

# **UNIVERSIDAD CATÓLICA DE “SANTA MARÍA”**

**FACULTAD DE CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS SOCIALES Y  
HUMANIDADES**

**PROGRAMA PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL**



**“PROBLEMÁTICA SOCIO-ECONOMICA Y FAMILIAR DEL  
ADULTO MAYOR ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD  
METROPOLITANO TACNA – 2013”**

**Presentado por la Bachiller:**

**MARIA SOLEDAD BALUARTE MAMANI**

**Para optar el Título Profesional de:**

**LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL**

**AREQUIPA-PERU**

**2013**

**A DIOS:**

*Por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.*

**A MI PAPA: CARLOS**

*Por ser mi apoyo en todo momento, por su infinito amor incondicional, como muestra de mi eterna gratitud, le dedico todos mis logros. Lo amo Padre muchas gracias por todo.*

**A MI ESPOSO E HIJAS: ANTHONY, ZUREY, ANA**

*Que con su amor y comprensión han sido y serán la fortaleza más importante, para cumplir con este objetivo. Doy gracias por haberme brindado el fruto de su esfuerzo y sacrificio por ofrecerme un mañana mejor, apoyándome incondicionalmente, para llegar con éxito a la culminación de esta etapa en mi vida por lo que les consagro en el altar de mi corazón.*

**A MIS AMIGAS (OS)**

*Gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida. Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión, sus consejos en los momentos difíciles.*

## AGRADECIMIENTO

*Es necesario entonces presentar mi agradecimiento a todos quienes de una u otra manera nos alentaron y guiaron para seguir adelante, en especial a nuestros **DOCENTES DEL PROGRAMA PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL** quienes con su cúmulo de experiencias y conocimientos han sembrado en nosotras el deseo constante de superación.*

*A la **UNIVERSIDAD CATOLICA SANTA MARIA**, por darnos la oportunidad de seguir estudiando para superarnos profesionalmente y personalmente.*

## INDICE

**DEDICATORIA**  
**INTRODUCCIÓN**  
**RESUMEN**  
**ABSTRACT**

### CAPITULO I:

#### DISEÑO DEL PROYECTO DE INVESTIGACION

<b>I. PLANTEAMIENTO TEORICO</b>	<b>1</b>
1. Tema o Problema de Investigación	1
1.1. Enunciado Descriptivo	1
1.2. Campo y Área	1
1.3. Tipo de Investigación	2
1.4. Variables	2
1.5. Interrogantes Básicas	2
1.6. Justificación	3
2. Objetivos de la Investigación	4
3. Marco Teórico	4
3.1. El Estado y la Salud	4
3.2. Políticas Sociales.	5
4. Ministerio de Salud	5
4.1 Finalidad	6
4.2 Objetivo	6
4.3 Visión y Misión	6

4.4 Organigrama	
5. Bienestar Social	7
6. Política Social y Bienestar Social	8
7. Adulto Mayor	9
7.1 Definición	9
7.2 Qué es la Vejez?	11
7.3 Envejecimiento	11
7.4 Ancianidad	12
7.5 Tercera Edad	12
7.6 Criterios para Definir al Adulto Mayor	12
7.7 El Proceso de Envejecimiento	16
7.8 Características de la Tercera Edad	17
7.9 Calidad de Vida del Adulto Mayor	20
8. La Familia	22
8.1 Tipos de Familia	24
8.2 Funciones de la Familia	25
8.3 Situación Familiar del Adulto Mayor	27
8.4 Comunicación Familiar	29
9. Violencia Familiar	30
9.1 Factores que Influyen en la Generación de la Violencia al Interior de la Familia	31
9.2 Concepto de Violencia	33
9.3 Modelos de Explicación de la Violencia	34
9.4 Tipos de Violencia	35
10. Autoestima	37
11. Trabajo Social Frente a la Tercera Edad	38
11.1 Objetivos Generales	38
11.2 Objetivos Específicos	39

11.3 Funciones	39
11.4 Tareas Específicas	40
11.5 Trabajo Administrativo	40
11.6 Niveles de Acción del Trabajo Social	41
11.7 Niveles de Intervención del Trabajo Social	41
11.8 Importancia del Equipo Interdisciplinario	43
12. Hipótesis	43
<b>II. PLANTEAMIENTO METODOLOGICO</b>	
:	
1. Técnicas e Instrumentos	44
1.1 Técnicas	44
1.2 Instrumento	44
2. Campo de Verificación	44
2.1. Ámbito Geográfico	44
2.2 Unidad de Estudio	46
2.3 Muestra	46
2.4 Cálculo del Tamaño de la Muestra	46
3. Temporalidad	47
4. Estrategia de Recolección de Datos	47
5. Recursos	48
5.1 Recursos Humanos	48
5.2 Recursos Materiales	48
5.3 Recursos Institucionales	48

6. Financiamiento	48
7. Cronograma	

## CAPITULO II

### PRESENTACION Y DISCUSION DE RESULTADOS

1. Procesamiento de Datos	50
2. Análisis y Presentación de Resultados	51
3. Diagnostico Social	79
4. Objetivos	80
5. Visión	80
6. Misión	80
7. Identificación de Necesidades y Problemas	81
8. Descripción	81
9. Prioridad de Problemas	83
9.1 Problema Esencial	83
9.2 Problema Fundamental	83
9.3 Problema Incidental	84
10. Pronóstico	84
11. Potencialidades	84
12. Limitaciones	85
13. Problema Objeto de Intervención	85

## CAPITULO III

### PROPUESTA DE TRABAJO SOCIAL PARA LA INTERVENCION EN LA PROBLEMÁTICA DETECTADA

1. Problema Objeto de Intervención.	86
2. Programación	86

2.1 Programa Promocional	86
3. Proyecto N° 1: Recreativo Cultural	88
3.1 Identificación	88
3.2 Justificación	88
3.3 Objetivos	88
3.4 Acciones	89
3.5 Técnicas	91
3.6 Recursos	92
3.7 Población	92
3.8 Responsable	93
3.9 Cronograma	93
4. Proyecto N° 2: Terapia Ocupacional	93
4.1 Identificación:	93
4.2 Justificación	93
4.3 Objetivos	94
4.4 Acciones	94
4.5 Técnicas	97
4.6 Recursos	97
4.7 Responsable	98
4.8 Cronograma	98

**CONCLUSIONES**

**SUGERENCIAS**

**BIBLIOGRAFIA**

**ANEXOS**

## INTRODUCCION

El problema de la vejez, es uno de los más agudos que confronta la sociedad actual y que requiere la debida atención organizada y reglamentada por el Estado,de acuerdo a la realidad de nuestro país,mejorando las leyes existentes que aún no satisfacen íntegramente al adulto mayor, ya sea jubilado o al trabajador independiente, que ingresa al ocaso de su vida.

Esta situación se torna más compleja cuando se presentan condiciones socio-económicas como la nuestra, afectando los niveles de satisfacción de las necesidades de alimentación, salud, recreación, seguridad, etc.

Es así que se realiza esta investigación, Titulada “Problemática Socioeconómica y Familiar del Adulto Mayor, atendido en el Centro de Salud Metropolitano, Tacna-2013”.

El crecimiento de la población adulta mayor,es acelerado y va acompañado de un escaso desarrollo institucional,agudizando la situación de pobreza,inequidad social y una disminución del apoyo de su entorno más próximo donde se desenvuelve.

En nuestra sociedad,la dinámica social es compleja,pues se deja arbitrariamente a este grupo humano de adultos mayores sin ningún papel y participación social activa y, por lo tanto, excluidos y marginados de la actividad y de la esfera pública; así los únicos roles que siguen desempeñando, son aquellos que están en relación a la esfera privada familiar,donde siguen siendo padre o madre, abuelo y hasta bisabuelo.Sin embargo,la familia se encuentra dentro de un marco de transformaciones,tanto en las relaciones internas como en su estructura familiar.

Se hace necesaria la posibilidad de aprovechar convenientemente la experiencia de nuestros adultos mayores, el Estado actualmente está perdiendo el totalmentela práctica y experiencias que poseen los trabajadores que se retiran del servicio activo, porque equivocadamente se les considera acabados, cansados e inútiles, olvidándose que los “consejos de sabios” son de los viejos, consecuentemente creemos que pueden ejercer funciones de acuerdo a su capacidad.

La investigación que se presenta, está orientada a estudiar la: “Problemática Socio-económica y Familiar del Adulto Mayor del Centro de Salud Metropolitano, Tacna-2013”, cuyos resultados han sido sistematizados y estructurados en los capítulos siguientes:

El Primer Capítulo, contiene el Planteamiento Teórico y Planteamiento Operacional de la investigación, con su respectivo marco teórico, objetivos, hipótesis, así como la precisión de las unidades de estudio y técnicas é instrumentos para la recolección de datos.

En el Segundo Capítulo, se presentan los resultados de la Investigación de Campo é interpretación de los mismos, Diagnóstico Social y la Selección del Problema Objeto de Intervención

El Tercer Capítulo, denominado: “Propuesta de Trabajo Social”, como una alternativa de intervención frente a la problemática detectada y precisada como Objeto de Intervención

Finalmente, se presentan las conclusiones a las que se ha arribado producto del trabajo de investigación, así como el planteamiento de sugerencias frente a la problemática encontrada, bibliografía y anexos respectivos.

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación, titulado: "PROBLEMÁTICA SOCIO-ECONOMICA Y FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO, TACNA- 2013".

Tiene como objetivos los siguientes:

- Describir cuáles son las características sociales del adulto mayor atendidos en el Centro de Salud Metropolitano de Tacna.
- Conocer cuáles son las características económicas del adulto mayor atendido en el Centro de SALUD Metropolitano de Tacna.
- Conocer las relaciones familiares que tiene el Adulto Mayor atendido en el Centro de Salud Metropolitano de Tacna.
- Establecer alternativas de acción profesional frente a esta problemática.

La muestra estuvo conformada por 120 adultos mayores de ambos sexos, que son atendidos en el Centro de Salud Metropolitano. Las técnicas que se utilizaron para el desarrollo de la investigación, fueron: entrevistas, observación, instrumento de recojo de datos, el cuestionario.

La hipótesis que la investigación se formuló, fue la siguiente:

Dada las condiciones de la actual crisis económica y los limitados alcances de las políticas sociales que favorezcan al Adulto Mayor es probable que:

“La problemática socio-económica y familiar en la que se encuentran los Adultos Mayores atendidos en el Centro de Salud Metropolitano, presente características homogéneas”.

Los resultados de la presente investigación demuestran que el ambiente familiar es poco favorable, ya que la comunicación no es muy frecuente y con limitada participación en la toma de decisiones, así como también, las relaciones familiares son deficientes.

Con todos los datos obtenidos, se analizó y arribó a un diagnóstico social específico, donde se precisa la problemática que presentan los Adultos Mayores.

Asimismo, luego de conocer dicha problemática, se precisó el Problema Objeto de Intervención y planteó, una alternativa de intervención profesional. De igual modo, muestra que los Adultos Mayores, no cuentan con ingresos suficientes para cubrir sus necesidades.

Por todo esto es importante e impostergable que los sectores encargados de atender las necesidades de este grupo poblacional, unan esfuerzos para concertar, planificar y fortalecer las inversiones e intervenciones en la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación integral de su salud

## CAPITULO I

### DISEÑO DEL PROYECTO DE INVESTIGACION

#### I. PLANTEAMIENTO TEORICO.

##### 1. TEMA PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

###### 1.1. Enunciado Descriptivo.

Siendo nuestro Problema de Investigación, el siguiente:

**“PROBLEMÁTICA SOCIO-ECONOMICO Y FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO, TACNA-2013”.**

###### 1.2. Campo y Área.

**Campo:** Ciencias Sociales.

**Área :** Trabajo Social..

**Línea :** Gerontología.

###### 1.3. Tipo de Investigación

El tipo de Investigación es de carácter Descriptivo.

#### 1.4. Variable Unica.

Problemática socio- económica y familiar.

INDICADORES	SUB INDICADORES
SITUACION SOCIAL	Edad Sexo Procedencia Estado civil Grado de Instrucción Idioma
SITUACION FAMILIAR	Persona con quien vive Comunicación familiar Actitud de la familia Relaciones familiares
SITUACION ECONOMICA	Jubilado Ocupación Ingreso económico Dependencia Económica
SITUACION DE SALUD	Frecuencia de enfermedad Donde se atiende Se siente abandonado Actitud de la familia Que le preocupa más de su vejez
SITUACION DE VIO LENCIA	Violencia Verbal Violencia Física.

#### 1.5 Interrogantes Básicas.

- ¿Cuál es la situación socio-económica de los Adultos Mayores que asisten al Centro de Salud Metropolitano - Tacna?
- ¿Cuáles son las relaciones familiares del Adulto Mayor que asiste al Centro de Salud Metropolitano-Tacna?

## 1.6 Justificación.

El envejecimiento de la población peruana es una situación demográfica cuyos efectos sociales y económicos requieren de una respuesta activa de los diferentes sectores de la sociedad en general y del sector salud en particular, involucrados en la temática del adulto mayor. En tal sentido, el sistema de salud requiere de manera urgente responder a las necesidades de salud producto del cambio demográfico y epidemiológico que se observa en nuestra población nacional

Las investigaciones y estudios sobre la población adulta mayor en nuestro país, no se producen con la suficiente frecuencia y calidad que quisiéramos, somos conscientes que “todos los adultos mayores presentan ciertas características que la diferencia de las demás, tanto desde el punto de vista de la familia, deja de asumir un rol importante y es reemplazado por otros actores de la familia, a nivel biológico también hay cambios que afectan seriamente su calidad de vida”<sup>1</sup>.

Esta problemática se agudiza por las insuficientes leyes y políticas que provean de recursos que conlleven a la satisfacción de las necesidades del adulto mayor, en razón a todas estas consideraciones lo que pretendemos alcanzar es un conocimiento científico de la problemática abordada, y poder aportar algunas sugerencias frente a esta realidad, por lo que consideramos que las condiciones socio-económicas son decisivas en el bienestar del adulto mayor,

---

<sup>1</sup>Decreto Supremo N° 005-2007-PROMUDEH “Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2002-2006”. Lima-Perú.

y que va a contribuir a elevar los niveles de vida del mismo y de su familia.

## 2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

- Determinar las condiciones sociales de los Adultos Mayores que asisten al Centro de Salud Metropolitano-Tacna.
- Identificar las condiciones económicas de los Adultos Mayores que asisten al Centro de Salud Metropolitano.
- Conocer las relaciones familiares que tienen los Adultos Mayores que asisten al Centro de Salud. Metropolitano – Tacna.
- Establecer alternativas de acción profesional frente a esta problemática

## 3. MARCO TEÓRICO:

### 3.1. El Estado y la Salud.

El Ministerio de Salud presenta los “Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores”, con el objetivo de brindar un marco referencial así como un conjunto de orientaciones que puedan constituirse en la base de las acciones para la atención integral de salud de las personas adultas mayores, que conlleve a la configuración de un sistema moderno, eficaz y eficiente de los servicios de salud, con nuevas propuestas de provisión de servicios, capaces de satisfacer las necesidades de salud de los adultos mayores y que favorezcan un envejecimiento activo y saludable.

El Estado, a través del Ministerio de Salud, ha establecido Normas que tienen como finalidad mejorar la atención integral en salud, que se brinda a las personas adultas mayores, Programa del Adulto Mayor, en los establecimientos de Salud Públicos y Privados, en un marco de respeto a sus derechos, equidad de género, interculturalidad y calidad contribuyendo con un envejecimiento saludable y activo. La población objetivo constituida por todas las personas mayores de 60 años a más, se tendrán en cuenta la población que vive en zonas de mayor riesgo y /o presenten mayor vulnerabilidad.”<sup>2</sup>

### **3.2. Políticas Sociales.**

En nuestro país, la Política de Estado para las personas adultas mayores, tiene como referente el Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2002 - 2006, que recoge el mandato de las Naciones Unidas de proporcionar “un marco de referencia para la protección y promoción de los derechos de las personas de edad”.

