales servicios brindados por estos programas en ALC son: i) transferencias monetarias no condicionadas (TMNC), ii) asignación universal, iii) bonos de protección social y iv) atenciones en salud, los cuales son brindados a usuarios de programas sociales y familiares.

Además, cabe resaltar que los efectos de los servicios brindados por estos programas pueden influenciar en alguna medida el bienestar, como la calidad de vida, el bienestar subjetivo, la reducción de pobreza, entre otros.

Bienestar subjetivo

El bienestar subjetivo es un concepto multidimensional que abarca las diversas evaluaciones que las personas hacen sobre sus vidas, los eventos que experimentan y las circunstancias en las que viven, por lo que en los últimos años se hace importante la necesidad de incorporar alguna medición del bienestar subjetivo, como las percepciones de los individuos sobre sus condiciones de vida y las relaciones sociales que sostienen en la evaluación del bienestar (Villatoro, 2012). En línea con lo descrito, Angner (2010) señala que el bienestar subjetivo es un concepto específico que se refiere a las evaluaciones que el individuo hace de su propia vida y experiencias. Para Diener (1984), el bienestar subjetivo se define como la apreciación subjetiva que un individuo tiene de su propia vida;

[8] Según la Defensoría del Pueblo, las personas con discapacidad son un grupo poblacional de múltiples y agravadas formas de discriminación que les impiden ejercer plenamente libertades y derechos básicos, como la igualdad ante la ley, la libertad de tránsito, el derecho al sufragio, a la educación, a la salud, entre otros; por estas características es considerada como una población especial de protección, así como vulnerable.

además, se compone de: 1) afecto positivo, 2) afecto negativo y 3) satisfacción con la vida. Es así como diversos autores sostienen que el bienestar puede ser definido a través del bienestar subjetivo; además, el bienestar subjetivo es una forma específica de entender y medir el bienestar, enfocado en la experiencia y evaluación personal de la felicidad, la satisfacción y los estados afectivos (Vivaldi & Barra, 2012).

En cuanto a la relación entre ingresos económicos y el bienestar subjetivo, Diener et al. (2010) indican que mejoras en el ingreso económico se traducen directamente en mayor bienestar subjetivo cuando hay necesidades básicas insatisfechas; además, un aumento de ingresos tiene un impacto mayor en el bienestar de las personas con ingresos bajos que en las de ingresos altos. Asimismo, Haushofer y Shapiro (2016) sostienen que programas de transferencias monetarias en América Latina, África y Asia han mostrado mejoras en el bienestar subjetivo de personas pobres, al permitir un mayor control sobre su vida y reducir la incertidumbre; además, que tienen un impacto positivo significativo en el bienestar psicológico, particularmente en la reducción del estrés, la depresión y el aumento de la felicidad y la satisfacción con la vida.

Respecto a las personas con discapacidad, Noriega et al. (2018) señala que la relación entre el bienestar subjetivo y las personas con discapacidad motriz es que esta última es un factor asociado a una menor satisfacción general con la vida en comparación con la población sin discapacidad, y que factores económicos, de salud, sociales, de percepción personal (optimismo, control), experiencias vitales (estrés, maltrato) y el entorno familiar/social son determinantes clave para diferenciar a quienes experimentan un alto bienestar subjetivo de quienes experimentan un bajo bienestar subjetivo dentro de este grupo poblacional.

Para Suria (2016), el bienestar subjetivo en las personas con discapacidad está fuertemente influenciado por el nivel de resiliencia; es decir, los determinantes que conceptualizan este factor están relacionados con la capacidad de superación de la adversidad y salir fortalecidos de ella, pese a estar en situaciones de estrés y dificultad grave; en consecuencia, la población en condición de discapacidad, en contraste con las personas que presentan discapacidad grave, se ve condicionada a tener un bajo nivel de resiliencia y bienestar psicológico.

En Europa, Van Campen y Van Santvoort (2012) manifiestan que la relación entre bienestar subjetivo y las personas en condición de discapacidad está marcada por brechas significativas, especialmente si la condición de discapacidad es grave o severa, puesto que la satisfacción con la vida, así como la cohesión social, son afectadas por la condición de discapacidad en comparación con personas que no presentan dicha condición. De otro lado, según los investigadores, las claves para mejorar el bienestar subjetivo de esta población son el apoyo social y organizacional.

A modo de resumen, el bienestar subjetivo es un concepto amplio que se refiere a las percepciones que las personas hacen sobre su vida, sus experiencias y su entorno; por ello es usual medirlo a través de encuestas de percepciones, las cuales se centran en la valoración personal de la felicidad, satisfacción y los estados emocionales. Así, el bienestar subjetivo se presenta como una forma específica de entender y medir el bienestar desde la perspectiva individual.

En cuanto a la valoración del bienestar subjetivo de las personas con discapacidad, diversos autores señalan que las personas con discapacidad tienden a experimentar un menor bienestar subjetivo en comparación con la población sin discapacidad; además, dicha discapacidad puede limitar la participación plena en la vida social, económica y comunitaria, lo que impacta negativamente en su

percepción de calidad de vida. Sin embargo, el desarrollo de la resiliencia, el acceso a redes de apoyo social y organizacional y mejoras de las condiciones económicas, de salud, del entorno familiar y social pueden ser determinantes positivos en reducir las brechas en bienestar subjetivo entre personas con y sin discapacidad, influyendo significativamente en su satisfacción con la vida.

Encuestas de medición del bienestar subjetivo

Según Martínez (2024), el objetivo de la acción gubernamental es fomentar el desarrollo económico y social, lo que implica mejorar la calidad de vida de la población, por lo que es oportuno monitorear el progreso social y económico de la sociedad. En línea con lo descrito, diversos países han tomado interés para la medición del bienestar de su población; tal es el caso de Chile, el cual implementó la Encuesta de Bienestar Social – EBS, con el objetivo de proporcionar un diagnóstico completo del bienestar de la población, el cual es medido cada dos años (Observatorio Social - Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2025). Asimismo, en Colombia, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), a través de la Encuesta de Calidad de Vida – ECV (2025) y la Encuesta Pulso Social – EPS (2025), mide el bienestar subjetivo para la población en general de manera anual y mensual, respectivamente. Otra encuesta que mide el bienestar subjetivo en ALC es la que desarrolla la ONG Latinobarómetro (2025), institución que tiene por objetivo medir las percepciones, actitudes y comportamientos de los ciudadanos latinoamericanos sobre temas políticos, sociales, económicos y culturales. Asimismo, en países como Reino Unido, Australia, Japón y Canadá también han desarrollado una recolección sistemática de indicadores de bienestar subjetivo para diseñar y monitorear políticas sociales (Castellanos, como se citó en Baquedano-Rodríguez & Rosas-Muñoz, 2020).

Cabe destacar que la aplicación de encuestas sobre bienestar subjetivo es utilizada en diferentes disciplinas sociales y clínicas, por lo que su contribución ha tenido efecto en la producción científica a nivel multidisciplinario. En Chile, Baquedano-Rodríguez y Rosas-Muñoz (2020) identifican una clara influencia en la adición del bienestar subjetivo como indicador socioeconómico en los estudios poblacionales, puesto que es una herramienta eficaz para obtener evidencia fehaciente con el fin de comprender de manera crítica los indicadores de bienestar en la población.

Castellanos-Cereceda (2012) relaciona el indicador de bienestar subjetivo con nuevos usos en el aparato político, con especial énfasis en políticas sociales, por lo que integra el enfoque de bienestar subjetivo y ofrece un análisis multidimensional como el ejercicio de los derechos, el acceso a servicios de calidad y la confianza social; por ello resalta la importancia de incluir este enfoque en la mejora de recomendaciones en políticas públicas. Siguiendo esa misma línea, Martínez (2024) expone que la medición del bienestar subjetivo implica la generación de mejores políticas gubernamentales. Esto se ve reflejado en su aplicabilidad como indicador en evaluaciones de políticas públicas.

En resumen, el uso de encuestas que evalúan el bienestar subjetivo muestra relevancia en distintas áreas de las ciencias sociales y clínicas, favoreciendo la generación de conocimiento desde una perspectiva multidisciplinaria. Los efectos en el uso de la información o data como resultado de estas encuestas contribuyen a orientar mejor las decisiones gubernamentales, promoviendo mejoras en áreas clave como la salud, la educación, la gobernanza y fomentando políticas públicas informadas y basadas en evidencia.

5.6. Programas de protección social y encuestas dirigidas a personas con discapacidad

En el presente acápite se darán a conocer los programas sociales existentes en ALC que tienen como población objetivo a personas con discapacidad y se mostrarán estudios vinculados a encuestas de percepciones que presenten resultados en algún indicador de bienestar de personas con discapacidad.

Argentina

En Argentina, la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS) es el organismo responsable de implementar políticas públicas destinadas a promover los derechos y la inclusión de las personas con discapacidad, la igualdad de oportunidades y el ejercicio pleno de los derechos de las personas con discapacidad, que a través del Fondo Nacional para la Inclusión Social de las Personas con Discapacidad (FONADIS) financia diversos programas sociales con alcance federal.

Como parte de la protección social a personas vulnerables, se crea la Asignación Universal por Hijo (AUH), programa que otorga un subsidio económico mensual a madres, padres o tutores de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años (o sin límite de edad en caso de discapacidad), que se encuentren desocupados, trabajen en la economía informal o perciban ingresos por debajo del salario mínimo. Al respecto, UNICEF y la Universidad de Buenos Aires (2017) colaboraron en la realización de una evaluación de impacto de la Asignación Universal por Hijo (AUH), teniendo como resultado un impacto positivo y significativo en la reducción de la pobreza y la desigualdad de ingresos, especialmente en la indigencia y al acercar los ingresos de los más pobres a la línea de pobreza (reducción de la brecha). No obstante, el monto de la prestación es considerado insuficiente por sí solo para erradicar la pobreza o la indigencia en la mayoría de los hogares beneficiarios, y quienes logran superar la línea monetaria permanecen en una situación de alta vulnerabilidad. También existen otros programas que brindan subsidios a personas con discapacidad; el Cuadro 4 brinda un resumen de dichos programas.

En Argentina no se han desarrollado encuestas de percepciones destinadas a evaluar la satisfacción o el impacto subjetivo de programas de transferencias monetarias destinados a personas con discapacidad; sin embargo, se realizó el Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad (2018) con el objetivo de cuantificar el número de personas que viven en Argentina con alguna discapacidad. El estudio encontró que el 10.2% de la población de 6 años y más tiene algún tipo de dificultad[9]; además, el 62% de la población con dificultad de 6 años y más recibe jubilación o pensión. Este porcentaje es del 98,2% para la población de 80 años y más. En cuanto al porcentaje de hogares con al menos una persona con dificultad, es del 25.3%.

Cuadro 4. Programas de protección social y subsidios para personas con discapacidad en Argentina

N°	Tipo de Programa	Nombre del Programa	¿Está vigente?	Servicio/Producto Brindado	Población Beneficiaria	Objetivo del Programa	Enlace Oficial
1	Subsidio económico	Pensión No Contributiva por Invalidez	Sí	Ingreso mensual (equivale al 70% de una jubilación	Personas con discapacidad en situación de	Garantizar una cobertura económica básica.	Enlace

[9] Según el estudio, las personas que presentan algún tipo de dificultad son aquellas que mencionan que no pueden o se les dificulta ver, oír, comunicarse, caminar, subir escaleras, entre otras acciones que no pueden realizar de manera independiente.

N°	Tipo de Programa	Nombre del Programa	¿Está vigente?	Servicio/Producto Brindado	Población Beneficiaria	Objetivo del Programa	Enlace Oficial
				mínima) y cobertura de salud.	vulnerabilidad y sin ingresos.		
2	Subsidio económico	Asignación por Maternidad Down	Sí	El monto corresponde al sueldo bruto (sin descuentos).	Personas trabajadoras en relación de dependencia, servicio doméstico o que están cubiertas por una Aseguradora de Riesgos de Trabajo (ART), durante su licencia por maternidad.	Acompañar y proteger los ingresos de las personas gestantes que trabajan cuando su hijo o hija ha sido diagnosticado con síndrome de Down.	Enlace
3	Subsidio económico	Asignación Familiar por Hijo con Discapacidad	Sí	Asignación mensual por hijo con discapacidad (monto determinado por el rango de ingresos del grupo familiar y zona de residencia o zona donde se trabaja).	Trabajadores/as en relación de dependencia o monotributistas.	Ayudar a solventar los gastos por hijo con discapacidad.	Enlace
4	Subsidio económico	Asignación Universal por Hijo con Discapacidad	Sí	Asignación mensual (monto determinado por zona de residencia).	Familias sin trabajo formal o con ingresos bajos.	Promover equidad social y cuidado infantil con discapacidad.	Enlace
5	Subsidio Energético	Programa Hogar (subsidio para la compra de garrafas)	Sí	Subsidio monetario para comprar garrafas.	Hogares sin conexión de gas natural, con prioridad para quienes tengan integrantes con discapacidad.	Garantizar el acceso a energía para cocción y calefacción.	Enlace
6	Asistencia Directa	Programa de Asistencia Directa por Situaciones Especiales	Sí	Subsidios puntuales para necesidades sanitarias y sociales.	Personas en situación de alta vulnerabilidad, incluidas con discapacidad.	Cubrir necesidades urgentes no contempladas por otros programas.	Enlace
7	Apoyo Técnico	Programa de Apoyos Técnicos para Personas con Discapacidad	Sí	Elementos ortopédicos, sillas de ruedas, audífonos, etc.	Personas con discapacidad sin cobertura de salud o cuya obra social no cubra el producto.	Favorecer la autonomía personal. mediante productos de apoyo con el fin de facilitar el desarrollo de las actividades de la vida diaria, mejorar la autonomía personal y la calidad de vida.	Enlace
8	Emprendimiento	Programa de Apoyo a Emprendedores con Discapacidad	Sí	Subsidio económico de hasta 4 millones de pesos argentinos.	Personas con discapacidad mayores de 18 años con experiencia o capacitación.	Promover la autonomía económica, generación de ingresos y desarrollo profesional.	Enlace
9	Empleo	Programa de Fortalecimiento de Establecimientos Comerciales que Empleen Personas con Discapacidad	Sí	Financiamiento y fortalecimiento institucional.	Establecimientos que emplean o se comprometen a emplear personas con discapacidad (al menos en un 70% por personas con discapacidad).	Incentivar el empleo formal de personas con discapacidad.	Enlace
10	Inclusión Laboral	Programa Promover la Igualdad de Oportunidades de Empleo	Sí	Formación, talleres, inclusión laboral.	Personas con discapacidad desocupadas.	Facilitar la inclusión en el mercado laboral formal.	Enlace

Fuente: Programas de protección social para personas con discapacidad en Argentina.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

Chile

En Chile, los programas de transferencias monetarias dirigidos a personas con discapacidad son gestionados principalmente por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF), en colaboración con el Instituto de Previsión Social (IPS) y el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS). El objetivo principal de estos programas es el de reducir la vulnerabilidad social y económica de las personas con discapacidad, promoviendo su inclusión social y mejorando su calidad de vida mediante apoyos financieros directos y complementarios. Este objetivo se alinea con la misión[10] del Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF), que busca contribuir al diseño y aplicación de políticas y programas en materia de equidad y desarrollo social, especialmente aquellas destinadas a erradicar la pobreza y brindar protección social a las personas, familias o grupos vulnerables. En el Cuadro 5 se brinda un resumen de dichos programas.

En Chile tampoco se han desarrollado encuestas de percepciones destinadas a evaluar la satisfacción o el impacto subjetivo de programas de transferencias monetarias destinados a personas con discapacidad; sin embargo, se realizó el estudio: III Estudio Nacional de la Discapacidad (2023) desarrollado en base a la Encuesta Nacional de Discapacidad y Dependencia (ENDIDE) realizada en el 2022. El estudio tuvo el objetivo de caracterizar el funcionamiento y las condiciones de vida de las personas con discapacidad y dependencia, con la finalidad de identificar brechas que permitan desarrollar políticas públicas más oportunas en materia de inclusión social para este grupo poblacional. El estudio identificó que el 5.9% de las personas tenían algún tipo de discapacidad leve o moderada (1,145,558 personas), el 11.1% tenía alguna discapacidad severa (2,146,044 personas) y el 83% de la población total chilena no tenía ningún tipo de discapacidad (16,057,323 personas). Respecto al número de personas con discapacidad, se observa que existen más personas con discapacidad severa que personas con discapacidad leve o moderada. Cabe resaltar que, para este estudio, el concepto de discapacidad se basó en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud del Organismo Mundial de la Salud[11]; además, de acuerdo con la métrica de desempeño, se identifica a la población con discapacidad leve, moderada o severa.

Otro estudio desarrollado en Chile es el de la Encuesta de Bienestar Social, la cual es implementada por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, la cual tiene como objetivo principal, generar información multidimensional sobre el bienestar que experimentan las personas. Esta encuesta se basa en el modelo de bienestar de la OCDE (2011) y en el enfoque de capacidades de Amartya Sen, considerando tanto las condiciones materiales como las percepciones subjetivas de la calidad de vida. En dicho estudio, se encontró una mejora sin precedentes en niveles de pobreza y desigualdad en Chile. No obstante, persisten brechas estructurales: el país sigue siendo marcado por la alta desigualdad, hogares con dependencia elevada de subsidios y zonas rurales o regiones específicas con altos índices de pobreza multidimensional.

[10] Ver: https://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/mision.

[11] El concepto de discapacidad debe ser entendido como "una construcción simbólica, un término genérico y relacional que incluye condiciones de salud y déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación", concepto que indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo y sus factores contextuales, considerando los ambientales y personales.

Cuadro 5. Programas de protección social y subsidios para personas con discapacidad en Chile

N°	Tipo de Programa	Nombre del Programa	¿Está vigente?	Servicio/Producto Brindado	Población Beneficiaria	Objetivo del Programa	Enlace Oficial
1	Subsidio económico	Pensión Básica Solidaria de Invalidez (PBSI)	Sí	Pensión mensual no contributiva de $164,356 CLP.	Personas de 18 a 65 años con invalidez y sin pensión contributiva.	Otorgar un ingreso básico a personas con invalidez en situación de vulnerabilidad.	Enlace
2	Subsidio económico	Aporte Previsional Solidario de Invalidez (APSI)	Sí	Aporte monetario mensual destinado a complementar la pensión de invalidez, hasta alcanzar una pensión equivalente a $224,004 CLP.	Personas de 18 a 65 años con invalidez y pensión inferior a PBSI.	Complementar el APSI y asegurar un ingreso mínimo hasta alcanzar el monto de la Pensión Garantizada Universal (PGU).	Enlace
3	Subsidio económico	Subsidio de Discapacidad para menores de 18 años	Sí	Subsidio mensual de $77,701 CLP.	Menores de 18 años con discapacidad mental y sin recursos.	Apoyar económicamente a menores con discapacidad mental en situación de vulnerabilidad.	Enlace
4	Apoyo Técnico	Programa de Ayudas Técnicas (SENADIS)	Sí	Personas con discapacidad que requieran ayudas técnicas.	Jefas de hogar, adultos mayores, personas con discapacidad, niños y adolescentes.	Facilitar la inclusión social y mejorar la calidad de vida mediante dispositivos de apoyo.	Enlace
5	Subsidio económico	Pago a Cuidadores de Personas con Discapacidad	Sí	Pago máximo mensual de $32,991 CLP por la entrega de sus servicios.	Cuidadores de personas con discapacidad severa inscritas en programas de atención domiciliaria.	Reconocer y apoyar económicamente la labor de cuidado no remunerado.	Enlace

Fuente: Programas de protección social para personas con discapacidad en Chile.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

Ecuador

En Ecuador, los programas sociales de transferencias monetarias dirigidos a personas con discapacidad son gestionados principalmente por el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), siendo el objetivo general de estos programas el de garantizar el derecho a una vida digna y promover la inclusión social de las personas con discapacidad, especialmente aquellas en situación de pobreza o vulnerabilidad. Los programas en vigencia que entregan subvenciones monetarias se encuentran descritos en el Cuadro 6.

En Ecuador no se han desarrollado encuestas de percepciones destinadas a evaluar la satisfacción o el impacto subjetivo de programas de transferencias monetarias destinados a personas con discapacidad; sin embargo, se realizó el estudio: Análisis del costo de la discapacidad en el Ecuador (2016), el cual analizó un análisis comparativo de los costos de la discapacidad de hogares con y sin miembros con discapacidad, encontrando que familias con un miembro de hogar con algún tipo de discapacidad deben afrontar un mayor esfuerzo económico para alcanzar el mismo nivel de bienestar de familias sin un miembro con alguna discapacidad. El monto adicional requerido por dichas familias

fluctúa entre USD 115.64 y USD 362, montos que representan entre el 32% y el 99% de un salario básico unificado (para el año 2016) de USD 366, según cifras del estudio.

Cuadro 6. Programas de protección social y subsidios para personas con discapacidad en Chile

N°	Tipo de Programa	Nombre del Programa	¿Está Vigente?	Servicio/Producto Brindado	Población Beneficiaria	Objetivo del Programa	Enlace Oficial
1	Subsidio económico	Pensión para Personas con Discapacidad	Sí	Transferencia monetaria mensual de USD 50.	Personas con discapacidad (≥40%) en situación de pobreza y pob. extrema.	Cubrir carencias económicas y gastos que demanda la condición de discapacidad, mejorando así la calidad de vida de las personas con discapacidad en situación de vulnerabilidad.	Enlace
2	Subsidio económico	Pensión Toda una Vida	Sí	Transferencia monetaria mensual de USD 100.	Personas con discapacidad (≥40%) en situación de pobreza y pob. extrema.	Cubrir carencias económicas y gastos asociados a la condición de discapacidad, sin acceso a otro tipo de pensiones.	Enlace
3	Subsidio económico	Bono Joaquín Gallegos Lara	Sí	Transferencia monetaria mensual de USD 240.	Personas con discapacidad severa, enfermedades catastróficas, raras o VIH-SIDA en situación de pobreza extrema.	Apoyar económicamente a los cuidadores de personas con discapacidad severa, reconociendo su labor y contribuyendo a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad.	Enlace
4	Subsidio económico	Bono de Desarrollo Humano (BDH)	Sí	Transferencia monetaria mensual de USD 55.	Jefas de hogar, adultos mayores, personas con discapacidad, niños y adolescentes.	Cubrir vulnerabilidades relacionadas con la situación económica del núcleo familiar que vive en situación de pobreza y extrema pobreza.	Enlace

Fuente: Programas de protección social para personas con discapacidad en Ecuador.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

Colombia

En Colombia, los programas de transferencias monetarias dirigidos a personas con discapacidad son gestionados tanto a nivel nacional como distrital por el Departamento Administrativo para la Prosperidad Social (DPS), entidad encargada de diseñar, coordinar y ejecutar políticas públicas y programas sociales que buscan mejorar las condiciones de vida de la población en situación de pobreza y vulnerabilidad, incluyendo a las personas con discapacidad. En ciudades como Bogotá, las Secretarías de Integración Social (SDIS) son responsables de implementar programas de transferencias monetarias para personas con discapacidad a nivel local.

El objetivo principal de estos programas es el de reducir la pobreza, la exclusión y las desigualdades sociales que enfrentan las personas con discapacidad y sus hogares, a través del apoyo económico directo, reconociendo sus necesidades específicas y su derecho a una vida digna. Este objetivo se alinea con la misión[12] del Sector de Inclusión Social y Reconciliación, que busca contribuir a movilizar una oferta social adecuada, diferencial e incluyente para mejorar las condiciones socioeconómicas de la población vulnerable y en condición de víctima, promoviendo una transformación cultural. Un resumen de dichos programas en vigencia se encuentra descrito en el Cuadro 7.

En Colombia no se han desarrollado encuestas de percepciones destinadas a evaluar la satisfacción o impacto subjetivo de programas de transferencias monetarias destinados a personas con discapacidad; sin embargo, se realizaron estudios gubernamentales y desde la academia para generar información respecto a la experiencia de las personas con discapacidad y su relación con la pobreza multidimensional. El informe realizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE (2023) presenta la caracterización de las personas con discapacidad en el territorio colombiano, estimando esta población en 2.65 millones de personas, lo cual representa el 5.6% de las personas de 5 años y más. Del total de esta población, el 54.6% son mujeres y el 45.4% son hombres. Las actividades que generan mayor dificultad a las personas con discapacidad son ver de cerca, de lejos o alrededor (56.6%) y mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras (31.0%). La tercera actividad que genera dificultad en esta población varía según sexo, pues el 17.1% de los hombres tiene dificultad para entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismos, mientras que el 13.7% de las mujeres presenta dificultades para agarrar o mover objetos con las manos. Desde la academia, el estudio realizado por Pinilla-Roncancio y Cedeño-Ocampo (2023) explica la relación entre personas con discapacidad y los niveles de pobreza multidimensional. En el estudio, se estima que el 30.7% de los hogares con al menos un miembro con discapacidad enfrentan pobreza multidimensional, con una intensidad promedio del 41.9%, en comparación con el 40.5% de privaciones promedio para los hogares sin miembros con discapacidad.

Cuadro 7. Programas de protección social y subsidios para personas con discapacidad en Colombia

N°	Tipo de Programa	Nombre del Programa	¿Está Vigente?	Servicio/Producto Brindado	Población Beneficiaria	Objetivo del Programa	Enlace Oficial
1	Subsidio económico	Fortalecimiento de la inclusión y apoyo alimentario	Sí	Bonos canjeables por alimentos: Transferencia mensual de $180 mil COP. Acompañamiento social y módulos de información en las Subdirecciones Locales de Integración Social.	Personas con discapacidad residentes sólo en Bogotá, que no reciban ingresos por pensión o no tengan vinculación laboral formal igual o ingresos superiores a un salario mínimo legal vigente.	Brindar apoyo alimentario y promover la inclusión social de personas con discapacidad en condición de vulnerabilidad, mejorando su bienestar y calidad de vida.	Enlace
2	Subsidio económico	Ingreso Mínimo Garantizado (IMG) – Bogotá	Sí	Transferencias monetarias mensuales variables, según condiciones socioeconómicas (entre $116 mil	Hogares en situación de pobreza extrema y vulnerabilidad en Bogotá, incluyendo personas con discapacidad,	Complementar ingresos de hogares en pobreza extrema, moderado en vulnerabilidad, promoviendo la	Enlace

[12] Ver: https://shorturl.at/gd5T3.

N°	Tipo de Programa	Nombre del Programa	¿Está Vigente?	Servicio/Producto Brindado	Población Beneficiaria	Objetivo del Programa	Enlace Oficial
				COP y $840 mil COP).	adultos mayores, jóvenes y miembros de comunidades indígenas.	inclusión social y económica.	
3	Subsidio económico	Renta Ciudadana – Línea "Valoración del Cuidado"	Sí	Transferencia monetaria de hasta $500 mil COP cada 45 días.	Hogares de Grupo A del SISBEN IV con niños y niñas menores de 6 años y personas con discapacidad que requieran cuidado.	Reconocer y apoyar económicamente a los hogares en pobreza extrema que asumen labores de cuidado no remunerado, especialmente aquellos que cuidan a niños menores de 6 años o personas con discapacidad.	Enlace

Fuente: Programas de protección social para personas con discapacidad en Colombia
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

6. DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS

En el siguiente capítulo se realizará una descripción de los indicadores principales que son medidos a partir de la encuesta desarrollada por el MIDIS; asimismo, se realizará una breve descripción de los instrumentos utilizados para su cálculo. Los indicadores a describir serán: Calidad de vida, riesgo social, sentimiento de soledad y seguridad alimentaria.

6.1. Calidad de vida

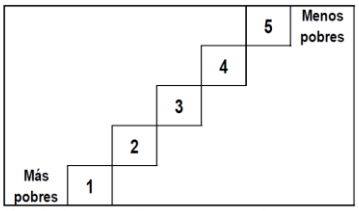
Según la revisión de literatura realizada en el Capítulo 2, la calidad de vida se define como un estado de satisfacción general, que surge de realizar las potencialidades que el individuo posee. Este concepto multidimensional, tiene propiedades éticas ligadas a la cultura y está influenciado por factores personales y ambientales, e incluye componentes objetivos y subjetivos, la cual será entendida como la percepción que se forma a través de la interacción de diversos factores internos y externos, y varía según la cultura, la experiencia individual y las circunstancias particulares de cada persona.

BOX 1. Calidad de Vida

Para este estudio, la calidad de vida debe ser entendida como tener cubiertas las necesidades básicas, sentirse bien física y emocionalmente y poder participar en actividades sociales y comunitarias de manera plena y satisfactoria. Este concepto es utilizado por el Programa CONTIGO en sus instrumentos de gestión, como la cadena de valor, donde el indicador de impacto es contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad severa.

En el anexo 1 se presenta el cuestionario de preguntas utilizado para el recojo de información. Este incluye la sección de percepción de calidad de vida del usuario del Programa CONTIGO, siendo la pregunta 21 la que recoge dicha información; asimismo, se considerarán otros indicadores de bienestar, los cuales serán descritos a continuación en el Cuadro 8 (para mayor detalle, revisar el Anexo 2, donde se describen los indicadores de bienestar y su fórmula de cálculo).

Cuadro 8. Preguntas seleccionadas para medir la percepción de bienestar de los usuarios del Programa CONTIGO

Número	Pregunta	Alternativas
21	¿Cómo crees que ha sido tu calidad de vida en el último mes?	o Muy buena ..... 1 o Buena ..... 2 o Mala ..... 3 o Muy mala ..... 4 o No sabe / No responde 5
23	Desde que estás en el Programa CONTIGO, consideras que tu situación económica:	o Sigue igual ..... 1 o Ha mejorado ..... 2 o Ha mejorado algo ..... 3 o Ha empeorado ..... 4 o No sabe/ No responde 5
24	En la actualidad, dirías que tu salud es (la del usuario/a).	o Muy buena ..... 1 o Buena ..... 2 o Mala ..... 3 o Muy mala ..... 4 o No sabe / No responde 5
25	¿Qué tan satisfecho/a o contento/a estás contigo mismo(a)?	o Muy satisfecho/a ..... 1 o Satisfecho/a ..... 2 o In/satisfecho/a ..... 3 o Muy satisfecho/a ..... 4 o No sabe / No responde 5
69	Si la condición económica de su hogar es medida en una escala del 1 al 5, donde en el primer escalón están las personas más pobres y en el último escalón las menos pobres. ¿En qué escalón considera usted se encuentra la condición económica de su hogar?	 No sabe / no responde 6

Fuente: Cuestionario de la Encuesta de percepción a usuarios del Programa Nacional de Entrega de la Pensión No Contributiva a Personas con Discapacidad Severa en situación de pobreza y su riesgo social, 2024.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

6.2. Riesgo sociofamiliar

De acuerdo con la revisión de literatura, el riesgo social es un concepto amplio que integra factores del entorno familiar (estructura, relaciones, capacidad de cuidado) y del entorno social (redes de apoyo, situación económica, vivienda, acceso a servicios) que colocan a individuos o familias en una situación de vulnerabilidad, aumentando la probabilidad de resultados negativos en salud, bienestar y funcionamiento social. Este riesgo se ve particularmente agravado cuando las condiciones adversas se presentan de manera acumulativa y afectan a los miembros más vulnerables del hogar, como niños, personas adultas mayores o personas con discapacidad, comprometiendo su desarrollo integral, bienestar y ejercicio pleno de sus derechos.

BOX 2. Riesgo Sociofamiliar

Para este estudio, el riesgo sociofamiliar debe ser entendido como las exposiciones que puedan sufrir las personas como resultado de situaciones de descuido o maltrato, generado por consecuencias fisiológicas, psicológicas o sociales, las cuales pueden afectar o agravar el desarrollo integral de la persona que lo sufre, afectando también su bienestar y ejercicio pleno de sus derechos.

