

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS SOCIALES Y HUMANIDADES
ESCUELA PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL



**“FACTORES SOCIALES QUE PREDISPONEN AL ABANDONO FAMILIAR
DEL ADULTO MAYOR ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD ALTO
SELVA ALEGRE - AREQUIPA 2015.”**

Tesis presentada por las Bachilleras:

BARBARA CAROLA LINARES BELZO

MARÍA ANTONIETA VELAZCO BARRIGA

Para Optar el Título Profesional de

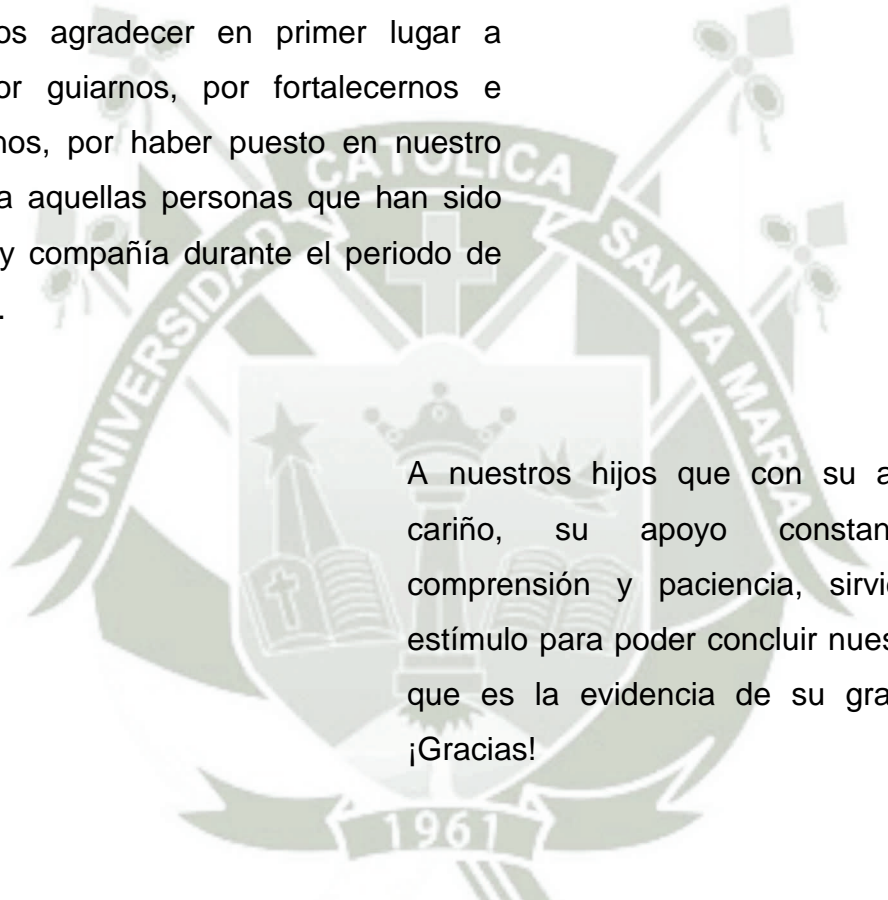
Licenciadas en Trabajo Social

Arequipa Perú

2016


DEDICATORIA

Queremos agradecer en primer lugar a Dios, por guiarnos, por fortalecernos e iluminarnos, por haber puesto en nuestro camino a aquellas personas que han sido soporte y compañía durante el periodo de estudios.



A nuestros hijos que con su amor, su cariño, su apoyo constante, su comprensión y paciencia, sirvieron de estímulo para poder concluir nuestra tesis que es la evidencia de su gran amor. ¡Gracias!

También agradecemos a nuestros familiares y amigos por su apoyo y aliento incesante que ayudaron a cumplir nuestras metas.



AGRADECIMIENTO ESPECIAL

A los docentes de la Escuela Profesional de Trabajo Social, gracias por sus enseñanzas, consejos y por darnos su apoyo y su comprensión en los momentos difíciles a lo largo de nuestra formación profesional. Gracias.

ÍNDICE

Dedicatoria	
Agradecimiento	
Resumen	
Summary	
Introducción	

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO

I. Planteamiento Teórico	1
1. Tema o Problema	1
1.1. Enunciado	1
1.2. Planteamiento	1
1.3. Descripción	2
1.4. Campo y Área de Acción.....	3
1.5. Tipo de Investigación	3
1.6. Interrogantes Básicas.....	3
1.7. Justificación.....	3
2. Objetivos.....	4
3. Marco Teórico.....	5
3.1. Definición de Vejez.....	6
3.2. Teorías del Envejecimiento	7
3.3. Relaciones Sociales del Adulto Mayor	11
3.4. La Familia y el Adulto Mayor	13
3.5. Maltrato y Abandono Familiar.....	17
3.6. Trastornos Psíquicos en el Adulto Mayor	19
4. Hipótesis	23
5. Variables.....	23
6. Operacionalización de las Variables.....	25