## **4. MINISTERIO DE SALUD.**

Se promueve la protección de la salud mediante acciones conjuntas entre los profesionales de la salud y los miembros de la comunidad, a fin de preservar una vida sana en conjunto, libre y protegida de toda aquello que la pueda dañar, tales como epidemias y otros. Es así, que tiene como: Fines, Objetivos y Organización, los siguientes:

### **4.1 Finalidad.**

---

<sup>2</sup>“RM 2 12 2005 RM 941-2005/MINSA: “Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores”. Lima-Perú.

Mejorar la atención integral de salud que se brinda a las personas adultas mayores, Programa del Adulto Mayor de Salud, en los establecimientos de salud públicos y privados, en un marco de respeto a los derechos, equidad de género, interculturalidad y calidad, contribuyendo a un envejecimiento activo y saludable.

#### **4.2 Objetivo.**

“Mejorar y mantener las condiciones de salud de los adultos mayores, en especial de los más excluidos y vulnerables, a través de la provisión de una atención integral, continua y de calidad adecuada a sus necesidades de salud y expectativas de atención, previniendo riesgos, recuperando y rehabilitando el daño, promoviendo factores de protección, el autocuidado y el reconocimiento de sus derechos y deberes en salud”.<sup>3</sup>

#### **4.3 Visión y Misión.**

La Misión, Visión se inserta en la política del Ministerio de Salud, ésta a su vez, a los acuerdos del Milenio de las Naciones Unidas”.<sup>4</sup>

##### **A. Visión.**

“A mediados de la década del 2010-2020, la salud de todas las personas del país serán la expresión de un sustantivo desarrollo socioeconómico, del fortalecimiento

---

<sup>3</sup>Decreto Supremo N° 010-2000-PROMUDEH “Lineamientos de Política para las Personas Adultas Mayores”. Lima-Perú.

<sup>4</sup>Primera Asamblea Internacional sobre el Envejecimiento (Viena 1982).

de la democracia, de los derechos y responsabilidades ciudadana basados en la ampliación de fuentes de trabajo estable y formal con mejoramiento de ingresos, en la educación en valores orientados hacia la persona y una cultura de solidaridad”.<sup>5</sup>

## **B. Misión.**

“Proteger la dignidad personal, promoviendo la salud, previniendo las enfermedades y garantizando la atención integral de salud de todos los habitantes del país, proponiendo y conduciendo los lineamientos de políticas sanitarias en concertación con todos los sectores públicos y los actores sociales. La persona es el centro la misión y a la cual nos dedicamos con respeto a la vida y a los derechos fundamentales de todos los peruanos, desde antes de su nacimiento y respetando el curso natural de su vida, contribuyendo a la gran tarea nacional de lograr el desarrollo de todos nuestros ciudadanos. Los trabajadores del Sector Salud, son agentes de cambio en constante superación para lograr el máximo bienestar de las personas”<sup>6</sup>.

### **4.4 Organigrama.**

Ver hoja adjunta.

## **5. BIENESTAR SOCIAL:**

---

<sup>5</sup>IDEM

<sup>6</sup> IDEM.

Según Ezequiel Ander E., “Es el estado que experimenta un individuo al satisfacer sus necesidades de un modo compatible”.<sup>7</sup> .

Edmund Arthur Smith, lo define como “Un sistema relacionado de instituciones sociales en cualquier sociedad, un sistema unificado por valores, objetivos y principios operativos comunes; los aspectos institucionales que expresan la preocupación colectiva de los aspectos institucionales de la vida social que expresan la preocupación colectiva de la sociedad por el bienestar de sus miembros en cuanto a individuos y en los grupos familiares y comunitarios.”<sup>8</sup>

Tanto en lo individual como en lo colectivo subyace generalmente la idea de bienestar social, constituyéndose esta en una necesidad que, permanentemente desean satisfacer la personas a través de aquello que les provee tranquilidad y estabilidad económica, pero que también les implica bienestar y tranquilidad social, espiritual y emocional que depende en buena medida del contexto político social en el cual se desarrollan:

## **6. POLÍTICA SOCIAL Y BIENESTAR SOCIAL.**

La finalidad del desarrollo debe ser el Bienestar, la Política Social se encaminó al logro del bienestar social, las dos tienen como objetivo la búsqueda del Bienestar social.

A su vez, se dice que el Bienestar social tiene como meta la satisfacción de necesidades sociales, entonces el

---

<sup>7</sup>AnderEgg, Ezequiel “Diccionario de Trabajo Social”. EditorialHumanitas. Buenos Aires-Argentina. 1985.

<sup>8</sup> Arthur Smith, Edmund: “Teoría del Bienestar Social”. Editorial Universo. México 2000.

desarrollo social, la política social y el bienestar social, más aun el Trabajo Social, se remite de una forma directa a los problemas de necesidades del hombre.

Podemos determinar que las Políticas Sociales que se han dado en llamar el Bienestar Social que incluyen salud, nutrición, recreación, educación, etc. pueden funcionar como un elemento de elevación de la productividad del trabajo, sin que esto niegue su aspecto negativo y positivo como la de constituir un beneficio real para la clase trabajadora.

Las Políticas de Bienestar Social pueden constituir un beneficio y una reivindicación significativa de la clase trabajadora, pero a la vez lleva implícita una ganancia para la búsqueda, puesto que eleva la productividad del trabajo.

## **7. ADULTO MAYOR.**

### **7.1 Definición.**

“La vejez es una etapa de la vida como cualquier otra. Hay definiciones científicas, biológicas, médicas, geriátricas, psicológicas, etc. de la vejez. Además de todas las definiciones que encontramos, es igual de importante tomar en cuenta las percepciones y definiciones de la sociedad; de los mismos ancianos, de sus familiares, de sus nietos”.<sup>9</sup>

Algunos autores definen la vejez o la Tercera Edad a partir de los 60, otros a partir de los 65-70. Otros simplemente dicen que es una definición social. Las Naciones Unidas

---

<sup>9</sup>Buendía, J. (2003): “Envejecimiento y Psicología de la Salud” 1era. Edición. Editorial Siglo XXI. España. 2008.

considera anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo”.<sup>10</sup>

Si le preguntamos a una persona de 65 a 70 años su definición de vejez, lo más seguro es que se definirá así mismo o tal vez a su cónyuge o alguna amistad. Si le preguntamos a alguien de entre 40 y 55 años, nos responderá pensando en sus padres. Si le preguntamos a alguien entre 15 y 30 años nos responderá pensando en sus abuelos y si le preguntamos a un niño, nos responderá pensando en sus abuelos o tal vez bisabuelo. La sociedad los describe de acuerdo a su experiencia; es por eso que para alguien la vejez la puede describir como una etapa feliz y satisfecha; pero tal vez alguien más, incluso en la misma edad, pues de responder que es una etapa de sufrimiento, enfermedad, padecimiento, etc.

“El envejecer es comúnmente experimentado fisiológicamente, como un progresivo decline de las funciones orgánicas y psicológicas, como una pérdida de las capacidades sensoriales y cognitivas. Estas pérdidas son bastante diferentes para cada individuo”.<sup>11</sup>

Evidentemente, las personas de la tercera edad requieren de mayor atención médica que personas de corta edad porque son más vulnerables a enfermedades. No olvidemos que también existen casos en que los ancianos viven una larga vida sana hasta prácticamente su muerte. Para la OMS “una persona es considerada sana si los

---

<sup>10</sup> IDEM

<sup>11</sup>Solar, María Olga: “Trabajo Social Familiar”. Departamento de Trabajo Social. Pontificia Universidad Católica. Chile. 2008.

aspectos orgánicos, psicológicos y sociales se encuentran integrados”.<sup>12</sup>

De esta forma, las personas con un organismo en condiciones, logran llevar una vida plena, psicológicamente equilibrada y manteniendo relaciones socialmente aceptables con otros y básicamente consigo mismo. Los adultos mayores tienen la misma oportunidad de crecimiento, desarrollo, aprendizaje y el tener nuevas experiencias como cualquier otra etapa de vida. Continuamente se vive, precisamente de esto, que es otra etapa de vida, así es que se debe vivirla y respetarla como tal.

## 7.2 ¿Qué es la Vejez?

El envejecimiento es un proceso que compromete un conjunto de modificaciones anatómicas, fisiológicas y biológicas que se dan como consecuencia de la acción del tiempo sobre el ser humano en un contexto social deteriorado. Esta definición supone que el proceso comienza en el momento de la concepción.

## 7.3 Envejecimiento.

Conjunto de modificaciones anatómicas y fisiológicas que se producen en un organismo desde el nacimiento hasta finalizar su vida.

---

<sup>12</sup>Organización Mundial de la Salud: “Manual para el Trabajo con Adultos Mayores”.2005.

#### **7.4 Ancianidad.**

Es la última etapa del adulto, considerado después de los 60 años, pero con los cambios establecidos en la actualidad no se ha establecido una edad definitiva que corresponda a la ancianidad.

#### **7.5 Tercera Edad.**

Aunque se considera que la vejez constituye la etapa última del desarrollo de la persona, no hay opinión genérica en cuanto a la edad exacta en que se inicia esta ni sobre las características físicas concretas que indican su inclinación.

El grupo científico de la OMS considera a la vejez como el período de la vida, en que el menos cabo de las funciones mentales y físicas se acentúan cada vez en comparación con anteriores épocas de la existencia.

Como se puede apreciar, no existe un concepto integral de la tercera edad que relacione entre sí las condiciones cronológicas y sociales, ni enfatice como se deteriora la capacidad para llenar las demandas habituales de la vida.

#### **7.6 Criterios para Definir al Adulto Mayor.**

##### **A. Criterio Cronológico.:**

Es el más frecuentemente utilizado y aparentemente el más objetivo, define “ la vejez en función de la edad del individuo, a los largo de la historia se ha tratado el tema de edades, existiendo consideraciones y clasificaciones

diversas, que oscilan desde una interpretación dualista (juventud y vejez) hasta divisiones en 7 etapas”.

Pitágoras, fue el primero en elaborar la teoría de las edades de la vida relacionadas con las 4 estaciones del año. Cada edad duraría 20 años, la infancia o primavera (0-20) la adolescencia o verano (20-40) la juventud o el otoño (40-60) y la vejez, que corresponde a invierno (60-80). La interpretación actual de este criterio es que después de la infancia, la adolescencia y la edad adulta se habla de madurez que efectivamente corresponde a la edad del primer envejecimiento. Otras denominaciones como la define la OMS<sup>13</sup> son edad presenil, y a continuación se establece la vejez declarada, que incluye hasta los 90 años. A partir de esta edad se acostumbra a hablar de grandes ancianos o grandes viejos. (gerontes)<sup>14</sup>.

#### EADES DE INTERÉS GERIÁTRICO

45 - 60	Edad de en medio
60 - 72	Senectud gradual
72 - 90	Vejez declarada
+90	Grandes viejos

### B. Criterio Biológico:

El desgaste de órganos y tejidos, marcado al comienzo de la vejez cuando este deterioro se hace perceptible; sin embargo, a medida que aumenta la edad, envejecemos más lentamente, a los 45 años ocurren más cambios involutivos que entre los 60 y 70. Por tanto tampoco este criterio por si solo es válido, ya que algunas estructuras

<sup>13</sup> NNUU. El Envejecimiento Activo, Concepto Clave del Documento de Debate Salud y Envejecimiento elaborado por OMS. IMSERSO. Madrid 2002.

<sup>14</sup> Sabater ; F. Evolución de los Valores Sociales, los Ancianos en la Sociedad del Siglo XXI Gerokomos 2000.

envejecen muy precozmente mientras que otras lo hacen de forma muy tardía.

### **C. Criterio Funcional.**

Bastante utilizado y actualmente muy debatido, define la vejez asociándola a la pérdida de funciones, tanto físicas como síquicas e intelectuales, es decir equipararía a la vejez con la enfermedad. Este criterio ha estado y sigue estando muy arraigado. Galeno consideraba a la vejez como un estado intermedio entre la salud y la enfermedad. Aristóteles también igualaba vejez y enfermedad y hacia a la vejez responsable de todos los males. En la actualidad, una expresión frecuentemente escuchada que se relaciona con este concepto de vejez sería: Se teme a la vejez porque nunca viene sola.

Por otra parte algunos autores han comenzado a diferenciar el término Tercera edad de la llamada Cuarta edad. La Tercera edad comienza con el cese de la actividad profesional y termina con la pérdida de la autonomía física, mental, y económica...en este momento comienza la cuarta edad.

### **D. Criterio Socio Laboral.**

Utilizado con gran frecuencia en la actualidad, considera la jubilación como el comienzo de la vejez. Sin embargo la jubilación es un fenómeno nuevo y que no afecta por igual a todos los individuos, existiendo diferencias entre sexos fenómenos de jubilación anticipada, etc.

Ningún criterio por sí solo, define o tipifica la vejez, ya que todos ellos se centran en un aspecto del individuo y no lo consideran de forma global, como una manifestación del fenómeno de envejecimiento del individuo en todo su conjunto.

Desde la perspectiva globalizadora se puede destacar la definición de Langarica Salazar (1985).

“El envejecimiento es una sucesión de modificaciones morfológicas, fisiológicas y psicológicas, de carácter irreversible que se presentan antes de las manifestaciones externas dando al individuo un aspecto de anciano. Por tanto la vejez es la etapa del ciclo vital que se producen gradualmente modificaciones morfológicas, funcionales psíquicas y sociales, que disminuyen la capacidad de respuesta de la persona frente a los cambios del entorno”. Se trata por tanto de un estado caracterizado principalmente por la pérdida de la capacidad del individuo para adaptarse al conjunto de transformaciones que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo. Es una evolución progresiva e irreversible que afecta a todos los seres humanos”<sup>15</sup>.

Al definir la salud de las personas que envejece no en términos de déficit, sino de mantenimiento de la capacidad funcional, resulta importante para establecer una estrategia adecuada de cuidados así como las orientaciones para cada uno de los posibles servicios de salud destinados a las personas adultas mayores.

---

<sup>15</sup>Langarica Salazar, Raquel: “Gerontología y Geriátrica”. Editorial Interamericana. México. 1990.

## 7.7 El Proceso de Envejecimiento.

El proceso del envejecimiento tiene implicaciones fisiológicas, psicológicas y sociales para el individuo y es a través de la gerontología donde se logra comprenderlas, y con ello ofrecer una mejor perspectiva y entendimiento de envejecimiento como proceso normal e integral.”

Las características que presenta son las siguientes:

- ✓ \*Universal, es propio de todos los seres vivos.
- ✓ Progresivo, porque es un proceso acumulativo.
- ✓ Continúo, tiene un inicio y un final
- ✓ Dinámico, porque está en constante cambio.
- ✓ Irreversible: no puede detenerse ni revertirse es definitivo
- ✓ Declinante, las funciones del organismo se deterioran en forma gradual hasta conducir a la muerte
- ✓ Intrínseco y personal, no depende sólo de factores externos, sino que influye el estilo de vida de cada persona.
- ✓ Heterogéneo o Individual, porque el proceso del envejecimiento sigue un patrón establecido cada especie tiene su propia característica de

envejecimiento y varía de sujeto a sujeto y de órgano a órgano dentro de la misma persona.