El instrumento utilizado para el recojo de esta información es el de Escala de Valoración Sociofamiliar (TSO), el cual evalúa cinco dominios mediante la formulación de 25 preguntas, cada una puntuada de 1 a 5, siendo los dominios: 1) Estructura y función familiar de ayuda o cuidado, 2) Contactos familiares, comunitarios y/o sociales, 3) Necesidad de ayuda, 4) Ingresos económicos y 5) Adecuación de la vivienda. En el Cuadro 9 se analizan las puntuaciones y categorías de la escala, siendo estas formuladas por los autores[13] que la elaboraron. En el anexo 2 se coloca el instrumento que permite calcular este indicador; asimismo, es importante mencionar que este es calculado tanto para el usuario del programa como para su cuidador, si es que el usuario lo tuviera.

Cuadro 9. Rangos de puntuación y categorías de la Escala de Valoración Sociofamiliar (TSO)

Puntuación total	Categoría	Recomendación
5 – 12 puntos	Ausencia de problema social	Si bien no hay riesgo social, se deben realizar intervenciones preventivas, de baja intensidad e informativas, con el objetivo de ayudar a la persona o familia a identificar posibles necesidades futuras y facilitar el acceso a derechos sociales con la finalidad de mantener la buena situación social.
13 – 15 puntos	Riesgo de problema social	Ante la presencia de un potencial riesgo social, se deben realizar intervenciones preventivas y de seguimiento periódico para evitar deterioro, las cuales deben incluir asesoramiento, capacitación, apoyo técnico y evaluación, con una intensidad y seguimiento moderados, con el objetivo de minimizar el riesgo potencial.
16 – 25 puntos	Existencia de problema social	Ante la presencia de un problema social, se deben realizar intervenciones de manera inmediata y coordinada para abordar las necesidades identificadas, enfocadas en revertir rápidamente el problema social, usando diversas estrategias (informativas, educativas, trabajo en red, entre otros); además, requieren coordinación con otros servicios y una alta intensidad profesional al inicio, seguida de un seguimiento intensivo para consolidar la mejora.

Fuente: La Escala de Valoración Sociofamiliar TSO. Fundamentos, descripción, validación e instrucciones de uso (2020).
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

6.3. Seguridad Alimentaria

En el Capítulo 2, el concepto de seguridad alimentaria se aborda a partir de la definición propuesta por la FAO (1996), según la cual esta se alcanza cuando todas las personas, en todo momento, tienen acceso físico y económico a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos que satisfacen sus necesidades y preferencias alimentarias para llevar una vida sana y activa. En contraste, la inseguridad alimentaria implica una ingesta insuficiente de alimentos debido a factores como baja disponibilidad, ingresos insuficientes o prácticas inadecuadas de preparación. Asimismo, esta

[13] Los autores que elaboraron las puntuaciones y categorías de la escala son: Giménez-Bertomeu, Guinovart-Garriga, Rovira-Soler, & Viñas-Segalés

condición está vinculada con causas estructurales como la pobreza, la desigualdad y el acceso limitado a recursos básicos, lo que impacta negativamente en la salud, productividad y cohesión social. Estudios destacan que la inseguridad alimentaria afecta de manera más severa a hogares con personas con discapacidad, debido a ingresos reducidos, mayores gastos en salud y otras vulnerabilidades, lo que crea una relación bidireccional entre discapacidad e inseguridad alimentaria.

BOX 3. Inseguridad Alimentaria

Para el presente estudio, la definición utilizada será la establecida por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), que la conceptualiza como la condición en que las personas no tienen acceso suficiente, constante y adecuado a alimentos seguros y nutritivos, ya sea por falta de disponibilidad, bajos ingresos, prácticas inadecuadas en la preparación de alimentos o una combinación de estos factores, sumado a la estabilidad de garantizar un acceso confiable y continuo a alimentos suficientes y adecuados a lo largo del tiempo.

El instrumento utilizado para el recojo de información fue la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA), la cual se constituye de 8 preguntas relacionadas con las situaciones que conllevan a la inseguridad alimentaria del hogar; por lo que estas son dirigidas al jefe o jefa de hogar o a algún miembro que resida habitualmente en la vivienda y que sea sostén económico y/o responsable de las decisiones respecto a la administración del hogar. Cabe destacar que las preguntas son dicotómicas; es decir, toman el valor de 1 si son respondidas de manera afirmativa y toman el valor de 0 si son respondidas de manera negativa.

En el Cuadro 10 se analizan las puntuaciones y categorías de la escala, siendo estas formuladas por los autores[14] que la elaboraron. En el anexo 2 se coloca el instrumento que permite calcular este indicador.

Cuadro 10. Rangos de puntuación y categorías de la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA)

Puntuación total	Categoría	Recomendación
0 puntos	Seguridad alimentaria	Acceso suficiente a alimentos de calidad y cantidad.
1 – 3 puntos	Inseguridad alimentaria leve	La inseguridad alimentaria leve puede reflejar principalmente preocupación por la falta de alimentos y/o ajustes iniciales en la calidad de la dieta (poca variedad, alimentación menos saludable).
4 – 6 puntos	Inseguridad alimentaria moderada	La inseguridad alimentaria moderada implica, además de las experiencias leves, ajustes que afectan la cantidad de alimentos consumidos por los adultos (comer menos de lo que debían, saltarse comidas) y puede comenzar a afectar la calidad y cantidad en menores de 18 años.

[14] Los autores que elaboraron las puntuación y categorías de la Escala latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria son: El Comité Científico ELCSA

Puntuación total	Categoría	Recomendación
7 – 8 puntos	Inseguridad alimentaria severa	La inseguridad alimentaria severa indica que el hambre se ha hecho presente sin poder satisfacerse, inicialmente en adultos y luego extendiéndose a los menores de 18 años, llegando a situaciones extremas como comer solo una vez al día o pasar un día entero sin comer. Este nivel es el nivel más grave, donde los hogares se quedan sin alimentos. Los niños son protegidos hasta que la inseguridad alimentaria alcanza niveles que lo hacen imposible.

Fuente: Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (2012).
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

6.4. Sentimiento de soledad

Como resultado de la revisión de literatura, el sentimiento de soledad no se define simplemente por estar solo, sino por cómo la persona percibe y evalúa sus vínculos sociales y el impacto emocional que esto genera. Además, si bien la soledad es un sentimiento subjetivo que podría tener rasgos como inestabilidad emocional, timidez o menor autoestima, el sentimiento de soledad está condicionado a la salud mental y problemas de salud física. Asimismo, está altamente relacionado con la carencia de relaciones sociales, lo cual provoca situaciones potenciales de discriminación, estigma y falta de accesibilidad a espacios comunitarios. En el caso de las personas con discapacidad, el sentimiento de discapacidad puede significar, además, una desconexión con su círculo familiar y comunitario que se agrava a partir de las barreras físicas, sociales y actitudinales.

BOX 4. Sentimiento de Soledad

Para este estudio, el concepto de sentimiento de soledad será abordado por la definición establecida por De Jong Gierveld, quien propone que el sentimiento de soledad es multidimensional y se define como una experiencia subjetiva que surge cuando hay una discrepancia entre la cantidad o calidad de relaciones sociales que una persona desea y las que realmente tiene. Es decir, una persona puede sentirse sola incluso estando rodeada de otras si percibe que sus relaciones no satisfacen sus necesidades emocionales o sociales. Esto implica problemas psicológicos, de aislamiento social y deterioro en las habilidades sociales; así como, mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, entre otras consecuencias que se intensifican en personas con discapacidad debido a barreras estructurales, sociales, dependencia de cuidadores y estigmatización, los cuales dificultan la formación de relaciones significativas, afectando negativamente su discapacidad, bienestar y calidad de vida.

El instrumento utilizado para el recojo de información fue la Escala de Soledad de Jong Gierveld (De Jong-Gierveld & Kamphuls, 1985), traducida y adaptada por Buz y Prieto (2013). La escala consta de 11 ítems, cuyas posibles respuestas son: Sí = 1, Más o menos = 2 o No = 3. Estas respuestas se dicotomizan en cero o uno de acuerdo con la siguiente regla:

- Para los ítems 1, 4, 7, 8 y 11, se asigna puntaje de 1 a las respuestas "Más o menos" o "No".
- Para los ítems 2, 3, 5, 6 y 10, se asigna puntaje de 1 a las respuestas "Más o menos" o "Sí".

El puntaje obtenido permite distinguir dos dimensiones: la soledad emocional y la soledad social. La suma de ambas constituye la soledad total, que puede tomar valores entre 0 (sin soledad) y 11 (soledad extrema).

De acuerdo con Vlaming et al. (2013), la soledad total puede categorizarse en cuatro niveles, los cuales se presentan en el Cuadro 10.

Por su parte, en el Cuadro 11 se muestra un esquema comparativo que resume las dimensiones de la soledad emocional, social y total según la Escala de Soledad de De Jong Gierveld, así como el procedimiento de cálculo a partir de los ítems del instrumento. Finalmente, en el Anexo 2 se incluye el cuestionario completo que permite estimar este indicador.

Cuadro 11. Rangos de puntuación y categorías de la Escala de Sentimiento de Soledad de De Jong Gierveld

Puntuación total	Categoría	Descripción	Característica principal
0 – 2 puntos	No soledad	Si bien las relaciones sociales son satisfactorias y la persona tiene bajo riesgo de aislamiento, se deben mantener y fortalecer las relaciones existentes y participar en actividades comunitarias para preservar la red social.	Sentido de pertenencia, disponibilidad de apoyo, relaciones satisfactorias.
3 – 8 puntos	Soledad moderada	En esta categoría se observan algunas carencias en vínculos emocionales o sociales, lo que produce un riesgo moderado de aislamiento, por lo que se debe identificar áreas específicas de carencia (emocional o social) y buscar oportunidades para ampliar la red de apoyo, como grupos o talleres.	Momentos de insatisfacción, sentimientos ocasionales de aislamiento o deseo de mayor intimidad.
9 – 10 puntos	Soledad severa	En esta categoría existe una brecha significativa en relaciones sociales; es decir, alto riesgo de aislamiento, por lo que se debe consultar con profesionales de la salud mental o trabajo social y participar en programas de intervención para mejorar las habilidades sociales.	Sentimiento persistente de vacío, aislamiento social importante, dificultad para encontrar apoyo o compañía.
11 puntos	Soledad muy severa	En esta categoría, el aislamiento es extremo; es decir, no hay presencia de vínculos significativos, por lo que se debe intervenir de manera inmediata por parte de profesionales de la salud y realizar una evaluación integral para abordar posibles factores subyacentes, como depresión o aislamiento social.	Profunda sensación de aislamiento, alto riesgo de depresión y problemas de salud; percepción de desconexión total.

Fuente: Adaptado de Vlaming et al. (2013) y Vlaming et al. (2013).
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

Cuadro 12. Escala de Sentimiento de Soledad De Jong Gierveld

Dimensión	Definición
Soledad emocional	Se manifiesta por la falta de vínculos afectivos profundos que otorguen apoyo emocional, compañía y comprensión, lo que conlleva a sentimientos intensos de vacío, abandono y desamparo.
Soledad social	Refleja la ausencia de una red de contactos sociales significativos, como amigos, grupos o comunidades que promuevan la inclusión y el sentido de pertenencia.
Soledad global	Soledad global = Soledad emocional + Soledad social

Fuente: De Jong Gierveld y Van Tilburg (2006).
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

7. METODOLOGÍA

7.1. Enfoque del estudio

Este estudio es de carácter cuantitativo, de corte transversal y de alcance descriptivo. Revisa y analiza datos primarios recogidos a través de encuestas realizadas a los usuarios del programa, quienes se encuentran distribuidos a nivel nacional. Es así que con los resultados de la encuesta se calculará un conjunto de indicadores, teniendo como unidad de análisis a los usuarios del Programa, correspondientes al año 2024.

7.2. Población objetivo

La población objetivo la constituyen los usuarios y las usuarias activos del Programa CONTIGO, quienes cuentan con un año o más de permanencia en el Programa. Este número ascendió a 103,438 usuarios en 2024, población que representó al 72.5% del total de usuarios del programa; el restante 27.5% cuenta con menos de un año de permanencia.

7.3. Conglomerado

El conglomerado está conformado por los usuarios y usuarias activas del Programa CONTIGO. Estos se agrupan en conglomerados de máximo cinco personas, todas pertenecientes a un mismo centro poblado dentro de un departamento.

Gráfico 7. Conglomerado de usuarios del Programa CONTIGO



Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

7.4. Marco muestral

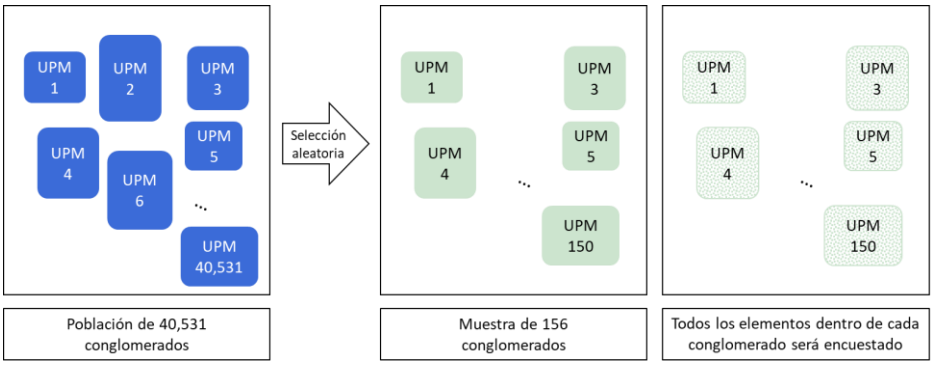
El marco muestral para el presente estudio está constituido por la información del Padrón I-2024, el cual contempla a 40,531 conglomerados, integrados por 103,438 usuarios del programa distribuidos en todo el territorio nacional.

7.5. Diseño muestral

El diseño muestral es de tipo probabilístico y por conglomerados, donde las unidades primarias de muestreo (UPM) son los conglomerados seleccionados aleatoriamente del total de conglomerados, dentro de los cuales se encuentran los usuarios del Programa. En este diseño se les aplica la encuesta a todos los usuarios, por lo que el diseño muestral es aleatorio por conglomerados en una sola etapa.

El gráfico siguiente muestra el esquema del diseño de muestreo por conglomerados en una sola etapa.

Gráfico 8. Diseño muestral por conglomerados



Fuente: Guía de diseño de la muestra para encuestas (INEGI, 2018).
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

7.6. Unidades de muestreo

La unidad de muestreo es el conglomerado del listado del Padrón I-2024, el cual aglomera a 40,531 conglomerados.

7.7. Unidades de análisis

La unidad de análisis es el usuario del Programa CONTIGO que tiene un año o más de permanencia en el Programa.

7.8. Tamaño de muestra

El tamaño de muestra está determinado por la cantidad de conglomerados seleccionados aleatoriamente. Para determinar dicha muestra, se debe contar con el indicador de interés de la encuesta para determinar el valor de la proporción o valor promedio de dicha variable.

- **Indicador de interés**: Proporción de usuarios que consideran que su calidad de vida es buena o muy buena en el último mes (antes de la encuesta).

A partir de dicho indicador se estimará el valor de la proporción (p), el cual está presente en la ecuación 1; cabe resaltar que, para calcular el cálculo de tamaño de una muestra aleatoria, depende del tipo de variable (proporción o media), del nivel de confianza, del margen de error tolerado y si se considera una población finita o infinita.

Debido a que el tamaño de la población objetivo es conocido y limitado, se considera una población finita; además, se tomará en cuenta una tasa de respuesta igual a 1[15].

Para la primera edición de este estudio se considerará la ecuación 1 para la determinación del tamaño de muestra.

$$n = \frac{Z^2_{\left(1-\frac{\alpha}{2}\right)} N\, p\, (1-p)}{(N-1)\, \varepsilon^2 + Z^2_{\left(1-\frac{\alpha}{2}\right)} p\, (1-p)} \times \frac{1}{r} \quad \text{... (Ec. 1)}$$

[15] La tasa de respuesta es el porcentaje de personas que efectivamente responden la encuesta del total de encuestados, y dado que esta es la primera edición del estudio, se asumirá un valor de 100% para este indicador. A partir de esta información se actualizará dicho valor para los años y estudios posteriores.

Donde:

- n: es el tamaño de muestra nacional.
- El nivel de confianza elegido fue de 95% (α =0.05), por lo que $z_{(1-\frac{\alpha}{2})} = 1.96$.
- N: es el tamaño poblacional (número de usuarios = 103,438).
- r: representa la tasa de respuesta para un indicador de interés.
- ε: es el máximo error permitido. Para este estudio se asumirá un error del 5%.
- Δ: representa la varianza de la variable de interés. En el caso de variables de proporciones, se reemplaza por $\Delta = p\,(1-p)$. En el caso de una variable continua, se reemplaza $\Delta = S^2$. Para esta primera edición del estudio se considerará la fórmula con base en una variable de proporciones. Se asumirá un valor de $p = 0.50$, valor que determina el mayor tamaño de muestra posible.

En el Cuadro 13 se resumen los valores determinados para el cálculo del tamaño de la muestra.

Cuadro 13. Valores determinados para calcular el tamaño de muestra

Parámetros	
Población objetivo (N)	103,438
Nivel de confianza (1-α)	1.96
Tasa de respuesta (r)	100%
Error de muestreo (ε)	5.0%

Fuente: Programa CONTIGO (Padrón I-2024).
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

Con los parámetros mostrados en el Cuadro 13 se determina el tamaño muestral a nivel nacional, siendo este igual a 383 usuarios del Programa; asimismo, cada conglomerado contiene en promedio 2.55 usuarios, por lo que en total se planifica la selección de 150 conglomerados. Las fórmulas siguientes determinan la planificación de los conglomerados a seleccionar.

$$Tamaño\ promedio\ por\ conglomerado = \frac{Población\ objetivo}{Total\ de\ conglomerados} = \frac{103{,}438}{40{,}531} \approx 2.55\ usuarios/conglomerados$$

$$Número\ de\ conglomerados = \frac{Tamaño\ de\ muestra}{Tamaño\ promedio\ por\ conglomerado} = \frac{383}{2.55} \approx 150\ conglomerados$$

Cuadro 14. Tamaño de población y muestra planificada

Población	Muestra
40,531 conglomerados	150 conglomerados
103,438 usuarios	383 usuarios

Fuente: Programa CONTIGO (Padrón I-2024).
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

7.9. Selección de la muestra

La población total se segmentó en 40,531 conglomerados, donde los tamaños de los conglomerados varían de 1 a 5 usuarios del programa. De estos conglomerados se seleccionó una muestra aleatoria a nivel nacional.

Cuadro 15. Tamaño de los conglomerados y usuarios totales

Tamaño de conglomerado	Cantidad de conglomerados	Cantidad de usuarios totales
1	12,812	12,812
2	14,770	29,540
3	1,377	4,131
4	905	3,620
5	10,667	53,335
Total	40,531	103,438

Fuente: Programa CONTIGO (Padrón I-2024).
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

7.10. Factor de expansión

Debido a que el diseño muestral es por conglomerados en una sola etapa, el factor de expansión que devuelve el número total de unidades de análisis se determinará considerando los siguientes pasos:

Paso 1: Cálculo de la probabilidad de inclusión del conglomerado (π). Este valor significa que todos los conglomerados tienen la misma probabilidad de ser seleccionados.

C : Número total de conglomerados en la población.
c : Número de conglomerados seleccionados.
M_i : Número de unidades de análisis en el conglomerado i.

$$\pi = \frac{Muestra\ de\ conglomerados}{Total\ de\ conglomerados} = \frac{c}{C}$$

$$\pi = \frac{c}{C} = \frac{150}{40{,}531} \approx 0.0037$$

El inverso de la probabilidad de selección es igual al factor de expansión de los conglomerados (f_1). El valor calculado indica que cada conglomerado representa a 270 conglomerados, los cuales se planificaron en la etapa del tamaño de la muestra de conglomerados.

$$f_1 = \frac{1}{\pi} = \frac{1}{0.0037} \approx 270$$

Paso 2: Cálculo del factor de expansión para cada unidad de análisis (f_{2i}). En este paso se contabilizan las unidades de análisis de cada conglomerado (M_i) y se multiplica por el factor de expansión de los conglomerados (f_1), obteniendo así un factor de expansión que replica la cantidad total de unidades de análisis.

$$f_{2i} = M_i * f_1$$

Para la determinación de este factor se debe considerar la información recogida en las encuestas (ver cuadro siguiente), en el cual la cantidad de usuarios promedio por conglomerado es 1.24, valor que será reemplazado por las unidades de análisis de cada conglomerado (M_i), por lo que la fórmula para el factor de expansión será la siguiente:

$$f_{2i} = 1.24 * f_1$$

Cuadro 16. Tamaño de muestra efectiva

Muestra
309 conglomerados
383 usuarios
1.24 usuarios/conglomerado

Fuente: Cuestionario de Percepciones de los usuarios del Programa 2024.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

Gráficamente, una base con un factor de expansión por conglomerados y por unidades de análisis se observaría según el cuadro precedente. Cabe resaltar que en la base de conglomerados se observan los valores f_1 y f_2. En la base de usuarios, para determinar el factor de expansión por unidad de análisis, el valor f_2 debe ser dividido entre el número de unidades por conglomerado, obteniendo como resultado (factor_exp). Asimismo, la sumatoria de los valores del factor de expansión por unidad de análisis estima el valor de la población total.

$$factor_exp_j = \frac{f_2}{n_{ij}}$$

$$\sum_{j=1}^{383} factor_exp_j = 103{,}438$$

Cuadro 17. Bases de conglomerados y usuarios

Base de conglomerados

Conglomerado (Ci)	Usuarios (ni)	f1	f2=1.24*f1
1	1	270.21	334.92
2	3	270.21	334.92
3	2	270.21	334.92
4	1	270.21	334.92
…	…	…	…
309	5	270.21	334.92

Base de usuarios

id (j)	Conglomerado (Ci)	Usuarios (nij)	f2	factor_exp= f2/nij
1	1	1	334.92	334.92
2	2	3	334.92	111.64
3	2	3	334.92	111.64
4	2	3	334.92	111.64
5	3	2	334.92	167.46
6	3	2	334.92	167.46
7	4	1	334.92	334.92
…	…	…	…	…
383	5	5	334.92	66.98

Fuente: Cuestionario de Percepciones de los usuarios del Programa 2024.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

7.11. Nivel de inferencia

El nivel de inferencia de los resultados es a nivel nacional.

8. PANORAMA MUNDIAL Y NACIONAL

El presente capítulo presenta un diagnóstico general de las personas con discapacidad a nivel mundial y en América Latina y el Caribe a partir de fuentes oficiales como la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial y organismos regionales.

También se presenta un diagnóstico nacional considerando principalmente fuentes de información como censos de población y vivienda y encuestas especializadas que dan cuenta de cuál es el estado en general de las personas con discapacidad en nuestro país.

8.1. Panorama mundial

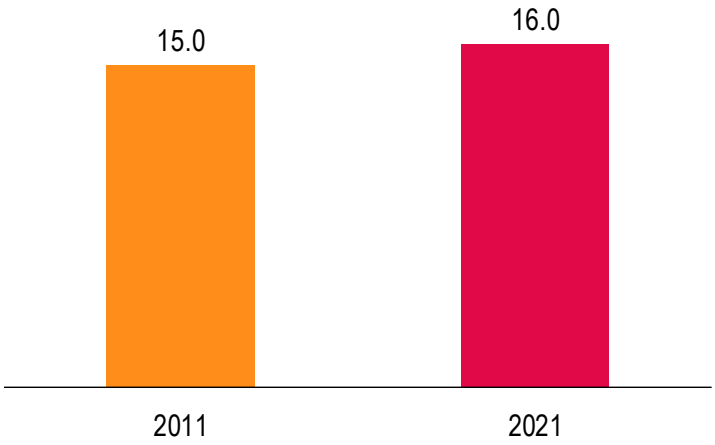
De acuerdo con *el "Informe mundial sobre las equidad en salud para personas con discapacidad",* elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el 2022 a nivel mundial se estimó que 1,300 millones de personas viven con algún tipo de discapacidad significativa[16]; esto equivaldría al 16% de la población mundial, cifra superior a lo reportado en el Informe Mundial sobre la Discapacidad (2011), donde se estimó que el 10% de la población mundial tenía algún tipo de discapacidad. En cuanto al panorama mundial, se prevé que el porcentaje de personas con discapacidad siga en aumento aún más en las próximas décadas debido al envejecimiento de la población y al aumento de las enfermedades crónicas.

De acuerdo con el informe elaborado por la OMS (2022), algunas personas con discapacidad tienen el doble de riesgo de desarrollar condiciones crónicas como depresión, asma, diabetes, ictus, obesidad o problemas de salud bucodental, desigualdades que no son producto del estado de salud en sí mismo, sino de condiciones estructurales injustas, como la estigmatización, la discriminación, la pobreza, la exclusión educativa y laboral, y las barreras en los sistemas de salud.

En cuanto a la inaccesibilidad a los establecimientos sanitarios, esta representa una dificultad hasta seis veces mayor para las personas con discapacidad, mientras que los medios de transporte inaccesible o inasequible constituyen un obstáculo 15 veces más alto en comparación con la población sin discapacidad.

[16] De acuerdo con el informe "Global report on health equity for persons with disabilities", la "discapacidad significativa" se refiere a las condiciones de salud y deficiencias subyacentes que suelen durar más de 6 meses y que están asociadas con niveles "moderados o severos" de discapacidad. De acuerdo con el estudio de la "Carga Mundial de Enfermedades", se asignan pesos (de 0 a 1) a distintas condiciones de salud según su impacto funcional, para estimar la prevalencia de discapacidad.

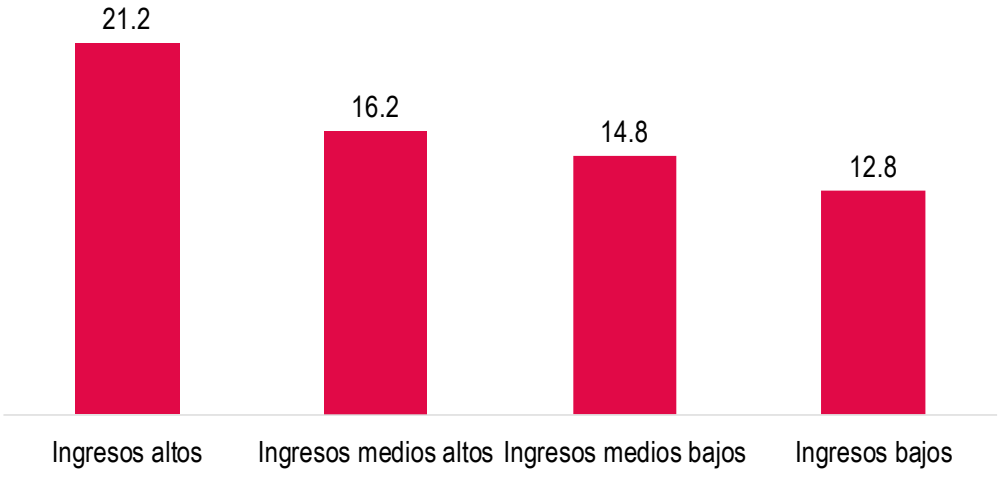
Gráfico 9. Prevalencia de la discapacidad a nivel mundial (Porcentaje de personas)



Fuente: Global report on health equity for persons with disabilities (2022).
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

Según la OMS (2022), si bien la mayoría de personas con discapacidad (alrededor del 80%) vive en países de ingresos bajos y medianos, es en los países de ingresos altos donde se registra la mayor prevalencia estimada de discapacidad (21.2%), en comparación con una prevalencia de 12.8% en países de ingresos bajos. Esta diferencia puede explicarse principalmente por condiciones de salud altamente prevalentes, como enfermedades musculoesqueléticas y neurológicas, más comunes en países de ingresos altos que en aquellos de ingresos bajos; además, en países de ingresos bajos, el registro de personas con discapacidad limita la identificación precisa de casos, lo que contribuye a una probable subestimación de la cantidad real de personas con discapacidad.

Gráfico 10. Prevalencia de la discapacidad por grupo de países según nivel de ingresos, 2021 (Porcentaje de personas)



Fuente: Global report on health equity for persons with disabilities (2022)
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

De acuerdo con el estudio "Inclusión de las personas con discapacidad en América Latina y el Caribe: Un camino hacia el desarrollo sostenible (2021)", elaborado por el Banco Mundial, se estima que en América Latina y el Caribe habitan cerca de 85 millones de personas con discapacidad, lo que representa el 14.7% de la población total de la región, y que en 1 de cada 3 hogares vive una persona con algún tipo de discapacidad[17]. Cabe destacar que, según el estudio del Banco Mundial, en todos los países de la región (excepto Chile), los hogares con personas con discapacidad tienen una mayor probabilidad de vivir en situación de pobreza; además, uno de cada cinco hogares en pobreza extrema alberga al menos a una persona con discapacidad.

Este contexto no solo expone una alta prevalencia de personas con discapacidad en la región, sino también profundas brechas de acceso a educación, empleo, salud, entornos accesibles y altos costos directos e indirectos que impactan significativamente en la situación económica de las familias, puesto que hogares con personas con discapacidad cuentan con menores ingresos y una alta dependencia de fuentes no laborales como pensiones no contributivas, programas de apoyo social, donaciones, ayuda humanitaria, entre otros; situación que se agrava por la baja escolaridad, escasa participación laboral, sobre todo de los cuidadores de estas personas que usualmente son mujeres, condiciones laborales precarias y limitado acceso a servicios básicos y digitales.

Cuadro 18. Prevalencia de la discapacidad en América Latina y el Caribe

País	Año de los datos	Millones de personas	% de personas
América Latina			
Argentina	2010	5.7	12.7
Bolivia	2012	0.6	5.2
Brasil	2010	49.3	23.9
Chile	2017	3.8	19.9
Colombia	2018	3.2	7.1
Costa Rica	2011	0.5	10.4
Ecuador	2014	3.6	25.1
El Salvador	2007	0.3	4.1
Guatemala	2018	1.5	9.5
Honduras	2013	0.2	2.2
México	2018	9.3	7.5
Panamá	2010	0.3	7.7
Perú	2017	3.2	10.3
Paraguay	2012	0.8	11.0
República Dominicana	2010	1.2	11.9
Uruguay	2011	0.5	15.7
Venezuela	2011	1.4	5.3
Caribe			
Antigua y Barbuda	2011	0.0	11.0
Aruba	2010	0.0	7.0
Santa Lucía	2010	0.0	1.0
Trinidad y Tobago	2011	0.0	4.0
Total ALC		**85.4**	**14.7**

Fuente: Inclusión de las personas con discapacidad en América Latina y el Caribe: Un camino hacia el desarrollo sostenible (2021).
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

[17] Información considerada solo para los países que reportaron la prevalencia de discapacidad a nivel de hogares: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y la República Bolivariana de Venezuela.

Gráfico 11. Características de personas con discapacidad en América Latina y el Caribe



Fuente: Inclusión de las personas con discapacidad en América Latina y el Caribe: Un camino hacia el desarrollo sostenible (2021)
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

8.2. Panorama nacional

En el Perú, quien recolecta las estadísticas oficiales respecto de la población con discapacidad es el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Las preguntas realizadas por el INEI se basan en la lista breve de preguntas sobre funcionamiento del Grupo de Washington (GW)[18], las cuales fueron probadas y validadas en más de 80 censos nacionales y encuestas de hogares, según el estudio de *"Inclusión de las personas con discapacidad en América Latina y el Caribe: Un camino hacia el desarrollo sostenible (2021)".*

De acuerdo con el Censo del 2007[19], en el Perú se registraron 735,334 hogares (10.9% del total) donde habitaba al menos una persona con discapacidad. En el 2012, se desarrolló la ENEDIS, la primera encuesta especializada sobre discapacidad, la cual tuvo como objetivo principal la estimación de la prevalencia de la discapacidad y su caracterización; esta encuesta arrojó una tasa de prevalencia de 5.2% a nivel de personas, cifra que se traduce en 1,575,402 personas con algún tipo de discapacidad, de las cuales las personas de 65 años a más representan al 50.4% del total de personas con alguna discapacidad.