II. Planteamiento Operacional	26
1. Tipo de Estudio.....	26
2. Diseño de Investigación.....	26
3. Técnicas e Instrumentos.....	26
4. Campo de Verificación.....	26
5. Ámbito Geográfico	26
6. Unidades de Estudio.....	27
7. Universo y Muestra	27
8. Temporalidad.....	27
9. Recursos.....	27
10. Financiamiento	27
11. Cronograma.....	28

CAPÍTULO II

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

1. Datos Generales	29
2. Grado de Dependencia.....	34
3. Condiciones de Vida que evidencian el Abandono del Adulto Mayor	45
4. Diagnóstico	59
4.1. Ubicación Geográfica	59
4.2. Dirección	59
4.3. Carácter de la Institución.....	59
4.4. Antecedentes Históricos.....	59
4.5. Misión y Visión	61
4.6. Relaciones con el Proceso Productivo en General	61
4.7. Cobertura de Acción de la Institución.....	61
4.8. Tipo de Necesidad Social que atiende	62

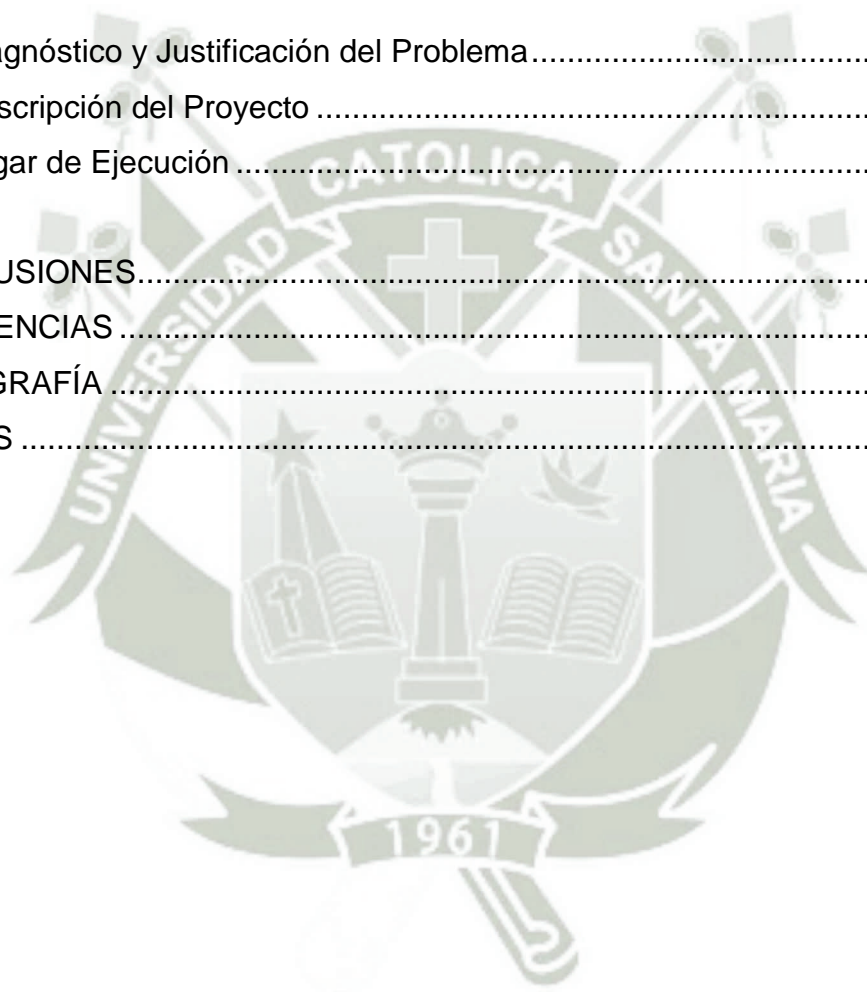
CAPÍTULO III DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO DEL PROBLEMA

1. Descripción del Problema	63
2. Metodología	63

FORMULACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN

1. Diagnóstico y Justificación del Problema	68
2. Descripción del Proyecto	69
3. Lugar de Ejecución	69

CONCLUSIONES	78
SUGERENCIAS	79
BIBLIOGRAFÍA	80
ANEXOS	83



RESUMEN

La investigación denominada: Factores sociales que predisponen al abandono familiar del adulto mayor en el Centro de Salud Alto Selva Alegre - Arequipa 2015, es una investigación de tipo explicativa causal, en la que se evidencia que la edad y el mayor nivel de dependencia económico y físico del adulto mayor predispone a un mayor grado de abandono moral y material de los mismos, dado que los familiares por razones de precariedad económica, tiempo y escaso interés no logran asistir a sus familiares, según sus necesidades, incluso viviendo dentro del mismo hogar.

El mayor porcentaje de los adultos mayores que asisten al Club del Adulto Mayor del Centro Salud de Alto Selva Alegre, son mujeres 68%, con edades avanzadas, siendo las más significativas las edades entre los 70 a más años de edad que representan el 58% del total. La edad avanzada de estos adultos mayores, los predispone a un mayor número de enfermedades crónicas como presión alta, artritis, diabetes; mientras que van perdiendo la mayoría de sus facultades sensoriales como la vista, el oído, y sus capacidades motoras como la capacidad para desplazarse o movilizarse solos; así como las capacidades para vestirse, asearse, y preparar o consumir sus propios alimentos. Esto los predispone a un mayor grado de dependencia tanto económica como de asistencia hacia sus necesidades vitales, por lo que al no poder cumplir cabalmente los familiares de los adultos mayores en asistirlos, muchos de ellos se encuentran en estado de abandono moral y material ya sea temporal o definitivo.