## 7.8 Características de la Tercera Edad:

### A. Aspectos Biológicos

En la tercera edad suelen acumularse los achaques, dolencias y enfermedades, pero envejecimiento, no equivale a enfermedad ni a incapacidad, esto lo podemos retomar como la etapa en la cual la persona está más susceptible a los cambios físicos de su cuerpo, el cansancio y la manera de interactuar con su medio, se podría decir que existe un retroceso hacia la infancia, quedan a expensas de su entorno y sus relaciones con los demás.

- Rápido declinar en la ancianidad.
- Disminución muscular.
- Empeoramiento de la irrigación sanguínea.
- Todos los órganos internos experimentan defectos en su funcionamiento.

### B. Trastornos Fisiológicos

- ✓ **Las Arrugas**, la piel se torna quebradiza, pierde flexibilidad pierde su lozanía, suavidad, palidece.
- ✓ **El Encanecimiento**, las canas son asociadas a la vejez y es de naturaleza irreversible.

- ✓ **Trastornos Visuales**, presentan dificultades para fijar la vista: siendo las enfermedades más comunes: las cataratas, glaucoma.
  
- ✓ **Trastornos Auditivos**, se aprecia un descenso de la capacidad de apreciar notas altas, se puede llegar a la pérdida de la audición.
  
- ✓ **Artrosis**, se presentan dolores en las articulaciones.
  
- ✓ **Trastornos en el Corazón y Sistema Vascular**, este trastorno es el que más se asocia a la tercera edad, aumenta la presión sanguínea, con lo que comienza el peligro.

### C. Aspecto Psicológico.

- ✓ **Nostalgia**, permanente sentimiento de tristeza y nostalgia y que en algunos casos es la base en una patología depresiva.
  
- ✓ **Angustia**, la predisposición a la angustia es consecuencia del temor, la impotencia y las limitaciones que le planteen los problemas físicos, el rechazo familiar y social, las necesidades económicas falta de afecto, protección, seguridad material, vivienda; aspectos indispensables en el mantenimiento de la calidad de vida.

- ✓ **Actitudes conservadoras**, esto se presenta generalmente en todos sus comportamientos cotidianos.
  
- ✓ **Actitud Egoísta**, es lógica que el que nada tiene quiere resguardar a toda costa lo poco que posee.

#### **D. Disminución de Aptitudes.**

- ✓ **Inteligencia:** La declinación de ésta se encuentra asociada a la disminución de las funciones sensoriales y perspectivas.
  
- ✓ **Memoria:** Alta de evocaciones de recuerdos y acontecimientos recientes, no memoriza tiene mayor facilidad para recordar el pasado.
  
- ✓ **Afectividad:** Disminución de la capacidad afectiva, trastornos emotivos de sensibilización y ansiedad.
  
- ✓ **Emociones:** Son moderadas, calmadas y menos frecuentes.

#### **E. Aspecto Social.**

Podríamos decir que una vida con sentido es una vida que en principio tiene determinadas necesidades básicas satisfechas, entre ellas las llamadas necesidades sociales.

Las necesidades sociales básicas podrían resumirse en:

- Pertenencia a un grupo.
- Integración en el mismo.
- Identificarse con él.

En términos generales se encuentra, que en todo el mundo, se quiere seguir vivo mientras estas necesidades reciben satisfacción (además de las directamente biológicas: comida, protección, etc.)

La persona recuerda que la vida no es totalmente como solía ser. El pasado es un recurso natural de la persona que ha tenido una larga vida de experiencias variadas; algunas, sin embargo, muestran una mayor capacidad para valerse de su propia vida pasada a darle más valor a su vejez.

### **7.9 Calidad de Vida del Adulto Mayor.**

Se define la calidad de vida como “el sentimiento de bienestar y satisfacción que resulta del goce efectivo de derechos en términos de vivienda, salud, educación, vestido y libertades humanas; todo ello dentro del contexto cultural y social específico de cada persona”.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup>Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte. Programas de Recreación para Adultos Mayores, 2010.

En los adultos mayores existe mayor frecuencia de enfermedades crónicas que muchas veces producen alteraciones psíquicas consecutivas y los trastornos del sueño constituyen los principales motivos de consulta, con grandes malestares subjetivos que repercuten en su estado emocional y en su calidad de vida, originando preocupación a los familiares, al médico de familia y al adulto mayor.

De otro lado, tenemos la necesidad de tomar en cuenta la dimensión social y cultural del proceso de salud-enfermedad-atención, e incorporar, en nuestra práctica, el concepto de calidad de vida, definida, como la calidad de las condiciones de vida de una persona.

Como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales.

Como la combinación de componentes objeto y subjetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta.

Como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

El concepto está emergiendo como un principio organizador que puede ser aplicable para la mejora de una sociedad como la nuestra, sometida a transformaciones

sociales, políticas, tecnológicas y económicas. No obstante, la verdadera utilidad del concepto se percibe sobre todo en los servicios humanos, inmersos en una "Qualityrevolution" que propugna la planificación centrada en la persona y la adopción de un modelo de apoyo y de técnicas de mejora de la calidad.

## 8. LA FAMILIA.

“En todas las culturas a través de la historia, la familia ha cumplido una función socializadora fundamental, transmitiendo normas y valores sociales a sus miembros y, mediante su asilamiento, preparando a su descendiente para funcionar en el mundo”.<sup>17</sup>

Vivimos en una sociedad que no está preparada aún para aceptar la vejez como una consecuencia natural de la vida misma. Entrar a una edad avanzada, lleva obligatoriamente el mensaje de “no apto para ciertas cosas”, incluida la de las oportunidades laborales, porque peyorativamente ya son “viejos”. La ignorancia colectiva hace pensar que una persona “entrada en años” representa una carga para la familia y la sociedad. Sin embargo, hoy existen esfuerzos para replantear el concepto de vejez y el aporte de los adultos mayores en el desarrollo de la sociedad.

La familia, según autores brasileños, es la que proporciona los aportes afectivos y sobre todo materiales necesarios para el desarrollo y bienestar de sus miembros. Ella desempeña un

---

<sup>17</sup>Quinteros, María: “Trabajo Social y Procesos Familiares”. Editorial Lumen./Humitas. Buenos Aries-Argentina. 2008.

rol decisivo en la educación formal e informal, es en su espacio donde son absorbidos los valores éticos y humanísticos, y donde se profundizan los lazos de solidaridad. Es también en su interior donde se construyen los límites entre las generaciones y son observados los valores culturales”.<sup>18</sup>.

Los lazos principales que definen una familia son de dos tipos: vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio que, en algunas sociedades, sólo permite la unión entre dos personas mientras que en otras es posible la poligamia, y vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre. También puede diferenciarse la familia según el grado de parentesco entre sus miembros.

La familia es un grupo humano que permanece por la cohesión y la exclusividad en la pertenencia. Es considerado por la mayoría de los individuos como más importante en la sociedad, puesto que constituye el núcleo básico de la organización social. Este es el espacio que proporciona un contexto adecuado para la crianza y educación de los hijos y protección para todos sus componentes.

“La familia es el grupo natural del ser humano. Es único y particular, éste grupo humano es dinámico y va variando tanto a lo largo de su vida, como de unos grupos a otros. La familia pasa por distintas etapas o cambios a través del tiempo. Estos cambios constituyen diferentes momentos del ciclo de vida de una familia, las

---

<sup>18</sup>Ferrari M, Kaloustian SM.:“Importância da família. In: Família Brasileira: São Paulo/Brasília”.: Cortez/UNICEF; 1997.

familias difieren de otras en diferentes momentos de sus ciclos, y estas diferencias dan lugar a distintas formas de familia.”<sup>19</sup>

Para Benítez, “el elemento básico que define el hogar es la coresidencia de individuos y la organización cotidiana como unidad de convivencia. La familia la define como el parentesco y la red de relaciones mucho más extensas y sutiles que las limitadas a un hogar, considera importante la descripción de algunos elementos tales como número, crecimiento, tamaño, características demográficas del jefe del hogar, la relación de parentesco que tienen con este y los tipos de hogares existentes; argumenta que una parte considerable de los conocimientos sobre la familia y su evolución, derivan hoy, del estudio de la composición de los hogares”.<sup>20</sup>.

“La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado”.<sup>21</sup>.

## 8.1 Tipos de Familia.

Las familias están clasificadas en los siguientes tipos:

- A. **Familia Nuclear**, formada por la madre, el padre y su descendencia.
  
- B. **Familia Extensa**, formada por parientes cuyas relaciones no son únicamente entre padres e hijos. Una familia extensa puede incluir abuelos, tíos, primos y otros parientes consanguíneos o afines.

<sup>19</sup>ArésMuzioP.: “La Familia. Una mirada desde la Psicología”. Editorial Científico-Técnica; La Habana-Cuba. 2010.

<sup>20</sup>Benítez ME.: “La Familia como Categoría Demográfica”. Editorial de Ciencias Sociales; La Habana-Cuba. 2003.

<sup>21</sup> Declaración Universal de los Derechos Humanos- Naciones Unidas. París-Francia. 1958..

- c. **Familia monoparental**, en la que el hijo o hijos vive(n) solo con uno de sus padres.
  
- d. **Familia Homoparental**, en la que el hijo o hijos vive(n) con una pareja homosexual.
  
- e. **Familia Hermanastrales** la que está conformada por dos hermanos que se casan.
  
- f. **Familia Ensamblada**, en la que está compuesta por agregados de dos o más familias (ejemplo: madre sola con sus hijos se junta con padre viudo con sus hijos), y otros tipos de familias, aquellas conformadas únicamente por hermanos, por amigos (donde el sentido de la palabra "familia" no tiene que ver con un parentesco de consanguinidad, sino sobre todo con sentimientos como la convivencia, la solidaridad y otros), etcétera, quienes viven juntos en el mismo espacio por un tiempo considerable.

En muchas sociedades, principalmente en Estados Unidos y Europa occidental, también se presentan familias unidas por lazos puramente afectivos, más que sanguíneos o legales. Entre este tipo de unidades familiares se encuentran las familias encabezadas por miembros que mantienen relaciones conyugales estables no matrimoniales, con o sin hijos.

## 8.2 Funciones de la Familia:

Algunas de las principales funciones que la familia cumple son las siguientes:

- A. Económica.** En ella cabe distinguir: mantenimiento de los miembros no productivos crematísticamente hablando; división de las tareas domésticas, como aprendizaje de la división del trabajo en el mundo laboral; transmisión de bienes y patrimonio (herencia patrimonial, jurídica, de estatus y de poder); unidad de consumo; evitación de igualitarismo estatal.
- B. Reproductora.** Toda sociedad regula las actividades reproductoras de sus adultos sexualmente maduros. Una manera de hacerlo consiste en establecer reglas que definen las condiciones en que las relaciones sexuales, el embarazo, el nacimiento y la cría de los hijos son permisibles.
- C. Educativa-socializadora.** El objetivo generalizado es la integración de los miembros más jóvenes en el sistema establecido, moralmente o jurídicamente.
- A. Política Religiosa.** El adoctrinamiento en ambas parcelas es absolutamente misceláneo y variopinto.
- B. Psicológica.** Puede ir desde la satisfacción de las necesidades y deseos sexuales de los cónyuges, hasta la satisfacción de la necesidad y el deseo de afecto, seguridad y reconocimiento, tanto para los padres como para los hijos. También se incluiría el cuidado a los miembros de más edad.

**C. Domiciliaridad.** La función consiste en establecer o crear un espacio de convivencia y refugio. Cuando la pareja se traslada a vivir con los padres de la novia o cerca de ellos, la situación se denomina matrilocal.

**D. Establecimiento de roles.** Según las culturas y en relación directa con el tipo de economía prevaleciente, las familias varían en su estructura de poder y, en consecuencia, en la distribución y establecimiento de roles”.<sup>22</sup>

### 8.3 Situación Familiar del Adulto Mayor.

El envejecimiento poblacional tiene y tendrá un impacto importante sobre la estructura familiar. Por ejemplo, con la edad aumenta también la probabilidad de que los adultos mayores dependan de otras personas, especialmente aquellos que forman parte de un mismo núcleo familiar. Al mismo tiempo, conservar la autonomía por la mayor cantidad de años posible es también una meta para los adultos mayores. Los adultos mayores tienden a perder su posición jerárquica de jefes de familia conforme envejecen.

**A.** Otra de las consecuencias del incremento de la edad en los adultos mayores es la viudez. Ésta implica un alto costo emocional que generalmente es enfrentado por las mujeres, debido a su mayor esperanza de vida y a la tendencia de los hombres a casarse con mujeres más jóvenes. La pérdida de la pareja puede significar vivir de

---

<sup>22</sup> OB. CIT.

manera solitaria y perderá autoridad en el hogar. Según el censo del 2000 la proporción de adultas mayores sin pareja duplica a los varones.

Los hogares en que viven los adultos mayores se pueden clasificar en dos grandes grupos:

- Hogares Autónomos: Constituidos únicamente por adultos mayores.
- \*Hogares Multigeneracionales: En los que viven además miembros de otras generaciones (Ramírez, 2000). De acuerdo con los tres últimos censos la mayoría de los adultos mayores viven en hogares multigeneracionales. Sin embargo, la tendencia es hacia la disminución de los hogares multigeneracionales y por lo tanto al aumento en el porcentaje de hogares autónomos. En el censo del 2000, el 28% de los adultos mayores vivían en hogares autónomos comparado con 15% en 1973.

**B.** La otra cara de la medalla de la soledad es la dependencia. La dependencia no necesariamente es económica, sino que puede ser física, mental o social. No existen datos en el país sobre los distintos tipos de dependencia de los adultos mayores.

Una idea aproximada puede obtenerse de la información de su posición jerárquica respecto al jefe del hogar: los jefes o cónyuges del jefe podrían considerarse no dependientes, y quienes no ocupen alguna de estas dos posiciones podrían considerarse dependientes. El porcentaje de adultos mayores que no son jefes o

cónyuges aumenta con rapidez conforme éstos avanzan en edad. Las mujeres son quienes más se encuentran en desventaja: siempre es mayor el porcentaje de éstas que son probablemente dependientes, y esta brecha se hace cada vez mayor conforme avanzan en el proceso de envejecimiento. Alrededor de los 85 años de edad, el 30% de los hombres y más de la mitad de las mujeres ocupan una posición de dependencia en el hogar.

#### **8.4 Comunicación Familiar.**

Se le define como un proceso amplio de intercambio de información, opiniones o sentimientos expresados tanto con la actitud verbal como no verbal.

La comunicación familiar es la fuerza de integración afectiva que impulsa hacia el desarrollo y la realización plena tanto en el plano individual como colectivo, la acción comunicativa supone involucrarse totalmente con las ideas, las actitudes y los sentimientos, además busca establecer como punto de partida para el diálogo familiar la aceptación real de sí mismo y del otro buscando que dicho diálogo se desarrolle en forma espontánea, sincera, cálida y situacional.

La realidad inmediata, se ha visto invadida de una serie de vicios, transformaciones y/o mutaciones que la desvirtúan de sus genuinas intencionalidades y características aquí se empieza a dar la incomunicación familiar en donde la influencia de la televisión disminuye y hasta anula la comunicación en la familia, a veces resulta el pretexto para comunicarse con la

esposa, esposo, hijos, padres, abuelos, y otros familiares, además la televisión puede llegar a afectar otros aspectos tales como: horarios, comidas, lenguaje, frecuencia de las amistades, distribución del tiempo y otras tantas formas de relación familiar, incluso puede llegar a predisponer y dirigir la valoración del mundo real.

Autores como *Rocabruno* y *Prieto Ramos*, plantean que resulta importante la protección que recibe el anciano de su familia, porque esta constituye el pilar fundamental de su vida, explican, además, que las relaciones intrafamiliares están determinadas por múltiples factores, unos de tipo físico material y otros psicológicos afectivos de los que dependen en mayor o menor medida, el fortalecimiento y la armonía de las relaciones intrafamiliares y el bienestar y la seguridad de los ancianos. La familia por lo general se ocupa de ellos y de esta forma se acentúa la imagen positiva y de cooperación que tiene la función familiar para este grupo poblacional”.<sup>23</sup>.