Con la información recogida del Censo del 2017, el INEI conformó un grupo de trabajo conformado por el Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS), Ministerio de Salud (MINSA), Ministerio de Educación (MINEDU), Ministerio de Trabajo (MINTRA) y Mesa de

[18] El Grupo de Washington sobre Estadísticas de Discapacidad desarrolló, evaluó y adoptó el Conjunto de Preguntas Breve sobre Funcionamiento. Estas preguntas incorporan los avances en la conceptualización de la discapacidad y se basan en la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud como marco conceptual (Ver: https://www.washingtongroup-disability.com/).
[19] Los resultados publicados no muestran el conteo directo de la cantidad de personas con discapacidad, solo el dato a nivel de hogares.

Concertación para la Lucha contra la Pobreza (MCPLCP), para recibir aportes y comentarios a la metodología de estimación especializada en la medición de la población con discapacidad. Con este nuevo complemento metodológico post-censal, se elaboró el estudio "Perfil Sociodemográfico de la Población con Discapacidad", el cual estimó en 3,209,261 a la población con discapacidad, cifra equivalente al 10.3 % de la población total, de los cuales las personas de 60 años a más representan al 40.1% del total de personas con alguna discapacidad.

En la Nota de información referencial 28/2024-2025-ASISP/DIP, el Congreso del Perú desarrolló el estudio *"Personas con discapacidad en el Perú*", el cual, utilizando información de los Censos de Población y Vivienda, la Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad e información complementaria, estimó para el 2024, en 3,505,966 a la población con discapacidad, siendo la tasa de prevalencia equivalente a 10.3%.

Cuadro 19. Prevalencia de la discapacidad en el Perú

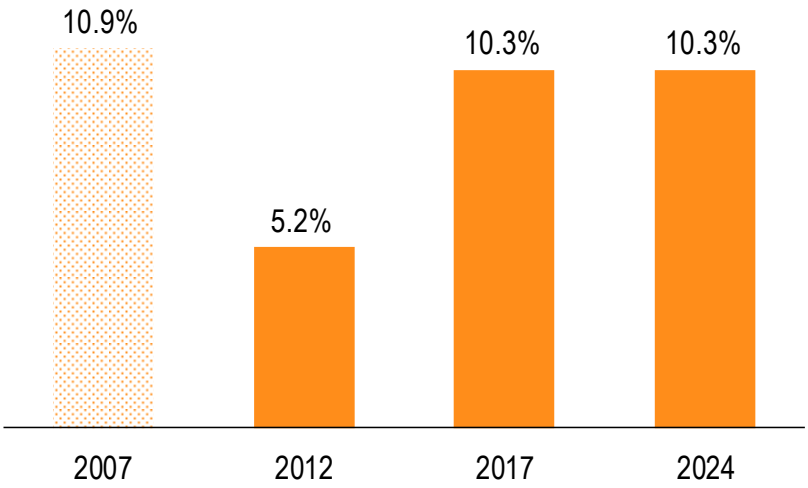
Año	Fuente	Población total	Población con discapacidad		Población sin discapacidad	
			Absoluto	%	Absoluto	%
2024	CONGRESO (2024)	34,038,500	3,505,966	10.3%	30,532,534	89.7%
2017	CENSO (2017)	31,237,385	3,209,261	10.3%	28,028,124	89.7%
2012	ENEDIS (2012)	29,381,884	1,575,402	5.2%	27,806,482	94.6%
2007	CENSO (2007)	6,754,074	735,334	10.9%	6,018,740	89.1%

Nota:
CONGRESO (2024): Nota de información referencial 28/2024-2025-ASISP/DIP (Personas con discapacidad en el Perú).
CENSO (2017): Perfil Sociodemográfico de la Población con Discapacidad.
ENEDIS (2012): Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad.
CENSO (2007): Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda.
Fuente: CONGRESO (2024), CENSO (2017), ENEDIS (2012) y CENSO (2007).
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

De acuerdo con los datos mostrados en el cuadro anterior, se observa que existe una tendencia[20] creciente en la prevalencia de personas con discapacidad. Esta tendencia se debe principalmente al envejecimiento de la población, ya que, según el estudio de la OMS (2022), las personas mayores son más propensas a experimentar deterioros en su salud, además de envejecer con condiciones de salud crónicas. Otros factores de la tendencia creciente son que más personas están dispuestas a reconocer y declarar su condición de discapacidad en censos y encuestas; también es importante la actualización de preguntas para capturar información respecto a la población con discapacidad, por lo que la tendencia creciente se debe a una combinación de factores sociales, demográficos y metodológicos.

[20] Para el análisis de la tendencia, se consideran solo los datos de prevalencia de las personas con discapacidad, no incluyendo al dato del Censo 2007, el cual considera a hogares que cuentan con al menos una persona con discapacidad.

Gráfico 12. Evolución de la prevalencia de personas con discapacidad



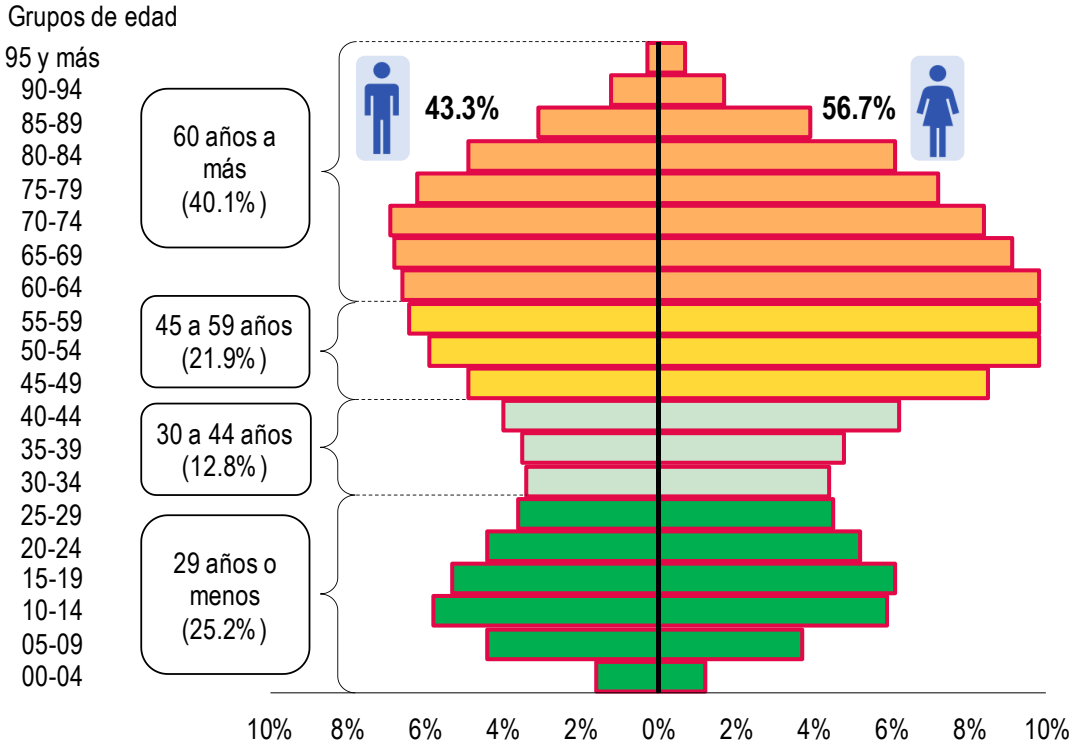
Nota: Para el año 2007, el valor estimado es el porcentaje de hogares con al menos una persona con discapacidad.
Fuente: CONGRESO (2024), CENSO (2017), ENEDIS (2012) y CENSO (2007)
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

En relación al total de población con discapacidad, el grupo etario con mayor prevalencia corresponde a las personas de 60 años a más (40.1%). Si se suma el grupo de 45 a 59 años (21.9%), ambos representan el 62% del total de personas con discapacidad (INEI, 2017). Respecto a este último grupo, con el paso del tiempo se incorporarán al segmento de 60 años o más, población caracterizada por una menor participación en la actividad económica y una mayor prevalencia de discapacidad, según resultados del Censo de Población y Vivienda 2017.

En este contexto, la prevención del deterioro funcional, a través del control de enfermedades crónicas asociadas al envejecimiento, el acceso a servicios de salud integrales y continuos, y la mejora de las condiciones laborales, resulta fundamental para promover un envejecimiento saludable, término utilizado por la OMS como el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. Respecto al envejecimiento saludable y la prevención en la salud de personas con discapacidad, estos se logran a través de una inversión estratégica y coordinada en sistemas de salud y cuidados a largo plazo, creación de entornos amigables y una comprensión más profunda del proceso de envejecimiento; situación considerada como una inversión en capital humano, ya que permite mantener a la población mayor y con discapacidad activa, productiva y menos dependiente, lo cual genera beneficios económicos tangibles para los individuos, las familias y el Estado (OMS, 2015).

Por otro lado, se observa que, dentro del total de la población con discapacidad, la mayor proporción corresponde a mujeres. Esto indica que un número más elevado de mujeres que de hombres en los distintos grupos etarios declara estar en condición de discapacidad, con mayor proporción en los grupos de 45 a 59 años y de 60 años a más.

Gráfico 13. Pirámide de la población con discapacidad



Fuente: CENSO (2017).
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

8.3. Programa Nacional CONTIGO

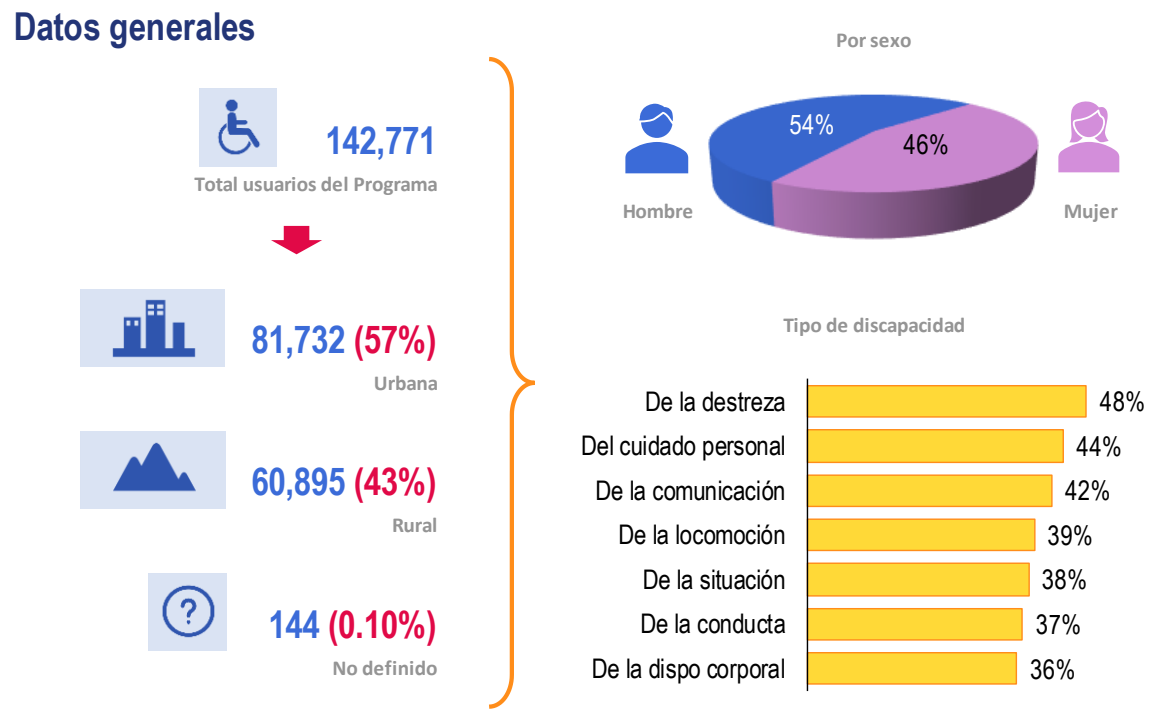
De acuerdo con los datos del Programa CONTIGO, para el 2024 había 142,771 usuarios. Del total, 81,732 habitan en áreas urbanas, lo que equivale al 57%, mientras que los que habitan en el área rural eran de 60,895 usuarios, lo que representa el 43%.

Según el sexo, 77,528 son de sexo masculino, equivalente al 54%; mientras que 65,243 son de sexo femenino, equivalente al 46%. Este contexto es dispar a lo observado en el Censo del 2017, donde había mayor porcentaje de mujeres con discapacidad.

La discapacidad más común entre las personas que integran la muestra es la discapacidad para moverse o caminar, con una cantidad de 68 989, que corresponde a un porcentaje de 29,92% respecto al total. Le sigue la discapacidad del habla, con 40 578 personas que la padecen (17,6%) y la discapacidad para entender o aprender (15,85%). La discapacidad menos común es la de oír, que afecta a 20 593 personas (8,93%).

Las tres discapacidades más frecuentes entre las personas que forman parte del Programa CONTIGO son las relacionadas con la destreza (48%), cuidado personal (44%) y de locomoción (42%), seguidas de otros tipos de discapacidades. Cabe resaltar que un usuario puede tener más de una discapacidad. El gráfico siguiente muestra a todas las personas con discapacidad, que presentan una, dos, tres o hasta cuatro discapacidades.

Gráfico 14. Usuarios del Programa CONTIGO por área geográfica, sexo y tipo de discapacidad



Nota: Una persona puede tener más de un tipo de discapacidad.
Fuente: Programa CONTIGO.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

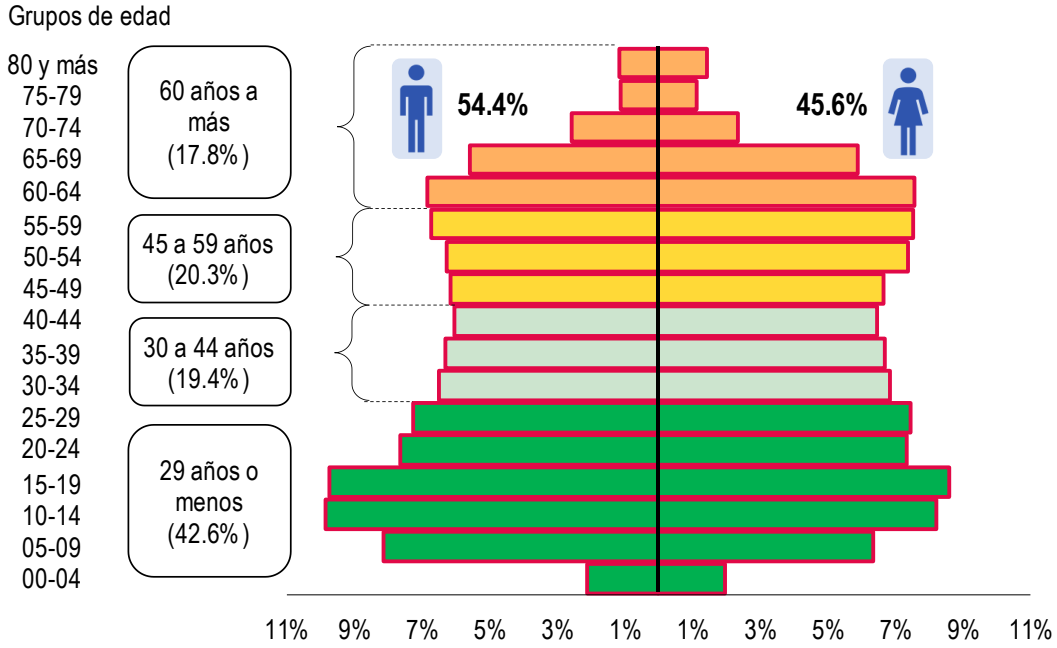
De acuerdo con el Programa CONTIGO, la población atendida por el programa son principalmente los menores de 29 años, ya que esta población representa el 42.6% del total de la población usuaria. De este grupo, los usuarios de 10 a 19 años representan el 43.6%, mientras que los usuarios de 20 a 29 años representan el 34.9% y los usuarios mayores de 30 años representan el 21.6%. Además, respecto a este último grupo, los usuarios hombres son los que representan el 56.9% y las usuarias mujeres representan el 43.1%.

Otros grupos poblacionales se encuentran distribuidos de la siguiente manera: 30 a 44 años (19.4%), 45 a 59 años (20.3%) y 60 años a más (17.8%). Estos grupos poblacionales representan en conjunto el 57.8% del total de personas usuarias del Programa CONTIGO.

Este patrón evidencia que el Programa está representado en mayor proporción por personas jóvenes con discapacidad severa de 0 a 29 años, en comparación con los otros grupos etarios.

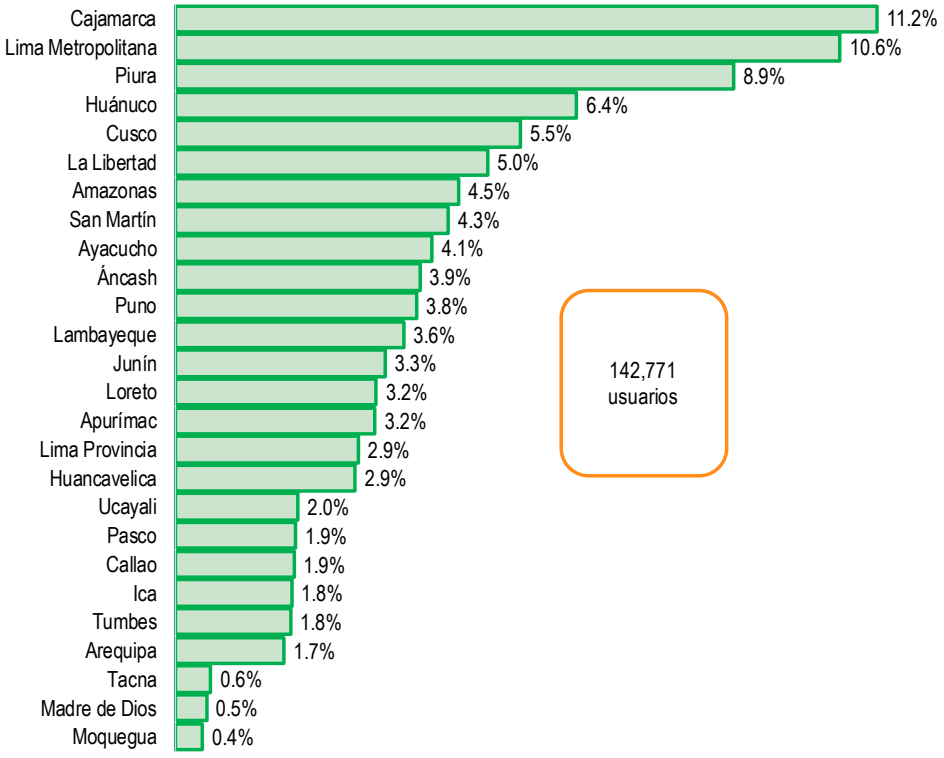
En cuanto a la población usuaria según departamento, Cajamarca muestra el porcentaje más elevado de usuarios (11.2%), seguido por Lima Metropolitana (10.6%), Piura (8.9%), entre otros. Los departamentos que presentan menor cantidad de usuarios son Moquegua (0.4%), Madre de Dios (0.5%), Tacna (0.6%), entre otros.

Gráfico 15. Pirámide de la población con discapacidad



Fuente: Programa CONTIGO.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

Gráfico 16. Población usuaria del Programa según departamento



Fuente: Programa CONTIGO.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

9. RESULTADOS

En este capítulo se analizarán las características generales de la muestra de usuarios del programa, presentando su distribución de acuerdo a algunas variables relevantes. Asimismo, se estimará para la población total de usuarios del Programa CONTIGO las dimensiones de percepción de la calidad de vida, riesgo sociofamiliar, escala de soledad e inseguridad alimentaria, entre otros aspectos.

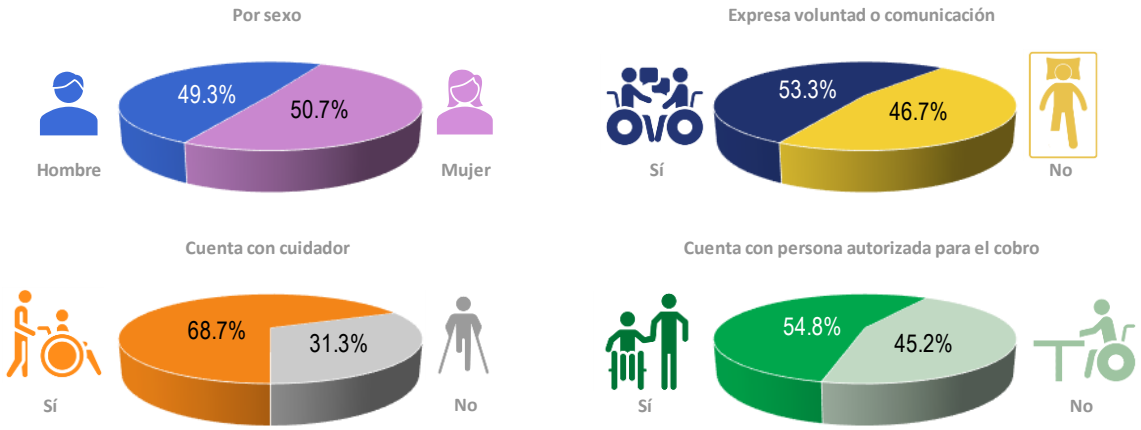
El análisis de la información se realiza sobre los usuarios del Programa, cuidadores y los hogares a los cuales pertenecen.

9.1. Usuarios del estudio

9.1.1. Características de los usuarios

El estudio incluyó a 383 usuarios, siendo el 49.3% hombres y el 50.7% mujeres. Respecto al total de usuarios, el 53.3% expresa voluntad o comunicación[21], mientras que el 46.7% tiene dificultad para hacerlo. El 68.7% de los encuestados manifestó contar con un cuidador, mientras que el 31.3% indicó no contar con uno. Asimismo, el 54.8% de los usuarios señaló tener una persona autorizada para realizar el cobro de su pensión. En contraste, el 45.2% indicó no contar con dicha figura, lo que sugiere que realizan el cobro por sí mismos de forma autónoma.

Gráfico 17. Características de los usuarios considerados en el estudio



Fuente: Encuesta de Percepciones de los usuarios del Programa CONTIGO, 2024.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

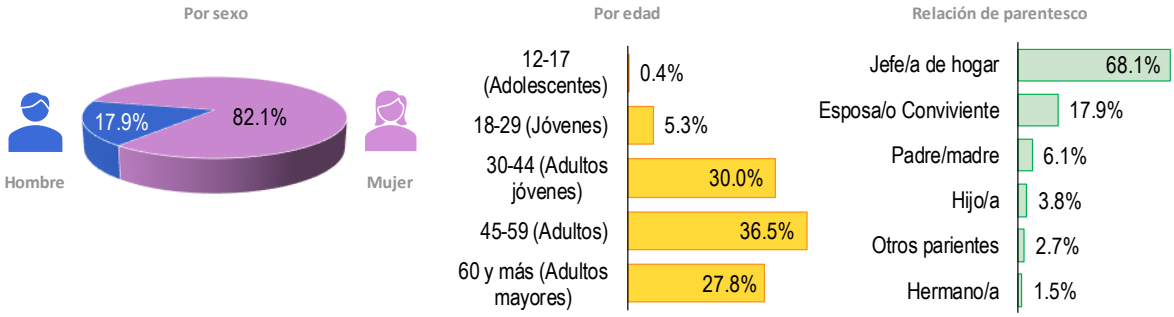
9.1.2. Características de los cuidadores[22]

De acuerdo con las respuestas de los participantes del estudio, 263 manifestaron contar con un cuidador(a). De ellos, 17.9% son hombres y 82.1% mujeres, lo que expone una marcada feminización del rol de cuidado en la muestra analizada. Respecto a las edades de los cuidadores, las personas de 45 a 59 años de edad son las que asumen principalmente el rol de cuidador (36.5%), seguido por las personas de 30 a 44 años (30.0%), 60 años a más (27.8%), 18 a 29 años (5.3%) y de 12 a 17

[21] Generalmente, no expresar voluntad o comunicación se refiere a una condición de alta dependencia funcional, donde la persona usuaria del programa no puede manifestar de forma voluntaria sus decisiones, deseos, preferencias o necesidades, ni de forma verbal ni no verbal, incluso con apoyos.
[22] Las preguntas para caracterizar a los cuidadores (P70 a P79) fueron respondidas por los cuidadores.

años (0.4%). Usualmente, el cuidador del usuario es el jefe o jefa de hogar (68.1%), seguido por el esposo/a o conviviente (17.9%), hijo/a (3.8%), entre otros (10.2%).

Gráfico 18. Características de los cuidadores considerados en el estudio



Fuente: Encuesta de Percepciones de los usuarios del Programa CONTIGO, 2024.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

9.2. Cuidadores de los usuarios del programa

En base a la Encuesta de Percepciones 2024, se estima que, del total de usuarios con más de un año de permanencia, 71,882 cuentan con un cuidador, cifra que representa al 69.5% de la población usuaria del Programa.

Cuadro 20. Usuarios que indican contar con un cuidador

Cuenta con cuidador	Porcentaje (%)	Coeficiente de variación	Intervalo de confianza al 95%	
			Inferior	Superior
Sí	69.5	3.6	64.4	74.1
No	30.5	8.1	25.9	35.6
Total	100			

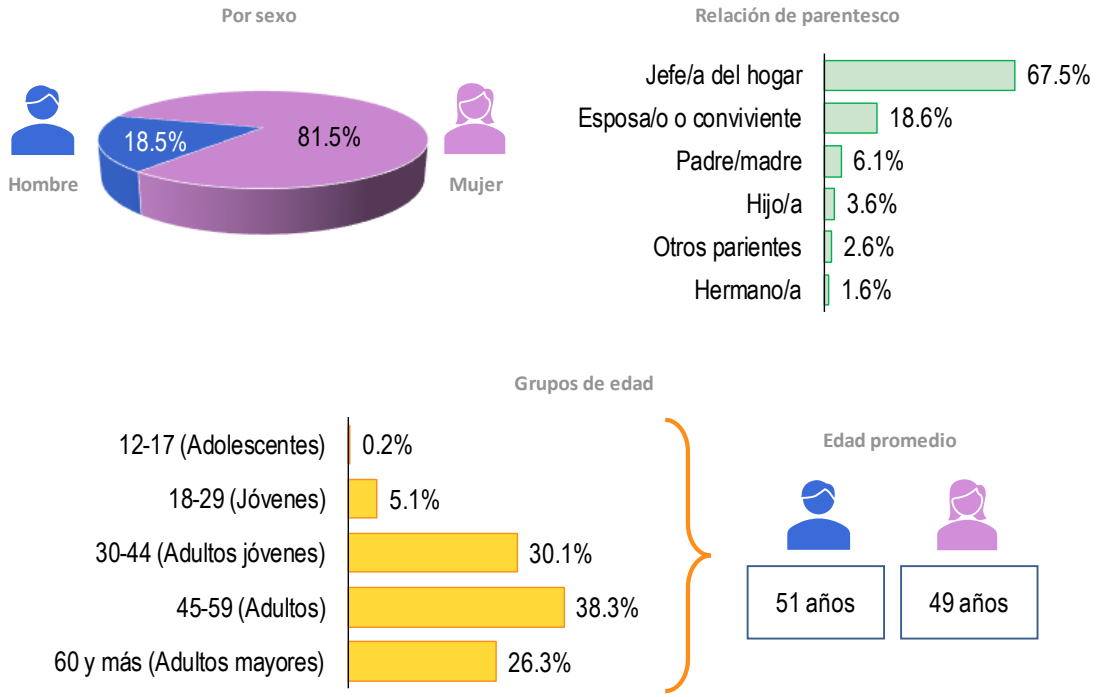
Fuente: Encuesta de Percepciones de los usuarios del Programa CONTIGO, 2024.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

En cuanto al sexo de los cuidadores, se estima que el 81.5% son mujeres y el 18.5% hombres, lo que evidencia que el rol de cuidado recae predominantemente en la población femenina. Esta situación refleja una desigualdad estructural en la asignación de las tareas de cuidado, las cuales, en su mayoría, no son remuneradas ni visibilizadas dentro del sistema económico y social. Tal como lo señala la CEPAL (2016), el trabajo de cuidado y el trabajo doméstico no remunerado recaen mayoritariamente sobre las mujeres, lo que limita su autonomía económica y el pleno ejercicio de sus derechos. Además, esta sobrecarga puede traducirse en consecuencias negativas para su salud física y mental, incluyendo una mayor prevalencia de síntomas depresivos asociados a las desigualdades de género y al exceso de responsabilidades.

Respecto a la edad, el 73.5% se encuentra entre los 18 y 59 años, edad donde se generan los mayores ingresos económicos de las personas, siendo la edad promedio de 51 años para hombres y 49 años para las mujeres. Cabe destacar que el rol del cuidador lo realiza usualmente el jefe o jefa del hogar (67.5%), seguido por el esposo/a (18.6%) y conviviente (6.1%). En línea con estos datos,

el estudio de Asencios-Ortiz y Pereyra-Zaldívar (2019) también señala que las mujeres entre 50 y 59 años, en su mayoría madres, son quienes suelen asumir el cuidado de hijos con discapacidad.

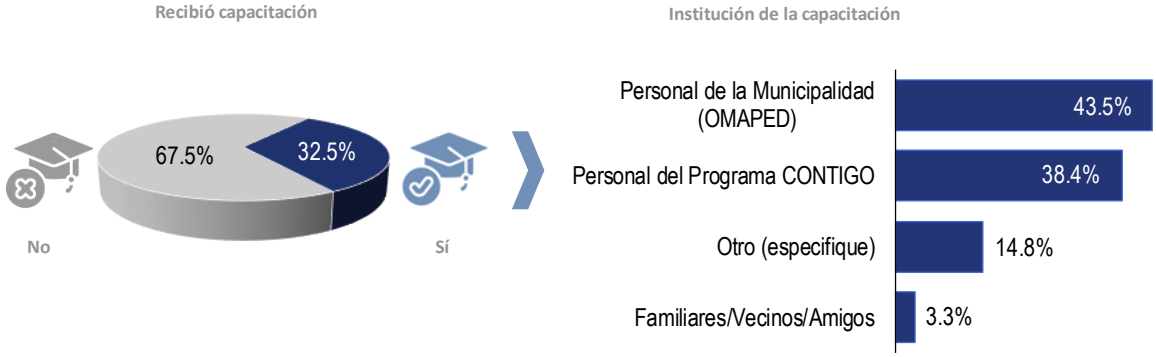
Gráfico 19. Características de los cuidadores



Fuente: Encuesta de Percepciones de los usuarios del Programa CONTIGO, 2024.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

Se estima que un 67.5% de los cuidadores no ha recibido formación en atención y cuidado de personas con discapacidad, lo que evidencia una brecha significativa en la preparación para asumir este rol. Solo el 32.5% ha accedido a algún tipo de capacitación, situación que puede afectar la calidad del cuidado brindado y el bienestar tanto de la persona con discapacidad como del propio cuidador (Huang, He, Wang, Ma, & Zhou, 2020).