La situación de abandono moral y material, se conjuga con las condiciones de vida precarias en las que vive el adulto mayor, y por la que se evidencia también el abandono material y moral. Se ha encontrado que la mayoría de los adultos mayores, no tienen una adecuada alimentación ya sea porque es deficitaria, 12% de los adultos solo come una vez al día, o porque sus alimentos son poco nutritivos. Su vestimenta no es apropiada, siendo que el

72% tienen ropas cedidas y usadas. Mientras que la vivienda, se caracteriza por ser provisional o mixta en la mayoría de los casos y reducido el espacio que constituye su habitación. Por otro lado, el 68% de los abuelitos no tienen seguro de salud, ni por Essalud ni por el SIS, lo que los expone a un mayor grado de vulnerabilidad.

La investigación encuentra además que la mayoría de abuelitos tienen muy bajos niveles de instrucción, siendo un 16% analfabetos; mientras que un 72% sólo alcanzaron un nivel de instrucción básico, lo que les limita para poder tener un mayor criterio frente a las instituciones que les pueden brindar ayuda y por otro lado, entre quienes tienen capacidad para trabajar, sólo logran insertarse en labores sumamente precarias, propias de su baja calificación de mano de obra, incidiendo en su baja calidad de vida.



SUMMARY

The research: "Social factors that predispose older adults abandonment by their families in the Health Center Alto Selva Alegre - Arequipa 2015", is a causal explanatory research type, which evidence that age and high levels of economic and physical dependence of the elderly, predisposes them to a higher degree of moral and material abandonment, since their families for reasons of economic uncertainty, lack of time and interest, fail to attend their families, according to their needs, even living at the same home.

The highest percentage of seniors who attend the Club for the Elderly of the Health Center of Alto Selva Alegre, 68% are women with advanced age, the most significant among ages 70 years and older, representing 58% of the total. The advanced age of these older adults, predisposes them to a greater number of chronic diseases like high blood pressure, arthritis, diabetes; while most are losing their sensory faculties such as sight, hearing, and motor skills as well as the ability to move alone and the capabilities of dressing, cleaning, and preparing or eating their own food. This predisposes them to a higher degree of both economic dependence and assistance to cover their basic needs, therefore unable to comply fully with their elderly relatives; many of them are in a state of total moral and material abandonment either temporary or permanent. The situation of moral and material abandonment is combined with precarious living conditions in which the elderly live, and the material and moral abandonment is also evident. It has been found that most older adults do not have adequate food either because it is deficient, as 12% of this elder people only eats once a day, or because their food is low in nutrition. Their clothing is not appropriate, being that 72% is wearing used and worn out clothing. While housing is characterized as provisional or mixed in most cases and their room spaces are much reduced. On the other hand, 68% of this elderly people have no health insurance, nor Essalud nor the SIS, which exposes them to greater degrees of vulnerability.

The research also found that most of the elderly people have very low levels of education, still 16% are illiterate; while only 72% reached a level of basic education, limiting them their capacity to reach or contact the institutions that can provide them with help and support, and on the other hand, among those who still have the ability to work, only manage to work in extremely precarious, unskilled type of labors according to their low capacities, which results also in a lower quality of life.



INTRODUCCIÓN

El mundo se encuentra inmerso en un proceso de crecimiento acelerado de su población adulta mayor, los cambios asociados a este proceso en el envejecimiento poblacional y los retos que conlleva son inéditos en la historia de cada uno de los países y sin duda deben ser vistos y enfrentados en un plazo relativamente corto, específicamente en lo que respecta a propiciar un envejecimiento y una vejez con calidad ante todo.

El desenvolvimiento de las personas adultas mayores no tiene por qué ser pasiva o carente de participación en distintos ámbitos de la sociedad. Más aún, debe ser una preocupación de todos, donde el conjunto de cambios individuales, asociados al envejecimiento no impliquen una pérdida de oportunidades y mucho menos de sus derechos. Por lo tanto, el país debe contar con un conjunto de instrumentos de protección e instituciones que la garanticen.

Si cada uno de nosotros hiciera conciencia de lo importante que son los adultos mayores, es probable que las cosas cambien; en especial cuando los que tienen la capacidad de decisión le brinden los espacios y herramientas necesarios para una vida y atención de calidad.

El abandono familiar por las más diversas causas, entre ellas, son determinantes las de carácter económico; otras formas de maltrato y el rechazo a los adultos mayores sin amparo; son resultado también de la crisis ética que vive la humanidad como consecuencia de la crisis económica.

Es necesario que todos reconozcamos la importancia del adulto mayor, que valoremos todos los esfuerzos, sacrificios y enseñanzas que nos han impartido a lo largo de nuestras vidas.