## 9. VIOLENCIA FAMILIAR.

El principal efecto que ha tenido el desarrollo neoliberal, pueden medirse en la reducción de los indicadores cuantitativos, (aumento de la pobreza) y cualitativos (niveles de vida) de bienestar familiar.

La violencia es el uso de la fuerza de unas personas contra otras de una persona contra otra, para ejercer dominación, para alcanzar fines particulares.

---

<sup>23</sup>Rocabruno Mederos JC, Prieto Ramos O. “Gerontología y Geriatria Clínica”. Editorial Ciencias Médicas, La Habana-Cuba.1992.

Se dice que las estructuras autoritarias de la sociedad y del estado tienen su contraparte en las estructuras de las familias: el patriarcado y el machismo que resulta en la subordinación de la mujer y en este caso del adulto mayor y dándose la violencia tanto física como psicológica.

Vivir en el mundo de hoy es enfrentarse a diario con hechos de violencia con diversos signos: violencia institucionalizada en las estructuras de la sociedad, que provocan la muerte lenta y la discriminación de la calidad de vida, por el hambre, desempleo, cobrando víctimas inocentes. Como se aprecia, esto es una violencia generalizada que va invadiendo los diferentes niveles de vida deshumanizándolos a todos.

Al reflejarse específicamente la violencia a nivel del núcleo familiar se establece, que ésta es un gran problema que reviste formas de agresión, coerción y maltrato de carácter físico, verbal psicológico y que deben adoptarse todos los medios necesarios para luchar contra ella.

Cada vez más, este problema va formando parte de la vida cotidiana, hasta el punto que las personas se acostumbran a ella; agresión y maltrato, son elementos obligados e inevitables en la sociedad, y por ende, en la familia.

### **9.1 Factores que Influyen en la Generación de la Violencia al Interior de la Familia.**

La violencia que actúa de manera compulsiva desde fuera y al interior de la familia genera un desequilibrio en el cumplimiento normal de sus funciones sociales, que son: la reproducción, su mantenimiento y el desarrollo integral de sus miembros. La familia refleja la violencia de la sociedad global.

#### **A. Factores Estructurales.**

Entre las condiciones estructurales que influyen en la generación de la violencia al interior de la familia se puede señalar las siguientes:

- Los problemas de la crisis económica originan la deficiente inserción de la población en el aparato productivo, haciendo difícil que la familia logre satisfacer sus necesidades básicas; generan marginación social, económica y cultural de grandes sectores poblacionales.
- El uso y abuso del poder que se perpetúa a través de las instituciones del estado no ofrecen posibilidades de ejercer los derechos ciudadanos.
- La ideología del sistema dominante, marca pautas culturales con valores distorsionados, los que se producen y refuerzan a través del sistema educativo y los medios de comunicación masiva.

#### **B. Manifestación de la Violencia en la Familia.**

- Las agresiones que se dan entre los miembros de la familia.

- La diferenciación de la formación de roles sociales.
- La falta de autovaloración y autodeterminación de los miembros del hogar.
- El Autoritarismo en la Familia.

La evidencia acumulada sobre el maltrato a los adultos mayores resulta ya irrefutable, tanto en el seno intrafamiliar por parte de familiares cercanos o del personal contratado para su cuidado. Del mismo modo, por parte de algunos miembros del personal de instituciones estatales o particulares, donde son internados para su atención, generalmente por la intolerancia familiar. “La violencia al adulto mayor comprende actos contra su integridad física, psicológica, descuido de su nutrición, vestido, albergue y de sus cuidados médicos. El problema, de por sí severo, viene incrementándose aceleradamente asociado al aumento poblacional de este grupo etéreo, gracias a los avances de la medicina. En el Perú, aún hay pocos estudios sobre el particular”.<sup>24</sup>

## 9.2 Concepto de Violencia.

Al respecto, Vidal G, Alarcón RD, Lolas F., la define como: “Una conducta es violenta cuando se dirige a dañar o destruir un receptor animado o inanimado. La violencia es rara en la misma especie, pero la humana es singular, tal vez, la única que depreda a sus congéneres”.<sup>25</sup>

---

<sup>24</sup>Vidal G, Alarcón RD, Lolas F. Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría, Editorial Médica Panamericana S.A., Buenos Aires-Argentina. 2008.

<sup>25</sup>IDEM.

Y la OMS, la define como: "El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectiva, contra uno mismo, otra persona, grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de producir lesiones, muerte, daño psicológico, trastornos del desarrollo o privaciones"<sup>26</sup>

### **9.3 Modelos de Explicación de la Violencia.**

#### **A. El Modelo Intrapersonal.**

La violencia tendría su origen en alguna característica del sujeto agresor más que a causas externas, tales como: trastornos de personalidad, trastorno mental, habituación a drogas y alcohol; aunque no parece que los sujetos con trastornos mentales sean más violentos que otros individuos. Alcoholismo y drogadicción, serían factores precipitantes que ayudan a liberar el impulso violento.

#### **B. El Modelo Psicosocial.**

Este enfoque incluye a todas aquellas teorías que consideran a las interacciones de las personas con su medio de vida cotidiano, como facilitadores de la emergencia de la violencia. Ello incluye al estrés, la transmisión de la violencia de una generación a otra, pautas de interacción familiar, teorías como la del aprendizaje, la frustración-agresión y la del intercambio. La conducta violenta configuraría un comportamiento socialmente aprendido. Así, la perspectiva psicosocial, considera relevante el aprendizaje en la génesis de los comportamientos violentos

---

<sup>26</sup> IDEM

### C. El Modelo Sociocultural.

Este modelo se dirige a las variables de la estructura social, sus funciones, las subculturas y los sistemas sociales. Dentro de esta visión se considera que los valores y las normas sociales dan significado al uso de la violencia, por ello, ciertos sectores sociales serían más violentos que otros, por tener reglas culturales que darían legitimidad al uso de la violencia, agregado a la condición de combinar un nivel más alto de estrés con menores recursos. Así, el individuo o la sociedad usan la violencia para mejorar o mantener su propio estatus. En el caso de la relación hombre-mujer, la violencia se produciría cuando el esposo fracasa en la posesión de habilidades sobre las cuales afirma su estatus superior. En el caso de la maternidad-paternidad, la violencia contra los niños tendría el carácter de un instrumento ejercido a través del castigo y la imposición disciplinaria para conseguir sus intenciones, cuando los hijos no cumplen con las expectativas de los adultos.

Se afirma que el potencial de violencia no se expresa exclusivamente del hombre hacia la mujer, sino en general del fuerte hacia el débil, que incluye a niños y adultos mayores. Por tanto, las estructuras sociales que involucran formas violentas repercuten en todas las relaciones humanas.

En las épocas actuales, de cambios sociales y normativas aceleradas, algunas familias tienen dificultades para adaptarse y como consecuencia, muestran una incompetencia definida en los papeles parentales, más marcado en el momento de transición de papeles. Constituye una fuente de estrés el desajuste entre la

realidad externa e interna de la familia y la habilidad de los padres para manejarla apropiadamente.

#### **9.4 Tipos de Violencia.**

Hasta hace relativamente poco tiempo se creía, que la agresión física era la única forma de violencia. Sin embargo la psicología moderna ha dado una nueva visión del ser humano y de sus necesidades psicológicas. Ahora sabemos que el fenómeno puede manifestarse más sutilmente, de tal modo que también hace daño a nuestros semejantes: las denominadas psicológicas o verbales y la patrimonial<sup>27</sup>.

##### **A. Violencia Física.**

Actos asociados a tirar objetos a otros , pegar a alguien, empujarlo, halarle el pelo, producir quemaduras con cigarrillos u otro objeto como plancha, sartén etc. que provocan diversos traumatismos, inflamaciones, hematomas.

##### **B. Violencia Emocional o Psicológica.**

Se vincula a la descalificación, insultos, amenazas, tanto de abandono como de golpes, portazos o tirar objetos al piso, así como silencios prolongados, es conocido como maltrato psicológico.

##### **C. Violencia Sexual.**

La imposición para realizar el acto sexual (tocamiento, caricias o penetración oral, vaginal o anal) en contra de la voluntad del otro.

---

<sup>27</sup> . Kenneth AB. "Maltrato y Violencia en los Cuidadores". Editorial Salvat. España. 2008.

Atentar sistemáticamente sobre la autoestima de una persona mediante críticas, abandono o insultos, destruir su ropa, documentos o recuerdos, también son formas de violencia.

No cabe duda de que a veces los golpes al espíritu son mucho más dañinos que los golpes a la piel. Las víctimas de este tipo de violencia, por lo general continúan sufriendo calladamente y por eso no reciben la ayuda necesaria.

## 10. AUTOESTIMA

Los cambios que vive el adulto mayor hace que baje su autoestima.

Siendo muy necesario para su vida ya que es una necesidad del ser humano, es el valor que los individuos ponen en el yo que perciben, Si la evaluación que hacen de sí mismos los lleva a aceptarse y a aprobarse y a un sentimiento de valor propio, tienen una autoestima positiva y si no es así su autoestima es baja y esto da como resultado una conducta confusa o violenta, siendo muy necesario que aprendan a aceptarse tal como son en estos momentos de la vida claro está que aquí juega un papel muy importante la familia.

La autoestima surge de la interacción humana en que el yo es considerado importante para alguien. El ego va creciendo a partir de pequeños logros, alabanzas y éxitos. Como resultado, una autoestima elevada se asocia con el ajuste psicológico positivo del adulto mayor.

Entre más vulnerables se sienten, mayores son sus niveles de ansiedad. La familia es la principal socializadora, esto

significa que la familia es el principal transmisor de los afectos, ,respeto, amor .

Los adultos mayores, comparado con jóvenes son:

- Menos aceptables en admitir defectos
- Menos preocupados por su peso
- Aprecian el trabajo

Se consideran que tienen mas valores morales positivos

Es necesario considerar que el estar solo sin desearlo puede llegar a ser muy doloroso especialmente para una persona de edad avanzada. En estos casos pueden empezar a perder su autoestima y deprimirse .Cuando miembros de la familia y amistades mueren y los hijos empiezan a involucrarse en sus propias vidas es cuando el anciano empieza a vivir la soledad.

Es necesario mantenerse activo y buscar contactos sociales, como lo es asistir a algún centro para ancianos .Hacer amistades con personas de su misma edad , pero también de otras edades.

Todo esto les impedirá caer en depresión porque eso los lleva a pérdida de apetito y peso,dificultades para dormir, perdida de energía y motivación e incluso pensamiento de suicidio.

## **11. TRABAJO SOCIAL FRENTE A LA TERCERA EDAD.**

En el trabajo con los ancianos,la labor del Trabajador Social va dirigidaen primer lugar,a lograr una buena identificación y comprensión de su problemática aceptación tal cual es y orientarlos en forma adecuada.la Trabajadora Social debe tomar parte activa y dinámica,siendo muy receptiva ante cualquier circunstancia que ocasione en ellos malestar o descontento aunque

éste relacionado con otras personas e instituciones, es por ello que en todo momento, la trabajadora Social, como miembro de un equipo interdisciplinario, tiene una tarea específica y debe cumplir las siguientes objetivos:

### **11.1 Objetivos Generales.**

- A.** Lograr el bienestar social del adulto mayor en el núcleo familiar, a fin de conseguir niveles de vida compatibles con la dignidad de la persona.
- B.** Identificar la problemática y evaluar la situación de los adultos mayores, proponiendo un sistema de bienestar social integral, basado en el principio de auto-ayuda.
- C.** Contribuir a la afirmación de valores éticos sociales, que fundamenten el desarrollo de la sociedad y de la familia.

### **11.2 Objetivos Específicos.**

- A.** Contribuir al mejoramiento de la salud del adulto mayor en sus aspectos preventivo y promocional fomentando programas de atención de salud.
- B.** Promover programas que actualicen habilidades y actividades del adulto mayor dentro de sus posibilidades.
- C.** Promover el establecimiento de talleres del adulto mayor tendiente a incrementar el ingreso económico y a que el trabajo sea una terapia.
- D.** Desarrollar y estimular las relaciones interpersonales con la implementación de programas recreativos acorde a las

condiciones físicas, psíquicas y sociales de los adultos mayores.

### 11.3 Funciones.

- **Educación Social.**

Promover la comprensión de la problemática social, en una perspectiva integral, que lleve al usuario a ser parte activa de su entorno.

- **Investigación Social.**

Estudio y conocimiento de la problemática social, para definir el objeto de intervención, en función de una priorización de problemas y necesidades a través de un diagnóstico.

- **Planificación Social-**

Implementar diseños de bienestar a través de la formulación de proyectos que involucren la participación del adulto mayor en la solución de su problemática.

- **Asistencial.**

Prestación de servicios directos, tendientes a solucionar problemas inmediatos. Incluye la prestación de carácter asistencial, para concretar las acciones promocionales.

### 11.4 Tareas Específicas.

- Ser el nexo entre el Centro de Salud y el adulto mayor.
- Motivar y coordinar el tratamiento de salud que recibirá.

- Trabajar con el equipo de salud para detectar problemas que se presenten en la comunidad.
- Apoyar el tratamiento de alguna enfermedad que se les presente.
- Propiciar la participación de la familia y del adulto mayor en el bienestar del adulto´
- Contribuir a un ambiente de armonía entre los integrantes

#### **11.5 Trabajo Administrativo.**

- Informes Sociales en relación a la situación del adultomayor..
- Fichas socio –económicas.
- Referencias de casos sociales.
- Registro de tarjetas familiares.
- Visitas domiciliarias.

#### **11.6 Niveles de Acción del Trabajo Social.**

- Asistencial.
- Promocional.
- Capacitación

#### **11.7 Niveles de Intervención de del Trabajo Social.**

- Caso.
- Grupo.
- Comunidad.

A través de los niveles de intervención, se buscaría lo siguiente:

#### **A. Fuerzas Familiares..**

En cada hogar se desarrolla un particular estilo de vida siendo necesario una recuperación de elementos que cohesionen a la familia y en este sentido las fuerzas de integración afectiva serán importantes alternativas para contribuir al bienestar del adulto mayor.

#### **B. Comunicación Familiar.**

Sin lugar a duda es la comunicación con todas sus características e implicancias la fuerza que dinamiza u obstaculiza la interacción entre los miembros del grupo familiar.

Se le define como un proceso amplio de intercambio de información, opiniones y sentimientos expresados tanto con nuestra actitud verbal como no verbal.

#### **C. Recreación y Manejo del Tiempo Libre.**

Más importante que la cantidad de tiempo en el que los miembros del grupo familiar estén reunidos son las actividades que allí se realicen.

Este aspecto se constituye en una fuerza de integración afectiva en la medida que tenga en cuenta estructurar los planes con criterios de coparticipación.

#### **D. Soporte Afectivo.**

Cumple una función prioritaria de esa célula de la sociedad como es la familia, hoy se presenta como fuerza de integración afectiva pues en la génesis de desarrollo afectivo del ser humano este elemento aparece como decisivo para posibilitar o no el bienestar del adulto mayor.

#### **11.8 Importancia del Equipo Interdisciplinario.**

El análisis de esta coyuntura demográfica, nos arroja un escenario interesante para el desarrollo de la labor profesional de los Trabajadores Sociales. Así los profesionales en este sector, persiguen conocer la realidad de las personas mayores, contribuyendo en todo momento al bienestar de las personas y a la promoción de sus potencialidades, previniendo y detectando de manera precoz la existencia de problemas sociales que dificulten o impidan la integración social de las personas mayores. Para el ejercicio de dicha profesión es pertinente analizar la realidad social, interpretando de una manera científico-técnica la misma, estableciendo una jerarquización de las necesidades y problemas detectados y

elaborando un plan de intervención concreto y orientado a la solución de la problemática existente.