Gráfico 20. Formación de los cuidadores



Fuente: Encuesta de Percepciones de los usuarios del Programa CONTIGO, 2024.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

A modo de resumen, los resultados evidencian que el rol de cuidado recae predominantemente en las mujeres, con una edad promedio de 49 años. Estudios complementarios señalan que muchas de ellas asumen una dedicación casi exclusiva al cuidado del hijo o hija con discapacidad (Asencios-Ortiz & Pereyra-Zaldívar, 2019), lo que conlleva una carga física y emocional considerable. Esta sobrecarga impacta negativamente en la salud integral de las cuidadoras, generando consecuencias físicas y psicológicas adversas (Pinquart & Sörensen, 2003). Además, se infiere que debido a la dedicación casi exclusiva de cuidado, actividad no remunerada, las cuidadoras dedican una proporción menor de su tiempo a actividades económicas remuneradas, reduciendo los ingresos del hogar y generando una dependencia sustancial de fuentes de apoyo externas, tales como pensiones no contributivas (como las del Programa CONTIGO), asistencia humanitaria, apoyo familiar y de amigos, caridad, entre otros; configurando un escenario de vulnerabilidad económica estructural en los hogares que cuentan con personas con discapacidad severa.

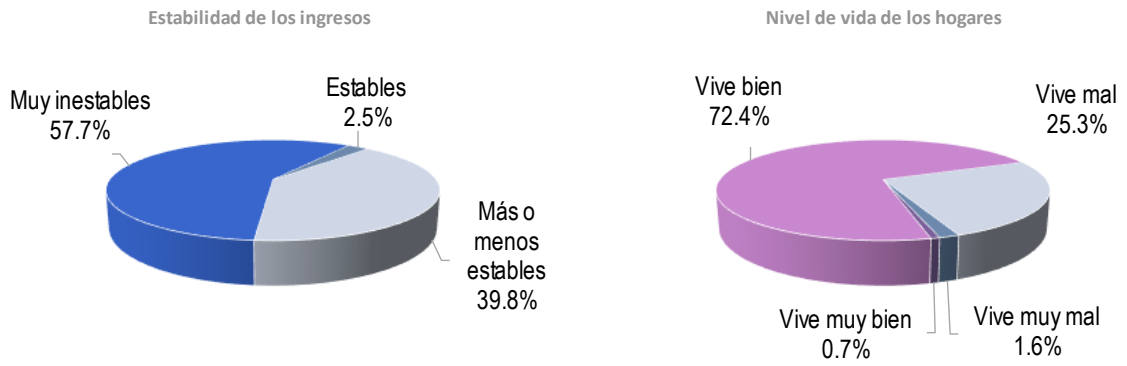
9.3. Percepción del nivel de vida de los hogares[23]

9.3.1. Estabilidad de los ingresos y nivel de vida de los hogares

En cuanto a los ingresos de los hogares, el 57.7% percibió que sus ingresos eran muy inestables, seguido de un 39.8% de hogares que percibieron que sus ingresos son más o menos estables y solo el 2.5% considera que son estables. Esta distribución muestra la elevada percepción de inseguridad económica entre los hogares de usuarios del Programa CONTIGO, reflejando condiciones de alta vulnerabilidad socioeconómica que limitan su capacidad para afrontar contingencias y alcanzar una estabilidad financiera.

A pesar de que solo una pequeña proporción de hogares percibe tener ingresos estables, la mayoría manifestó una valoración positiva de su calidad de vida: el 72.4% indicó que vive "bien" y el 0.7% "muy bien", en contraste con el 25.3% que señaló vivir "mal" y el 1.6% "muy mal" [24]. Esta aparente contradicción sugiere que la percepción del bienestar no está determinada exclusivamente por la estabilidad económica, sino que también está influenciada por otros factores subjetivos, culturales o relacionales que inciden en la autoevaluación de la calidad de vida.

Gráfico 21. Percepción de la estabilidad de ingresos y nivel de vida de los hogares



Fuente: Encuesta de Percepciones de los usuarios del Programa CONTIGO, 2024.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

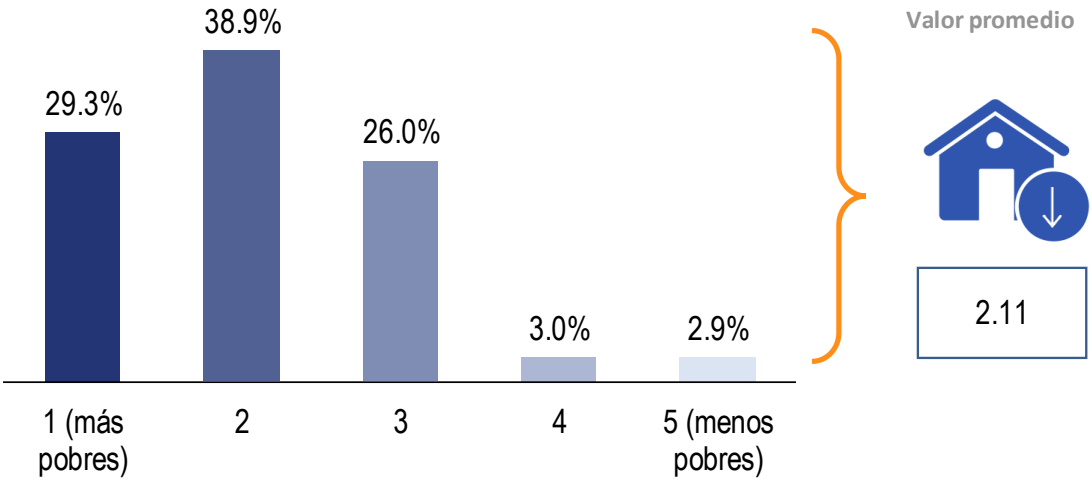
[23] Las preguntas de la sección de la encuesta de auto percepción del nivel de vida de los hogares de los usuarios del programa (P66 a P69) fueron respondidas principalmente por los cuidadores y/o personas autorizadas para el cobro (91.1%).
[24] De acuerdo con los módulos de Gobernabilidad, Democracia y Transparencia y Salud de la ENAHO, estas estimaciones son similares para la población total con alguna discapacidad para el 2024 (muy mal: 3.8%, mal: 30.8%, bien: 65% y muy bien: 0.4%).

9.3.2. Percepción de la condición económica de los hogares

En relación a la autopercepción de pobreza de los hogares de los usuarios del programa, el 29.3% se identifica como parte del grupo de hogares más pobres, seguido por un 38.9% que se ubica en el segundo escalón. Estas categorías corresponden a una escala subjetiva de cinco niveles que los propios encuestados utilizan para posicionarse, donde la primera categoría representa a los más pobres y el quinto a los menos pobres. En contraste, solo el 2.9% de los hogares se considera dentro del grupo de los menos pobres (quinta categoría), mientras que el 3.0% se ubica en la cuarta categoría.

Cabe señalar que, en promedio, la percepción de la condición económica de los hogares usuarios del programa se sitúa en la segunda categoría, lo que refleja una autovaloración significativamente baja de la situación económica.

Gráfico 22. Percepción de la condición económica de los hogares



Nota: En el escalón 1 se encuentran los hogares que fueron auto percibidos como los más pobres y en el 5 los menos pobres.
Fuente: Encuesta de Percepciones de los usuarios del Programa CONTIGO, 2024.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

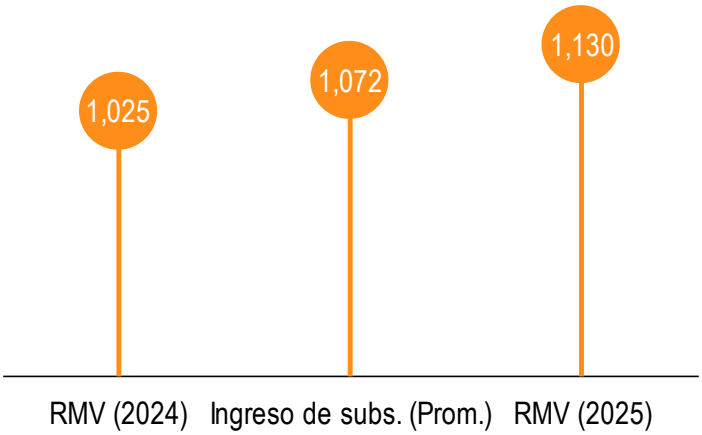
9.3.3. Monto mínimo mensual promedio

Según los resultados de la encuesta, y tras eliminar los valores extremos[25] del conjunto de datos, se estima que el ingreso mensual que los hogares consideran indispensable para subsistir asciende a S/ 1,072, valor que guarda correspondencia con el salario mínimo establecido en 2024 (S/ 1,025), el cual, al menos parcialmente, está orientado a cubrir la canasta básica de alimentos para un hogar conformado por cuatro personas. No obstante, el valor sugerido es inferior al fijado para el 2025, el cual alcanzó S/ 1,130 mensuales. Esta comparación permite observar una convergencia entre la percepción subjetiva de necesidad económica y los valores oficiales de ingreso mínimo.

[25] Se excluyen los valores fuera del rango del p5 y p95 para obtener un promedio robusto y representativo del conjunto de datos.

En este contexto, se realiza una comparación entre la transferencia brindada por el programa CONTIGO, equivalente a S/ 300, respecto al monto (sugerido) necesario para subsistir, lo que representa aproximadamente el 27.9%.

Gráfico 23. Monto mínimo mensual promedio



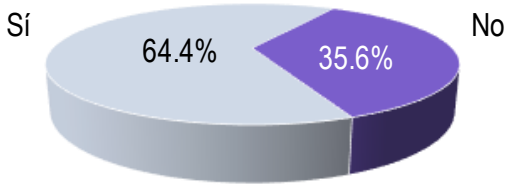
RMV: Remuneración mínima vital.
Fuente: Encuesta de Percepciones de los usuarios del Programa CONTIGO, 2024.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

9.4. Acceso a la pensión no contributiva[26]

9.4.1. Conocimiento de la fecha de pago o cronograma de pagos

En relación con la fecha de pago de la pensión no contributiva, el 64.4% de los usuarios, cuidadores y/o personas autorizadas para el cobro manifestaron conocer la última fecha o cronograma de pagos, mientras que el 35.6% indicó no contar con dicha información.

Gráfico 7. ¿Conoce la última fecha de pago o cronograma de pagos del Programa CONTIGO?



Fuente: Encuesta de Percepciones de los usuarios del Programa CONTIGO, 2024.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

9.4.2. Medios de información para conocer la fecha de pago o cronograma de pagos

En relación con los usuarios que manifestaron conocer la última fecha de pago o el cronograma de pagos de la pensión no contributiva, los principales medios a través de los cuales accedieron a dicha

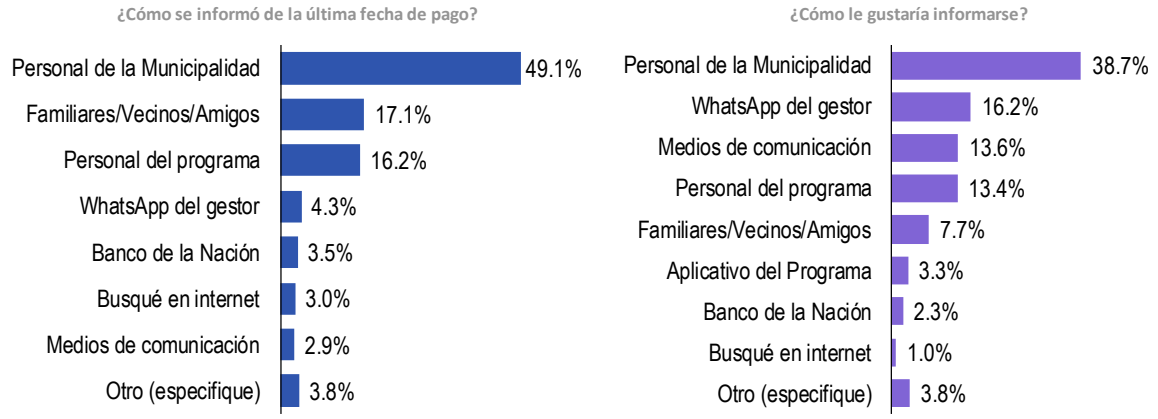
[26] Las preguntas de la sección de la encuesta de acceso a la pensión no contributiva (P50 a P61) fueron respondidas principalmente por los cuidadores y/o personas autorizadas para el cobro (65.0%).

información fueron los siguientes: personal del municipio (OMAPED) (49.1%); apoyo de familiares, vecinos o amigos (17.1%); personal del programa (gestor), a los cuales se les consulta cuando visitan los domicilios de los usuarios (16.2%); a través de mensajes de WhatsApp a gestores del programa (4.3%); entre otras modalidades. Cabe señalar que, al agrupar las dos últimas formas de contacto con el gestor, se convierte en el segundo medio más utilizado para obtener dicha información (20.5%). Estos resultados reflejan la relevancia de los actores comunitarios y del personal del programa en la difusión de información clave para los usuarios.

En cuanto a las formas en que los usuarios del programa preferirían recibir información sobre la fecha o el cronograma de pagos, la opción más mencionada fue a través del personal del municipio (OMAPED), con un 38.7%; seguida por el envío de mensajes vía WhatsApp de los gestores del programa (16.2%); medios de comunicación tradicionales como la radio, televisión o perifoneo (13.6%); y el contacto directo con el personal del programa (gestores), con un 13.4%. Cabe destacar que, al agrupar las preferencias vinculadas a los gestores del programa, ya sea por WhatsApp o de forma presencial, esta vía se convierte en la segunda más preferida por los usuarios, con un 29.6%.

Este diagnóstico muestra que tanto el personal del municipio (OMAPED) como los gestores del programa cumplen un rol estratégico en la difusión de información sobre la fecha o el cronograma de pagos, lo que pone de relieve la importancia de fortalecer los mecanismos de articulación interinstitucional y las estrategias de comunicación comunitaria para garantizar un acceso oportuno y equitativo a dicha información.

Gráfico 8. Información sobre la fecha de pagos



Fuente: Encuesta de Percepciones de los usuarios del Programa CONTIGO, 2024.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

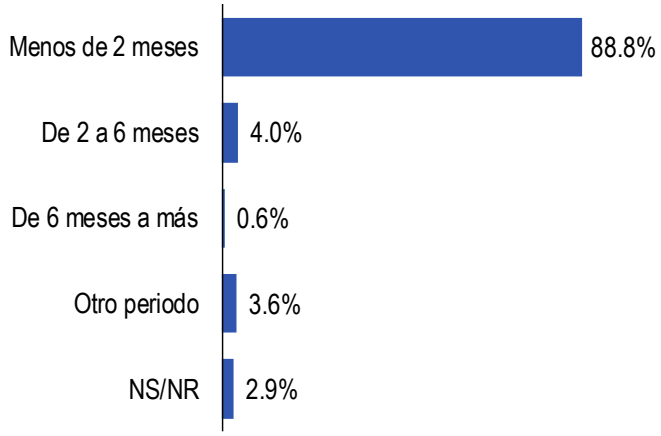
9.4.3. Cobro de la última pensión

De acuerdo con el período en que se efectuó el último cobro de la pensión, la mayoría de usuarios, cuidadores y/o personas autorizadas (88.8%) reportaron haber realizado el cobro hasta dos meses antes de la fecha de aplicación de la encuesta[27]. Este alto porcentaje sugiere un cobro casi inmediato de la pensión no contributiva por parte de la población usuaria. En contraste, un 4.0% señaló haber cobrado entre dos y seis meses antes, mientras que un grupo minoritario (0.6%) indicó haber recibido

[27] Cabe destacar que los usuarios, cuidadores y/o personas autorizadas que no realizaron el cobro de la pensión en los dos meses previos a la aplicación de la encuesta señalaron, entre las principales razones, el desconocimiento de la fecha de pago, problemas de salud o la falta de medios para trasladarse al lugar de cobro.

el pago hace más de seis meses, lo cual podría interpretarse como resultado de situaciones de acceso irregular, barreras en el proceso de cobro, o una forma de "ahorro" para cobrar pensiones acumuladas. Además, un 3.6% mencionó otro periodo de cobro y un 2.9% declaró no saber o no respondió, lo que muestra ciertos niveles de desconocimiento o dificultad para precisar esta información por parte de los usuarios del programa.

Gráfico 9. Periodo en el que cobró la última pensión



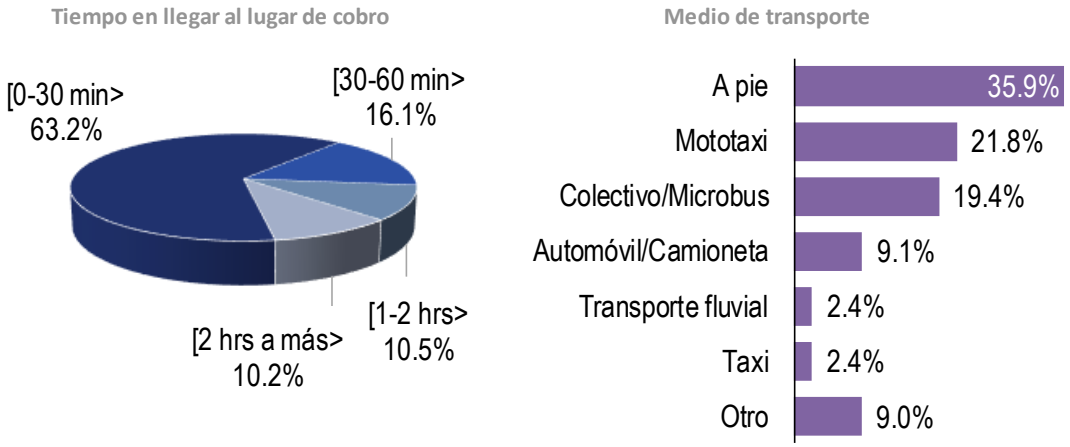
Fuente: Encuesta de Percepciones de los usuarios del Programa CONTIGO, 2024.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

9.4.4. Medio de transporte para llegar al lugar de cobro

Del total de usuarios, cuidadores y/o personas autorizadas para el cobro, el 63.2% manifestó que tarda en promedio 30 minutos o menos en llegar al lugar de cobro; el 16.1% indicó que el traslado toma entre 30 y 60 minutos; el 10.5% entre 1 y 2 horas; y un 10.2% reportó un tiempo igual o superior a 2 horas. Si bien los pagos se realizan a en cuentas del Banco de la Nación, el acceso a la pensión se ve condicionado por el través de depósitos distancia entre los hogares y los puntos de atención del banco (oficinas, cajeros o agentes). Esta situación se agrava en zonas rurales o de difícil acceso donde los usuarios deben recorrer mayores distancias, a menudo empleando más de un medio de transporte, lo que incrementa no solo el tiempo de traslado, sino también el costo asociado al cobro, debido a que usualmente las zonas más aisladas son las más pobres (Guerrero, 1998).

Respecto al principal medio de transporte utilizado para trasladarse al lugar de cobro, el 35.9% de los usuarios, cuidadores y/o personas autorizadas indicó que se moviliza a pie; el 21.8% utiliza mototaxi; el 19.4%, colectivo o microbús; el 9.1%, automóvil o camioneta; el 2.4%, transporte fluvial; y otro 2.4%, taxi. Asimismo, el 9.0% señaló emplear otros medios como bicicleta, motocicleta, caballo, camión, entre otros.

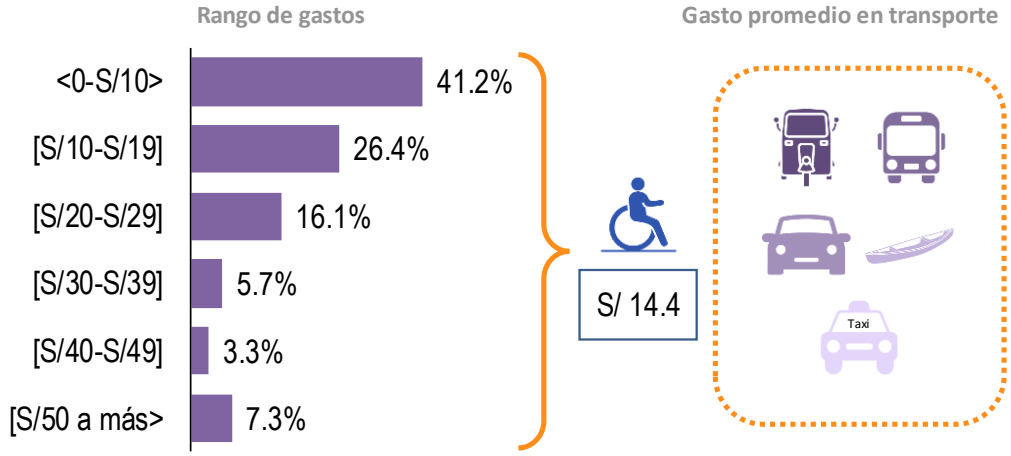
Gráfico 10. Medio de transporte para llegar al lugar de cobro



Nota: Otros medios de transporte incluyen bicicleta, caballo, motocicleta, camión, entre otros medios de transporte.
Fuente: Encuesta de Percepciones de los usuarios del Programa CONTIGO, 2024.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

En relación con el gasto monetario realizado por los usuarios, cuidadores y/o personas autorizadas para acudir a un punto de atención del Banco de la Nación con el fin de efectuar el último cobro de la pensión, el 41.2% señaló haber incurrido en un gasto de entre S/ 0 y menos de S/ 10; seguido de un 26.4% que reportó un gasto de entre S/ 10 y S/ 19; un 16.1% indicó gastar entre S/ 20 y S/ 29; un 5.7%, entre S/ 30 y S/ 39; un 3.3%, entre S/ 40 y S/ 49; y, finalmente, un 7.3% manifestó incurrir en un gasto de S/ 50 o más. Cabe señalar que los mayores niveles de gasto se deberían principalmente a la mayor distancia entre la residencia de los usuarios y los puntos de cobro de la pensión.

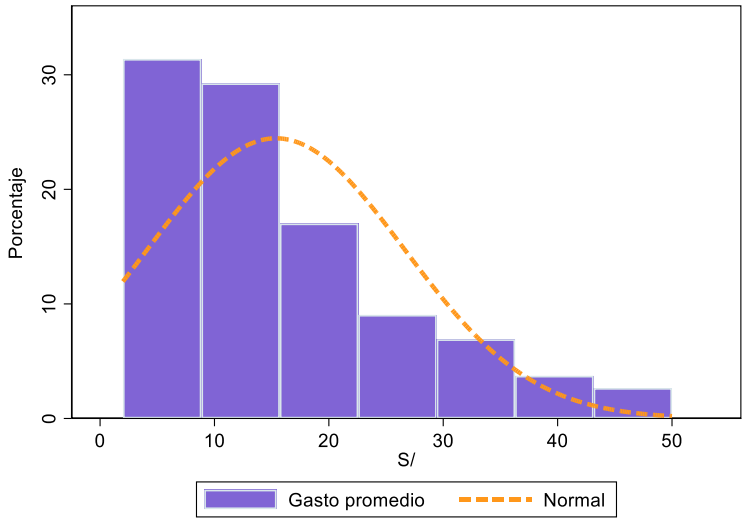
Gráfico 11. Gasto monetario en transporte para llegar al lugar de cobro



Nota: Respecto al gasto promedio en transporte, se considera la ruta de ida, retorno y transbordo, además solo considera la principal forma de movilización, menos el transporte en bicicleta, a caballo o a pie.
Fuente: Encuesta de Percepciones de los usuarios del Programa CONTIGO, 2024.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

En relación con el gasto en transporte para realizar el cobro de la pensión, los usuarios, cuidadores y/o personas autorizadas reportan un desembolso promedio[28] de S/ 14.40. Además, más del 50% de ellos incurre en un gasto igual o superior a S/ 10.

Gráfico 12. Distribución del gasto monetario en transporte para llegar al lugar de cobro

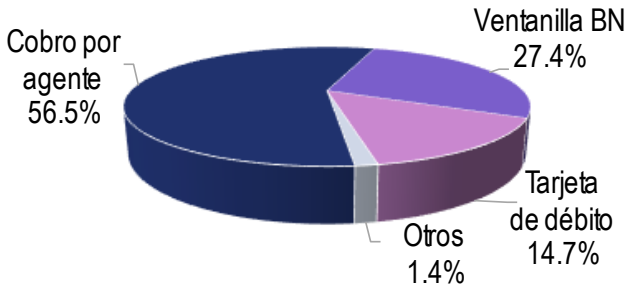


Fuente: Encuesta de Percepciones de los usuarios del Programa CONTIGO, 2024.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

9.4.5. Modalidad de cobro de la pensión

Según la modalidad de cobro de la pensión, los usuarios, cuidadores y/o personas autorizadas indicaron que la opción más utilizada es el retiro a través de agentes del Banco de la Nación (56.1%). Le siguen los retiros por ventanilla en el propio banco (27.1%), el uso de tarjeta de débito en cajeros automáticos (14.6%) y, en menor proporción, otras modalidades (2.2%).

Gráfico 13. Modalidad de cobro de la pensión



Nota: La categoría "Otros" hace mención al cobro de la pensión a través de Plataformas Itinerantes de Acción Social (PIAS), Empresa Transportadora de Valores (ETV), conocidos como "Carrito pagador" y agente municipal.
Fuente: Encuesta de Percepciones de los usuarios del Programa CONTIGO, 2024.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

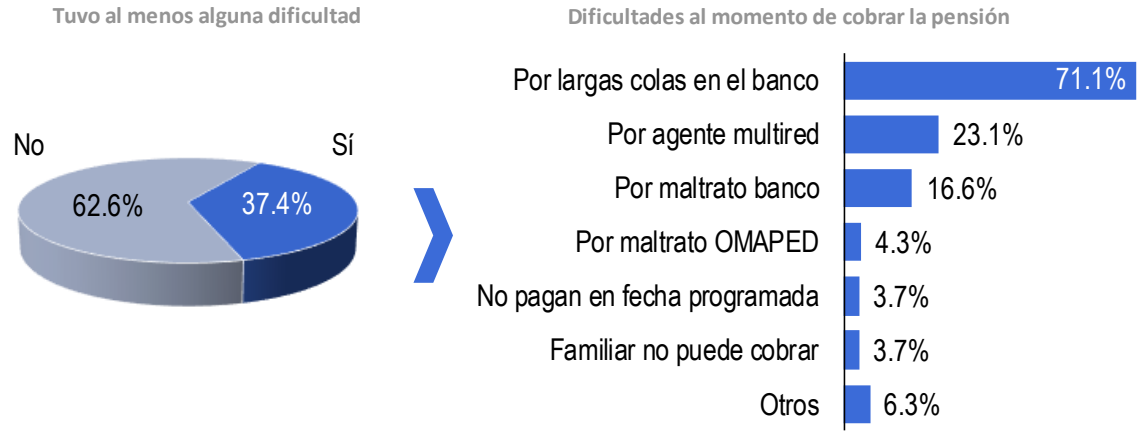
[28] Se excluyen los valores fuera del rango del p5 y p95 para obtener un promedio robusto y representativo del conjunto de datos.

9.4.6. Dificultades al momento de realizar el cobro de la pensión

Se estima que el 37.4% de los usuarios, cuidadores y/o personas autorizadas enfrentó al menos una dificultad al momento de cobrar la pensión. Entre estas personas, la principal dificultad reportada fueron las largas colas en el banco (71.1%). Asimismo, el 23.1% señaló problemas en agentes Multired, tales como mala atención, falta de efectivo o cobros indebidos por el retiro de la pensión. Por otro lado, el 16.6% reportó haber experimentado situaciones de maltrato en el banco; el 4.3%, maltrato por parte del personal de la OMAPED; el 3.7% indicó que no se paga en la fecha programada; otro 3.7% mencionó que los familiares de los usuarios no pueden cobrar la pensión; y el 6.3% manifestó otras dificultades, como no recibir el monto completo o un mal trato por parte del personal del Programa.

Cabe destacar que, al agrupar las dificultades vinculadas al Banco de la Nación (largas colas y maltrato) y a los agentes Multired, el porcentaje alcanza el 87.9%, lo que evidencia que aproximadamente 9 de cada 10 personas con dificultades enfrentan problemas directamente relacionados con la atención en los puntos de cobro.

Gráfico 14. Dificultades al momento de realizar el cobro de la pensión

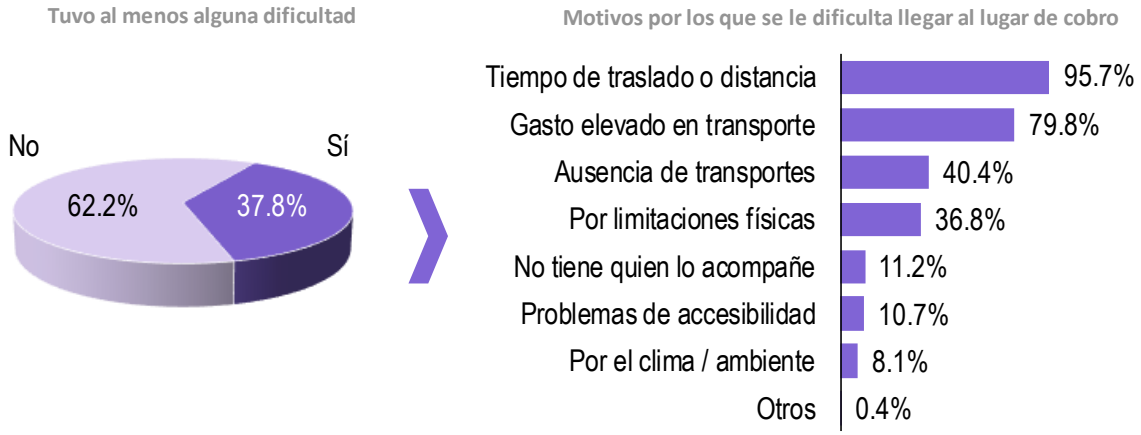


1/ Otros se refiere a dificultades como no contar con sillas de ruedas, falta de transporte para llegar al lugar de cobro, entre otros.
Nota: Al ser una pregunta de alternativa múltiple, los resultados necesariamente no suman 100%.
Fuente: Encuesta de Percepciones de los usuarios del Programa CONTIGO, 2024.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

9.4.7. Dificultades para llegar al lugar de cobro

De acuerdo con los usuarios, cuidadores y/o personas autorizadas, el 37.8% reportó haber enfrentado al menos una dificultad para llegar al lugar de cobro. El principal motivo identificado fue la distancia o el tiempo de traslado (95.7%), seguido por el alto gasto en transporte (79.8%). Otros motivos mencionados incluyen la falta de medios de transporte disponibles (40.4%), limitaciones físicas del usuario (36.8%), falta de una persona que lo acompañe (11.2%), dificultades de accesibilidad por el terreno o las vías de acceso (10.7%) y condiciones climáticas o ambientales adversas (8.1%), entre otros.

Gráfico 15. Dificultades para llegar al lugar de cobro



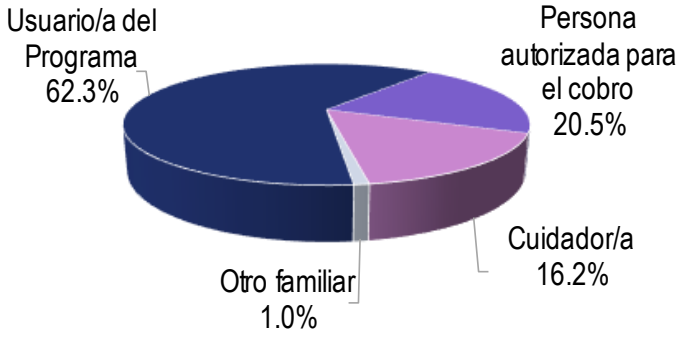
1/ Otros se refiere a dificultades como no contar con sillas de ruedas, falta de transporte para llegar al lugar de cobro, entre otros.
Nota: Al ser una pregunta de alternativa múltiple, los resultados necesariamente no suman 100%.
Fuente: Encuesta de Percepciones de los usuarios del Programa CONTIGO, 2024.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

9.5. Uso del dinero

9.5.1. Personas que utilizan o disponen del cobro de la pensión

Del cobro de la pensión, los usuarios del Programa (62.3%) son los que principalmente disponen de la pensión, seguido de las personas autorizadas para el cobro (20.5%), cuidadores/as (16.2%), entre otros familiares. Según estos resultados, los usuarios mayoritariamente gestionan directamente los recursos y definen su destino de manera planificada.