El presente trabajo de investigación, ha sido titulado: “Factores sociales que predisponen al Abandono Familiar del Adulto Mayor en el Centro de Salud Alto Selva Alegre – Arequipa 2015”, y se encuentra dividido en tres capítulos:

En el Primer Capítulo, se presenta el Planteamiento Teórico y Metodológico de la investigación, el mismo que contiene: enunciado del problema, objetivos, marco teórico, hipótesis, variables, operacionalización de las variables, diseño metodológico y cronograma de trabajo.

En el Segundo Capítulo tenemos: presentación y análisis de los resultados de la investigación detallando debidamente el proceso de recolección de datos con sus respectivos cuadros estadísticos e interpretaciones, para luego incluir el conocimiento de la institución.

En el Tercer Capítulo consideramos el diagnóstico específico del problema, así como el proyecto de intervención, el que consta de: justificación del problema, descripción, metas, actividades y recursos.

Finalmente se adjunta las conclusiones, sugerencias que señalan los resultados de nuestra investigación, bibliografía y anexos respectivos.



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO Y METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. TEMA O PROBLEMA

1.1. Enunciado del problema

“Factores Sociales que predisponen al Abandono Familiar del Adulto Mayor atendido en el Centro de Salud Alto Selva Alegre – Arequipa 2015”.

1.2. Planteamiento del problema

El ser humano que tenga 60 años en adelante, la sociedad y “la Organización Mundial de la Salud lo considera como un anciano, persona de la tercera edad, viejo, adulto mayor y actualmente lo llaman adulto en plenitud; hay que partir entonces de una idea de ser anciano que de acuerdo a la semántica y la cultura: es la persona que encaja en una categoría colectiva de edad, como ocurre igualmente como ser niño, adolescente o adulto”

Hoy en día es común la vivencia y convivencia con los ancianos, pero por el ajetreado, constante y continuo trabajo se les ha generado o considerado como molestias, porque no saben lo que dicen, para la definición de los economistas los ancianos se han convertido en algo improductivo y constituyen una pesada carga en la sociedad, desafortunadamente algunos adultos mayores tienen esa misma visión de ellos mismos.

El concepto o definición exacta de anciano o de tercera edad no tiene una definición clara y concisa, ya que las edades de relación cronológica y biológica difieren según el entorno donde se

encuentra, la proyección que tienen las empresas es describirlos como una persona con más de 40 años, para el deporte es más de 30 años, la mayoría media que son sus hijos los consideran ancianos cuando se convierten en adolescentes.

Sin embargo, hablar de la tercera edad es considerar que sus condiciones son distintas, que sus cuerpos adoptan distintos cambios físicos, psicológicos y sociales, estos son determinantes en su conducta y estado de ánimo, estos cambios frecuentes son desfavorables, y lleva aparejado ciertos niveles de frustración o depresión, lo cual genera el abandono de ellos mismos, muchas veces desencadenando depresión grave e incluso llevando a algunos individuos a la muerte.

Llegar a la tercera edad, aumenta en la persona distintos padecimientos físicos y mentales, generalmente esto hace que la familia excluya al adulto mayor en cierto modo y trata con cierta delicadeza de deshacerse de él, muchas veces lo ingresan en un asilo o casa hogar para adultos mayores y prácticamente son abandonados.

Los prejuicios sociales afectan de manera directa al adulto mayor que día a día son más marginados, muchas veces se les atribuye que ya no tienen memoria, ya no razonan, no se puede hablar con ellos porque desvarían, ya no tienen necesidades sexuales, y sólo les queda conformarse con cualquier cosa por ejemplo estar sentado horas y horas observando el movimiento de los demás.

1.3. Descripción

Como resultado de las prácticas realizadas en el Centro de Salud de Alto Selva Alegre, se pudo determinar que existe un alto índice de adultos mayores en estado de abandono por parte de sus familiares.

Al respecto, no existe estudio que determine las consecuencias de este problema, el que consideramos es de importancia por lo que existe la necesidad de realizar éste trabajo de investigación que beneficiará tanto a la Institución como a las autoras del Proyecto.

1.4. Campo y área de acción

Campo: Ciencias Sociales

Área: Trabajo Social

Línea de Acción: Abandono del Adulto Mayor

1.5. Tipo de investigación

El tipo de Investigación es Explicativa Causal

1.6. Interrogantes básicas

- ¿Cómo están asociadas las características personales y el nivel de abandono de los usuarios adultos mayores de 60 a 80 años atendidos en el Centro de Salud de Alto Selva Alegre – Arequipa 2015, al abandono familiar ?
- ¿Cuál es el nivel de abandono familiar en usuarios de 60 a 80 años atendidos en el Centro de Salud de Alto Selva Alegre – Arequipa 2015?
- ¿Cuáles son las características familiares del adulto mayor de 60 a 80 años en estado de abandono familiar del Centro de Salud de Alto Selva Alegre – Arequipa 2015?