### **11.9 Antecedentes Investigativos.**

No existe trabajo de investigación relacionados a la problemática del Adulto Mayor en el Centro de Salud Metropolitano -Tacna

### **12. HIPÓTESIS.**

Dada las condiciones de la actual crisis económica y los limitados alcances de las políticas que favorezcan al adulto mayor es probable que:

La problemática socio-familiar en la que se encuentran los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Metropolitano-Tacna, presenten características homogéneas.

### **I. PLANTEAMIENTO METODOLOGICO.**

#### **1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

##### **1.1. Técnicas:**

Se utilizó la técnica de entrevista, visita domiciliaria, observación, investigación, bibliografía y documental.

##### **1.2. Instrumento:**

Cuestionario elaborado específicamente con los fines del presente estudio.

## 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.

El presente estudio se desarrolló en el Centro de Salud Metropolitano, de la Provincia de Tacna-2013.

El Centro de Salud Metropolitano se encuentra ubicado en el Cercado de la ciudad de Tacna, en la calle Blondell , Federico Barreto s/n, a una altitud de 600 msnm, junto al Hospital Hipólito Unánue de Tacna.

### 2.1 **Ámbito Geográfico.**

Comprende toda la Jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano de Tacna. Los sectores que tiene como cobertura el Centro de Salud Metropolitano:

**Sector I;** Agrupamiento Los Jazmines, Túpac Amaru I, Pueblo Joven Tarapacá, Urbanización Bacigalupo, Pueblo Joven Cesar Vallejo, Urbanización San José

**Sector II;** Urbanización Arboleda, Urbanización Ramos, Urbanización Santa Elena, Urbanización Los Naranjos, Urbanización Messina, Urbanización Monterrico, Augusto B. Leguía.

**Sector III:** Inclán, Hipólito Unanue, 28 De Julio, Justo Arias Aragüés, Patricio Meléndez, Pueblo Joven C De La Barca, Pasaje Vigil, San Martin, Agrupamiento de Vivienda Francisco Antonio de Zela, Avenida Gregorio Albarracín, Coronel Bustios,

Billingurst, Urbanización Santa Ana, Urbanización Virreyna,  
Urbanización Rueda

**Sector IV:** Villa Militar, Buganvillas.

**Sector V:** Asociación Villa Bella Vista, Asociación De Vivienda Jardines De Tacna, Asociación De Vivienda Andrés A. Cáceres, Urbanización Santa Catalina, Urbanización Gregorio Albarracín, Urbanización El Bosque, Urbanización Santa Rosa, Urbanización Las Camelias, Ciudad Perdida.

**Sector VI:** Urbanización San Pedro, Villa Hermosa, Agrupamiento De Vivienda Rosa Ara, Urbanización Quinta Fátima.

## 2.2. Unidad de Estudio.

La unidad de estudio estuvo constituido por las personas de la Tercera Edad atendidos en el Centro de Salud Metropolitano, que según el Informe de Análisis Situacional Centro de Salud Metropolitano, el total de su población objetiva, son 18,417 habitantes, 2,046 son adultos mayores el cual representa el 11%.

## 2.3. Muestra:

Para la determinación de la muestra se realizó bajo el siguiente procedimiento, haciendo uso de la fórmula para población finita:

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)N}{z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P) + e^2(N-1)}$$

Donde:

n: Tamaño de muestra

N: Tamaño de población (N = 2,046)

1-a 2 z :Abcisa de la distribución normal a un 95% de nivel de confianza

( 2 1-a 2 z = 1.96)

P: Proporción de la característica en estudio (P = 0.50)

E: Margen de error (E = 0.05).

## 2.4 Cálculo del Tamaño de Muestra.

$$n = \frac{1.96^2 (0.50) (1-0.50) (2,046)}{1.96^2 (1-0.50) + (0.05)^2 (2,045)} = 120 \text{ personas.}$$

La muestra será de 120 personas de la Tercera Edad que son usuarios del Centro de Salud Metropolitano.

### A. Criterios de Inclusión.

- ✓ Personas de ambos sexos, mayores de 60 años
- ✓ Personas que viven en el ámbito del Centro de Salud Metropolitano.

### B. Criterios de Exclusión.

- ✓ Personas que no acepten participar de la encuesta

## 3. TEMPORALIDAD.

El tiempo de aplicación del trabajo fue durante los meses Marzo-Mayo del año 2013.

#### **4. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Para la aplicación de la encuesta se tuvo en cuenta:

- a. Presentación del Proyecto al Gerente del CLAS y solicitud de autorización para la aplicación de la encuesta en el Centro de Salud.
- b. Luego se captó en la consulta a los adultos mayores, a quienes previa autorización verbal se les invitó a participar en el presente estudio.
- c. Se revisó las encuestas previamente para proceder a vaciar la información recolectada en una base de datos en el programa EXCELL.
- d. Presentación y análisis de los resultados.

#### **5. RECURSOS.**

##### **5.1 Recursos Humanos.**

- Gerente del Centro de Salud Metropolitano-Tacna.
- Trabajadora Social del Centro de Salud, Lic. Zenaida Cisneros Nina.
- La Graduado.
- Adultos Mayores.

## 5.2 Recursos Materiales:

- Materiales de Impresión: papel bond, bulki, grampas, dispositivo de almacenamiento masivo de memoria USB.
- Materiales de trabajo de campo: ficha de investigación, cuadernos de notas, encuestas, etc.
- Material de Bibliografía y documentos: libros, revistas, etc.

## 5.3 Recursos Institucionales.

- Centro de Salud Metropolitano-Tacna..
- Universidad Católica Santa María de Arequipa.
- Programa del Adulto Mayor del Centro de Salud Metropolitano-Tacna..

## 6. FINANCIAMIENTO.

- Autofinanciado

## 7. CRONOGRAMA.

Ver hoja adjunta.

## CAPITULO II

### PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS

#### 1. PROCESAMIENTO DE DATOS.

La información obtenida mediante el instrumento, fue llevado a cuadros para su posterior análisis, siguiendo los siguientes pasos:

a. Se aplicó el instrumento a cada persona objeto de la investigación para poder recoger la información requerida para el presente estudio mediante el registro de sus respuestas, a las preguntas elaboradas en el instrumento de investigación.

b. Las respuestas fueron ordenadas en cuadros y sometidas al análisis respectivo

c. Para el análisis estadístico se aplicó la distribución de frecuencias y porcentajes.

#### 2. ANALISIS Y PRESENTACION DE RESULTADOS.

Los resultados que a continuación se presentan, en cuadros estadísticos, han sido ordenados según la secuencia del instrumento de investigación, con algunas variaciones que permitieron una mejor sistematización

**DISTRIBUCION SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LA  
POBLACION ADULTA MAYOR****CUADRO Nº 1****EDAD DEL ADULTO MAYOR**

<b>EDAD</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
60 a 70 Años	62	52
71 a 80 Años	44	37
81 a 90 Años	14	11
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta Aplicada al Adulto Mayor Atendido en el C.S.M. Tacna-2013.

**INTERPRETACION:**

Se observa en el presente Cuadro, que el 52%, corresponde al grupo de 60 a 70 años de edad; el 37%, los que tienen de 71 a 80 años; y el 11%, tienen de 81 a 90 años.

Es necesario considerar que entre los 70 a 90 años, existe un porcentaje muy significativo siendo esta edad en que disminuyen las condiciones de poder trabajar .y en muchos de los casos, no tienen una pensión necesaria para poder cubrir sus necesidades, y aquellos que la tienen son muy reducidas, siendo necesario que el Estado piense en este sector de la población para que puedan vivir sin mayores apremios, y contribuir a que tengan una mejor calidad de vida.

## CUADRO Nº2

## SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES

SEXO	F	%
Masculino	48	40
Femenino	72	60
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta Aplicada al Adulto Mayor Atendido en el C.S.M. Tacna-2013.

**INTERPRETACION:**

El Cuadro en mención, permite observar que con el 60%, se benefician de los servicios las mujeres; y con un 40%, también significativo, los varones; de acuerdo al marco teórico, la mayoría de estas personas deben enfrentar una situación social diferente porque muchos de ellos estuvieron dedicados a labores independientes, como también a actividades domésticas, y es necesario tener en cuenta que por los diferentes tipos de actividades que realizaron, su estado de salud está más propenso al deterioro, ya que no han tenido el cuidado ni la guía para su conservación física y mental.

**CUADRO N°3****ESTADO CIVIL**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Solteros	2	2
Casados	58	48
Viudos	40	33
Convivientes	11	9
Divorciados	9	8
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta Aplicada al Adulto Mayor Atendido en el C.S.M. Tacna-2013.

**INTERPRETACIÓN:**

El cuadro muestra que el 48%, son casados; viudos, el 33%; convivientes, el 9%; divorciados, el 8%; y con un mínimo 2%, solteros. El más alto porcentaje nos demuestra que son parejas que se encuentran legalmente unidas, lo que garantiza la continuidad del matrimonio, del hogar y la estabilidad de cada uno de los miembros de la familia, creándose entre ellos lazos de dependencia (con mayor énfasis entre esposos). Al llegar juntos a la tercera edad, los lazos se han estrechado más con el pasar del tiempo, y consecuentemente, al faltar uno de ellos y pasar a un estado de viudez y con ausencia de los hijos, su soledad aumenta y psíquicamente se sienten abandonados no sólo por la familia sino también por la sociedad.

**CUADRO Nº4****GRADO DE INSTRUCCIÓN**

<b>GRADO DE INSTRUCCION</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Sin Instrucción	15	13
Primaria Completa	24	20
Secundaria Incompleta	20	16
Secundaria Completa	42	35
Superior Incompleta	13	11
Superior Completa	6	5
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta Aplicada al Adulto Mayor Atendido en el C.S.M. Tacna-2013.

**INTERPRETACION:**

En el presente cuadro, se observa que el 13%, no tienen instrucción; el 20%, Primaria Completa; el 16%, Secundaria Incompleta; el 35%, Secundaria Completa; el 11%, Superior Incompleta; y el 5%, Superior completa.

Con estos datos, podemos deducir que casi las tres cuartas partes de adultos mayores no tienen un buen nivel de instrucción. Esto explica porque la mayoría han sido obreros, puesto que esta ocupación no requiere de mayor especialización ni estudios, Definitivamente, es conocido en la actualidad esto tiene consecuencias, porque como consecuencia la pensión, si la tienen, está condicionada a este tema.

**CUADRO N°5****LUGAR DE PROCEDENCIA**

PROCEDENCIA	F	%
Puno	15	13
Tacna	24	20
Moquegua	22	18
Arequipa	44	37
Otros	15	12
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta Aplicada al Adulto Mayor Atendido en el C.S.M. Tacna-2013.

**INTERPRETACION:**

La procedencia de los adultos mayores encuestados, muestra que el 13%, procede de Puno; el 20%, de Tacna; el 18%, de Moquegua; el 37%, de Arequipa; y el 12%, de otros lugares del Perú.

La gran mayoría son migrantes porque les ha permitido poder desempeñarse en diferentes actividades y principalmente en el comercio, constituyéndose en foco de atracción para los habitantes de otros departamentos cercanos, y también con el fin de buscar mejores condiciones de vida, deseo de superación personal y lograr un mejor bienestar.

### CUADRO N°6

#### CONDICION DE LA VIVIENDA

TENENCIA	F	%
Propia	17	14
Alquiler-Venta	24	20
Anticresis	22	18
Alojado	44	37
Cuidante	13	11
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta Aplicada al Adulto Mayor Atendido en el C.S.M. Tacna-2013.

### CUADRO N°7

#### TIPO DE VIVIENDA

TIPO	F	%
Material Noble	78	65
Semi-construida	26	22
Rústica	16	13
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta Aplicada al Adulto Mayor Atendido en el C.S.M. Tacna-2013.

**INTERPRETACION:**

Se puede observar, que el adulto mayor, con un 14%, tiene vivienda propia; con un 20%, alquiler-venta; que se constituye también en propia-anticresis, el 18%; alojado, el 37%; y cuidante, el 13%.

El mayor porcentaje es propietario de sus viviendas, las cuales han sido construidas anteriormente con sus propios ingresos o solicitando préstamos a instituciones bancarias, cuando aún estaban en actividad laboral.

Haciendo relación con el tipo de vivienda, se comprueba que el 65%, son de material noble; el 22 %, están semi-construida, o sea, no han logrado todavía acabarla; y en mínimo porcentaje, esto es, el 13%, todavía están en condiciones rústicas. Asimismo el 90%, cuentan con servicios de agua, desagüe y luz, lo que demuestra que en este aspecto se encuentran en una situación o condición más o menos aceptable, pues por naturaleza la persona tiende a lograr su vivienda como medio de seguridad material.

**CUADRO Nº 8****ESTADO DE SALUD**

<b>SALUD</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Buena	18	15
Regular	76	63
Mala	26	22
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta Aplicada al Adulto Mayor Atendido en el C.S.M. Tacna-2013.

**INTERPRETACION:**

Según el estado de salud, el 15%, manifiesta que es buena; el 63%, regular; y el 22%, mala. El mayor porcentaje sufre de enfermedades permanentes, tales como problemas de los riñones, hígado, corazón, presión arterial, colesterol, diabetes, etc.

Pero a pesar de alguna dolencia que padecen, tienen la capacidad de realizar las actividades funcionales necesarias para el autocuidado, lo que les ayuda también para que tengan un mejor estado de ánimo y sentirse útiles para realizar cualquier tarea en su hogar, como también para su familia.

Y los que manifiestan mala, son los que tienen su salud deteriorada por tener enfermedades crónicas.

**CUADRO N° 9****LUGAR DONDE ES ATENDIDO**

LUGAR	F	%
Centro de Salud	86	72
Hospital-MINSA	20	16
ESSALUD	14	12
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta Aplicada al Adulto Mayor Atendido en el C.S.M. Tacna-2013.

**INTERPRETACION:**

El cuadro evidencia, que el 72%, es atendido en el Centro de Salud Metropolitano; el 16%, en el Hospital de Salud MINSA; y el 12%, en ESSALUD

Estas cifras, ponen en evidencia que los adultos mayores no gozan de un sistema de previsión social, como es el goce de una atención en ESSALUD, como sólo lo perciben un mínimo porcentaje que goza de este beneficio, porque en algún momento fueron empleados, obreros y, por ende, adquirieron este beneficio en función de los años de trabajo y aportación que realizaron.

## CUADRO Nº 10

### CON QUIEN VA A SU CONTROL MEDICO

VIVE	F	%
Solo	78	65
Cónyuge	24	20
Hijo	18	15
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta Aplicada al Adulto Mayor Atendido en el C.S.M. Tacna-2013.

#### INTERPRETACION:

El presente cuadro muestra, que el 65%, va solo; el 20%, va acompañado de su cónyuge; y el 15%, lo acompañan sus hijos; en estos últimos casos, la familia, ya sea la esposa o el hijo, asumen la responsabilidad en el cuidado del adulto o de la adulta.

Pero lo lamentable, es que el mayor porcentaje de adultos/as, van solos no teniendo en cuenta los familiares que a medida que se va acercando a la última etapa de la vida van disminuyendo sus funciones auditivas y visuales, generalmente a éstas no hay que considerarlas como enfermedad, sino como un estado fisiológico natural de la vejez, siendo muy necesario tener alguna persona que esté con ellos para darles mayor seguridad.

## CUADRO Nº 11

### PERSONAS CON LAS QUE VIVE

VALORACION	F	%
Solo	46	39
Cónyuge	58	48
Familiares	16	13
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

:Fuente: Encuesta Aplicada al Adulto Mayor Atendido en el C.S.M. Tacna-2013.