Gráfico 16. Personas que utilizan o disponen del cobro de la pensión



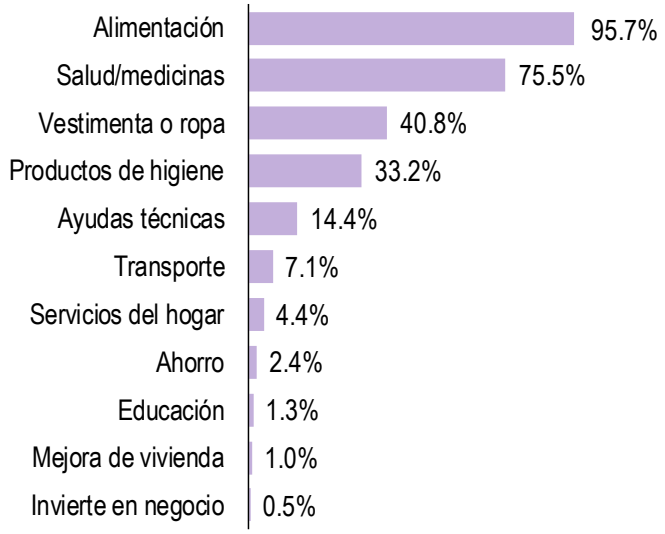
Fuente: Encuesta de Percepciones de los usuarios del Programa CONTIGO, 2024.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

9.5.2. Principal gasto realizado con la pensión

En cuanto al gasto, la mayor parte se destina a alimentación (95.7%) y salud (75.5%), lo que refleja la prioridad de cubrir las necesidades básicas de alimentación y atención médica. En menor medida, se gasta en vestimenta (40.8%) e higiene (33.2%). Asimismo, se asignan recursos a ayudas técnicas (14.4%), como andadores, bastones o muletas; transporte (7.1%), servicios del hogar (4.4%), luz,

agua o alquiler; ahorro (2.4%), educación (1.3%), mejora de vivienda (1.0%) e inversión en negocios (0.5%).

Gráfico 17. Categorías de destino de gasto de la pensión



Fuente: Encuesta de Percepciones de los usuarios del Programa CONTIGO, 2024.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

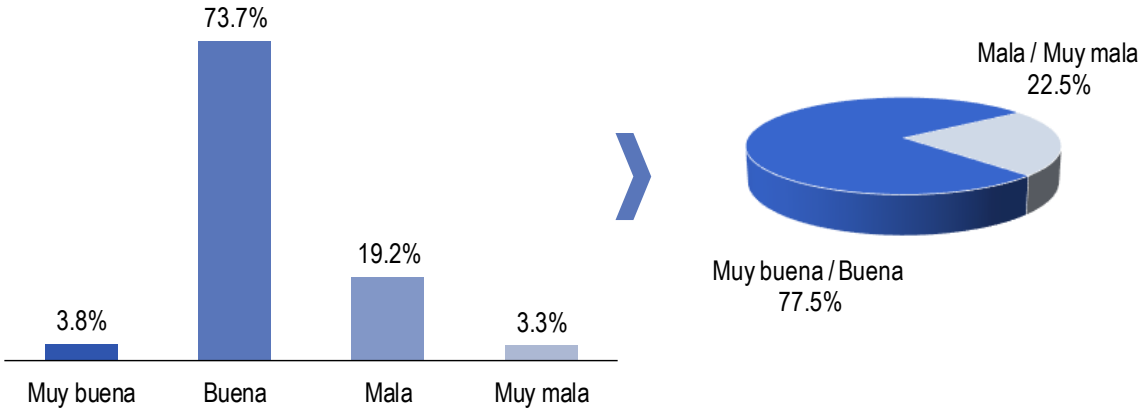
9.6.Percepciones de los usuarios

9.6.1. Percepción de la calidad de vida de los usuarios

En cuanto a la percepción de la calidad de vida de los usuarios, el 3.8% de los usuarios manifestó tener una muy buena calidad de vida y el 73.7% una buena calidad de vida; en contraste, el 19.2% reportó una mala y el 3.3% una muy mala calidad de vida. En síntesis, el 77.5% percibe su calidad de vida como muy buena o buena, mientras que el 22.5% la califica como mala o muy mala.

Este resultado favorable en la percepción de la calidad de vida de los usuarios refleja tanto el impacto de la pensión monetaria como el de otros factores. El acompañamiento, el fortalecimiento de redes de apoyo, el acceso a otros beneficios, entre otros factores, contribuyen de manera significativa a este bienestar. Tal como define la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida es "la percepción que tiene un individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes" (World Health Organization, 1998), por lo que constituye un concepto multidimensional influido por condiciones materiales, sociales y emocionales. En este sentido, el efecto observado en este estudio se debe a la pensión monetaria y a la interacción de múltiples elementos que inciden en la calidad de vida de los usuarios.

Gráfico 18. Percepción de la calidad de vida de los usuarios



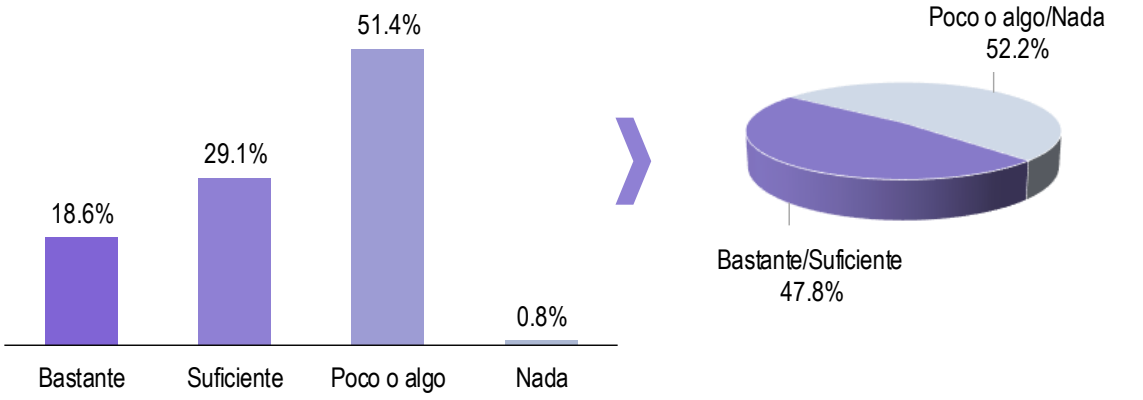
Fuente: Encuesta de Percepciones de los usuarios del Programa CONTIGO, 2024.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

9.6.2. Contribución del programa al bienestar del usuario

Respecto a la contribución del Programa al bienestar de los usuarios, el 18.6% indicó que contribuía bastante, el 29.1% que lo hacía de manera suficiente, el 51.4% que aportaba poco o algo y el 0.8% que nada. En conjunto, el 52.2% percibe que el Programa contribuye poco, algo o nada a su bienestar, mientras que el 47.8% considera que contribuye bastante o de forma suficiente.

Más de la mitad de usuarios percibe que el Programa contribuye "Poco o algo o Nada" a su bienestar a su bienestar, lo que podría deberse, entre otros, a que el monto de la pensión no es lo suficiente para cubrir gastos necesarios como alimentación, salud, transporte o vivienda, por lo que la influencia en el bienestar es limitada. Aunque esta calificación también podría deberse a las expectativas que los usuarios se forman del Programa, puesto que los usuarios también hacen referencia a servicios complementarios como entrega de apoyos técnicos (bastones, lentes, muletas, entre otros) o campañas de salud que el Programa no brinda, ya que no forman parte de sus servicios.

Gráfico 19. Categorías de destino de gasto de la pensión

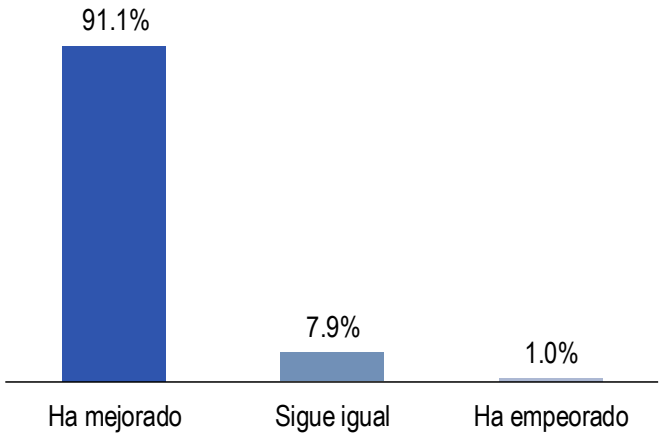


Fuente: Encuesta de Percepciones de los usuarios del Programa CONTIGO, 2024.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

9.6.3. Situación económica del usuario

Según los usuarios del Programa, el 91.9% percibe que su situación económica ha mejorado desde que forma parte de este; el 7.9% considera que sigue igual y el 1.0% señala que ha empeorado. Esta percepción positiva se explica porque, al encontrarse ellos y sus hogares en condición de pobreza o pobreza extrema, enfrentan severas restricciones presupuestarias, por lo que cualquier ingreso adicional es valorado como una mejora. Dicho ingreso impacta de forma directa en su consumo, permitiéndoles cubrir gastos previamente planificados o programados.

Gráfico 20. Situación económica del usuario

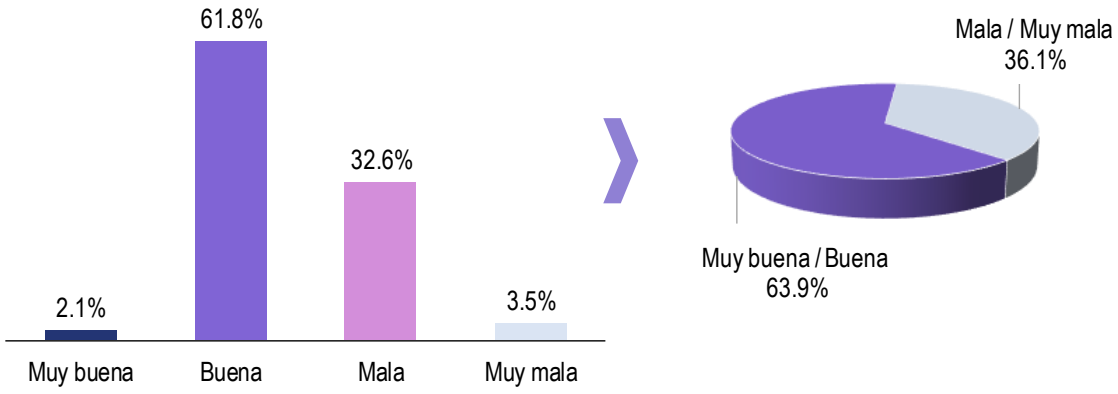


Fuente: Encuesta de Percepciones de los usuarios del Programa CONTIGO, 2024.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

9.6.4. Percepción del estado de salud de los usuarios

Según la percepción de los propios usuarios sobre su estado de salud, el 2.1% indicó tener una salud muy buena, el 61.8% la calificó como buena, el 32.6% como mala y el 3.5% como muy mala. En conjunto, el 63.9% considera que su salud es muy buena o buena, mientras que el 36.1% la percibe como mala o muy mala.

Gráfico 21. Percepción de salud de los usuarios

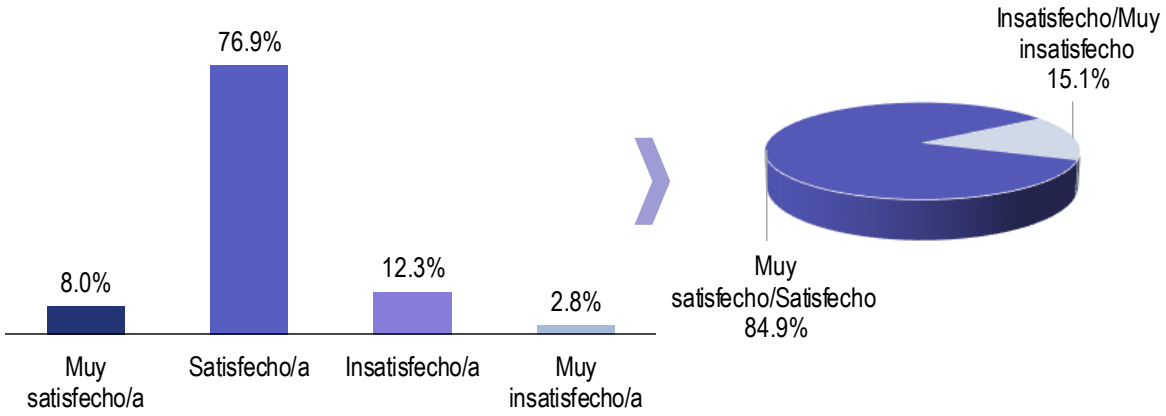


Fuente: Encuesta de Percepciones de los usuarios del Programa CONTIGO, 2024.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

9.6.5. Percepción del apoyo familiar recibido

La mayoría de los usuarios califica el apoyo recibido de sus familiares como muy satisfactorio (8%) o satisfactorio (76.9%), sumando en conjunto un 84.9%. En contraste, un 12.3% se declara insatisfecho y un 2.8% muy insatisfecho, lo que representa el 15.1% de quienes manifiestan una percepción negativa.

Gráfico 22. Percepción del apoyo familiar recibido

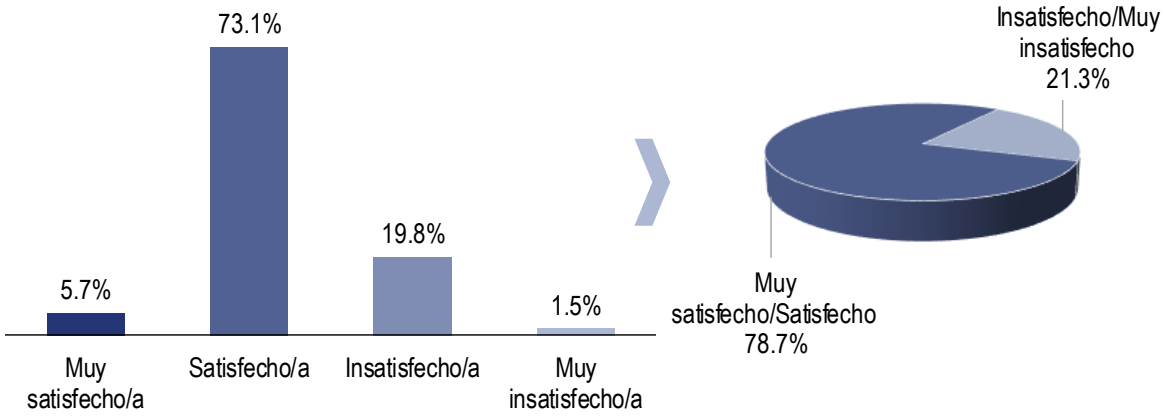


Fuente: Encuesta de Percepciones de los usuarios del Programa CONTIGO, 2024.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

9.6.6. Percepción de la satisfacción personal

En cuanto a la satisfacción personal de los usuarios del Programa, el 5.7% se considera muy satisfecho, mientras que el 73.1% manifiesta estar satisfecho. En contraste, el 19.8% expresa insatisfacción y el 1.5% se declara muy insatisfecho. En conjunto, el 78.7% de los usuarios manifiesta estar muy satisfecho o satisfecho consigo mismo, mientras que el 21.3% declara insatisfacción o mucha insatisfacción.

Gráfico 23. Percepción de satisfacción personal



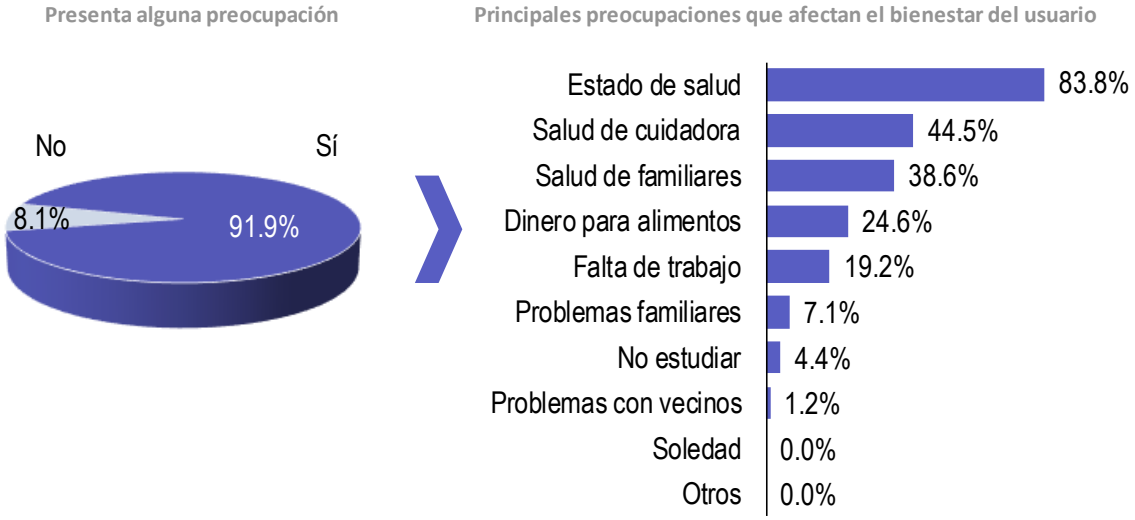
Fuente: Encuesta de Percepciones de los usuarios del Programa CONTIGO, 2024.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

9.6.7. Preocupaciones que afectan al bienestar del usuario

Del total de usuarios del Programa, el 91.9% manifiesta tener preocupaciones que afectan su bienestar, mientras que el 8.1% señala no tener ninguna. Estos resultados muestran que, a pesar de recibir una pensión monetaria, los usuarios se encuentran vulnerables a diversas inquietudes, entre las que destacan: estado de salud (83.8%), salud del cuidador (44.5%), salud de familiares (38.6%), falta de dinero para alimentos (24.6%), falta de trabajo (19.2%), problemas familiares (7.1%), no poder estudiar (4.4%), problemas con vecinos (1.2%), así como otras preocupaciones vinculadas a la soledad, el fallecimiento de familiares, la imposibilidad de expresar su voluntad, la discriminación, entre otras.

De acuerdo con las respuestas brindadas, las principales preocupaciones que afectan el bienestar están relacionadas con la salud, propia, de los cuidadores o de familiares, y con los gastos en alimentos, que también corresponden a las categorías prioritarias en las que se destina la pensión.

Gráfico 24. Principales preocupaciones que afectan al bienestar del usuario



1/ Otros se refiere: "fallecimiento de familiares", "usuario no manifiesta voluntad", "discriminación", entre otros.
Nota: Al ser una pregunta de alternativa múltiple los resultados necesariamente no suman 100%.
Fuente: Encuesta de Percepciones de los usuarios del Programa CONTIGO, 2024.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

9.6.8. Percepción de dificultades asociadas a la condición de discapacidad

Según las respuestas sobre la percepción de dificultades, inconvenientes o problemas con la familia o los vecinos a causa de la discapacidad, la mayoría de los usuarios manifestó no presentar estas situaciones. No obstante, el 18.9% reportó tener dificultades con la familia y el 15.6% señaló tenerlas con los vecinos.

Gráfico 25. Principales preocupaciones que afectan al bienestar del usuario



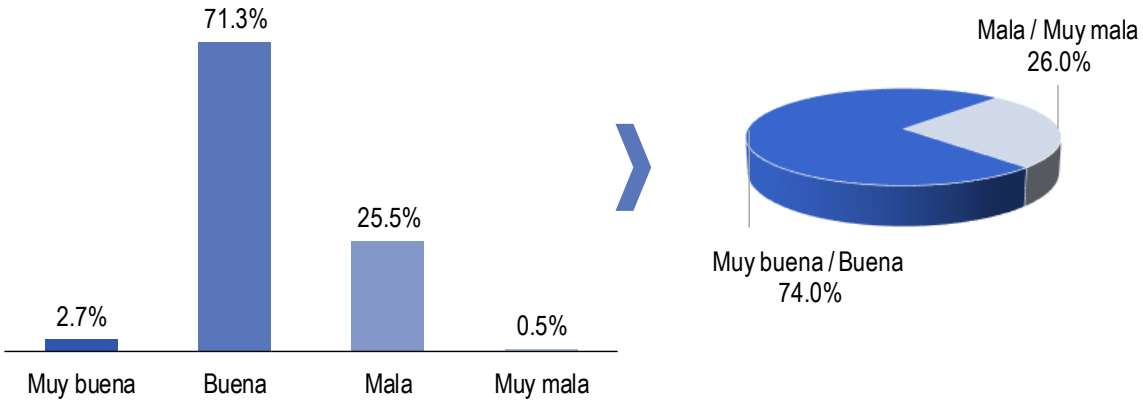
Fuente: Encuesta de Percepciones de los usuarios del Programa CONTIGO, 2024.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

9.7. Percepciones de los cuidadores

9.7.1. Percepción de la calidad de vida de los cuidadores

En cuanto a la percepción de la calidad de vida de los cuidadores, el 2.7% de los cuidadores manifestó tener una muy buena calidad de vida y el 71.3% una buena calidad de vida; en contraste, el 25.5% reportó una mala y el 0.5% una muy mala calidad de vida. En síntesis, el 77.5% percibe su calidad de vida como muy buena o buena, mientras que el 22.5% la califica como mala o muy mala.

Gráfico 26. Percepción de la calidad de vida de los usuarios

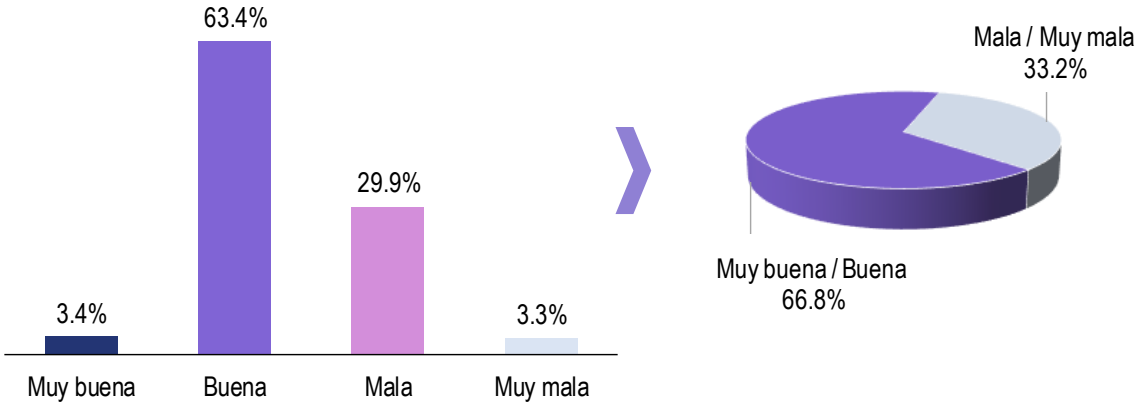


Fuente: Encuesta de Percepciones de los usuarios del Programa CONTIGO, 2024.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

9.7.2. Percepción del estado de salud de los cuidadores

Según la percepción de los cuidadores sobre su estado de salud, el 3.4% indicó tener una salud muy buena, el 63.4% la calificó como buena, el 29.9% como mala y el 3.3% como muy mala. En conjunto, el 66.8% considera que su salud es muy buena o buena, mientras que el 33.2% la percibe como mala o muy mala.

Gráfico 27. Percepción de salud de los usuarios

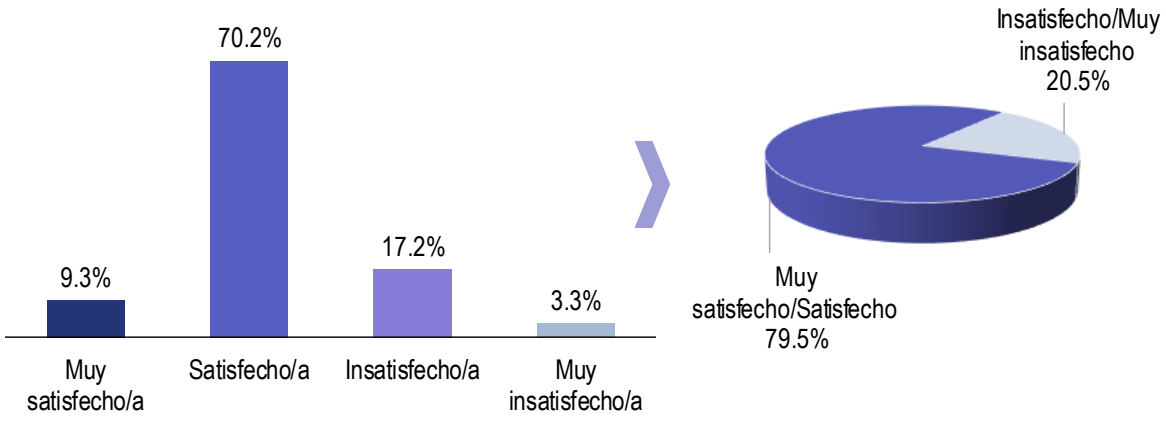


Fuente: Encuesta de Percepciones de los usuarios del Programa CONTIGO, 2024.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

9.7.3. Percepción del apoyo familiar recibido

Según los cuidadores, califican el apoyo recibido de sus familiares como muy satisfactorio (9.3%) o satisfactorio (70.2%), sumando en conjunto un 79.5%. En contraste, un 17.2% se declara insatisfecho y un 3.3%, muy insatisfecho, lo que representa el 20.5% de quienes manifiestan una percepción negativa.

Gráfico 28. Percepción del apoyo familiar recibido

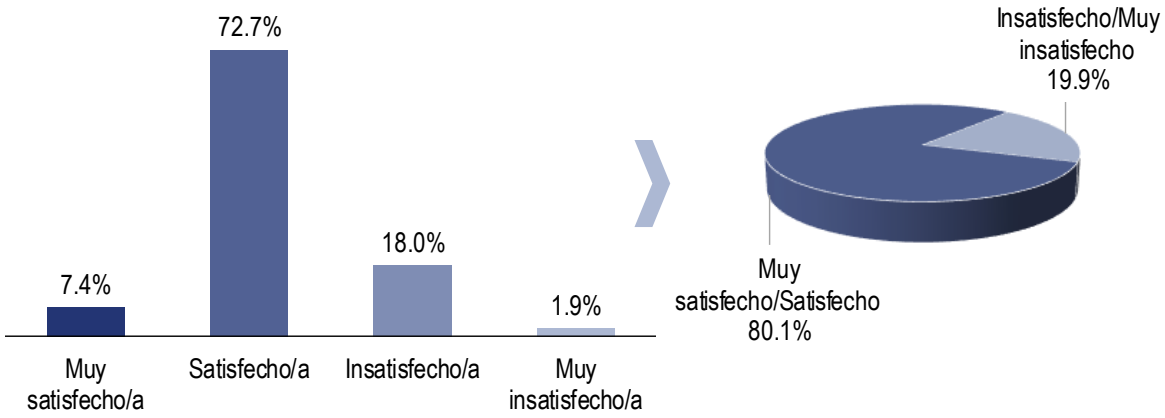


Fuente: Encuesta de Percepciones de los usuarios del Programa CONTIGO, 2024.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

9.7.4. Percepción de la satisfacción personal de los cuidadores

En cuanto a la satisfacción personal de los cuidadores, el 7.4% se considera muy satisfecho, mientras que el 72.7% manifiesta estar satisfecho. En contraste, el 18% expresa insatisfacción y el 1.9% se declara muy insatisfecho. En conjunto, el 80.1% de los cuidadores manifiesta estar muy satisfecho o satisfecho consigo mismo, mientras que el 19.9% declara insatisfacción o mucha insatisfacción.

Gráfico 29. Percepción de satisfacción personal de los cuidadores

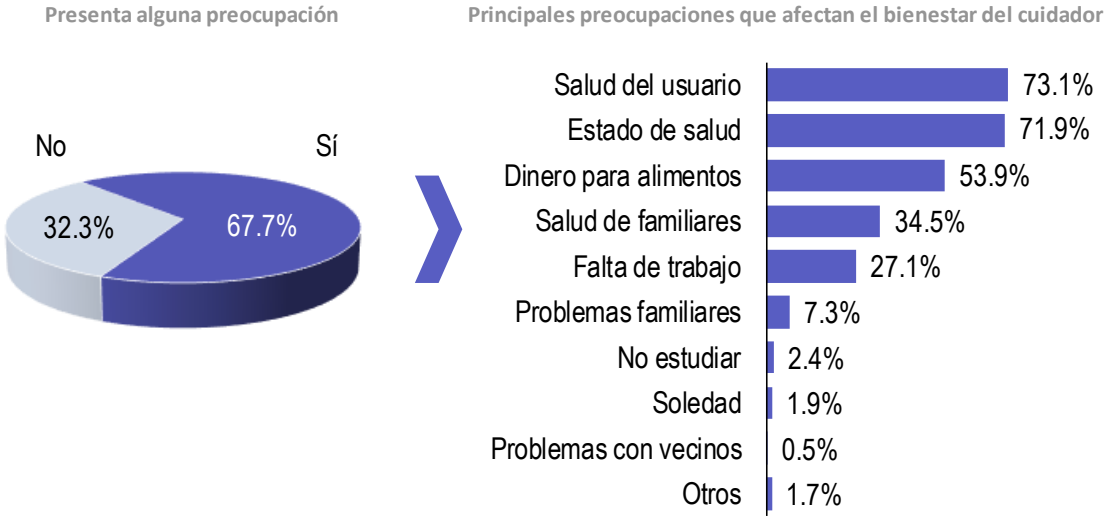


Fuente: Encuesta de Percepciones de los usuarios del Programa CONTIGO, 2024.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

9.7.5. Preocupaciones que afectan al bienestar del cuidador

Según los cuidadores, el 67.7% manifiesta tener preocupaciones que afectan a su bienestar, mientras que el 32.3% señala no tener ninguna. Estos resultados muestran que, los cuidadores se encuentran vulnerables a diversas preocupaciones, entre las que destacan: salud del usuario (73.1%), salud propia (71.9%), falta de dinero para alimentos (53.9%), salud de familiares (34.5%), falta de trabajo (27.1%), problemas familiares (7.3%), no poder estudiar (2.4%), preocupaciones vinculadas a la soledad (1.9%), problemas con vecinos (0.5%), entre otras preocupaciones.

Gráfico 30. Principales preocupaciones que afectan al bienestar del cuidador



1/ Otros se refiere: "percepción de soledad del usuario", "falta de lluvias", entre otros.
Nota: Al ser una pregunta de alternativa múltiple, los resultados necesariamente no suman 100%.
Fuente: Encuesta de Percepciones de los usuarios del Programa CONTIGO, 2024.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

9.7.6. Percepción de dificultades asociadas a la condición de discapacidad

Los cuidadores manifiestan enfrentar dificultades con la familia (18.2%) y con los vecinos (15.3%) debido a la discapacidad de los usuarios, dado que podían reportar más de una dificultad. Aunque estos porcentajes son bajos, muestran que la presencia de una persona con discapacidad en el entorno familiar puede generar tensiones y desafíos adicionales para quienes asumen el rol de cuidado.