1.7. Justificación

El abandono del adulto mayor en el Centro de Salud de Alto Selva Alegre – Arequipa genera un desinterés y falta de respeto por parte de la familia y la sociedad hacia las personas de la tercera edad que en su debido momento ofrecieron, trabajaron y dieron todo por sus hijos y/o seres queridos; merecen llevar una vida digna y tranquila, no se debe considerar sus defectos ya que como seres humanos nadie es perfecto y finalmente se debe mostrar el sentido humano hacia estas personas, ya sean ajenas o familiares.

Los cambios físicos, mentales y psicológicos muchas veces no son conocidos por el entorno de las personas de la tercera edad, se debe tener en cuenta que estos surgen con la vejez; la sociedad no comprende lo que implica llegar a esta etapa, catalogan a los adultos mayores como personas con pérdida de sus capacidades y habilidades, o el deterioro de su organismo y funciones vitales, pero no se les ve como seres humanos valiosos que han acumulado sabiduría y experiencia, lo cual puede contribuir mucho con las nuevas generaciones, sumando así al progreso de nuestra sociedad por lo que tenemos que aprender y sentirnos orgullosos de ellos.

La presente investigación trata de contribuir, al conocimiento de las condiciones de vida y del estado de abandono moral de estos adultos mayores, condiciones por las que pasan muchos otros en diversos ámbitos y lugares de la región y del país, por lo que se considera que la investigación es relevante. También se espera que el adulto mayor sea reconocido y desarrolle a plenitud sus habilidades de acuerdo a su edad, el propósito de la presente investigación es contribuir a que los adultos mayores tengan una vida digna y sobre todo de calidad.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

- Determinar Factores sociales que predisponen al Abandono Familiar del Adulto Mayor en el Centro de Salud Alto Selva Alegre – Arequipa 2015.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de abandono familiar en usuarios de 60 a 80 años atendidos en el Centro de Salud Alto Selva Alegre - Arequipa 2015.
- Identificar la asociación entre las características personales y el nivel del abandono familiar en usuarios de 60 a 80 años atendidos en el Centro de Salud Alto Selva Alegre - Arequipa 2015.

- Establecer las características familiares y el nivel del abandono familiar en usuarios de 60 a 80 años atendidos en el Centro de Salud Alto Selva Alegre - Arequipa 2015.

3. MARCO TEÓRICO

Según los estudios demográficos de las Naciones Unidas, en el año 2000 el mundo contaban con 590 millones de personas de setenta o más años de edad y en el año 2025 serán 1100 millones, con un aumento del 224 por 100 en relación con las cifras de 1975. Dicha población habitará tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo.

Entre los logros obtenidos en el siglo XX con los avances de la tecnología y del conocimiento científico, tenemos el aumento de la expectativa de vida de la población, lo que trajo como consecuencia una revolución demográfica, hecho para lo cual los diferentes estados no estaban preparados para asumir. Podemos decir que los países industrializados cuyo crecimiento poblacional de adultos mayores se desarrollaron en forma gradual, está en mayor capacidad de adaptarse y de ajustar los planes de acción ya proyectados para esta situación.

Mientras los países que están en vía de desarrollo viven en la inmediatez, escasamente pueden afrontar su situación actual y no han contemplado las políticas necesarias para legislar, no tienen estrategias para enfrentar este nuevo y arrollador desafío y por la falta de tecnología y recursos no tienen manera de prepararse para asumir el crecimiento de una población que en el año 2025 llegará a ser cuatro veces mayor a lo esperado.

La persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes, por ello las necesidades humanas deben entenderse como un sistema en que las mismas se interrelacionan e interaccionan y se satisfacen en tres contextos: en relación con uno mismo, en relación con el grupo social y en relación con el medio ambiente.

La satisfacción de las necesidades de la especie humana, es lo que condiciona la llamada " Calidad de Vida" y esta es, a su vez el fundamento concreto de bienestar social.

El envejecimiento ha sido definido también como todas las modificaciones morfológicas, bioquímicas y psicológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos.

En la actualidad el índice empleado comúnmente para medir el envejecimiento es la edad cronológica de 65 años o más. Se considera que una población con unos diez o más por ciento de personas con 65 o más años de vida indica la presencia de una estructura poblacional anciana o de edad avanzada.

La gerontología está dirigida al examen de las condiciones del ambiente social de la vejez. Atención especial se brinda al problema de la preparación del anciano para enfrentar los cambios propios de la edad, y a la preparación de la sociedad para garantizar el bienestar del anciano.

Los adultos mayores constituyen la mayor parte de consumidores relativos y absolutos de servicios de salud y medicamentos, lo que determina una preocupación en todos los países donde la tendencia demográfica indica envejecimiento poblacional por la cantidad de recursos que tienen que destinar a la tercera edad.

Las políticas sociales y las instituciones prestan los servicios establecidos como apoyo formal. El apoyo informal, lo constituyen, la familia, los amigos y los vecinos que integran dicho sistema, esto se fundamenta en la dedicación y cooperación que emana de los sentimientos afectivos y de un sentido de solidaridad.

3.1. Definición de vejez

El envejecimiento es un proceso evolutivo natural en el recorrido de la vida del ser humano.