#### INTERPRETACION:

De acuerdo al cuadro se observa que el 39%, vive solo; el 48%, con su cónyuge; y el 13%, con familiares.

Estos porcentajes nos expresan, que la gran mayoría vive con su cónyuge; sin embargo, también un porcentaje considerable, vive solo, lo que conlleva a expresar, que los problemas afectivos es probable que contribuyan a la depresión.

## CUADRO Nº 12

### OCUPACION

OCUPACION	F	%
Su casa	78	65
Comerciante	34	28
Jubilado	8	7
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta Aplicada al Adulto Mayor Atendido en el C.S.M. Tacna-2013.

## CUADRO Nº 13

### INGRESOS ECONOMICOS

INGRESOS	F	%
Apoyo de los Hijos	20	17
No tiene ingresos	58	48
Salario Mínimo Vital	32	27
Más del Sueldo Mínimo	10	8
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta Aplicada al Adulto Mayor Atendido en el C.S.M. Tacna-2013.

## CUADRO N°14

### RECIBE AYUDA PARA SU SOSTENIMIENTO

RECIBE	F	%
Si	62	52
No	58	48
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta Aplicada al Adulto Mayor Atendido en el C.S.M. Tacna-2013.

#### INTERPRETACION:

Como se puede observar en el cuadro N° 12, que el 67% se quedan en la casa; un 28%, son comerciantes; y el 7% Jubilados; se nota, que la gran mayoría se queda en su casa, o sea, no generan ingresos, lo cual hace que tengan que ser apoyados por sus familiares. En cambio, un menor porcentaje 35%, si generan ingresos, los mismos que posibilitan su atención y a veces no sólo de ellos, sino de otros familiares que viven con el adulto mayor.

En cuanto a los ingresos, se observa que el 17%, tienen apoyo de los hijos; el 48%, no tienen ingresos; el 27%, alcanzan el salario mínimo vital; y el 8%, superan el sueldo mínimo vital. Como se ve, a

pesar de su edad continúan realizando alguna actividad para tener un ingreso, claro está, menos del sueldo mínimo, pero están ocupados.

El cuadro N° 14, se refiere en lo que concierne a si recibe ayuda para su sostenimiento, se observa que sólo el 33%, si la obtiene; pero la gran mayoría, esto es, el 67%, la respuesta es negativa, por lo que se ven obligados a realizar alguna actividad para poder generar sus propios ingresos, tanto para ellos, como para contribuir con la familia o para alcanzar algo a donde están alojados.



## CUADRO Nº15

## VALORACION DE LAS RELACIONES FAMILIARES

RELACIONES	F	%
Buena	34	28
Regular	54	45
Mala	32	27
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta Aplicada al Adulto Mayor Atendido en el C.S.M. Tacna-2013.

**INTERPRETACIÓN:**

El cuadro en mención nos expresa, que un 28%, las relaciones familiares son buenas; un 45%, son regulares; y un 27%, son malas; podemos ver que un elevado 82%, entre regulares y malas, las relaciones no son buenas, esto tal vez, por el trato poco amable que reciben de los hijos nietos. También manifiestan que existe muy poca comunicación, situación que desfavorece el apoyo emocional que debe encontrar en la familia, considerada como muy importante para determinar la calidad de vida al que puede tener acceso el adulto mayor.

**CUADRO Nº 16****ACTITUD DE LA FAMILIA FRENTE AL ADULTO MAYOR**

<b>ACTITUD</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Dejan que decida	20	17
Le brindan atención	24	20
Intolerancia	49	41
Abandono	27	22
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta Aplicada al Adulto Mayor Atendido en el C.S.M. Tacna-2013.

**INTERPRETACION:**

Se observa que el 17%, dejan que el adulto decida; el 20%, le brindan atención; el 41%, se muestra intolerante; y el 22%, manifiestan que están abandonados.

La familia debe recibir el conocimiento necesario para responsabilizarse plenamente del compromiso que supone comprender sus nuevos roles, acoger y compartir su vida con una persona adulta mayor. Valorar cuanto puede brindar esa persona al grupo familiar de positivo y creativo, sobre todo, teniendo en cuenta que se trata de un ser humano querido, lleno de experiencia y vivencias que, de ser escuchados por los más jóvenes contribuirían a mejorar la vida de todos los miembros de la familia,. aceptando lógicamente, también todas sus limitaciones, problemas y necesidades.

### CUADRO N° 17

#### RECIBE MALTRATO

ACTITUD	F	%
Si	78	65
No	42	35
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta Aplicada al Adulto Mayor Atendido en el C.S.M. Tacna-2013.

### CUADRO N° 18

#### TIPO DE MALTRATO

TIPO	F	%
Verbal	66	85
Físico	12	15
<b>TOTAL</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta Aplicada al Adulto Mayor Atendido en el C.S.M. Tacna-2013.

**INTERPRETACION:**

El cuadro N° 17, muestra que el 65% de los adultos mayores, manifiestan que reciben maltrato por parte de sus familiares; y el 35%, expresan que no. Ahora bien, en cuanto a los que dicen que si reciben maltrato, Cuadro N° 18, el 85%, refieren que es verbal; y el 15%, físico.

Todo esto produce sentimientos de soledad en el adulto mayor, por el distanciamiento de la familia y la pérdida de seres queridos, esto no sólo en el ámbito físico, es decir, por la falta de compañía de otros, sino que también, se vivencia una soledad existencial que ocurre cuando el adulto mayor no se siente tomado en cuenta y, por lo tanto, éste tiende a aislarse.

La familia es la principal fuente de apoyo emocional, cuando este apoyo disminuye o las relaciones familiares son inexistentes o tensas, los efectos negativos pueden ser profundos

**CUADRO Nº 19****SENTIMIENTO DEL ADULTO MAYOR**

<b>SENTIMIENTO</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Satisfecho (Orgullosos, contentos)	42	35
Marginado (Relegado, desprotegido)	78	65
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta Aplicada al Adulto Mayor Atendido en el C.S.M. Tacna-2013.

**INTERPRETACION:**

El cuadro expresa que el 35% de los adultos mayores, se sienten contentos y satisfechos; y el 65%, se sienten marginados, es decir, relegados, desprotegidos

El adulto mayor tanto social como económicamente se encuentra en una situación de marginación de aislamiento, con pocas oportunidades, lo que constituye un factor negativo para el mismo, las políticas del Estado no contribuyen a mejorar las condiciones socio-económicas, pues padecen dificultades por sus limitadas condiciones económicas, asimismo deben crear programas que contribuyan al bienestar, y así eliminen su sentimiento de marginación y postergación,

**CUADRO Nº 20****PRINCIPALES PREOCUPACIONES DEL ADULTO MAYOR**

<b>PREOCUPACIONES</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Soledad	37	31
Abandono Familiar	32	27
Incomprensión	28	23
Desamor de los Hijos	23	19
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta Aplicada al Adulto Mayor Atendido en el C.S.M. Tacna-2013.

**INTERPRETACION:**

En el presente cuadro se encuentra que el 31%, se preocupa por su soledad; el 27%, por el abandono familiar; el 23%, por la incomprensión de la familia; y el 19%, del desamor de los hijos.

La superación de esta problemática no es tarea únicamente del Estado, se hace necesario la participación activa de los propios actores sociales, como: la familia, los medios de comunicación, la comunidad y los propios organismos de personas adultas mayores.

Es necesario, campañas de difusión y sensibilización, sobre lo que significa ser persona adulta mayor y lo que los adultos mayores pueden aportar a la sociedad, y de esta manera, generar toda una cultura de respeto y protección para los que más han vivido.

**CUADRO Nº 21****REPERCUTE SU EDAD EN EL ADULTO MAYOR**

<b>REPERCUTE</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Pérdida de Autoridad	35	29
Pérdida de Prestigio	23	19
Marginación y Postergación (Social y Familiar)	62	52
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta Aplicada al Adulto Mayor Atendido en el C.S.M. Tacna-2013.

**INTERPRETACION:**

En el cuadro de la referencia, se observa que el 29%, su edad repercute en la pérdida de autoridad; el 19%, en la pérdida de su prestigio; y el 52%, expresan que son marginados social y familiarmente.

Indudablemente, que estos porcentajes, expresan que el adulto mayor, a su edad, pierde una serie de bondades cabalmente a consecuencia de su misma edad; para ello, es menester prodigarle mucho afecto y comprensión para que no se sienta aislado y desamparado por los familiares y la sociedad.

## CUADRO Nº 22

### SE DEPRIME FACILMENTE

DEPRIME	F	%
Si	86	72
No	34	28
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta Aplicada al Adulto Mayor Atendido en el C.S.M. Tacna-2013.

#### INTERPRETACIÓN:

En el cuadro se puede, observar que un 72%, se deprime muy fácilmente; y un 28%, no se deprime.

Estas situaciones son muy frecuentes en este tipo de personas por su soledad y por su situación que se encuentran y los que no se deprimen se sienten con más afecto y porque les brindan mayor atención sus familiares.

**CUADRO Nº 23****SIENTE QUE NO SIRVE PARA NADA**

<b>NO SIRVE</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Si	90	75
No	30	25
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta Aplicada al Adulto Mayor Atendido en el C.S.M. Tacna-2013.

**INTERPRETACIÓN:**

Se observa que el 75%, manifiestan que si; y el 25%, manifiestan que no.

De lo anterior, se puede deducir que la mayoría de las personas, a esta edad, se sienten inútiles e indefensos ante los problemas y dificultades que se les presentan diariamente, y esto se debe, a su baja autoestima que tienen, y por ende, dificulta un normal desenvolvimiento en la sociedad, y esto también se ve afectado por la actitud que asume la sociedad frente a ellos.

**CUADRO Nº 24****NIVELES DE AUTOESTIMA**

<b>NIVELES</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Alta Autoestima	28	23
Baja Autoestima	38	32
Muy Baja Autoestima	54	45
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta Aplicada al Adulto Mayor Atendido en el C.S.M. Tacna-2013.

**INTERPRETACIÓN:**

El presente cuadro, nos muestra que un 23%, tienen una alta autoestima; el 32%, baja autoestima; y 45%, muy baja autoestima.

Si adicionamos al 32% de los que tienen baja autoestima más el 45% de los que tienen muy baja autoestima, se puede inferir, que no se valoran no se aceptan ni se respetan a sí mismos, igualmente podrían presentar sentimientos de inutilidad, inseguridad e incertidumbre sobre sus capacidades, así como también miedo a participar de la vida, con las limitaciones adquiridas.

**CUADRO Nº 25****SOBRE SUS EXPECTATIVAS****CONOCE EL PROGRAMA QUE BRINDA EL CENTRO DE  
SALUD**

CONOCIMIENTO	F	%
Si	95	79
No	25	21
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

**Fuente: Encuesta Aplicada al Adulto Mayor Atendido en el C.S.M. Tacna-2013.**

**INTERPRETACIÓN**

Se observa en el presente cuadro, que la mayoría de los adultos que acuden al Centro de Salud, tienen conocimiento con un 79%; y con un 21%, los que no conocen, esto tal vez se deba, a que recién se incorporan al programa.

Esta lectura permite manifestar, la suma importancia que tiene la realización de programas que estén directamente relacionados con la calidad de vida de los adultos mayores y, por ende, con su bienestar social ya que va a favorecer su continuo desarrollo, la posibilidad de generar nuevos saberes, la creación de caminos alternativos de superación, puesto que al aprendizaje se le considera como un proceso siempre activo que se realiza a lo largo de la vida.

## CUADRO Nº 26

## CONSIDERA QUE SON BENEFICIOSOS

BENEFICIOSOS	F	%
Olvidar nuestros problemas	27	28
Conversar	22	23
Tener amigos	12	13
Aprender	34	36
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta Aplicada al Adulto Mayor Atendido en el C.S.M. Tacna-2013.

## INTERPRETACIÓN:

El presente cuadro, permite observar lo siguiente: que son razones que los beneficia en su diario vivir, olvidar sus problemas en un 28%; un 23%, conversar; tener amigos, el 13%; y deseos de aprender, el 36%.

Teniendo en cuenta los años vividos y las vivencias conllevadas, hace que el adulto mayor, tienda a tener amigos, conversar y ocupar su tiempo en la realización de tareas que eviten su aislamiento, y consiguiente estrés, entonces es de orden elaborar programas que posibiliten una mejor calidad en su quehacer diario.

**CUADRO Nº 27****QUE LE GUSTARIA RECIBIR EN EL PROGRAMA**

<b>RECIBIR</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Apoyo económico	10	10
Actividades recreativas	15	16
Pensión 65	51	54
Manualidades	19	20
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta Aplicada al Adulto Mayor Atendido en el C.S.M. Tacna-2013.

**INTERPRETACION:**

En este cuadro se encuentra que, con un 10%, piden apoyo económico; con un 16%, actividades recreativas; con un 54%, pensión 65; y con un 20%, significativo, manualidades.

La actividad en las personas de la tercera edad es muy importante, porque así se debe liberar al adulto mayor de esa imagen de incapacidad de soledad, contribuyendo a consolidar su rol social, a redescubrir sus capacidades y habilidades, enriqueciendo su autoestima al ser protagonista activo dentro del grupo. No es únicamente el pensar en que la población de edad mayor está en crecimiento, sino también que necesitamos de espacios y actividades para ellos.

**3. DIAGNOSTICO SOCIAL**

El Centro de Salud Metropolitano de la Provincia, Distrito y Departamento de Tacna, Institución dedicada a la atención integral individual, familiar y comunal con programas preventivos promocionales de recuperación y rehabilitación; se encuentra ubicado en la calle Federico Barreto N° 101.

Fue constituido el 13 de mayo de 1996 e inaugurado el 26 de mayo de 1995, por el Ministro de Salud, el Dr. Eduardo Yong Motta, iniciando sus actividades de atención de salud el 01 de junio del mismo año.

Fue creado con la finalidad de cubrir las necesidades de la comunidad con actividades de prevención y promoción en la población del Cercado de Tacna.

Las actividades preventivas y de promoción en beneficio de la población, tanto intramurales como extramurales, se realizan conjuntamente con la participación de instituciones y grupos organizados como son: Sector Educación (Instituciones Educativas: Inicial, Primaria, Secundaria, PIET, Wawa-Wasi, Institutos de Educación Superior del cercado de Tacna), Juntas Vecinales del cercado de Tacna, Municipalidad Provincial de Tacna, (Vaso de Leche, Comedores Populares, Mercados, Cunas Infantiles, DEMUNA), Universidad, Fiscalía de Tacna, Grupos de Ayuda Mutua ETS y VIH, etc.

En la actualidad cuenta con personal asistencial, profesional médico, odontólogos, enfermeras, obstetricas, asistentes sociales, Serums, así como también personal técnico en enfermería, administración y mantenimiento haciendo un total de 45 trabajadores

dedicados a la atención de una población asignada a su jurisdicción de 18,417 habitantes.

En el ámbito geográfico se encuentran 45 Centros Poblados.

#### **4. OBJETIVOS.**

- Disminuir la mortalidad materna y neonatal.
- Reducir la malnutrición alimentaria con énfasis en menores de 5 años.
- Prevenir y controlar eficazmente los daños y riesgos prevalentes, con énfasis en las prioridades regionales.
- Promover estilos de vida y entornos saludables.
- Mejorar el acceso oportuno y la calidad de servicios de salud.
- Fortalecer la conducción y gestión sanitaria.

#### **5. VISIÓN**

Ser a nivel regional un establecimiento de salud líder de la atención integral, eficiente, con calidad, competitivo e innovador; moderno y seguro, elevando el nivel de salud y del desarrollo social de la población.