Gráfico 31. Principales preocupaciones que afectan al bienestar del usuario



Fuente: Encuesta de Percepciones de los usuarios del Programa CONTIGO, 2024.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

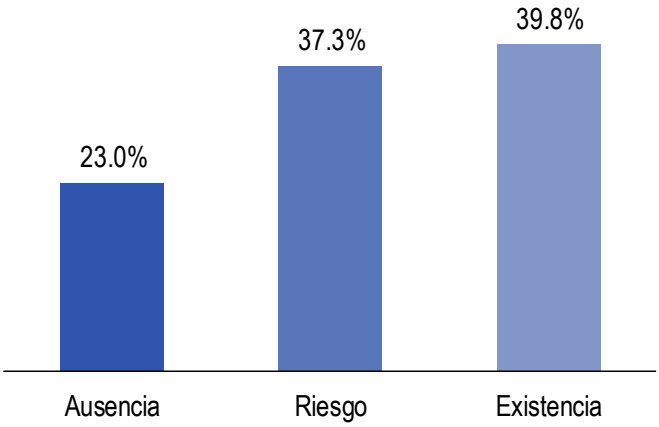
9.8. Riesgo sociofamiliar de los usuarios

Con relación a la distribución del riesgo sociofamiliar, el 39.8% de los usuarios presenta un problema social, el 37.3% se encuentra en situación de riesgo social y el 23.0% no presenta ningún tipo de riesgo.

La presencia de problemas sociales se explica principalmente por la preocupación ante la ausencia de ingresos fijos en el hogar, situación comprensible si se considera que los usuarios destinan la pensión, en su mayoría, a gastos de alimentación y salud. A ello se suma la insuficiencia de apoyos familiares y comunitarios, lo que limita su bienestar, autonomía y seguridad.

En conjunto, los usuarios que presentan un problema social o se encuentran en riesgo sociofamiliar representan el 77.1% del total. Ante este panorama, resulta prioritario orientar las intervenciones hacia la reducción y prevención del riesgo social, así como a revertirlo en los casos posibles, con el objetivo de evitar que este se consolide como un problema social establecido.

Gráfico 32. Riesgo sociofamiliar de los usuarios



Fuente: Encuesta de Percepciones de los usuarios del Programa CONTIGO, 2024.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

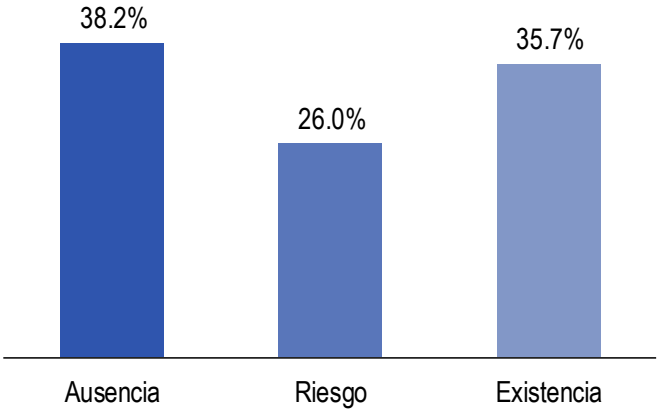
9.9. Riesgo sociofamiliar de los cuidadores

En cuanto a la relación del riesgo sociofamiliar de los cuidadores, el 35.7% de los usuarios presenta un problema social, el 26% se encuentra en situación de riesgo social y el 38.2% no presenta ningún tipo de riesgo.

La presencia de problemas sociales se explica principalmente por las mismas situaciones que le ocurre al usuario; es decir, preocupaciones ante la ausencia de ingresos fijos en el hogar y el insuficiente apoyo de familiares y de la comunidad.

En conjunto, los cuidadores que presentan un problema social o se encuentran en riesgo sociofamiliar representan el 61.7% del total.

Gráfico 33. Riesgo sociofamiliar de los cuidadores



Fuente: Encuesta de Percepciones de los usuarios del Programa CONTIGO, 2024.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

9.10. Escala de la soledad de los usuarios

De acuerdo con las respuestas brindadas por los usuarios del programa, el 50.5% experimenta soledad moderada, el 24.7% soledad severa, el 16.1% soledad muy severa y el 8.7% no la experimentan; es decir, el 91.3% presenta un sentimiento de soledad, situación que influencia negativamente en la salud mental y habilidades sociales.

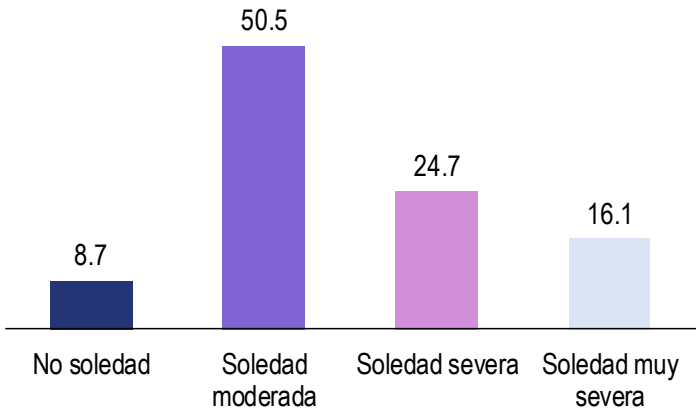
En personas con discapacidad, estos efectos se intensifican por barreras estructurales, dependencia de cuidadores y estigmas, dificultando la formación de vínculos significativos y afectando su calidad de vida.

Respecto a los que presentan una soledad moderada, son un grupo que tienen algunas carencias en vínculos emocionales o sociales, por lo que el riesgo de aislamiento es bajo, situación que podría revertirse con apoyo y contención de amigos o familiares, así como fomentar la participación en actividades sociales.

En cuanto a los usuarios que presentan soledad severa, estos presentan un alto riesgo de aislamiento, por lo que lo recomendable es atención médica o asistencia social para mejorar habilidades sociales con la finalidad de revertir y prevenir el aislamiento que podría conllevar a afectar la salud propia.

En relación a los usuarios que presentan soledad muy severa, estos presentan un aislamiento extremo; es decir, los usuarios no presentan vínculos con algún familiar, amigo u otra persona, lo que conlleva a problemas de salud; por ello, se deben realizar una combinación de intervenciones como terapia psicológica, asistencia social para la formación de vínculos y tratamiento especializado en salud mental.

Gráfico 34. Escala de la soledad de los usuarios



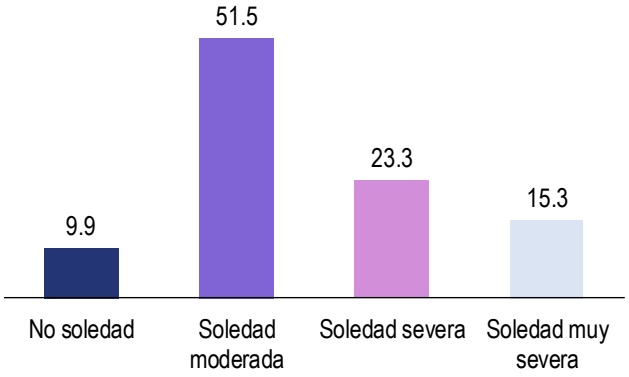
Fuente: Encuesta de Percepciones de los usuarios del Programa CONTIGO, 2024.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

9.11. Escala de la soledad de los cuidadores

Según los cuidadores, el 51.5% experimenta soledad moderada, el 23.3% soledad severa, el 15.3% soledad muy severa y solo el 9.9% no la experimenta; es decir, el 90.1% presenta un sentimiento de soledad, situación que influencia negativamente en la salud mental y habilidades sociales.

Los cuidadores de los usuarios del Programa también experimentan el sentimiento de soledad, situación que se intensifica por la discriminación y estigmatización hacia las personas que tienen por cuidar.

Gráfico 35. Escala de la soledad de los cuidadores



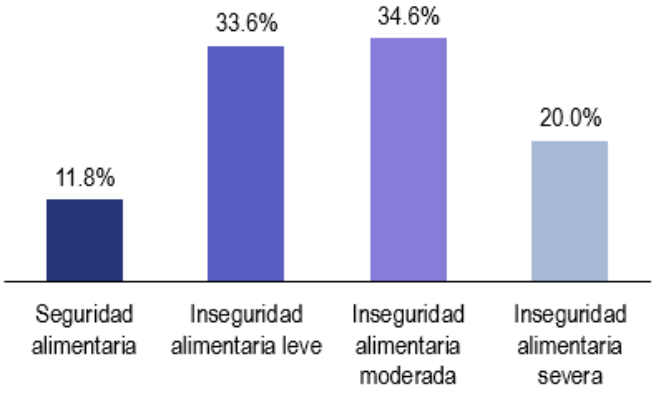
Fuente: Encuesta de Percepciones de los usuarios del Programa CONTIGO, 2024.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

9.12. Inseguridad alimentaria

De acuerdo con las respuestas de los usuarios, solo el 11.8% de los hogares con usuarios del Programa CONTIGO se encuentran en seguridad alimentaria. Así se identificó que el 33.6% de los hogares se encuentran en condición de inseguridad alimentaria leve, lo que implica que experimentan preocupación por la disponibilidad de alimentos y han debido realizar ajustes en la calidad de su dieta. Asimismo, el 34.6% de los hogares presenta inseguridad alimentaria moderada, caracterizada por la reducción en la cantidad de alimentos consumidos y la limitación en las porciones diarias. Finalmente, un 20.1% de los hogares se ubica en inseguridad alimentaria severa, situación que refleja episodios de hambre y omisión de comidas debido a la falta de recursos para la adquisición de alimentos.

Estos resultados muestran que el 88.2% de los hogares evaluados enfrentan algún nivel de inseguridad alimentaria, lo cual pone en evidencia la vulnerabilidad de las familias para garantizar un acceso estable y suficiente a alimentos nutritivos. La presencia de inseguridad alimentaria severa es especialmente preocupante, ya que implica un impacto directo en la salud y el bienestar de los miembros del hogar, particularmente de los niños, niñas, adultos mayores, personas con discapacidad que son los más afectados por la reducción en la ingesta alimentaria.

Gráfico 36. Inseguridad alimentaria



Fuente: Encuesta de Percepciones de los usuarios del Programa CONTIGO, 2024.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

10. CONCLUSIONES

- El estudio incluyó a 383 usuarios, de los cuales el 53.3% expresan voluntad o comunicación y el 46.7% tiene dificultad para hacerlo. El 68.7% cuenta con cuidador o cuidadora y el 54.8% tiene una persona autorizada para el cobro. Respecto a los cuidadores de los usuarios de la muestra, son principalmente mujeres las que cumplen con dicha función, 82.1%, las cuales se ubican en una edad de 45 a 59 años (36.5%) y 30 a 44 años de edad (30.0%).
- Los datos extrapolados a la población en general revelan que el 69.5% de los usuarios del programa cuentan con un cuidador, siendo principalmente mujeres las que cumplen dicho rol (81.5%), por lo que existe una predominación de la "feminización del cuidado", siendo la edad promedio de las cuidadoras los 59 años de edad, quien usualmente es la jefa del hogar. Esta característica de "feminización del cuidado" hace que las mujeres tengan sobre carga de tiempos de cuidado, influenciando en su salud y actividades económicas, lo que podría conllevar a una ralentización de escapar de la pobreza y dependencia de programas como CONTIGO. Asimismo, esto exige pensar en medidas específicas en favor de los y las cuidadoras para solventar su salud y la economía de su hogar.
- En cuanto a los ingresos de los hogares de los usuarios del programa, el 57.7% indicó que tenían ingresos muy inestables y solo el 2.5% estables; sin embargo, el 73.1% de los usuarios indica vivir bien o muy bien (0.7% "muy bien" y 72.4% "bien"). Esto muestra que el bienestar subjetivo no depende solo de los ingresos, ya que influyen otros aspectos como, la salud, la seguridad alimentaria, el sentimiento de soledad, entre otros.
- De acuerdo con los usuarios del programa, el ingreso mensual mínimo que requieren sus hogares para cubrir gastos como alimentación, vestido, calzado, salud, educación y transporte, principalmente, es de S/ 1,072, valor que guarda correspondencia con el salario mínimo vital del 2024, el cual ascendió a S/ 1,025 y por debajo de lo registrado para el 2025, S/ 1,130.
- Antes de la encuesta, solo el 64.4% conocía la última fecha de pago, siendo la principal vía de comunicación el personal de la Municipalidad OMAPED (49.1%); asimismo, esta forma de informarse es la más preferida, seguida por la de mensajes de WhatsApp del gestor, medios de comunicación y personal del programa. Esto hace que las OMAPED cumplan un rol crítico de difusión, por lo que reforzar las coordinaciones entre el Programa y el Municipio ayuda a reducir asimetrías de información, sumado a nuevos medios de comunicación como el de mensajes de WhatsApp de los gestores del programa.
- Respecto al destino de la pensión, se encontró que esta se destina principalmente a la alimentación (95.7%), salud y medicinas (75.5%), vestido (40.8%), higiene (33.2%), ayudas técnicas (14.4%), transporte (7.1%), servicios del hogar (4.4%), ahorro (2.4%) y mejora de la vivienda (1.0%). Esta descripción de los gastos muestra que los hogares priorizan principalmente el gasto en alimentación y salud, lo que da escaso margen para el ahorro o la adquisición de dispositivos de apoyo (como lentes, sillas de ruedas, muletas, otros) o adecuación de la vivienda.
- En cuanto a la calidad, se encontró que el 77.5% de los usuarios percibe su calidad de vida como buena o muy buena, y 22.5% la reporta como mala o muy mala. Este efecto se debe tanto a la pensión monetaria como a la interacción de múltiples elementos que inciden en la calidad de vida de los usuarios.
- De acuerdo con las preocupaciones de los usuarios, las tres principales preocupaciones son su propia salud (83.8%), la salud del cuidador o cuidadora (44.5%) y la salud de los familiares (38.6%);

estas preocupaciones se encuentran sustentadas en la preocupación de que el cuidador es el soporte emocional y económico del cuidado del usuario, por lo que si el cuidador enferma gravemente el sistema de cuidado colapsa. Por ello, integrar a más familiares en el cuidado podría dispersar dicha preocupación y contribuir en la calidad de vida de los usuarios y aliviar la sobrecarga de los cuidadores.

- En cuanto a la soledad, el 93.1% de los usuarios presentan dicho sentimiento, situación que influye negativamente en la salud mental y habilidades sociales. Por ello se requieren intervenciones grupales o tele acompañamiento para revertir dicha situación, tanto para el usuario del programa como para su cuidador.
- Respecto al riesgo sociofamiliar percibido, se encontró que el 39.8% de los usuarios presenta un problema social, el 37.3% se encuentra en situación de riesgo social y el 23.0% no presenta ningún tipo de riesgo. En conjunto, el 77.1% de los usuarios presentan un problema social o se encuentran en riesgo sociofamiliar, mientras que el 61.7% de los cuidadores se encuentran en dicho grupo. Estas cifras se explican principalmente por la preocupación ante la ausencia de ingresos fijos en el hogar, situación comprensible si se considera que los usuarios destinan la pensión, en su mayoría, a gastos de alimentación y salud, sumada a la insuficiencia de apoyos familiares y comunitarios, lo que limita su bienestar, autonomía y seguridad.
- Solo el 11.8% de los hogares se encuentran en seguridad alimentaria, mientras que el 88.2% se encuentra en inseguridad alimentaria. Esto a pesar de que el 95.7% de los encuestados señala utilizar la pensión en alimentación; sin embargo, dicho gasto rivaliza con el gasto destinado en salud y medicinas, por lo que cada sol invertido en salud genera un riesgo potencial en la frecuencia de alimentación y posible malnutrición del usuario y sus hogares.

11. RECOMENDACIONES

A nivel operativo

- **Evaluación del monto de la pensión:** Evaluar si el monto de la pensión tiene un efecto causal en la contribución de la calidad de vida. Asimismo, indagar si dicho monto es lo suficiente para generar un impacto en la variable de calidad de vida.
  En cuanto al indicador de calidad de vida, se recomienda realizar una revisión sistemática respecto a un instrumento que mida dicho indicador en población con discapacidad severa; además, se debe contar con una línea base para dar inicio a una medición de evaluación de impacto.

- **Recopilación de información de población potencial usuaria del Programa CONTIGO:** Para realizar una evaluación de impacto, la estrategia de contar con información de la población potencial ayudará como estrategia de línea base de la población potencial.

- **Fomentar nuevos canales de comunicación:** Se recomienda incorporar como canal de comunicación, mensajes por WhatsApp, enviados por los gestores del Programa, a fin de informar sobre el cobro de la pensión, dado que los usuarios suelen utilizar este medio para tomar para conocer la fecha o cronograma de pagos.

- **Mejorar la accesibilidad en el punto de pago:** Se deben tomar medidas para reducir las dificultades al momento del cobro, siendo las principales las largas colas en el banco, el maltrato del personal del banco, falta de efectivo en agentes, entre otros.

- **En próximos estudios:** Se recomienda incorporar preguntas con uso de tiempo de los y las cuidadores y evidenciar el tiempo destinado al cuidado de la persona con discapacidad.

A nivel de políticas

- **Formación y capacitación para cuidadores:** El acompañamiento y asistencia a personas con discapacidad suele estar a cargo, en muchos casos, por una mujer miembro del hogar del usuario, quien no necesariamente cuenta con el conocimiento técnico para realizar actividades de cuidado a personas con discapacidad, por lo que capacitaciones en manejo de movilización, higiene, administración de medicamentos, primeros auxilios, salud mental y autocuidado mejoraría la calidad de vida de los usuarios del Programa así como formar al cuidador en una persona con conocimientos técnicos para el cuidado.
  La implementación de estas capacitaciones podría realizarse a través de los gestores del Programa quienes mantienen contacto directo con los usuarios y sus cuidadores, o podría realizarse a través de campañas en conjunto con las OMAPED, o a través de clases virtuales

- **Red de voluntariado:** El Programa CONTIGO, junto con municipalidades y organizaciones civiles podrían crear e implementar una red de voluntariado donde se sumen personas que donen parte de su tiempo para dar atención y soporte los usuarios del Programa, esto permitiría dar descanso y relevo a las cuidadoras y reducir su agotamiento físico y mental, aliviando en parte la sobrecarga

que llevan. Esta red podría identificar casos prioritarios para que los voluntarios puedan asistir y apoyar en el cuidado de los usuarios del Programa.

- **Identificación de cuidadores:** Si bien el Programa CONTIGO atiende a sus usuarios, estos muchas veces tienen un cuidador, el cual brinda su tiempo para su atención sin ser estos remunerados y dejando oportunidades laborales, de desarrollo o de descanso para la atención a los usuarios. En ese sentido, la identificación de estos cuidadores visibilizaría su trabajo en el cuidado y atención de los usuarios del Programa; además, estos cuidadores identificados podrían integrarse a la red de voluntariado.

  Cabe destacar que en países como Chile se cuenta con un registro de cuidadores de personas con discapacidad a las cuales se les remunera por la atención brindada a los usuarios del Programa, situación distante a la de Perú, donde solo el usuario recibe una pensión bimestral. Dicha remuneración sería un estímulo para reconocer el trabajo desarrollado por los cuidadores y que no es remunerado; además de mitigar la dependencia económica.

- **Tele acompañamiento y grupos de apoyo:** Para minimizar los problemas que trae consigo el sentimiento de soledad, se propone integrar en el proceso de acompañamiento el agrupamiento de usuarios por zonas, tipos de discapacidad o alguna característica, afín de entablar relaciones ya sea a través de grupos de WhatsApp o sesiones municipales dirigidas por gestores del Programa CONTIGO. También se propone la integración con otras redes de apoyo como las OMAPED o centros comunales para planificación de actividades presenciales, así reducir el aislamiento complementado con la tele acompañamiento.

- **Articulación con intervenciones alimentarias:** A través del componente de acompañamiento, los gestores del Programa identifican a los hogares que se encuentran en inseguridad alimentaria y realizan acciones pertinentes para afiliarlos a Ollas comunes, comedores populares, entre otras intervenciones.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anaut Bravo, S., Arza Porras, J., & Jesús Álvarez, M. (2014). *La incidencia de la exclusión social en los hogares con personas con discapacidad.* Fundación FOESSA. Obtenido de https://sid-inico.usal.es/documentacion/vii-informe-sobre-exclusion-y-desarrollo-social-en-espana-la-incidencia-de-la-exclusion-social-en-los-hogares-con-personas-con-discapacidad/

Angner, E. (2010). Subjective well-being. *The Journal of Socio-Economics, 39*(3), 361-368. doi:https://doi.org/10.1016/j.socec.2009.12.001

Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. (F. U. Lorenz, Ed.) *Revista Latinoamericana de Psicología, 35*(2), 161-164. Obtenido de https://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf

Asencios-Ortiz, R., & Pereyra-Zaldívar, H. (2019). Carga de trabajo del cuidador según el nivel de funcionalidad de la persona con discapacidad en un distrito de Lima. *Anales de la Facultad de Medicina, 80*(4), 451-456. doi:https://doi.org/10.15381/anales.v80i4.16441

Bailie , J., Bishop , G. M., Badland , H., Emerson , E., Aitken , Z., Stancliffe , R., . . . Llewellyn , G. (2023). Health and wellbeing outcomes associated with loneliness for people with disability: a scoping review. *BMC Public Health, 23*(1). doi:https://doi.org/10.1186/s12889-023-17101-9

Baquedano-Rodríguez, M. A.-M. (2020). Es el bienestar subjetivo hedónico y eudamónico una distinción válida para Chile? *Revista De Psicología*, 1-14. doi:https://doi.org/10.5354/0719-0581.2020.53375

Birken, M., Chipp, B., Shah, P., Olive, R. R., Nyikavaranda, P., Hardy, J., . . . Johnson, S. (2023). Exploring the experiences of loneliness in adults with mental health problems: A participatory qualitative interview study. *PLoS ONE, 18*(3). doi:https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280946

Black, R. E., Allen, L. H., Bhutta, Z. A., Caulfield, L. E., Onis, M., Ezzati, M., . . . Rivera, J. (2008). Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *The Lancet, 371*, 243-260. Obtenido de https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(07)61690-0/fulltext

Buz, J., & Prieto Adánez, G. (2013). Análisis de la Escala de Soledad de De Jong Gierveld mediante el modelo de Rasch. *Universitas Psychologica, 3*(12). doi:https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy12-3.aesd

Cacioppo, J. T., & Hawkley, L. C. (2009). Perceived social isolation and cognition. *Trends in Cognitive Sciences, 13*(10), 447–454. doi:https://doi.org/10.1016/j.tics.2009.06.005

Cacioppo, J. T., Hawkley , L. C., Ernst, J. M., Burleson, M., Berntson, G. G., Nouriani, B., & Spiegel, D. (2006). Loneliness within a nomological net: An evolutionary perspective. *Journal of Research in Personality, 40*(6), 1054–1085. doi:https://doi.org/10.1016/j.jrp.2005.11.007

Castellanos-Cereceda, R. (2012). El bienestar subjetivo como enfoque e instrumento de la política pública: una revisión analítica de la literatura. *Estado, Gobierno y Gestión Pública*, 131-168. doi:https://doaj.org/article/1e399ff1af58470593284435752caea8

CEPAL. (2016). *Autonomía de las mujeres e igualdad en la agenda de desarrollo sostenible.* Obtenido de https://repositorio.cepal.org/entities/publication/17401fa5-7f1b-4e35-bddb-2aadfc4b4378

Chang, E. C., Chang, O. D., Lucas, A. G., Li, M., Beavan, C. B., Eisner, R. S., . . . Hirsch, J. K. (2019). Depression, loneliness, and suicide risk among latino college students: A test of a psychosocial interaction model. *Social Work, 64*(1), 51–60. doi:https://doi.org/10.1093/sw/swy052

Cho, S., Ishdorj, A., & Gregory, C. (2016). Food insecurity and types of disability. *RePEc: Research Papers in Economics*, 1-16. doi:https://doi.org/10.22004/ag.econ.230083

Coleman-Jensen, A. (2020). U.S food insecurity and population trends with a focus on adults with disabilities. *Physiology & Behavior*, 220. doi:https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2020.112865

Comité Científico ELCSA. (2012). *La Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria: Manual de uso y aplicación FAO, 2012* (1 ed.). Obtenido de https://openknowledge.fao.org/items/5500339a-1df6-430e-8059-d033ff485fcf

Cortez Guevara, E. P., Chacón Velásquez, F. D., & Giler Alarcón, G. A. (2016). *Análisis del costo de la discapacidad en el Ecuador.* Quito, Ecuador: Secretaría Técnica para la Gestión Inclusiva en Discapacidades (SETEDIS). Obtenido de http://repositoriocdpd.net:8080/handle/123456789/1995

De Jong Gierveld, J., & Van Tilburg, T. (2006). A 6-Item scale for overall, emotional, and social loneliness. *Research on Aging, 28*(5), 582–598. doi:https://doi.org/10.1177/0164027506289723

De Jong-Gierveld , J., & Kamphuls, F. (1985). The Development of a Rasch-Type Loneliness Scale. *Applied Psychological Measurement, 9*(3), 289-299.

de Jong-Gierveld, J. (1998). A review of loneliness: Concepts and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology* (8), 73-80. Obtenido de https://doi.org/10.1017/S0959259898008090

Departamento Administrativo de Estadística. (2023). *El diamante del cuidado frente a la experiencia de la discapacidad en Colombia: Una aproximación a los requerimientos diferenciales de las personas con discapacidad y de sus cuidadores en 2021*. Bogotá: SEN. Obtenido de https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas-casen/abril-2023-DiscapCuidadores.pdf

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2025). *Encuesta de Calidad de Vida*. Obtenido de https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/calidad-de-vida-

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2025). *Encuesta Pulso Social*. Obtenido de https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/calidad-de-vida-ecv

Diener, E., & Eunkook, S. (1997). Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. Social Indicators Research. *Kluwer Academic Publishers, 40*(1), 189-216. doi:10.1023/A:1006859511756

Diener, E., Ng, W., Harter, J., & Arora, R. (2010). Wealth and happiness across the world: Material prosperity predicts life evaluation, whereas psychosocial prosperity predicts positive feeling. *Journal of Personality and Social Psychology, 99*(1), 52–61. doi:https://doi.org/10.1037/a0018066

Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad: Resultados definitivos 2018 (1 ed.). (2018). Ciudad Autónoma de Buenos Aires , Argentina: Instituto Nacional de. Obtenido de https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/estudio_discapacidad_12_18.pdf

FAO. (1996). World Food Summit - Final. Obtenido de https://www.fao.org/3/w3613s/w3613s00.htm

Fernandez-Perez, M., Aparco, J. P., & Alarco, J. J. (2024). La discapacidad del jefe de familia aumenta la severidad de la inseguridad alimentaria en el hogar: análisis de una encuesta poblacional colombiana. *Cadernos de Saúde Pública, 40*(8). doi:https://doi.org/10.1590/0102-311XES208723

Flores, M. (2019). La seguridad alimentaria en la agenda del desarrollo. 50 años de enfoques y prioridades diferenciados. *Perspectivas para el desarrollo rural latinoamericano:*

un homenaje a Alexander Schejtman, 201-239. Obtenido de https://www.teseopress.com/perspectivasparaeldesarrollo/

Fornell, P., Ortíz-Bermúdez, A. Ú., Rodríguez-Mora, Á., Verdugo, L., & Sánchez-Sandoval, Y. (Mayo de 2023). Future expectations of adolescents from different social backgrounds. *Anales de psicología, 39*(2), 294-303. doi:10.6018/analesps.522701

García Mora, M. E., Schwartz Orellana , S., & Freire, G. (2021). *Inclusión de las personas con discapacidad en América Latina y el Caribe: Un camino hacia el desarrollo sostenible.* Washington, DC: Banco Mundial. Obtenido de https://openknowledge.worldbank.org/entities/publication/f8ea3c9d-ca67-5ddd-a4c7-d1721665f982

Giménez-Bertomeu, V. M., Guinovart-Garriga, C., Rovira-Soler, E., & Viñas-Segalés, N. (2020). *La Escala de Valoración Sociofamiliar TSO. Fundamentos, descripción, validación e instrucciones de uso.* Alicante, España. Obtenido de http://hdl.handle.net/10045/110282

Gudzinskiene, V., & Augutavicius, R. (2018). The phenomenon of social risk families and its dynamics in Lithuania. *SHS Web Conf.*, 9. doi:https://doi.org/10.1051/shsconf/20185103001

Hadfield-Spoor, M., Avendano, M., & Loopstra, R. (2022). Food insecurity among disabled adults. *European Journal of Public Health, 32*(4), 593-599. doi:https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac034

Haushofer, J., & Shapiro, J. (2016). The Short-term Impact of Unconditional Cash Transfers to the Poor: Experimental Evidence from Kenya. *The Quarterly Journal of Economics, 131*(4), 1973–2042. doi:https://doi.org/10.1093/qje/qjw025

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta.* Ciudad de México, México: Mc Graw Hill Education.

Huang, W., He, B., Wang, Y. H., Ma, W. J., & Zhou, J. (2020). Disability Severity and Home-Based Care Quality in Older Adults: The mediating effects of social support and caregiver Competence. *Journal of Nursing Research, 6*(28). doi:https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000405

INEGI. (2018). *Guía de diseño de la muestra para encuestas. Fase de diseño de la norma técnica del proceso de producción de información estadística y geográfica.* Obtenido de https://www.inegi.org.mx/contenidos/infraestructura/aseguramiento/doc/guia_de_diseno_de_la_muestra_para_encuestas.pdf

INEI. (2007). *Perfil Sociodemográfico del Perú* (Segunda ed.). Obtenido de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1136/libro.pdf

INEI. (2017). *Perfil sociodemográfico de la población con discapacidad.* Obtenido de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1675/

INEI. (2017). Perfil sociodemográfico de la población con discapacidad. Obtenido de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1675/

Latinobarómetro. (2025). *Latinobarómetro*. Obtenido de https://www.latinobarometro.org/lat.jsp

Martínez, L. (2024). Bienestar subjetivo, agenda pública y mejores políticas gubernamentales. *Estudios Gerenciales, 40*(170), 94–104. doi:https://doi.org/10.18046/j.estger.2024.170.6131

Maxwel , S., & Smith , M. (1992). Household food security: A conceptual review. En *S. Maxwell, y T. Frankberger, Household food security: Concepts, indicators and measurements. A technical review* (págs. 1-72). Obtenido de

https://socialprotection.gov.bd/wp-content/uploads/2017/06/IFAD-HH-Food-Security-Full-Document.pdf

McGlone, M., & Long, E. (2020). Are young adults with long-standing illness or disability at increased risk of loneliness? Evidence from the Uk longitudinal household study. *Deleted Journal, 9*(4). doi:https://doi.org/10.4081/jphr.2020.1861

Noll, H. H. (Junio de 2002). Towards a European System of Social Indicators: Theoretical Framework and System Architecture. *Assessing Quality of Life and Living Conditions to Guide National Policy, 58*(1), 47-87. doi:10.1023/a:1015775631413

Noriega Vera, J. A., Tánori Quintana, J., Bautista Hernández, G., & Rodríguez Carvajal, C. K. (2018). Bienestar subjetivo en personas con discapacidad motriz en México. *Revista Psicologia E Saúde, 10*(2), 15–24. doi:https://doi.org/10.20435/pssa.v10i2.694

Nota de información referencial (28/2024-2025-ASISP/DIP): Congreso de la República del Perú. (2024). *Población con discapacidad en el Perú.* Obtenido de https://www.congreso.gob.pe/Docs/DGP/DIDP/files/nir_2024-2025/nir_28-poblacion-discapacidad.pdf

Observatorio Social - Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2025). *Encuesta de Bienestar Social*. Obtenido de https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-bienestar-social

OCDE. (2011). *¿Cómo va la vida?: Medir el bienestar.* París: Publicaciones de la OCDE. doi:https://doi.org/10.1787/9789264121164-en

Olkin, R. (2002). Could You Hold the Door for Me? Including Disability in Diversity. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 8*(2), 130-137. doi:https://doi.org/10.1037/1099-9809.8.2.130

OMS. (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad.* Obtenido de https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241564182

OMS. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.* Obtenido de https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565042

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud : CIF : versión abreviada.* Ginegra. Obtenido de https://iris.who.int/handle/10665/43360

Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.* Madrid: Ediciones CINCA. Obtenido de https://www.uv.mx/cendhiu/files/2021/11/Elmodelosocialdediscapacidad.pdf

Peñas Felizzola, O. L. (2013). Referentes conceptuales para la comprensión de la discapacidad. *Revista de la Facultad de Medicina, 61*(2), 205–212. Obtenido de https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/39696

Pérez Bueno, L. C. (2010). Discapacidad, derecho y políticas de inclusión. (Grupo editorial Cinca, & CERMI, Edits.) (45). Obtenido de http://riberdis.cedid.es/bitstream/handle/11181/3911/Discapacidad%2c%20derecho%20y%20pol%c3%adticas%20de%20inclusi%c3%b3n.pdf?sequence=1

Pérez Siguas, R. E., Matta Solís, H. H., Espinoza Moreno, T. M., & Paredes Tafur, C. R. (2017). Caracterización del riesgo familiar total y tipo de familia en pobladores de un asentamiento humano de un distrito de Lima Norte. *Health Care & Global Health*, 18-23. doi:http://dx.doi.org/10.22258/hgh.2017.5

Perlman, D., & Peplau, L. A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. (R. Gilmour, & S. Duck, Edits.) *In Personal Relationships in Disorder*, 31-56. Obtenido de https://peplau.psych.ucla.edu/wp-content/uploads/sites/141/2017/07/Perlman-Peplau-81.pdf

Pinilla-Roncancio, M. &.-O. (2023). Multidimensional poverty among persons with disabilities in Colombia: Inequalities in the distribution of deprivations at the municipality level. *PLoS ONE*. doi:https://doi.org/10.1371/journal.pone.0286983

Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging, 18*(2), 250-267. doi:https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.250

Rozas Assael, F., González Olave, F., Cerón Cañoles, G., Guerrero Hurtado, M., Vergara Henríquez, R., & Pinto Mora, S. (2023). *III Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile, 2022.* Santiago de Chile, Chile: Departamento de Evaluación y Estudios, Servicio Nacional de la Discapacidad - Senadis. Obtenido de https://coanil.cl/wp-content/uploads/2024/02/Tercer-Estudio-Nacional-de-la-Discapacidad-III-ENDISC-2022_compressed.pdf

Sánchez-Sandoval, Y., & Verdugo, L. (2021). School adjustment and socio-family risk as predictors of adolescents' peer preference. *Front. Psychol.* doi:10.3389/fpsyg.2021.645712

Schalock, R. L., & Verdugo, M. Á. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual, 38*(4), 21-36. Obtenido de https://bibliotecadigital.mineduc.cl/handle/20.500.12365/18060

Seoane, J. A. (2011). ¿Qué es una persona con discapacidad? *Ágora: Papeles de Filosofía, 30*(1), 143-161. Obtenido de https://minerva.usc.es/entities/publication/e560a39f-b8b4-4e4d-a03e-e86f33e05c26

Smith, L. C., Alderman, H., & Aduayom, D. (2006). Food insecurity in Sub-Saharan Africa. New estimates from household expenditure surveys. *Research reports 146*. doi:10.22004/ag.econ.37885

Suria, R. (2016). Bienestar subjetivo, resiliencia. *Acciones e Investigaciones Sociales*, 113 a 140.