Según Piña (2004) plantea "viejo" como homónimo de limitación y deficiencia produciendo la percepción social que la enfermedad, la

vulnerabilidad, la pasividad y la dependencia son aspectos normales de este periodo.

Este conjunto de estereotipos y prejuicios desde un plano ideológico, es plasmado por el autor Leopoldo Salvarezza también con el nombre de “viejismo”: discriminación al viejo por su edad. Viejo por tanto se asocia con declinación mental y física -hasta con enfermedad-, un aspecto indeseable al estimular temores sobre la propia vejez. ¹

La etapa de la vejez es una etapa innegable que generalmente se inicia a partir de los años 60, a partir de esta edad el adulto mayor experimentará cambios en su cuerpo, es decir, cambios físicos y psicológicos, uno de los factores principales son los cambios en la memoria, el aprendizaje, la atención, la orientación y la agilidad mental, estos son retraídos por el proceso de envejecimiento de la persona, también se relacionan a la personalidad, el medio social, el ambiente familiar y el espiritualidad de vida que la persona ha tenido a lo largo de su vida.

Llegar a la tercera edad es manifestar disminución de las funciones orgánicas, pero ello no representa inutilidad o limitación.

3.2. Teorías del envejecimiento

Según la teoría del envejecimiento programado o primario, toda especie envejece y la humana no es la excepción, se envejece según patrones predeterminados, esto genera un patrón de senectud la cual implica la disminución de la eficiencia en ciertas funciones.

Existen distintas maneras de envejecer, ello depende de una u otra persona y la intensidad con la que se generan sus cambios físicos y biológicos, según la teoría de desgaste o envejecimiento secundario esto sería porque el cuerpo se deteriora por un uso continuo que

¹ Cfr. SALVAREZZA, Leopoldo, Psicogeriatría: Teoría y Clínica, Editorial Paidós, Argentina, 1996, pág 23.

existen en sus estresores internos y externos, como la enfermedad y el abuso del cuerpo humano, ello puede acelerar el proceso de desgaste o envejecimiento.²

Según plantea Cummings y W. E. Henry, en su teoría de desapego o retiro, la cual manifiesta que a lo mencionado anteriormente, la adultez tardía es un proceso de alejamiento normal, universal y necesario.

De acuerdo a la teoría del desapego, *“El envejecimiento produce una reducción en el sujeto además por manifestar un desinterés tal por las actividades y objetos que lo rodean, esto implica un apartamiento sistemático, esta teoría manifiesta que las personas a mayor edad se separan o se excluyen de la vida de los demás, se sienten incomprendidas, menos comprometidas emocionalmente, se vuelve absortos en sus propios problemas y sentimientos, esto genera una consecuencia en el individuo de desapego social, esto según la percepción de la persona de la tercera edad es para generar un desarrollo económico en su familia y no generar costos o gastos extras que generen su persona” (Morris 2001).*

Lograr una amplia integridad en el adulto mayor implica un buen nivel de madurez el cual le permitirá unificar vivencias y decisiones personales en el apoyo de sus familiares más joven, de este modo la integridad contribuye a que el adulto mayor presente una desesperanza, alcanza su plenitud del yo, aceptando, conociendo sus limitaciones que le han generado cambios actuales y comprendiendo que su vida ha cambiado y sólo depende de él si es satisfactoria o insatisfactoria.

Papalia (1997) presenta un concepto que si el adulto mayor no logra una aceptación, se enfrentará a una desesperanza abrumadora por la pérdida de sus roles y responsabilidades, será un resultado en el que el sujeto no asimilen y hacerse con facilidad la proximidad de su

² Cfr. PAPALIA, Diane y WjajagfENDKOS O, Sally, Desarrollo Humano, Editorial Mc Graw -Hill, México, 1997, págs. 570 y 571.

muerte pues aún le teme, aunque manifieste desprecio por la vida continúa anhelando vivirla, aquellos adultos mayores que sufren desesperanza consideran que tienen poco tiempo para empezar de nuevo y aprender caminos alternos para mejorar su situación económica y emocional.

En cambio Erikson (2000), añade un nuevo y último estadio en edad la cual está comprendida entre 80 y 90 años este estadio que plantea es la gerotrascendencia, el cual es un camino hacia la madurez y sabiduría para evitar la desesperanza la cual resultaría fácil de padecer si el individuo va perdiendo más su independencia, control y autonomía que limiten aún más sus pérdidas, este concepto es una cualidad que permite una nueva redefinición del yo, de su tiempo de vida y de la muerte.

Esta teoría de Ericsson no es simplemente una definición de la crisis del adulto mayor, sino que plantea el ciclo de vida que fundamenta e introduce la noción de la vejez como una etapa más en todo el proceso del ciclo de vida del ser humano.