#### **6. MISIÓN.**

El Centro de Salud Metropolitano tiene por finalidad, brindar y garantizar una atención integral de salud con calidad y equidad a la población del Cercado a través del trabajo multidisciplinario efectivo o eficaz, logrando la satisfacción del cliente externo e interno, motivando al desarrollo de estilos de vida saludable.

## 7. IDENTIFICACION DE NECESIDADES Y PROBLEMAS.

- ✓ Violencia Familiar con el Adulto Mayor.
- ✓ Bajo recurso Económico.
- ✓ Bajo nivel Educativo.
- ✓ Presupuesto limitado para la realización de programas de Bienestar Social al Adulto Mayor.
- ✓ Presencia de Enfermedades.
- ✓ Limitado apoyo de profesionales
- ✓ Escasos niveles de comunicación
- ✓ Actitud de rechazo e indiferencia por parte de la familia
- ✓ Soledad, aislamiento, exclusión social
- ✓ Percepción del mal trato psicológico por humillación, gritos y actitudes desagradables de los familiares.
- ✓ Baja autoestima.
- ✓ Relaciones familiares desfavorables (intolerancia, abandono).
- ✓ Infraestructura inadecuada del Centro de Salud.

## 8. DESCRIPCION.

### • **Violencia Familiar al Adulto Mayor.**

Alto índice de violencia al adulto mayor, y comprende actos contra su integridad física, psicológica, descuido de su nutrición, vestido, albergue y de sus cuidados médicos.

- **Bajos Recurso Económicos.**

Cada día se ve más afectada la situación económica de los Adultos Mayores, los ingresos que tiene no son suficientes para satisfacer sus necesidades básicas.

- **Bajo Nivel Educativo.**

La mayoría de los Adultos Mayores no han logrado culminar sus estudios primarios y secundarios, siendo en algunos casos analfabetos.

- **Presupuesto limitado para la realización de Programas de Bienestar Social.**

No se cuenta con un presupuesto real para realizar programas de Bienestar social.

- **Presencia de Enfermedades.**

La mayoría de los Adultos Mayores presentan enfermedades de resfríos, EDA, IRA, bronquios; no olvidemos que ellos, por su edad, fácilmente contraen: diabetes, artrosis, osteoporosis, presión alta, etc.

- **Limitado Apoyo de Profesionales**

La participación es muy limitada de los profesionales.

- **Relaciones Familiares Desfavorables.**

No se recibe un trato amable, afectivo y digno habiendo escasos niveles de comunicación, actitudes de rechazo e indiferencia percibiendo el maltrato y la humillación, gritos y actitudes negativas

- **Soledad, Aislamiento y Exclusión Social.**

Existe una escasa participación directa y activa del adulto mayor, sobretodo en la toma de decisiones, lo que ocasiona el aislamiento, marginación, soledad y exclusión, repercutiendo en su estado psico-emocional, generando disminución en su autoestima, ansiedad, sentimientos de culpabilidad, cambios de su estado de ánimo e inclusive trastornos depresivos.

## **9. PRIORIDADES DE PROBLEMAS.**

### **9.1 Problema Esencial**

La situación actual de nuestro país que irradia sus efectos a todos los sectores poblacionales, incluyendo dentro de estos al adulto mayor, generando una situación crítica y preocupante al afectarles las condiciones de vida, excluyéndolos de beneficios en el ámbito bio-psico-social.

### **9.2 Problema Fundamental**

- Bajo recurso Económico. o dependencia económica.
- Estado de Salud deteriorados.
- Soledad .aislamiento, exclusión social.

- Marginación discriminación social, aislamiento y maltrato
- Problemática familiar expresada en las malas relaciones familiares, la falta de interés y responsabilidad que asumen los hijos demostrando mucha indiferencia y abandono a sus padres.

### 9.3 Problema Incidental

- Limitado apoyo de profesionales
- Presupuesto limitado para la realización de programas de Bienestar Social.
- Bajo nivel de instrucción
- Condiciones de vivienda no son las adecuadas
- Baja autoestima

### 10. PRONOSTICO.

De continuar esta situación de condiciones socio-familiares desfavorables del adulto mayor, usuario del Centro de Salud Metropolitano, probablemente se agudice la soledad, su abandono y falta de protección en que se encuentran, acelerando su declinación y deterioro psico-físico.

### 11. POTENCIALIDADES.

- ✓ Interés y deseo de algunos familiares en la problemática detectada.
- ✓ Apoyo del Centro de Salud.

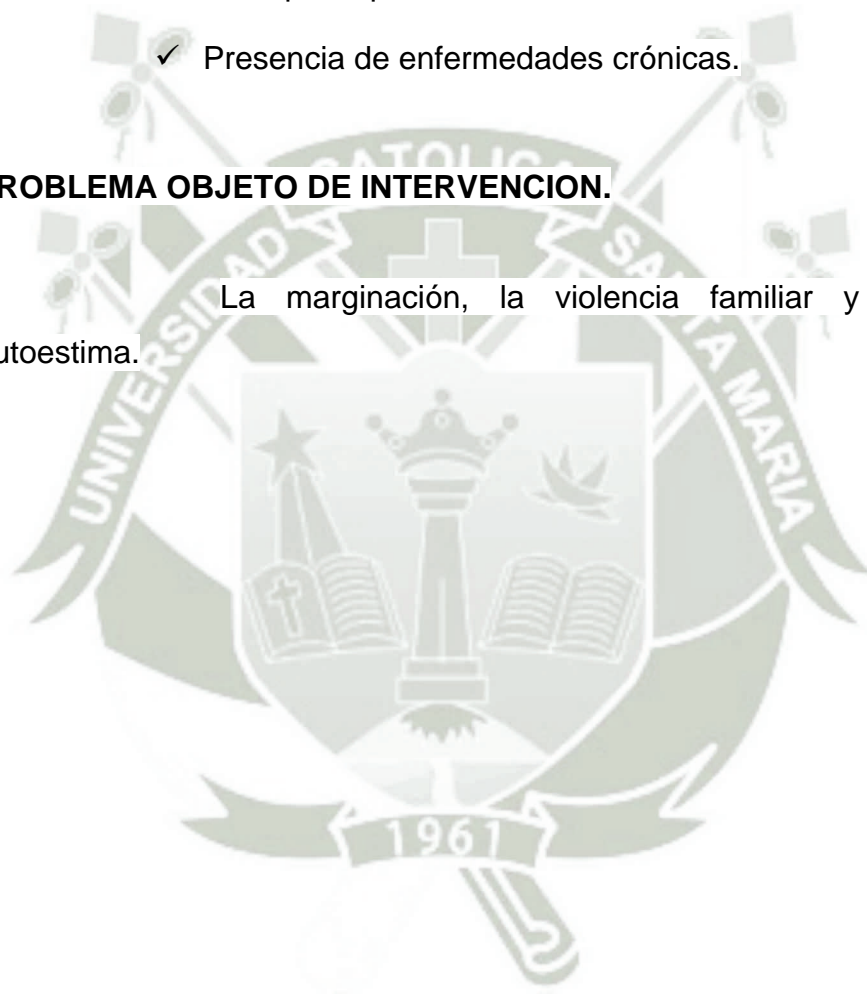
- ✓ Deseo y entusiasmo del adulto mayor.
- ✓ Asistente Social y Graduando.
- ✓ Interés de aprender del adulto mayor.

## 12. LIMITACIONES.

- ✓ Bajos recursos económicos.
- ✓ Poca participación de la familia.
- ✓ Presencia de enfermedades crónicas.

## 13. PROBLEMA OBJETO DE INTERVENCION.

La marginación, la violencia familiar y su baja autoestima.



## **CAPITULO III**

### **PROPUESTA DE TRABAJO SOCIAL PARA LA INTERVENCIÓN EN LA PROBLEMÁTICA DETECTADA**

#### **1. PROBLEMA OBJETO DE INTERVENCION**

La marginación, la violencia familiar y su baja autoestima.

#### **2. PROGRAMACION.**

##### **2.1 PROGRAMA PROMOCIONAL.**

##### **A. JUSTIFICACION.**

La realidad socio-económica en que se desarrolla la vida del adulto mayor coadyuva en gran parte a que éste se sienta inútil ,aislado, postergado así como la vida sedentaria, conflictos familiares y otros de orden biológico y social ,los mismos que van

a determinar y contribuir en la aparición de enfermedades en la vejez.

Por consiguiente, creemos que al proponer acciones tendiente a contribuir a mejorar su problemática estamos ayudando a su bienestar social para que pueda desenvolverse y desarrollarse e integrarse como un agente activo y creador dentro de nuestra sociedad.

## **B. OBJETIVOS.**

### **OBJETIVOS GENERAL**

Contribuir al mejoramiento de las condiciones socio – económicas del adulto mayor para elevar el estado de bienestar del mismo y por ende el de su familia

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

- Mejorar las relaciones familiares intergeneracionales, sensibilizando al círculo familiar sobre la dignidad del adulto mayor.
- Elevar la autoestima del adulto mayor.

## **C. ESTRATEGIAS.**

- Se propiciará la participación en forma colectiva a través de grupos.
- Se agrupará estableciendo criterios de edad ,salud, y habilidades manuales e intelectuales.
- Se propiciará actividades que respondan a las expectativas del adulto mayor.

#### **D. COBERTURA DEL PROGRAMA.**

- Hacer extensiva la invitación a todos los adultos mayores que hagan uso de los servicios del Centro de Salud.

### **3. PROYECTO Nº 1**

#### **3.1 IDENTIFICACION: RECREATIVO- CULTURAL**

#### **3.2 JUSTIFICACION.**

El proyecto se considera importante por el alto porcentaje de adultos mayores que llevan una vida sedentaria debido a la forma de vida afectando su estado emocional cayendo en depresión aislamiento ,baja autoestima por estar en situación de exclusión por parte de sus seres queridos.

Este proyecto va a contribuir a que se sienta mas útil en su medio social, y al mismo tiempo, tenga que influir de manera positiva en el estado anímico, y por ende, en su salud.

#### **3.3 OBJETIVOS.**

##### **OBJETIVO GENERAL**

Propiciar que el adulto mayor participe en las actividades para que desarrolle conductas activas, desterrando el sedentarismo, actitudes depresivas y de baja autoestima.

##### **OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

- ✓ Promover actividades recreativas-culturales que coadyuven al mejoramiento de su estado de salud.
- ✓ Promover la Utilización del Tiempo Libre

### 3.4 ACCIONES.

#### A. De Coordinaciones

- Coordinar con el Gerente del Centro de Salud Metropolitano a fin de que apruebe y apoye con profesionales en las actividades previstas.
- Coordinar con la Trabajadora Social del Centro de Salud.
- Con los familiares de los Adulto Mayor.
- Con los Adultos Mayores del Centro de Salud.
- Coordinar con los adultos mayores sobre el horario de excursiones y visitas.

#### B. De Motivación.

- Realización de entrevista individual y grupal.
- Elaboración de afiches y volantes motivando la participación de los beneficiados y familiares a la acción programada.

- Realización de visitas domiciliaria a cada beneficiario para incentivar la participación.
- Elaboración de un Periódico Mural.

### **C. De Organización.**

- Organización de Grupos de los adultos mayores y familiares.
- Determinar el día y la hora que se realizara las reuniones con los beneficiarios.
- Adecuar el local donde se realizara las reuniones del proyecto.

### **D. De Educación.**

- Elevar la autoestima del Adulto Mayor.
- Modificación de las actitudes de los familiares.
- Envejecimiento saludable: calidad de vida.
- Valores Humanos.
- Deberes y derechos del Adulto Mayor “Ley del Adulto Mayor”.
- Sensibilizar socialmente a la comunidad por medio de campañas que utilicen todos los medios de comunicación social. Cambios de actitudes de la población hacia la vejez.

- Sensibilizar a las familiar en trabajo de talleres y también con visitas domiciliarias sobre la atención el cariño y la dedicación que les deben de dar al adulto mayor.
- Importancia de la prevención y promoción de la salud

#### **E. De Recreación.**

- ✓ Excursiones y visitas ( Conventos, Cine, etc.)
- ✓ Caminatas (Plaza de Armas y otras plazas de la localidad)
- ✓ Organización de Campeonatos:
  - Sapo.
  - Damas.
  - Baile (ambos sexos).
- ✓ Festejos:
  - Día del Padre.
  - Día de la Madre.
  - Día del Centro de Salud.
  - Día del Adulto Mayor.

#### **3.5 TECNICAS.**

- ✓ Entrevistas.
- ✓ Observación.
- ✓ Diálogo Simultaneo:

- Expositiva.
- Diapositivas.
- Periódico Mural.
- Lluvia de ideas.

### 3.6 RECURSOS.

#### A. HUMANOS.

- Adulto Mayores
- Bachiller en Trabajo Social
- Profesionales del Centro de Salud.

#### B. MATERIALES

- Afiches
- Boletines
- Hojas
- Lapiceros
- Impresora
- Computadora
- Movilidad
- Hojas
- Plumones.

#### C. FINANCIAMIENTO

Las acciones del presente proyecto, estarán financiados por el Centro de Salud y la Graduando.

### 3.7 POBLACION

Todos los Adulto Mayor que acuden al Centro de Salud Metropolitano.

### 3.8 RESPONSABLE

Bachiller en Trabajo Social: María Soledad Baluarte Mamani.

### 3.9 CRONOGRAMA.

Este Proyecto, tendría una duración de cuatro (4) meses.

## 4. PROYECTO Nº 2.

### 4.1 IDENTIFICACION: TERAPIA OCUPACIONAL

### 4.2 JUSTIFICACIÓN.

Este Proyecto se propone como resultado del Diagnóstico que se ha arribado, ya que se ha podido detectar ciertas expectativas de los adultos mayores en lograr una capacitación pues la gran mayoría tienen las habilidades para desarrollar labores manuales y así poder lograr que su participación sea activa, donde el temor, la inseguridad, la depresión, sean superadas gracias a las relaciones sociales que entablan ya que se puede percibir mucha socialización entre ellos.

Por ello, al visualizar la contribución de la persona adulta mayor a sus familias y a la comunidad, deconstruir el mito de inactividad e inutilidad social que pesa sobre toda persona que ha superado los 60 años y aprender a mirar el rostro activo, productivo y saludable.

Esta propuesta de mejora, implica un desafío en diferentes áreas: social, cultural, económica, y en la atención de la salud, que no cambió acorde a la situación. Nos encontramos, entonces, con el desafío de generar alternativas para la atención de adultos mayores, para promover su salud, su rehabilitación, su independencia y su participación.

#### **4.3 OBJETIVOS.**

##### **OBJETIVO GENERAL.**

Propiciar actividades apropiadas para desarrollar las actitudes del adulto mayor, haciendo de él un sujeto participativo, colaborador y socializador

##### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- ✓ Fortalecer la autoestima y confianza en sí mismo.
- ✓ Valorar el sentido de la solidaridad, participación, ayuda mutua, y colaboración en la población adulta mayor.

#### **4.4 ACCIONES.**

#### **A. De Motivación.**

- Entrevistas.
- Visitas Domiciliarias para motivar a la familia que participen
- Motivar a los adultos para que participen en dicho proyecto
- Elaboración de afiches y volantes para lograr su asistencia
- Elaborar y difundir volantes sobre la importancia de la familia, conflictos familiares, respeto al adulto mayor.
- Elaborar afiches y videos sobre un envejecimiento feliz.
- Confección de un Periódico Mural.

#### **B. De Coordinación.**

- Con el Director del Centro de Salud.
- Coordinar con las diferentes Areas que participarán en el proyecto.
- Con la Trabajadora Social, Jefa del Area.
- Coordinar con los adultos Mayores para precisar el horario y el día.