Thin, N. (2018). Quality-of-Life Issues in Development. *The International Encyclopedia of Anthropology*, 1-8. doi:https://doi.org/10.1002/9781118924396.wbiea1714

Toboso Martín, M., & Arnau Ripollés, M. S. (2008). La discapacidad dentro del enfoque de capacidades y funcionamientos de Amartya Sen. *Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades y Relaciones Internacionales, 10*(20), 64-94. Obtenido de https://revistascientificas.us.es/index.php/araucaria/article/view/1201

Tonon, G. (2017). Estudiar la calidad de vida de niños, niñas y jóvenes desde una mirada cualitativa. *Biopolítica e infancia: niños, niñas e instituciones*, 357-368. Obtenido de http://www.publicaciones.cucsh.udg.mx/kiosko/2017/biopolitica_e_infancia.pdf

Tonon, G. (2022). Repensar la utilización de los resultados de investigación en calidad de vida en el campo de las políticas públicas. *Calidad de vida. Aproximaciones teóricas y prácticas en México*, 1-8.

Torres, L. Á., Rivera, S. M., Mendivelso, F. O., Yomayusa González, N., Cárdenas, H. M., & Hernández Enciso, C. (2019). Análisis del riesgo de deterioro funcional y sociofamiliar en el adulto mayor hospitalizado. *Revista Médica Sanitas, 22*(1), 6-16. Obtenido de https://revistas.unisanitas.edu.co/index.php/rms/article/view/409

Unicef; Universidad de Buenos Aires. (2017). *Análisis y propuestas de mejoras para ampliar la Asignación Universal por Hijo.* Obtenido de https://libros.unlp.edu.ar/index.php/unlp/catalog/book/1850

Van Campen, C. &. (2012). Van Campen, C., & Van Santvoort, M. (2012). Explaining Low Subjective Well-Being of Persons with Disabilities in Europe: The Impact of Disability, Personal Resources, Participation and Socio-Economic Status. Social Indicators Research, 111(3), 839–854. ht. *Social Indicators Research*, 839–854.

Velarde Lizama, V. (2016). Los modelos de la discapacidad: un recorrido histórico. *Revista Empresa Y Humanismo*, 115-136. Obtenido de https://doi.org/10.15581/015.15.4179

Villatoro, P. (2012). *La medición del bienestar a través de indicadores subjetivos: Una revisión.* Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Obtenido de https://www.cepal.org/es/publicaciones/4783-la-medicion-bienestar-traves-indicadores-subjetivos-revision

Vivaldi, F., & Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia Psicológica, 30*(2), 23–29. doi:https://doi.org/10.4067/s0718-48082012000200002

Vlaming, R. H., Haveman-Nies, A., Groeniger , I. B.-O., Van Huysduynen, E. J., C. P. G. M. de Groot , L., & Veer, P. V. (2013). Loneliness Literacy Scale: Development and evaluation of an Early Indicator for Loneliness Prevention. *Social Indicators Research, 116*(3), 989–1001. doi:https://doi.org/10.1007/s11205-013-0322-y

Vlaming, R. H., Haveman-Nies, A., Heinrich, J., Veer, P. v., & Groot , L. (2013). Effect evaluation of a two-year complex intervention to reduce loneliness in non-institutionalised elderly Dutch people. *BMC Public Health, 13*(1). doi:https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-984

Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation.* Cambridge: M.I.T. Press. Obtenido de https://psycnet.apa.org/record/1974-22306-000.

WHO. (2022). *Global report on health equity for persons with disabilities.* Obtenido de https://www.who.int/publications/i/item/9789240063600

Wolters , N. E., Mobach , L., Wuthrich , V. M., Vonk, P., Van der Heijde , C. M., Wiers, R. W., . . . Klein , A. M. (2023). Emotional and social loneliness and their unique links with social isolation, depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders, 329*, 207–217. doi:https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.02.096

World Health Organization. (1998). *Programme on mental health : WHOQOL user manual, 2012 revision.* World Health Organization. Obtenido de https://iris.who.int/handle/10665/77932

Anexo 1: Cuestionario de preguntas

Encuesta Nro: _____

Fecha de encuesta: DD/MM/AAAA		GPS de la vivienda del encuestado		¿El usuario fue reemplazado?
Hora inicio: HH:MM	Hora fin: HH:MM	Latitud:	Longitud:	Sí ..... 1 → ¿Cuántas veces? [ ] No 2

Encuestador/a: El cuestionario de preguntas va dirigido a la persona con discapacidad quien responde total o parcialmente las preguntas y/o con apoyo de su cuidador. En ningún momento puede ser contestado por otro informante, por lo que, si no se encuentra ninguno de los dos se debe reprogramar la entrevista para el recojo de información.

FUNCIONARIOS/AS DE LA ENCUESTA		
CARGO	DNI	NOMBRE Y APELLIDOS
Encuestador/a:		
Supervisor/a:		

SECCIÓN I. IDENTIFICACIÓN DE LA VIVIENDA

Para el encuestador (No leer): Esta sección es completada por registros administrativos o actualizada por el encuestador.

A. Ubicación geográfica	
1. Departamento	
2. Provincia	
3. Distrito	
4. Centro poblado	

B. Dirección de la vivienda				
5. Tipo de vía Avenida ..... 1 Calle ..... 2 Jirón 3	Pasaje ..... 4 Carretera ..... 5 Otro 6	6. Nombre de la vía		8. UBIGEO (Centro poblado): _____ (Completada por registro)
		7. Teléfono del informante	(Preguntar al informante)	

SECCIÓN II. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO, CUIDADOR Y PERSONA AUTORIZADA

Para el encuestador (No leer): Esta sección está orientada a conocer a las personas con discapacidad usuarios/as del Programa CONTIGO, cuidador del usuario y persona autorizada para el cobro, por lo que las respuestas deben ser facilitadas primordialmente por ellos/as. En caso el usuario/a sea menor de 18 años o requiera ser asistido por su cuidador/a y/o familiar autorizado/a para el cobro, ellos podrán apoyar en las respuestas. Si el usuario no expresa comunicación verbal, el cuidador, familiar autorizado/a para el cobro, jefe o jefa del hogar o algún miembro del hogar que reside habitualmente en la vivienda, y que es sostén económico, responsable de las decisiones y de la administración del hogar, podrá apoyar en las respuestas.

2.1. Datos de la persona con discapacidad

9. ¿Hay alguna persona con discapacidad en este hogar? (No leer alternativas) Sí ..... 1 No ..... 2 → **Finalice la encuesta**	• Realizar la pregunta al informante del hogar. • Registrar por observación. De ser el caso realizar la pregunta al informante.
10. ¿La persona con discapacidad es usuario/a del Programa CONTIGO? (No leer alternativas) Sí ..... 1 No ..... 2 → **Finalice la encuesta**	• Realizar la pregunta a la persona con discapacidad o cuidador/a. • Finalizar la encuesta si la persona señala que no es usuario/a del programa.
11. ¿Es usted jefe del hogar? (No leer alternativas) Sí ..... 1 → **Pasar a la P13** No 2	• **Definición:** El Jefe del hogar es la persona a quien los demás miembros del hogar reconocen como tal y reside habitualmente en la vivienda. Es aquel miembro del hogar que es sostén económico, responsable de las decisiones y administración del hogar.
12. ¿Cuál es la relación de parentesco del usuario/a con el jefe/a del hogar? (No leer alternativas. Indagar.) Esposa/o ..... 1 Conviviente ..... 2 Hijo/a ..... 3 Hijastro/a ..... 4 Yerno / nuera ..... 5 Nieto/a ..... 6 Padre/ madre ..... 7 Suegro/a ..... 8 Hermano/a ..... 9 Trabajador/a del hogar ..... 10 Otro/a pariente ..... 11 Otro/a no pariente 12	
13. El/la usuario/a del programa ¿Qué edad tiene en años cumplidos? [ ] **años**	• Realizar la pregunta al usuario/a o cuidador/a. Solo registrar la edad en años completos.
14. Sexo del usuario/a del programa (Registrar por observación. De ser el caso realizar la pregunta al usuario/a o cuidador/a) Hombre ..... 1 Mujer 2	• Registrar por observación. De ser el caso realizar la pregunta al usuario/a o cuidador/a.

15. El usuario/a del programa expresa voluntad y comunicación (Registrar por observación. De ser el caso realizar la pregunta al usuario/a o cuidador/a) Sí ..... 1 No 2	• Registrar por observación. De ser el caso realizar la pregunta al usuario/a o cuidador/a.
16. ¿Cuenta con un número telefónico celular (del usuario/a)? (En caso el usuario/a sea menor de 18 años o no exprese comunicación verbal no se le pedirá esta información) Sí ..... 1 No ..... 2 → **Pasar a la P19**	
17. ¿Podría brindarme su número telefónico? | | | | | | | | | |	
18. ¿Tiene acceso a WhatsApp? Sí ..... 1 No 2	
19. ¿El usuario/a del programa CONTIGO cuenta con cuidador/a? (No leer alternativas) Sí ..... 1 No 2	• Realizar la pregunta al usuario/a o cuidador/a, o al familiar autorizado/a para el cobro. • Antes de realizar la pregunta, brindar el siguiente enunciado: **Definición:** El Cuidador/a es la persona que cumple con la función de facilitar y/o proporcionar cuidados en las actividades de la vida cotidiana que la persona con discapacidad no pueda realizar o requiere algún tipo de apoyo debido a su discapacidad.
20. ¿El usuario/a del programa CONTIGO cuenta con una persona autorizado/a para el cobro de la pensión? (No leer alternativas) Sí ..... 1 No 2	• Realizar la pregunta al usuario/a o cuidador/a, o al familiar autorizado/a para el cobro. • Antes de realizar la pregunta, brindar el siguiente enunciado: **Definición:** La persona autorizada para el cobro es la persona designada y autorizada para que realice los cobros de la pensión no contributiva.

SECCIÓN III. PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

3.1. Usuario del programa

Para el encuestador (No leer): Esta sección está dirigida a las personas con discapacidad usuarios/as del Programa CONTIGO que expresan comunicación verbal, por lo que las respuestas deben ser facilitadas primordialmente por ellos/as. En caso el usuario/a sea menor de 18 años o requiera ser asistido por su cuidador/a y/o familiar autorizado/a para el cobro, ellos podrán apoyar en las respuestas. Si el usuario no expresa comunicación verbal, el cuidador, familiar autorizado/a para el cobro, jefe o jefa del hogar o algún miembro del hogar que reside habitualmente en la vivienda, y que es sostén económico, responsable de las decisiones y de la administración del hogar, podrá apoyar en las respuestas.

Para el encuestado (Leer): Las siguientes preguntas van referidas a la percepción de la calidad de vida del usuario del Programa CONTIGO y su cuidador. Buscan conocer la opinión acerca de su bienestar, su salud y otras áreas de la vida del usuario. Te pedimos que pienses en tu vida durante el último mes para responder las preguntas.

21. ¿Cómo crees que ha sido tu calidad de vida en el último mes? (la del usuario/a) (Leer alternativas) Muy buena ..... 1 Buena ..... 2 Mala ..... 3 Muy mala ..... 4 No sabe / No responde 5	• Antes de realizar la pregunta, brindar el siguiente enunciado al Usuario: **Calidad de vida es tener cubiertas las necesidades básicas, sentirse bien física y emocionalmente y poder participar en actividades sociales y comunitarias de manera plena y satisfactoria.** • El/la encuestador/a debe leer solo las alternativas del 1 al 4. Si el/la usuario/a no sabe o no responde debe marcar la alternativa 5.
22. ¿Cuánto ha contribuido el Programa CONTIGO a tu bienestar? (Leer alternativas) Bastante ..... 1 Suficiente ..... 2 Poco o algo ..... 3 Nada ..... 4 No sabe / No responde 5	• Antes de realizar la pregunta, brindar el siguiente enunciado al Usuario: **Bienestar es un estado holístico que integra la salud física, el bienestar emocional, las relaciones sociales significativas y las oportunidades para alcanzar el potencial individual. También se entiende como las libertades necesarias que las personas para vivir vidas plenas** • El/la encuestador/a debe leer solo las alternativas del 1 al 4. Si el/la usuario/a no sabe o no responde debe marcar la alternativa 5.
23. Desde que estás en el Programa CONTIGO, consideras que tu situación económica (Leer alternativas) Sigue igual ..... 1 Ha mejorado ..... 2 Ha mejorado algo ..... 3 Ha empeorado ..... 4 No sabe/ No responde 5	• Antes de realizar la pregunta, brindar el siguiente enunciado al Usuario: ***"En esta pregunta le leeré las alternativas y al final usted me responde. Si no recuerda le leeré varias veces las alternativas".*** • El/la encuestador/a debe leer solo las alternativas del 1 al 4. Si el/la usuario/a no sabe o no responde debe marcar la alternativa 5.
24. En la actualidad, dirías que tu salud es (la del usuario/a) ... (Leer alternativas) Muy buena ..... 1 Buena ..... 2 Mala ..... 3 Muy mala ..... 4 No sabe / No responde 5	• Antes de realizar la pregunta, brindar el siguiente enunciado al Usuario: ***"En esta pregunta le leeré las alternativas y al final usted me responde. Si no recuerda le leeré varias veces las alternativas".*** • El/la encuestador/a debe leer solo las alternativas del 1 al 4. Si el/la usuario/a no sabe o no responde debe marcar la alternativa 5.

25. ¿Cómo te sientes con el apoyo que te brinda tu familia?
(Leer alternativas)
Muy satisfecho/a 1
Satisfecho/a 2
Insatisfecho/a 3
Muy insatisfecho/a 4
No sabe / No responde 5

- Antes de realizar la pregunta, brindar el siguiente enunciado al Usuario: ***"En esta pregunta le leeré las alternativas y al final usted me responde. Si no recuerda le leeré varias veces las alternativas"***.
- El/la encuestador/a debe leer solo las alternativas del 1 al 4. Si el/la usuario/a no sabe o no responde debe marcar la alternativa 5.

26. ¿Considera que tiene amigos (no familiares)?
(No leer alternativas. Indagar.)
Sí 1
No 2

27. ¿Te sientes apoyado/a y querido/a por alguien?
(Leer alternativas)
Nunca 1
Alguna vez 2
Frecuentemente 3
Siempre 4
No sabe / No responde 5

- Antes de realizar la pregunta, brindar el siguiente enunciado al Usuario: ***"En esta pregunta le leeré las alternativas y al final usted me responde. Si no recuerda le leeré varias veces las alternativas"***.
- El/la encuestador/a debe leer solo las alternativas del 1 al 4. Si el/la usuario/a no sabe o no responde debe marcar la alternativa 5.

28. ¿Hay alguien que pueda ayudarte económicamente si lo necesitas?
(Leer alternativas)
Nunca 1
Alguna vez 2
Frecuentemente 3
Siempre 4
No sabe / No responde 5

- Antes de realizar la pregunta, brindar el siguiente enunciado al Usuario: ***"En esta pregunta le leeré las alternativas y al final usted me responde. Si no recuerda le leeré varias veces las alternativas"***.
- El/la encuestador/a debe leer solo las alternativas del 1 al 4. Si el/la usuario/a no sabe o no responde debe marcar la alternativa 5.

29. ¿Hay alguien a quien puedas contarle tus problemas?
(Leer alternativas)
Nunca 1
Alguna vez 2
Frecuentemente 3
Siempre 4
No sabe / No responde 5

- Antes de realizar la pregunta, brindar el siguiente enunciado al Usuario: ***"En esta pregunta le leeré las alternativas y al final usted me responde. Si no recuerda le leeré varias veces las alternativas"***.
- El/la encuestador/a debe leer solo las alternativas del 1 al 4. Si el/la usuario/a no sabe o no responde debe marcar la alternativa 5.

Encuesta Nro: _____

30. ¿Qué tan satisfecho/a o contento/a estás contigo mismo(a)?
(Leer alternativas)
Muy satisfecho/a 1
Satisfecho/a 2
Insatisfecho/a 3
Muy insatisfecho/a 4
No sabe / No responde 5

- Antes de realizar la pregunta, brindar el siguiente enunciado al Usuario: ***"En esta pregunta le leeré las alternativas y al final usted me responde. Si no recuerda le leeré varias veces las alternativas"***.
- El/la encuestador/a debe leer solo las alternativas del 1 al 4. Si el/la usuario/a no sabe o no responde debe marcar la alternativa 5.

31. ¿Cuáles han sido las mayores preocupaciones que han afectado tu bienestar durante el transcurso de este año 2024?
(No leer alternativas) (Puede marcar hasta 3 opciones según orden)
(Donde:
1: Muy preocupante
2: Preocupantes
3: Algo preocupante)

Preocupación	Marcar		
1. Mi estado de salud (física, psicológica)	1	2	3
2. La salud de mi cuidador/a	1	2	3
3. La salud de mis familiares	1	2	3
4. No tener el suficiente dinero para los alimentos de mi hogar	1	2	3
5. Los problemas familiares	1	2	3
6. La falta de trabajo o negocio	1	2	3
7. Problemas con mis vecinos/comunidad	1	2	3
8. No estudiar (en el colegio, instituto o universidad)	1	2	3
9. Sentirme solo	1	2	3
10. Otro (especifique): _____	1	2	3
11. No tengo preocupaciones, todo me ha ido bien	1		

- Dejar que el Usuario se tome su tiempo para pensar en la respuesta y de ser necesario repetirle la pregunta. Recuerde que no debe leer las alternativas.
- No debe de inducir o sugerir respuestas a la pregunta formulada, como darle ejemplos. Solo si es necesario **podría precisar al usuario/a que se le pregunta sobre el principal problema en su hogar que lo ha tenido preocupado en este año.**
- Si la respuesta es distinta a las presentadas, seleccione "Otro" (Especifique) y registre la información correspondiente.
- Se debe indagar en la respuesta brindada y de acuerdo a orden de importancia marcar las tres principales preocupaciones (1: Muy preocupante, 2: Preocupante, 3: Algo preocupante)
- Puede haber 3, 2, 1 o ninguna preocupación.

32. ¿Siente que tienes problemas con ... a razón de tu condición de discapacidad?
(Leer alternativas.)

	Sí	No
1. Tu familia	1	2
2. Tus vecinos	1	2

3.2. Cuidador del usuario	
Para el encuestador (No leer): Esta sección está orientada al cuidador del usuario del Programa CONTIGO, por lo que las respuestas deben ser facilitadas primordialmente por ellos/as. **Para el encuestado (Leer):** Las siguientes preguntas van referidas a la percepción de la calidad de vida del Cuidador del usuario del Programa CONTIGO. Buscan conocer la opinión acerca de su bienestar, su salud y otras áreas de la vida diaria. Te pedimos que pienses en tu vida durante el último mes para responder las preguntas.	
33. ¿Cómo crees que ha sido tu calidad de vida en el último mes? (la del cuidador/a) (Leer alternativas) Muy buena ..... 1 Buena ..... 2 Mala ..... 3 Muy mala ..... 4 No sabe / No responde 5	• Antes de realizar la pregunta, brindar el siguiente enunciado al Usuario: **Calidad de vida es tener cubiertas las necesidades básicas, sentirse bien física y emocionalmente y poder participar en actividades sociales y comunitarias de manera plena y satisfactoria.** El/la encuestador/a debe leer solo las alternativas del 1 al 4. Si el/la usuario/a no sabe o no responde debe marcar la alternativa 5.
34. En la actualidad, dirías que tu salud es (la del cuidador/a) ... (Leer alternativas) Muy buena ..... 1 Buena ..... 2 Mala ..... 3 Muy mala ..... 4 No sabe / No responde 5	• Antes de realizar la pregunta, brindar el siguiente enunciado al Usuario: ***"En esta pregunta le leeré las alternativas y al final usted me responde. Si no recuerda le leeré varias veces las alternativas".*** • El/la encuestador/a debe leer solo las alternativas del 1 al 4. Si el/la usuario/a no sabe o no responde debe marcar la alternativa 5.
35. ¿Qué tan satisfecho/a estás con el apoyo que tienes de tus familiares? (Leer alternativas) Muy satisfecho/a ..... 1 Satisfecho/a ..... 2 Insatisfecho/a ..... 3 Muy insatisfecho/a ..... 4 No sabe / No responde 5	• Antes de realizar la pregunta, brindar el siguiente enunciado al Usuario: ***"En esta pregunta le leeré las alternativas y al final usted me responde. Si no recuerda le leeré varias veces las alternativas".*** • El/la encuestador/a debe leer solo las alternativas del 1 al 4. Si el/la usuario/a no sabe o no responde debe marcar la alternativa 5.
36. ¿Considera que tiene amigos (no familiares)? (No leer alternativas. Indagar.) Sí ..... 1 No 2	
37. ¿Te sientes apoyado/a y querido/a por alguien? (Leer alternativas) Nunca ..... 1 Alguna vez ..... 2 Frecuentemente ..... 3 Siempre ..... 4 No sabe / No responde 5	• Antes de realizar la pregunta, brindar el siguiente enunciado al Usuario: ***"En esta pregunta le leeré las alternativas y al final usted me responde. Si no recuerda le leeré varias veces las alternativas".*** El/la encuestador/a debe leer solo las alternativas del 1 al 4. Si el/la usuario/a no sabe o no responde debe marcar la alternativa 5.
38. ¿Hay alguien que pueda ayudarte económicamente si lo necesitas? (Leer alternativas) Nunca ..... 1 Alguna vez ..... 2 Frecuentemente ..... 3 Siempre ..... 4 No sabe / No responde 5	• Antes de realizar la pregunta, brindar el siguiente enunciado al Usuario: ***"En esta pregunta le leeré las alternativas y al final usted me responde. Si no recuerda le leeré varias veces las alternativas".*** El/la encuestador/a debe leer solo las alternativas del 1 al 4. Si el/la usuario/a no sabe o no responde debe marcar la alternativa 5.
39. ¿Hay alguien a quien puedas contarle tus problemas? (Leer alternativas) Nunca ..... 1 Alguna vez ..... 2 Frecuentemente ..... 3 Siempre ..... 4 No sabe / No responde 5	• Antes de realizar la pregunta, brindar el siguiente enunciado al Usuario: ***"En esta pregunta le leeré las alternativas y al final usted me responde. Si no recuerda le leeré varias veces las alternativas".*** • El/la encuestador/a debe leer solo las alternativas del 1 al 4. Si el/la usuario/a no sabe o no responde debe marcar la alternativa 5.
40. ¿Qué tan satisfecho/a o contento/a estás contigo mismo(a)? (Leer alternativas) Muy satisfecho/a ..... 1 Satisfecho/a ..... 2 Insatisfecho/a ..... 3 Muy insatisfecho/a ..... 4 No sabe / No responde 5	• Antes de realizar la pregunta, brindar el siguiente enunciado al Usuario: ***"En esta pregunta le leeré las alternativas y al final usted me responde. Si no recuerda le leeré varias veces las alternativas".*** El/la encuestador/a debe leer solo las alternativas del 1 al 4. Si el/la usuario/a no sabe o no responde debe marcar la alternativa 5.

41. ¿Cuáles han sido las mayores preocupaciones que han afectado tu bienestar durante el transcurso de este año 2024?

(No leer alternativas) (Puede marcar hasta 3 opciones según orden)
(Donde: 1: Muy preocupante 2: Preocupante 3: Algo preocupante)

Preocupación	Marcar		
1. Mi estado de salud (física, psicológica)	1	2	3
2. La salud del usuario	1	2	3
3. La salud de mis familiares	1	2	3
4. No tener el suficiente dinero para los alimentos de mi hogar	1	2	3
5. Los problemas familiares	1	2	3
6. La falta de trabajo o negocio	1	2	3
7. Problemas con mis vecinos/comunidad	1	2	3
8. No estudiar (en el colegio, instituto o universidad)	1	2	3
9. Sentirme solo	1	2	3
10. Otro (especifique): _____	1	2	3
11. No tengo preocupaciones, todo me ha ido bien	1		

- Dejar que el Usuario se tome su tiempo para pensar en la respuesta y de ser necesario repetirle la pregunta. Recuerde que no debe leer las alternativas.
- No debe de inducir o sugerir respuestas a la pregunta formulada, como darle ejemplos. Solo si es necesario **podría precisar al usuario/a que se le pregunta sobre el principal problema en su hogar que lo ha tenido preocupado en este año.**
- Si la respuesta es distinta a las presentadas, seleccione "Otro" (Especifique) y registre la información correspondiente.
- Se debe indagar en la respuesta brindada y de acuerdo a orden de importancia marcar las tres principales preocupaciones (1: Muy preocupante, 2: Preocupante, 3: Algo preocupante)
- Puede haber 3, 2, 1 o ninguna preocupación.

42. ¿Siente que tienes problemas con ... a razón de tu condición de discapacidad del usuario del Programa?

(Leer alternativas.)

	Sí	No
1. Tu familia	1	2
2. Tus vecinos	1	2

SECCIÓN IV. RIESGO SOCIOFAMILIAR

Para el encuestador (No Leer): Las siguientes preguntas van referidas a las exposiciones que puedan sufrir las personas como resultado de situaciones de descuido o maltrato, generado por consecuencias fisiológicas, psicológicas o sociales. Esta sección va dirigida al usuario del Programa y a su cuidador. En caso el usuario/a sea menor de 18 años o requiera ser asistido por su cuidador/a y/o familiar autorizado/a para el cobro, ellos podrán apoyar en las respuestas. Si el usuario no expresa comunicación verbal, el cuidador, familiar autorizado/a para el cobro, jefe o jefa del hogar o algún miembro del hogar que reside habitualmente en la vivienda, y que es sostén económico, responsable de las decisiones y de la administración del hogar, podrá apoyar en las respuestas.

- Leer: A continuación, le realizaré algunas preguntas de acuerdo a su situación familiar, no hay respuestas "buenas" o "malas", seleccione la opción que mejor consideres.

43. Estructura y función familiar de ayuda o cuidado	
¿Con quién vive usted?	**Marcar**
1. Vive en pareja y/o familia donde nadie más que el usuario/a requiere cuidado y sus familiares lo ayudan y es suficiente.	1
2. Vive en pareja y/o familia donde el usuario o alguno de sus familiares requiere cuidado de vez en cuando; además, sus familiares lo ayudan y es suficiente.	2
3. Vive en pareja y/o familia donde el usuario o alguno de sus familiares requiere cuidado de larga duración; además, los familiares tienen dificultades y/o limitaciones para ayudarlo o Vive solo y tiene familiares que lo ayudan.	3
4. Vive en pareja y/o familia donde alguno de ellos requiere cuidado de larga duración; los familiares tienen dificultades y/o limitaciones para ayudarlo o Vive solo y tiene familiares con dificultades y/o limitaciones para ayudarlo, recibe ayuda poco frecuente.	4
5. Vive solo y tiene familiares distantes (físicamente o afectivamente) o no hay familiares ni cuidadores; no recibe ayuda de ellos o Falta evidente de cuidados, con o sin convivencia con los familiares.	5
44. Contactos familiares, comunitarios y/o sociales	
¿Usted tiene amigos, familiares y/o vecinos a los que suele visitar?	**Marcar**
1. Sí, bastante. (Tiene contactos sociales más de una vez por semana fuera del domicilio y participa efectivamente en redes amplias de contactos y actividades).	1
2. Sí, regular. (Tiene contactos sociales más de una vez por semana fuera del domicilio con personas específicas, participa de actividades rutinarias (ir al mercado, cobrar su dinero, etc.) u otras necesarias (citas médicas, terapias, etc.)).	2
3. Sí, poco. (Tiene contactos sociales más de una vez por semana dentro o fuera del domicilio, sólo con la familia y/o con un ámbito de relación restringido).	3
4. Sí, muy poco. (Tiene contactos sociales puntuales, una vez o menos por semana y/o irregulares, dentro o fuera del domicilio sólo con la familia y/o con un ámbito de relación restringido).	4
5. No (no tengo amigo). (Sin contactos sociales. No recibe visitas, no sale a la calle y/o se encuentra en aislamiento social).	5
45. Necesidad de ayuda	
¿Recibe ayuda en sus actividades diarias?	**Marcar**
1. No requiere ayuda.	1
2. Requiere ayuda y la recibe de manera suficiente. La recibe de familiares, amistades y/o instituciones.	2
3. Requiere ayuda y la recibe de manera suficiente. La recibe en su mayor parte de un cuidador pagado, independientemente de que esté o no complementada por familiares, amistades y/o instituciones.	3
4. Requiere ayuda y la recibe de manera insuficiente. Presencia no efectiva de familiares, amistades y/o instituciones.	4
5. Requiere ayuda y no recibe apoyo. Ausencia de familiares, amistades y/o instituciones y/o no se puede ejercer.	5
46. Ingresos económicos	
¿Cuál es el ingreso económico constante en su hogar?	**Marcar**
1. Más de 2 veces la remuneración mínima vital (mayor a S/2,050)	1
2. Entre 1 y 1/2 y 2 veces la remuneración mínima vital (mayor igual que S/1,537.5 hasta S/2,050).	2
3. Entre 1 vez y 1 y 1/2 de la remuneración mínima vital (mayor igual que S/1,025 hasta S/1,537.5)	3
4. Igual o inferior a 1 vez la remuneración mínima vital (menos que S/1,025)	4
5. Sin ingresos fijos.	5

47. Adecuación de la vivienda	
¿Qué tipo de vivienda tiene?	Marcar
1. Adecuada: Dispone de los servicios básicos (agua, desagüe, luz y gas), equipamiento del hogar (baño, teléfono, cocina) y adaptaciones internas y/o externas para su desplazamiento.	1
2. Inadecuada: Ausencia de algún servicio básico, equipamiento incompleto del hogar, realiza adaptaciones internas y/o externas para su desplazamiento.	2
3. Inadecuada: Ausencia de 1 servicio básico, equipamiento incompleto del hogar. Presencia de barreras arquitectónicas internas en el domicilio, no realiza adaptaciones para su desplazamiento.	3
4. Ausencia de 2 o más servicios básicos, falta de 2 o más equipamientos, observándose otras condiciones de la vivienda (humedad, descuido, hacinamiento, falta de higiene, etc.).	4
5. No tiene vivienda, espacio precario (choza) o pérdida inminente de la vivienda.	5

SECCIÓN V. ESCALA DE SOLEDAD

Para el encuestador (No Leer): Esta sección está orientada a las personas con discapacidad usuarios/as del Programa CONTIGO que puedan manifestar comunicación verbal y a su cuidador, por lo que las respuestas deben ser facilitadas primordialmente por ellos/as. En caso el usuario/a sea menor de 18 años o requiera ser asistido por su cuidador/a y/o familiar autorizado/a para el cobro, ellos podrán apoyar en las respuestas. Si el usuario no expresa comunicación verbal, el cuidador, familiar autorizado/a para el cobro, jefe o jefa del hogar o algún miembro del hogar que reside habitualmente en la vivienda, y que es sostén económico, responsable de las decisiones y de la administración del hogar, podrá apoyar en las respuestas.