Analizando el modelo sistémico se aprecia que el adulto mayor al encontrarse formando parte del ciclo de vida familiar tiene que enfrentar un último periodo en su larga existencia en la cual tiene que integrar sus pérdidas y se caracteriza de la siguiente manera:

- *tareas: asimilar y enfrentar sus pérdidas, física, intelectual y emocional.*
- *conflictos: son cargas familiares mal distribuidas y conflictos generados por la propia edad*
- *patrones disfuncionales: sobre identificación con personas difundas y sobre involucrar viento con el sobreviviente*

Las etapas de desarrollo del individuo coexisten dentro de la familia, por ello los cambios que se dan dentro de la familia o en

algún miembro de ellos afecta dinámicamente al adulto mayor, asimismo se dan roles y relaciones muchas veces estos roles excluyen o minimizan al adulto mayor generando en el consentimiento de inservible.

3.2.1. Modificaciones psíquicas

Existe una gran variedad de teorías que se han interesado por explicar cuáles son los cambios que se producen en la psique de la persona de la tercera edad, sin embargo, una de ella resulta de suprema relevancia al momento de tratar el tema del envejecimiento y la vejez, y esta es la de Erick H. Erikson que se denomina “teoría epigenética”. Esta constituye la primera teoría psicoanalítica que trató profundamente en el tema del envejecimiento al diseñar su modelo de las etapas de desarrollo.

La “epigénesis” (palabra tomada de la embriología) es el principio orgánico que le permitió a Erikson tener la fundamentación somática del desarrollo psicosexual y psicosocial.

De la misma manera que Freud(1988) consideró la sexualidad infantil y sus estadios pregenitales de la sexualidad - que cuestionó la concepción que consideraba que la sexualidad aparecía y se desarrollaba durante la pubertad, no antes-, la embriología después llegó a reconocer el desarrollo epigenético (evolución paso a paso de los órganos fetales). La semejanza y relación entre estos dos avances en la concepción de la sexualidad infantil y la embriología es el hecho que refleja una secuencia del desarrollo por estadios.

Erikson (2000) hace uso tanto de la epigénesis como de las etapas pre genitales en la niñez, para considerar al ser humano como un organismo en maduración que continúa

evolucionando planificadamente aún luego de su nacimiento y desarrollando una secuencia preestablecida de sus capacidades (físicas, cognitivas y sociales).

El autor planteó entonces que la existencia del ser humano está relacionado siempre con tres procesos de organización, complementarios el uno con el otro. Sin importar el orden en que se describan, estos son: proceso biológico de organización jerárquica de los sistemas orgánicos que conforman un cuerpo (*soma*), el proceso psíquico que se encarga de organizar toda experiencia individual a través de la síntesis del yo (*psyché*), y, el proceso comunal que se refiere a la organización cultural de la interdependencia de las personas (*ethos*). Estos tres procesos son fundamentales para explicar todo suceso humano integral, aunque cada cual posea sus métodos de investigación.³

3.3. Relaciones *sociales del adulto mayor*

3.3.1. Relaciones de pareja

Carme Borrell 2007 a lo largo de la vida las personas eligen parejas, las cuales posteriormente se convertirán en su cónyuge y mejorar la vida, posteriormente se convierte en su cónyuge y será un apoyo mutuo entre ambos seres, ello les incrementará sus defensas y entre ambos solucionarán los problemas que generan envejecer juntos.

Las relaciones matrimoniales de larga duración, evolucionan según los cambios que presenta las personas y a medida que envejecen, la confianza entre ambos cónyuges lazos y vínculos muy estrechos. A lo largo del matrimonio pareja manifieste indicadores emocionales, asimismo presentan etapas y niveles de inicial alto o bajo de acuerdo a la

³ Cfr. ERIKSON, Erick H., “El Ciclo Vital Completado”, Edición revisada y ampliada, Editorial Paidós, España, 2000, págs. 33- 39.

conflictividad, actividad sexual o la intensidad emocional que ambos cónyuges generen, esto irá disminuyendo paulatinamente con el tiempo.

En la tercera edad las personas presentan diversas afecciones de salud y sus necesidades físicas y fisiológicas se ven afectadas severamente, sin embargo al tener un cónyuge del cuidado es mutuo ya que el vínculo que generaron es muy fuerte, demostrándose amor compatibilidad y compañerismo, es decir que el matrimonio en la edad adulta manifiesta beneficios, entre ellos intimidad sexual, intimidad emocional, dependencia y sentido de pareja. El éxito en el matrimonio está relacionado con la capacidad de la pareja en adaptarse y apoyarse mutuamente (**STASSEN 2001**).

3.3.2. Relaciones de amistad

A lo largo de la vida la elección de los amigos representa un factor importante en el desarrollo personal y emocional de la persona, más aún en la tercera, ya que se genera un afianzamiento sobre sus propias vidas.

En la tercera edad la amistad tiende a ser más fuerte en íntima dentro y fuera de sus hogares, en el caso masculino, su lazo amical puede ser con hombres o mujeres, en cambio las mujeres tienen una preferencia de amistad con su mismo sexo (**STASSEN 2001**).

El mantener los lazos de amistad genera en el adulto mayor un vínculo que ayudará a un buen envejecimiento.

3.3.3. Relaciones familiares

El papel que juega la familia en relación al adulto mayor, es que se le ayude a desarrollar y mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

En la familia se presenta entre signos de unidad, se mantiene una convivencia, una ayuda mutua que es la necesidad y capacidad de ofrecerla a su familiar de la tercera edad, todo ello se tiene que brindar mediante el afecto compartido.