#### **C. De Organización.**

- Organizar grupos según afinidad del trabajo que quieren realizar.

- Adquisición de material para los trabajos.
- Adecuación del local donde se realizaran las reuniones.
- Selección de temas a tratar.

#### **D. De Capacitación.**

##### ➤ **Capacitación Social.**

- Modificación de actitudes de la familia.
- Elementos de la calidad de vida.
- Factores protectores de la calidad de vida.
- Envejecimiento y vejez.
- Envejecimiento saludable: salud, nutrición uso del tiempo libre.
- Valores humanos: Justicia, solidaridad, equidad, etc.
- Autoestima.

##### ➤ **Capacitación Técnica.**

- Realización de trabajos de terapia ocupacional en manualidades
- Elaboración de: Bolsas de mercado
- Curso de Cotillón
- Gorritos para fiestas infantiles

- Coronas para fiestas infantiles
- Antifaces.
- Confección de Coronas
- Elaboración de trabajos libres en:
  - Confección de zapatos de hilo
  - Bisutería
  - Pisitos de hilo
  - Cuadros
  - Confección de rosarios
  - Confección de sombreros

#### 4.5 TECNICAS.

- Diapositivas.
- Sociodrama.
- Juego de roles.
- Observación.
- Entrevistas.
- Lluvia de Ideas.
- Papelógrafos.

#### 4.6 RECURSOS.

➤ **Humanos:**

- Beneficiarios o sea los adultos mayores.

- Familia de los adultos Mayores.
- Asistente Social.
- Profesionales especialistas en los temas.
- Técnicos en Manualidades.
- Graduando.

➤ **Institucionales**

- Centro de Salud Metropolitano.
- Universidad Católica Santa María.

➤ **Materiales**

- Útiles de escritorio
- Plan Anual del Adulto Mayor
- Grabadora
- Volantes
- Afiches
- Rotafolio
- Salón de Usos Múltiples
- 

➤ **Financieros.**

Serán asumidos por la Institución y la Graduando.

#### 4.7 RESPONSABLE.

Bachiller en Trabajo Social: María Soledad Baluarte

Mamani.

#### 4.8 CRONOGRAMA.

Este Proyecto, tendría una duración de tres (3) meses.



## CONCLUSIONES

- PRIMERA.-** Las leyes que existen en el Perú no significan un elemento activo en el proceso de acumulación de capital porque se considera que son seres acabados para todo tipo de actividad no reparando que éstos en muy altos porcentajes, están en condiciones de ofrecer importantes conocimientos y experiencias para el desarrollo del país.
- SEGUNDA.-** Las condiciones económicas precarias y la situación de marginalidad de los adultos mayores ha determinado la existencia de numerosos problemas derivados de la insatisfacción de sus múltiples necesidades ocasionando problemas de salud presentando en su mayoría enfermedades propias de su edad (hipertensión, la artrosis, diabetes oftalmológicos etc.,y la mejor manera de afrontarlos, es a través de un conocimiento adecuado de parte de los gerontes.
- TERCERA.-** La gran mayoría de los adultos mayores tienen una marcada dependencia en relación a sus familiares, sean esposos, hijos, nietos, etc.,lo que hace que sean considerados una carga afectando progresivamente su autoestima, ya que se sienten marginados y en muchos de los casos afrontando maltratos físicos y psicológicos lo que hace que asuman actitudes conformistas y de resignación en deterioro de su calidad de vida..
- CUARTA.-** La familia debe actuar como el principal proveedor de apoyo amor, comprensión tolerancia familiar, para su fortalecimiento

y que las personas mayores se sientan útiles con posibilidad de opinar y decidir en acuerdos familiares, para devolverles el trato justo y digno que se merecen.

**QUINTA.-**Las Políticas que implementa el estado son insuficientes para contribuir al bienestar de los adultos mayores por cuanto no se encuentran enmarcadas dentro de sus necesidades y expectativas,

**SEXTA.-** El Trabajo Social ,frente a la problemática del adulto mayor debe sensibilizar a la comunidad para que cambie su actitud frente al mismo,dejando de lado la indiferencia y asumiendo el rol que les corresponde que es el de apoyar y proteger al anciano.

**SEPTIMA.-** La problemática de la Tercera Edad se presenta como un fenómeno de triple dimensión:biológico, psicológico y social, a la que no podemos ser indiferentes, sino identificarnos con ella, ya que todas las personas tenemos que pasar por esta etapa de la vida.

**OCTAVA.-** Es muy importante educar al adulto mayor para que aprenda a envejecer con dignidad y llevar una vida decorosa, por eso se considera importante las capacitaciones y revalorarlo como persona y que no todo es desventaja en la ancianidad que ella conlleva también aspectos positivos

## SUGERENCIAS

- PRIMERA.-** Sensibilizar tanto a los hijos, como a la sociedad para una mayor adhesión, comprensión y tolerancia con los adultos mayores.
- SEGUNDA.-** Trabajar coordinadamente con un equipo multidisciplinario para unificar criterios y consolidar esfuerzos orientado a una enfrentar adecuadamente la problemática del adulto mayor y de esta forma contribuir a mejorar su calidad de vida
- TERCERA.-** Que en las Instituciones Educativas, se debe aprender a respetar, amar y proteger a las personas de la tercera edad para su revaloración en la sociedad.
- CUARTA.-** Dada la importancia de la intervención del Trabajador Social con las personas de la Tercera Edad, es que se hace necesaria la especialización en dicho campo.
- QUINTA.-** La creación de talleres de terapia ocupacional, donde los ancianos realicen trabajos manuales e intelectuales que los constituya en sujetos de acción, y de esta manera, superar el estado de soledad y promocionar sus habilidades y destrezas adquiridas.

## ENCUESTA

### CUESTIONARIO SOCIO- ECONOMICO Y VIOLENCIA FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR

#### I.- CARACTERISTICAS DE LOS PADRES.-

##### 1.- Edad del Adulto Mayor:

60á70	<input type="checkbox"/>	71á80	<input type="checkbox"/>
81á90	<input type="checkbox"/>		

##### 2.- Sexo de los Adultos Mayores:

Masculino	<input type="checkbox"/>	Femenino	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	----------	--------------------------

##### 3.- Estado Civil:

Solteros	<input type="checkbox"/>	Casados	<input type="checkbox"/>
Viudos	<input type="checkbox"/>	Convivientes	<input type="checkbox"/>
		Divorciados	<input type="checkbox"/>

##### 4.- Grado de Instrucción de los Adultos Mayores:

Sin Instrucción	<input type="checkbox"/>	Primaria Completa	<input type="checkbox"/>
Secundaria Incompleta	<input type="checkbox"/>	Secundaria Completa	<input type="checkbox"/>
Superior Incompleta	<input type="checkbox"/>	Superior Completa	<input type="checkbox"/>

**5.-Lugar de Procedencia:**

Puno

Tacna

Moquegua

Arequipa

Otros

**6.- Condición de la Vivienda:**

Propia

Alquiler-venta

Anticresis

Alojado

Cuidante

**7.- Tipo de Vivinda:**

Material Noble

Semi-construida

Rústica

**8.- Estado de Salud:**

Buena

Regular

Mala

**9.- Lugar dónde es atendido:**

Centro de Salud

Hospital: MINSA

ESSALUD

**10.- Con quién va a su Control Médico:**

SoloCónyuge

Hijo

**11.- Personas con las que vive:**

SoloCónyuge

Familiares

**12.- Ocupación:**

Su casa  Comerciante

Jubilado

**13.- Ingresos Económicos:**

Apoyo de los Hijos  No tiene ingresos

Salario Mínimo Vital  Más del salario Mínimo Vital

**14.- Recibe ayuda para su Sostenimiento:**

Si No

**15.- Valoración de las Relaciones Familiares:**

Buena

Regular

Mala

**16.- Actitud de la Familia frente al Adulto:**

Dejan que decida

Le brindan atención

Intolerancia Abandono

**17.- Recibe Maltrato:**

Si

No

**18.- Tipo de Maltrato:**

Verbal

Físico

**19.- Sentimiento del Adulto Mayor:**

Satisfecho (Orgullos, contento)

Marginados (Relegado, desprotegido)

**20.- Preocupaciones del Adulto:**

Soledad

Abandono Familiar

Incomprensión

Desamor de los Hijos

**21.- Repercute su edad en el Adulto Mayor:**

Pérdida de Autoridad

Pérdida de Prestigio

Marginación y Postergación ( Social y Familiar)

**22.- Se deprime fácilmente:**

Si

No

**23.- Siente que no sirve para nada:**

Si

No

**24.- Niveles de Autoestima:**

Alta Autoestima

Baja Autoestima

Muy Baja Autoestima

**25.- Conoce el Programa que brinda el Centro de Salud:**

Si

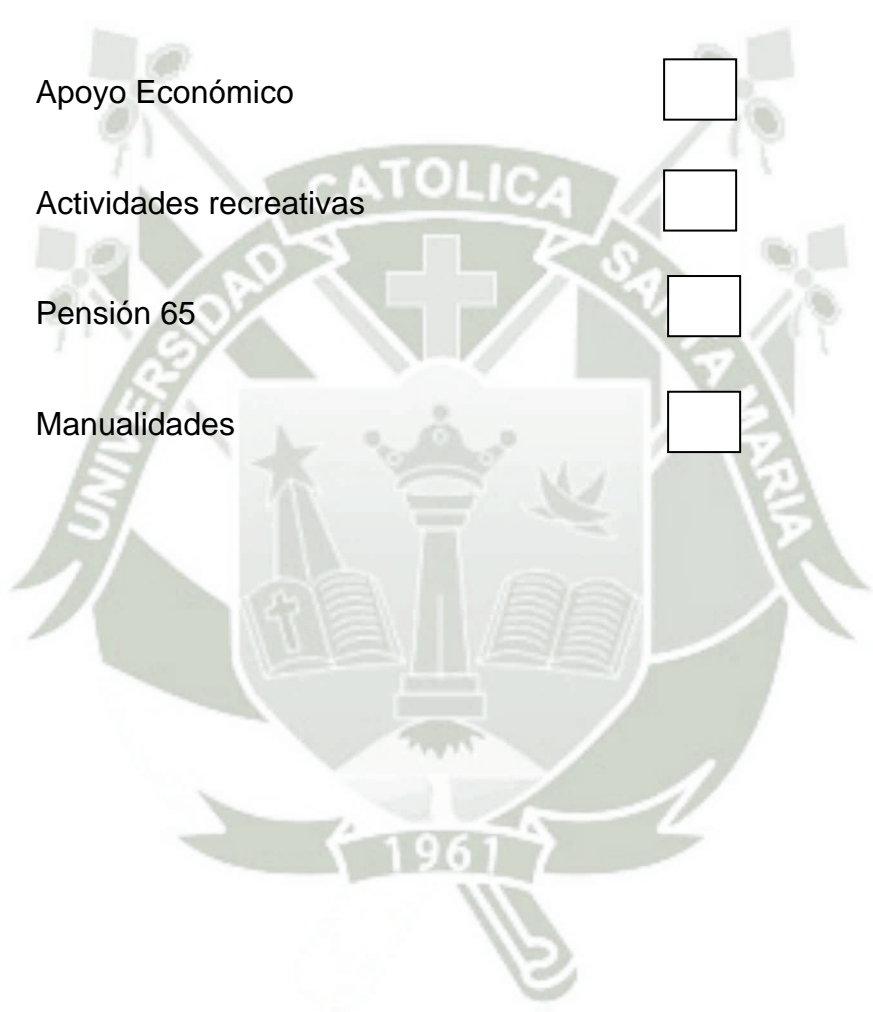
No

**26.- Considera que son Beneficiosos:**

Olvidar nuestros problemas	<input type="checkbox"/>	Conversar	<input type="checkbox"/>
Tener Amigos	Aprender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**27.- Qué le gustaría recibir en el Programa:**

Apoyo Económico	<input type="checkbox"/>
Actividades recreativas	<input type="checkbox"/>
Pensión 65	<input type="checkbox"/>
Manualidades	<input type="checkbox"/>



## BIBLIOGRAFÍA

- **ANDER EGG, EZEQUIEL.**  
“Métodos y Técnicas de Investigación Social”. Editorial HUMANITAS.  
Buenos Aires-Argentina. 1998.
- **ANDER EGG, EZEQUIEL.**  
“Diccionario de Trabajo Social”. Editorial Humanitas. Buenos Aires-  
Argentina. 1985.
- **ARES MUZIO, P.**  
“La familia. Una Mirada desde la Psicología”. Editoril Científico-  
Técnica. 2010.
- **ARTHUR SMITH, EDMUND..**  
“Teoría del Bienestar Social”. Editorial Universo. México. 2000.
- **BENITEZ, ME.**  
“La Familia como Categoría democrática”. Editorial Ciencias Sociales.  
La Habana-Cuba.2003.
- **BUENDIA, J.**  
“Envejecimiento y Psicología de la Salud”. Editorial Siglo XXI. España.  
2008.
- **RM 2 12 2007 RM 941-2007/MINSA:**  
“Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas  
Adultas Mayores”.

➤ **FATACCIOLI, RUBIO.**

“Problemática del Perú y Crisis Económica”. Editorial LAIA. Lima-Perú. 2003.

➤ **FERRARI, KALOUSTIAN SM.**

“Importancia da Familia. In Familia Brasileira” Sao Paulo- Brasil. Cortez/UNICEF. 1997.

➤ **KISNERMAN, NATALIO.**

“Servicio Social de Grupo”. Editorial HUMANITAS. Buenos Aires-Argentina. 2000.

➤ **LANGARICA SALAZAR, RAQUEL.**

“Gerontología y Geriatria”. Editorial Interamericana. México. 1990.

➤ **LALALEO NARANJO, MARCO.**

“La Formación de Valores en la Familia”. Revista Sino Educativo N° 66. Editorial Metrocolor. Lima-Perú. 2001.

➤ **LA FOSSE, VIOLETA.**

“Hacia dónde va la Familia”. Editorial Universo. Lima-Perú. 2000.

➤ **LECLER, JACQUES.**

“La Familia”. Editorial EL TIEMPO. Barcelona-España. 2002.

➤ **ROCABRUNO MEDEROS, JC., PRIETO RAMOS,O.**

“Gerontología y Geriatria Clínica”. Editorial Ciencias Médicas. La Habana-Cuba. 1992.

➤ **QUINTEROS, MARIA**

“Trabajo Social y Procesos Familiares”. Editorial Lumen. Humanitas.  
Buenos Aires-Argentina. 2008.

➤ **SOLAR, MARIA OLGA**

“Trabajo Social Familiar”. Departamento de Trabajo Social. Pontificia  
Universidad Católica. Chile. 2008.

➤ **VIDAL G., ALARCON RD. ,LOLAS F.**

Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría. Editorial Médica  
Panamericana S.A. Buenos Aires-Argentina. 2008.

➤ **VILLAVICENCIO W. ALVARO.**

“La Educación y la Formación del Hombre”. Editorial HUMANITAS.  
Buenos Aires-Argentina. 2006.

## FOLLETOS Y REVISTAS

➤ **DECRETO SUPREMO Nº 005-2007-PROMUDEH**

“Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores”. Lima Perú.

➤ **DECRETO SUPREMO Nº 010-2000-PROMUDEH.**

“Lineamientos de Política para las Personas Adultas Mayores”. Lima-Perú.

➤ **DECLARACION DE LOS DERECHOS HUMANOS.**

Naciones Unidad. París-Francia. 1958.

➤ **PRIMERA ASAMBLEA INTERNACIONAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO.** Viene. 1982.

➤ **SECRETARIA DE CULTURA, RECREACION Y DEPORTES.**

“Programas de Recreación para Adultos Mayores”. 2010.

➤ **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.**

“Manual para el Trabajo con Adultos Mayores. 2005.