- Leer: Cada uno de los siguientes enunciados describe distintos estados emocionales. Le leeré cada uno de ellos y seleccionará la opción que se parezca más a cómo se siente actualmente.
- Si te sientes identificado con el enunciado, seleccionará la opción: Sí.
- Si se parece en algo, seleccionará la opción: Más o menos.
- Si no te sientes identificado en nada, seleccionará la opción: No.

48. Escala	Sí	Más o menos	No
1. Siempre hay alguna persona con quien puedo hablar de mis problemas.	1	2	3
2. Extraño tener un(a) amigo(a) verdadero(a).	1	2	3
3. Siento una sensación de vacío a mi alrededor.	1	2	3
4. Hay suficientes personas a las que puedo buscar en caso de problemas.	1	2	3
5. Extraño la compañía de otras personas.	1	2	3
6. Pienso que la cantidad de amigos(as) que tengo son pocos.	1	2	3
7. Tengo muchas personas a mi alrededor.	1	2	3
8. Hay suficientes personas con las que tengo una amistad muy cercana.	1	2	3
9. Extraño tener personas a mi alrededor.	1	2	3
10. Me siento solo(a) casi siempre.	1	2	3
11. Puedo contar con mis amigos(as) siempre que lo necesito.	1	2	3

SECCIÓN VI. SEGURIDAD ALIMENTARIA

Para el encuestador (No leer): **Esta sección está dirigida al jefe o jefa del hogar** o algún miembro del hogar que reside habitualmente en la vivienda y que es sostén económico, responsable de las decisiones y de la administración del hogar.

- Leer: Ahora le realizaré algunas preguntas referidas al consumo de alimentos en su hogar en el último mes.

49. Descriptor	Sí	No
1. En el último mes, por falta de dinero o recursos, alguna vez ¿Usted se preocupó de que la comida se acabe en su hogar?	1	0
2. En el último mes ¿Se ha acabado la comida en su hogar?	1	0
3. En el último mes ¿Se han quedado en su hogar sin dinero u otros recursos para obtener una alimentación sana y variada?	1	0
4. En el último mes Usted o algún miembro de su hogar ¿Tuvo una alimentación basada en muy poca variedad de alimentos?	1	0
5. En el último mes usted o algún miembro de su hogar ¿Ha dejado de desayunar, almorzar o cenar?	1	0
6. En el último mes usted o algún miembro de su hogar ¿Comió menos de lo que está acostumbrado?	1	0
7. En el último mes usted o algún miembro de su hogar ¿Ha sentido hambre pero no comió porque no había comida en la casa y no había posibilidad de conseguirla?	1	0
8. En el último mes usted o algún miembro de su hogar ¿Ha dejado de comer por todo un día porque no había comida en la casa y no había posibilidad de conseguirla?	1	0

SECCIÓN VII. ACCESO A LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA

Para el encuestado (No leer): Las siguientes preguntas van referidas al acceso de la pensión del Programa CONTIGO, por lo que esta sección la responderá principalmente el responsable del cobro, sea el usuario, cuidador o la persona autorizada para el cobro.

50. ¿Conoce la última fecha de pago o cronograma de pagos de la pensión del Programa CONTIGO?
(No leer alternativas)
Sí 1
No ..... 2 → Pasar a la P52

- Realizar la pregunta principalmente a quien realizó el último cobro: usuario/a o familiar autorizado/a para el cobro

51. ¿Cómo se informó para conocer la última fecha de pago o el cronograma de pagos de la Pensión del Programa CONTIGO? (No leer alternativas) Personal de la Municipalidad (OMAPED) ..... 1 Familiares / Vecinos / Amigos ..... 2 Medios de comunicación (radio, televisión, perifoneo, etc.) ..... 3 Personal del Programa (presencial) ..... 4 WhatsApp del gestor, joven o señorita del Programa ..... 5 Banco de la Nación ..... 6 Aplicativo del programa ..... 7 Yo mismo buscando en internet ..... 8 Otro (especifique): _____ 9	• Indagar sobre la respuesta brindada y marcar la que más se asemeje.
52. ¿Cómo le gustaría informarse sobre el pago y cronograma de pagos? (No leer alternativas) Personal de la Municipalidad (OMAPED) ..... 1 Familiares / Vecinos / Amigos ..... 2 Medios de comunicación (radio, televisión, perifoneo, etc.) ..... 3 Personal del Programa (presencial) ..... 4 WhatsApp del gestor, joven o señorita del Programa ..... 5 Banco de la Nación ..... 6 Aplicativo del programa ..... 7 Yo mismo buscando en internet ..... 8 Otro (especifique): _____ 7	• Indagar sobre la respuesta brindada y marcar la que más se asemeje.
53. ¿Cuándo fue la última vez que se cobró la pensión del Programa CONTIGO? (No leer alternativas) Hace 2 meses o menos ..... 1 → Pasar a la P55 Hace más de 2 a 6 meses ..... 2 Hace 6 meses o más ..... 3 No sabe / No responde ..... 4 Otro (especifique): _____ 5	• Indagar sobre la respuesta brindada y marcar la que más se asemeje. • Si la respuesta del Usuario/a es diferente a las alternativas comprendidas entre el código 1 y el 4, seleccione el código 5 "Otro" (Especifique) y registre la información correspondiente. • En el caso que el Usuario responda con el nombre de un mes en particular, marcar según la opción que corresponda. • Recuerde realizar el cálculo (en meses) según la respuesta que brinde el usuario/a.
54. ¿Por qué razón no se cobró la pensión del Programa CONTIGO en la última fecha de pago? (No leer alternativas) No sabía que era usuario del Programa ..... 1 No sabía de la fecha de pago ..... 2 Estuve enfermo ..... 3 Guardé/junté pensiones para luego hacer el cobro ... 4 → Por la falta de movilidad ..... 5 No sabe / No responde ..... 6 Otro (especifique): _____ 7 **54.1. ¿Después de cuántas pensiones realiza el cobro?**	• Indagar sobre la respuesta brindada y marcar la que más se asemeje. • Si es necesario, al realizar la pregunta precisar que la última fecha de pago se refiere a los últimos 2 meses o menos. • Si la respuesta del Usuario es diferente a las alternativas comprendidas entre el código 1 y el 6, seleccione el código 7 "Otro" (Especifique) y registre la información correspondiente.
55. La última vez que cobraste la pensión del Programa CONTIGO ¿Cuánto tiempo demoró para llegar al lugar de cobro? (No leer alternativas) (Considerar el tiempo solo de ida) Media hora o menos ..... 1 Más de media hora, pero menos de 1 hora ..... 2 De 1 a 2 horas ..... 3 Más de 2 horas 4	• Indagar sobre la respuesta brindada y marcar la que más se asemeje. • Si en el último pago tuvo contratiempos (problemas en las vías u otro) deberá de repreguntar por el tiempo que suele demorarse normalmente, donde no se da dichos contratiempos. • Sondear el tiempo y marcar la respuesta más idónea.
56. La última vez que cobraste la pensión del Programa CONTIGO ¿Cómo te movilizaste para llegar al lugar de cobro? (No leer alternativas) (Considerar sólo el principal medio de movilización) A pie ..... 1 Bicicleta ..... 2 Caballo / Acémila ..... 3 Mototaxi ..... 4 Motocicleta ..... 5 Automóvil / Camioneta ..... 6 Taxi ..... 7 Colectivo/Microbús/Coaster ..... 8 Camión ..... 9 Otro (especifique): _____ 10	• Indagar sobre la respuesta brindada y marcar la que más se asemeje. • De mencionar el usuario dos o más medios de movilización, deberá precisar que responda solo el medio de transporte donde viaja más tiempo. • Si la respuesta del Usuario es diferente a las alternativas comprendidas entre el código 1 y 9, seleccione el código 10 "Otro" (Especifique) y registre la información correspondiente.
57. ¿Cuánto gastaste o cuánto gastó tu familiar o cuánto gastaron en transporte la última vez que acudieron a cobrar la pensión del Programa? (Considerar pasaje de ida, vuelta, y de transbordo) - Monto en S/. ☐	• Considerar todos los medios de transporte que tuvieron algún costo para el Usuario/a, tanto de ida como de retorno a su vivienda. • Recuerde registrar: Si no realiza gasto alguno anote en la respuesta cero "0". Si no recuerda el monto gastado en la última vez registre "9999". • Si la persona va a pie al lugar de pago, entonces no realiza gasto y debe registrar cero "0".

58. ¿Bajo qué modalidad cobró la última vez la pensión otorgada por el Programa CONTIGO?

(Leer alternativas)

Cobro por ventanilla del Banco de la Nación 1
Cobro con tarjeta de débito (cobro por cajero) 2
Cobro por agente 3
Carrito pagador 4
Plataformas itinerantes de acción social (Embarcación PIAS) ... 5
Otro (Especifique) 6

- Si la respuesta es diferente a las alternativas comprendidas entre el código 1 y 5, seleccione el código 6 "Otro" (Especifique) y registre la información correspondiente.

59. ¿Se presenta algún tipo de problema cada vez que cobra la pensión del Programa CONTIGO?

(No leer alternativas) (Puede marcar hasta 3 opciones según orden)
(Donde: 1: Muy grave, 2: Grave, 3: Algo grave)

Tipo	Marcar (X)		
1. Sí, la distancia al lugar de cobro	1	2	3
2. Sí, gasto mucho en transporte	1	2	3
3. Sí, las colas en el banco que demora mucho	1	2	3
4. Sí, no recibimos un buen trato del personal del banco	1	2	3
5. Sí, no recibimos un buen trato del personal de OMAPED	1	2	3
6. Sí, no recibimos un buen trato del personal del Programa	1	2	3
7. Sí, no nos pagan en la fecha programada	1	2	3
8. Sí, no nos entregan todo el dinero de la pensión	1	2	3
9. Sí, mi familiar autorizado no puede cobrar	1	2	3
10. Sí, el agente multired no nos atiende	1	2	3
11. Otro (especifique): _____	1	2	3
12. No, ninguno / Todo bien	1		

- Indagar sobre la respuesta brindada y marcar la que más se asemeje.
- Dejar que se tome su tiempo para pensar en la respuesta y de ser necesario repetir la pregunta. Recuerde que no debe leer las alternativas.
- No debe de inducir o sugerir respuestas a la pregunta formulada, ni brindarle algunas alternativas como ejemplo.
- Si la respuesta es diferente a las alternativas comprendidas entre el código 1 y el 11, seleccione el código 12 "Otro" (Especifique) y registre la información correspondiente.

60. Cada vez que vas a cobrar la pensión del Programa CONTIGO, ¿Se te hace difícil llegar al lugar de cobro?

(Leer alternativas)

Sí 1
No ..... 2 → **Pasar a la 62**

- Realizar la pregunta principalmente a quien realizó el último cobro: usuario/a o familiar autorizado/a para el cobro

61. ¿Cuáles son los tres principales motivos por los que se le hace difícil llegar al lugar de cobro?

(Leer alternativas) (Puede marcar hasta 3 opciones según orden)
(Donde: 1: Muy importante, 2: Importante, 3: Algo importante)

Motivos	Marcar		
1. Por la distancia y/o tiempo de traslado	1	2	3
2. Por su estado físico o enfermedad	1	2	3
3. Por la ausencia de medios de transporte	1	2	3
4. Porque requiere que alguien lo acompañe	1	2	3
5. Por el clima / ambiente	1	2	3
6. Por el terreno / accesibilidad	1	2	3
7. Otro (especifique):	1	2	3
8.No tengo ninguna dificultad	1		

- Dejar que tome su tiempo para pensar en la respuesta y de ser necesario repetirle la pregunta. Recuerde que no debe leer las alternativas.
- Si la respuesta es distinta a las presentadas, seleccione "Otro" (Especifique) y registre la información correspondiente.
- Se debe indagar en la respuesta brindada y de acuerdo a orden de importancia marcar los tres principales motivos (1: Muy importante, 2: Importante, 3: Algo importante).
- Precisar que la dificultad debe estar referida al traslado del usuario/a al lugar de pago.
- Puede haber 3, 2, 1 o ninguna preocupación.

Pregunta de control (No leer): Al finalizar esta sección identificar quién respondió principalmente las preguntas:

Usuario del programa 1
Cuidador del usuario 2
Persona autorizada 3

SECCIÓN VIII. USO DEL DINERO

Para el encuestador (No leer): Las siguientes preguntas van referidas al uso de la pensión del Programa CONTIGO, por lo que esta sección la responderá principalmente el responsable del uso del dinero, sea el usuario, cuidador o la persona autorizada para el cobro.

62. Normalmente, usted (usuario del Programa) decide sobre el uso o destino del cobro de la pensión del Programa CONTIGO

(No leer alternativas)

Sí ..... 1 → **Pasar a la 64**
No 2

- La respuesta debe ser brindada por el usuario del Programa; sin embargo, en caso el usuario/a sea menor de 18 años, no pueda manifestar comunicación verbal o requiera ser asistido por su cuidador/a y/o familiar autorizado/a para el cobro, ellos podrán apoyar en las respuestas. En ese sentido, el encuestador debe marcar la opción de quién brindó la respuesta.

63. Usualmente, ¿Quién administra el uso del dinero?

(Leer alternativas)

Usuario/a del Programa 1
Cuidador/a 2
Persona autorizada para el cobro 3
Otro familiar 4

- La respuesta debe ser brindada por el usuario del Programa; sin embargo, en caso el usuario/a sea menor de 18 años, no pueda manifestar comunicación verbal o requiera ser asistido por su cuidador/a y/o familiar autorizado/a para el cobro, ellos podrán apoyar en las respuestas. En ese sentido, el encuestador debe marcar la opción de quién brindó la respuesta.

64. ¿Podría mencionar en qué se gasta principalmente la pensión del Programa CONTIGO?

(No leer alternativas)

(Donde: 1: Muy importante, 2: Importante, 3: Algo importante)

Gastos principales	Marcar		
1. Salud/Medicinas para el usuario como tratamientos, pastillas, inyecciones o exámenes, etc.	1	2	3
2. Ayudas técnicas para el usuario como andador, bastón, cojín, anti escara, muletas, etc.	1	2	3
3. Alimentación (leche, azúcar, fideos, panes, frutas, etc.)	1	2	3
4. Higiene (pañales, cremas, jabones, etc.)	1	2	3
5. Vestimenta o ropa	1	2	3
6. Transporte	1	2	3
7. Invierte en negocio / activos productivos	1	2	3
8. Mejora de vivienda	1	2	3
9. Ahorro	1	2	3
10. Pago de servicios del hogar: Luz, agua, alquiler	1	2	3
11. No sabe en qué se gasta	1	2	3
12. Otro (especifique):	1	2	3

- Indagar sobre los 3 gastos principales.
- La respuesta la puede brindar el usuario del programa, su cuidador o familiar autorizado para el cobro.
- Es importante recalcar al Usuario/a que la pregunta se refiere al gasto que normalmente realiza con la pensión que cobró.
- Si la respuesta del Usuario es diferente a las alternativas comprendidas entre el código 1 y 11, seleccione el código 12 "Otro" (Especifique) y registre la información correspondiente.
- La alternativa de "Invierte en negocio / activos productivos" considera el inicio de un emprendimiento o la compra de herramientas, semillas o animales que le sirva de insumos para una actividad productiva.

SECCIÓN IX. PERCEPCIÓN DEL HOGAR Y DEL NIVEL DE VIDA

Para el encuestador (No leer): Esta sección está dirigida a las personas con discapacidad usuarios/as del Programa CONTIGO que puedan manifestar comunicación verbal, por lo que las respuestas deben ser facilitadas primordialmente por ellos/as. En caso el usuario/a sea menor de 18 años o requiera ser asistido por su cuidador/a y/o familiar autorizado/a para el cobro, ellos podrán apoyar en las respuestas. Si el usuario no expresa comunicación verbal, el cuidador, familiar autorizado/a para el cobro, jefe o jefa del hogar o algún miembro del hogar que reside habitualmente en la vivienda, y que es sostén económico, responsable de las decisiones y de la administración del hogar, podrá apoyar en las respuestas.

65. ¿En la actual situación económica de su hogar ...

(Leer alternativas.)

	Sí	No
1. Logra ahorrar dinero?	1	2
2. Apenas logra equilibrar sus ingresos y gastos?	1	2
3. Se ve obligado a gastar sus ahorros?	1	2
4. Se ve obligado a endeudarse?	1	2

- La respuesta debe ser brindada por el usuario del Programa; sin embargo, en caso el usuario/a sea menor de 18 años, no pueda manifestar comunicación verbal o requiera ser asistido por su cuidador/a y/o familiar autorizado/a para el cobro, ellos podrán apoyar en las respuestas. En ese sentido, el encuestador debe marcar la opción de quién brindó la respuesta.

66. Con los ingresos de su hogar, ¿Estima usted que viven:

(Leer)

Muy bien? 1
Bien? 2
Mal? 3
Muy mal? 4

- La respuesta debe ser brindada por el usuario del Programa; sin embargo, en caso el usuario/a sea menor de 18 años, no pueda manifestar comunicación verbal o requiera ser asistido por su cuidador/a y/o familiar autorizado/a para el cobro, ellos podrán apoyar en las respuestas. En ese sentido, el encuestador debe marcar la opción de quién brindó la respuesta.

67. ¿En cuánto estima usted el monto mínimo mensual necesario que requiere su hogar para vivir? (Considere alimentos, vestidos, calzado, salud, educación, transporte, etc.)

- Monto en S/. [ ]

- La respuesta debe ser brindada por el usuario del Programa; sin embargo, en caso el usuario/a sea menor de 18 años, no pueda manifestar comunicación verbal o requiera ser asistido por su cuidador/a y/o familiar autorizado/a para el cobro, ellos podrán apoyar en las respuestas. En ese sentido, el encuestador debe marcar la opción de quién brindó la respuesta.

68. ¿Cómo considera que son los ingresos de su hogar?

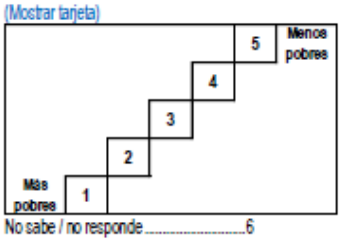
(Leer e indagar)

Estables? 1
Más o menos estables? 2
Muy inestables? 3

- La respuesta debe ser brindada por el usuario del Programa; sin embargo, en caso el usuario/a sea menor de 18 años, no pueda manifestar comunicación verbal o requiera ser asistido por su cuidador/a y/o familiar autorizado/a para el cobro, ellos podrán apoyar en las respuestas. En ese sentido, el encuestador debe marcar la opción de quién brindó la respuesta.

69. Si la condición económica de su hogar es medida en una escala del 1 al 5, donde en el primer escalón están las personas más pobres y en el último escalón las menos pobres ¿En qué escalón considera usted se encuentra la condición económica de su hogar?

(Mostrar tarjeta)



No sabe / no responde 6

- La respuesta debe ser brindada por el usuario del Programa; sin embargo, en caso el usuario/a sea menor de 18 años, no pueda manifestar comunicación verbal o requiera ser asistido por su cuidador/a y/o familiar autorizado/a para el cobro, ellos podrán apoyar en las respuestas. En ese sentido, el encuestador debe marcar la opción de quién brindó la respuesta.

Pregunta de control (No leer): Al finalizar esta sección identificar quién respondió principalmente las preguntas:

Usuario del programa 1
Cuidador del usuario 2
Persona autorizada 3

Anexo 2: Fichas de indicadores

Nombre del Indicador 01		
Proporción de usuarios que consideran que su calidad de vida es buena o muy buena en el último mes.		
Definición		
El indicador busca medir el porcentaje de usuarios del Programa CONTIGO que manifiestan que su calidad de vida es buena o muy buena en el último mes.		
Valor del Indicador		
Año	**Indicador (%)**	**Comentario**
2024	77.5	Valor inicial del estudio de percepciones.
2025	-	
2026	-	
Fuente: Encuesta de Percepciones de los usuarios del Programa CONTIGO, 2024. Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).		
Justificación		
El indicador da a conocer la calidad de vida de los usuarios desde su percepción en los últimos 30 días de ser encuestado, lo que permitirá a los tomadores de decisión evaluar los resultados de la intervención.		
Limitaciones y Supuestos empleados		
La principal limitación del indicador es que el usuario no pueda responder con veracidad sobre su situación, debido a que el usuario sienta temor por brindar sus respuestas o que éstas conlleven a desafiliarlo del programa; además, las respuestas dependerán de si el usuario puede brindar las respuestas debido a limitantes en la comunicación verbal del usuario/a.		
Precisiones Técnicas		
La construcción del indicador se compone del número de usuarios que respondieron que su calidad de vida era "Muy buena" o "Buena" respecto del total de usuarios encuestados.		
Método de cálculo		
$\square\square\square\square\square\square\square\square\square\square\ 01 = \frac{\square^{\circ}\square\square\ usuarios\ \square\square\square\ \square\square\square\square\square\square\square\square\square\square\square\square\ "\square\square\square\ \square\square\square\square\square"\square\ "\square\square\square\square\square"}{\square^{\circ}\square\square\square\square\square\ \square\square\ usuarios\ \square\square\square\square\square\square\square\square\square o\square}\ \square 100$		
Periodicidad de las mediciones		
Anual		
Fuente de datos		
Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social – Encuesta de percepciones a usuarios del Programa CONTIGO.		
Base de datos		
Base de datos de las encuestas de percepciones a usuarios del Programa CONTIGO.		
Instrumento de recolección de la información		
Encuesta de Percepción de Usuarios del Programa CONTIGO, 2024. Pregunta: ¿Cómo crees que ha sido tu calidad de vida en el último mes? 1. Muy buena 2. Buena 3. Mala 4. Muy mala 5. No sabe / No responde		

Nombre del Indicador 02		
Proporción de usuarios que consideran que su situación económica ha mejorado desde que está en el Programa CONTIGO.		
Definición		
El indicador busca medir el porcentaje de usuarios del Programa CONTIGO que manifiestan que su situación económica ha mejorado desde que está en el Programa CONTIGO.		
Valor del Indicador		
Año	**Indicador (%)**	**Comentario**
2024	91.1	Valor inicial del estudio de percepciones.
2025	-	
2026	-	
Fuente: Encuesta de Percepciones de los usuarios del Programa CONTIGO, 2024.		

Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

Justificación

El indicador da a conocer la percepción de la situación económica de los usuarios desde que se encuentra en el Programa CONTIGO.

Limitaciones y Supuestos empleados

La principal limitación del indicador es que el usuario no pueda responder con veracidad sobre su situación, debido a que el usuario sienta temor por brindar sus respuestas o que éstas conlleven a desafiliarlo del programa; además, las respuestas dependerán de si el usuario puede brindar las respuestas debido a limitantes en la comunicación verbal del usuario/a.

Precisiones Técnicas

La construcción del indicador se compone del número de usuarios que respondieron que su situación económica "ha mejorado" respecto del total de usuarios encuestados.

Método de cálculo

$$\square\square\square\square\square\square\square\square\square\ 02 = \frac{\square°\square\square\ usuqrios\ \square\square\square\ \square\square\square\square\square\square\square\square\square\square\square que\ \text{"Ha mejorado"}\ su\ situación\ económica\ desde\ que\ está\ en\ el\ Programa\ CONTIGO}{\square°\square\square\square\square\ \square\square\ usuarios\ \square\square\square\square\square\square\square\square o\square} \square 100$$

Periodicidad de las mediciones

Anual

Fuente de datos

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social - Encuesta de percepciones a usuarios del Programa CONTIGO.

Base de datos

Base de datos de las encuestas de percepciones a usuarios del Programa CONTIGO.

Instrumento de recolección de la información

Encuesta de Percepción de Usuarios del Programa CONTIGO, 2024.
Pregunta:
¿Desde que estás en el Programa CONTIGO, consideras que tu situación económica?
1. Sigue igual
2. Ha mejorado
3. Ha mejorado algo
4. Ha empeorado
5. No sabe / No responde

Nombre del Indicador 03

Proporción de usuarios que consideran que su salud es "buena" o "muy buena"

Definición

El indicador busca medir el porcentaje de usuarios del Programa CONTIGO que manifiestan que su salud es "buena" o "muy buena".

Valor del Indicador

Año	Indicador (%)	Comentario
2024	63.9	Valor inicial del estudio de percepciones.
2025	-	
2026	-	

Fuente: Encuesta de Percepciones de los usuarios del Programa CONTIGO, 2024.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

Justificación

El indicador da a conocer la percepción de la salud de los usuarios del Programa CONTIGO.

Limitaciones y Supuestos empleados

Las respuestas dependerán de si el usuario puede brindar las respuestas debido a limitantes en la comunicación verbal del usuario/a.

Precisiones Técnicas

La construcción del indicador se compone del número de usuarios que respondieron que su salud es "buena" o "muy buena" respecto del total de usuarios encuestados.

Método de cálculo

$$\square\square\square\square\square\square\square\square\square\ 03 = \frac{\square°\square\square\ usuarios\ \square\square\square\ \square\square\square\square\square\square\square\square\square on\ que\ su\ salud\ es\ "buena"\ o\ "muy\ buena"}{\square°\square\square\square\square\square\ \square\square\ usuarios\ \square\square\square\square\square\square\square\square\square o\square} \square 100$$

Periodicidad de las mediciones

Anual

Fuente de datos

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social - Encuesta de percepciones a usuarios del Programa CONTIGO.

Base de datos

Base de datos de las encuestas de percepciones a usuarios del Programa CONTIGO.

Instrumento de recolección de la información

Encuesta de Percepción de Usuarios del Programa CONTIGO, 2024.
Pregunta:
¿En la actualidad, dirías que tu salud es (la del usuario/a) …?
1. Muy buena
2. Buena
3. Mala
4. Muy mala
5. No sabe / No responde

Nombre del Indicador 04

Proporción de usuarios que perciben estar satisfechos o contentos consigo mismo

Definición

El indicador busca medir el porcentaje de usuarios del Programa CONTIGO que perciben estar satisfechos o contentos consigo mismo.

Valor del Indicador

Año	Indicador (%)	Comentario
2024	78.7	Valor inicial del estudio de percepciones.
2025	-	
2026	-	

Fuente: Encuesta de Percepciones de los usuarios del Programa CONTIGO, 2024.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

Justificación

El indicador da a conocer la percepción satisfacción de los usuarios consigo mismos.

Limitaciones y Supuestos empleados

Las respuestas dependerán de si el usuario puede brindar las respuestas debido a limitantes en la comunicación verbal del usuario/a.

Precisiones Técnicas

La construcción del indicador se compone del número de usuarios que respondieron de estar "muy satisfechos" o "satisfechos" consigo mismo respecto del total de usuarios encuestados.

Método de cálculo

$$\square\square\square\square\square\square\square\square\square\ 04 = \frac{\square°\square\square\ usuarios\ \square\square\square\ \square\square\square\square\square\square\square\square\square on\ estar\ "muy\ satisfchos"\ o\ "satisfechos"\ consigo\ mismo}{\square°\square\square\square\square\square\ \square\square\ usuarios\ \square\square\square\square\square\square\square\square\square o\square} \square 100$$

Periodicidad de las mediciones

Anual

Fuente de datos

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social - Encuesta de percepciones a usuarios del Programa CONTIGO.

Base de datos

Base de datos de las encuestas de percepciones a usuarios del Programa CONTIGO.

Instrumento de recolección de la información

Encuesta de Percepción de Usuarios del Programa CONTIGO, 2024.
Pregunta:
¿Qué tan satisfecho/a o contento/a estás contigo mismo(a)?
1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Insatisfecho

4. Muy insatisfecho
5. No sabe / No responde

Nombre del Indicador 05
Promedio de la condición económica de los hogares de usuarios del Programa CONTIGO
Definición
El indicador busca medir el promedio de la puntuación percibida de la condición económica de los hogares de los usuarios del Programa CONTIGO.
Valor del Indicador

Año	Indicador (Promedio)	Comentario
2024	2.11	Valor inicial del estudio de percepciones.
2025	-	
2026	-	

Fuente: Encuesta de Percepciones de los usuarios del Programa CONTIGO, 2024.
Elaboración: Dirección de Evaluación de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (MIDIS).

Justificación

El indicador da a conocer la percepción de la condición económica de los hogares.

Limitaciones y Supuestos empleados

La principal limitación del indicador es que el usuario no pueda responder con veracidad sobre su situación, debido a que el usuario sienta temor por brindar sus respuestas o que éstas conlleven a desafiliarlo del programa; además, las respuestas dependerán de si el usuario puede brindar las respuestas debido a limitantes en la comunicación verbal del usuario/a.

Precisiones Técnicas

La construcción del indicador se compone del promedio de los puntajes seleccionados del 1 al 5 de acuerdo a qué nivel creen encontrarse, donde 1 significa que son los más pobres y 5 los menos pobres.

Método de cálculo

$$\square\square\square\square\square\square\square\square\square\ 05 = \frac{Sumatoria\ \square\square\ los\ puntajes\ de\ los\ usuarios\ respecto\ a\ la\ condición\ económica\ que\ perciben\ encontrarse}{\square°\square\square\square\square\square\ \square\square\ usuarios\ \square\square\square\square\square\square\square\square o\square}$$

Periodicidad de las mediciones

Anual

Fuente de datos

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social - Encuesta de percepciones a usuarios del Programa CONTIGO.

Base de datos

Base de datos de las encuestas de percepciones a usuarios del Programa CONTIGO.

Instrumento de recolección de la información

Encuesta de Percepción de Usuarios del Programa CONTIGO, 2024.
Pregunta:
Si la condición económica de su hogar es medida en una escala del 1 al 5, donde en el primer escalón están las personas más pobres y en el último escalón las menos pobres ¿En qué escalón considera usted se encuentra la condición económica de su hogar?