3.4. La Familia y el adulto mayor

3.4.1. Familia

La familia como un sistema que opera dentro de contextos sociales específicos, tiene tres componentes. En primer lugar, la estructura de una familia es la de un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación. En segundo lugar, la familia muestra un desarrollo desplazándose a través de un cierto número de etapas que exigen su reestructuración. En tercer lugar, la familia se adapta a las circunstancias cambiantes de modo que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro (Minuchin 1982).

Hoy en día la familia es considerada el núcleo fundamental de la sociedad, dentro de la familia se generan lazos afectivos que unen a sus distintos integrantes y generan funciones que ellos desempeñan. Dentro de la familia, se generan relaciones interpersonales entre los miembros que la componen. También en la familia, se presentan muchas veces disfuncionalidad, así como también están presentes los grados de satisfacción y se generan necesidades biológicas, psicológicas y sociales entre sus integrantes. La familia es un sistema abierto que cuenta con una dinámica particular y tiene que adaptarse a los constantes cambios y crecimientos de la familia.

3.4.2. Funcionabilidad y disfuncionalidad en la familia

La familia y su funcionamiento no se puede definir como una evolución de todo o nada, si una familia está mal conformada o sufre disfunción, sus miembros se convertirán en personas con problemas psicológicos y mentales.

Según la escala de evaluación global de la actividad relacional (EGAR) la familia con funcionamiento satisfactorio proyectan acuerdos en las rutinas diarias y flexibilizan la implementación de cambios necesarios, todos sus conflictos se resuelven mediante la comunicación, se establecen acuerdos y condiciones a sus funciones o tareas, ellos presentan una atmósfera cálida donde cualquiera de sus miembros puede expresarse libremente sus sentimientos, además comparten valores.

Una familia funcional tiene los siguientes elementos;

- Lazo parental fuerte: la familia tiende a ser democrática, mostrando liderazgo de uno o ambos padres que se apoyan mutuamente en la crianza de sus hijos.
- Proyectan límites y fronteras entre los individuos, la comunicación es clara y flexible.
- Las alianzas interpersonales son afines con sus metas y dentro de su filosofía no perjudica a nadie.
- Tienen roles complementarios, los cuales se adecúan a las circunstancias cambiantes.
- Su comunicación entre los miembros familiares es clara y directa, siempre buscan soluciones a sus problemas y no se agreden mutuamente.
- Forman redes de apoyos con personas fuera del

vehículo familiar.

- Garantizan su autonomía e independencia de los integrantes del grupo familiar además de permitirle su crecimiento individual.
- Se apoya la continuidad y la adaptabilidad ante los cambios internos y externos de la familia.

3.4.3. La familia como red de apoyo social

Existen muchas definiciones sobre las redes sociales, según Guzmán (2003) *una práctica simbólica-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permite mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y evitar así el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que afectan al sujeto. Cuando se habla de redes sociales, está implícita la idea de intercambio de apoyos, que constituye la esencia de la existencia de las redes.*

Las redes sociales están determinadas por su eficacia, por la calidad, frecuencia y efectividad en la disponibilidad de apoyo, ello implica que no necesariamente pertenecer a una red social es signo de estar protegido.

Citando a Khan y Antonucci se considera al apoyo social como el conjunto de transacciones interpersonales que opera en las redes y que contienen ayuda, afecto y afirmación. Existen cuatro tipos básicos de apoyo: materiales (dinero, alojamiento, comida, ropa, pago servicios), instrumentales (cuidado, transporte, labores del hogar), emocionales (afectos, compañía, empatía, reconocimiento, escucha) y cognitivos (intercambio de experiencias, información, consejos). Estos apoyos pueden

tener específicamente dos fuentes: formales e informales; los primeros tienen una organización burocrática y los segundos se encuentran conformados por redes personales y redes comunitarias no estructuradas como programas de apoyo: red familiar, red de amigos y vecinos, redes comunitarias.⁴

La familia siempre será una fuente de apoyo, la convivencia es una de las formas más frecuentes de apoyo y se plasmarán hasta la edad adulta, ello no escapan los adultos mayores, sin embargo, es palpable la problemática de las distintas familias de asumir su responsabilidad en el cuidado del adulto mayor.

3.4.4. Posición del adulto mayor en la familia

Según Guzmán (2003). “Estudiosos de la tercera edad han señalado cómo con la pérdida de la capacidad funcional se devalúan la posición y la función social, así como la familiar, se produce cierto aislamiento social, además de que suelen aparecer tensiones y cambios en los roles y relaciones del anciano.”

El adulto mayor y su rol dentro de la familia, no siempre tienen un rol pasivo o dependiente, un segmento importante de ellos aporta al bienestar de la familia proporcionando recursos económicos, haciendo responsable de muchas tareas domésticas, y una tarea importante es el cuidado de los niños o nietos, el adulto mayor contribuyente y ayuda en el bienestar de los hijos, nietos, parejas y demás personas que lo rodean.

⁴ Cfr. Guzmán M.J., Huaenchuan S., y Montes de Oca, Redes de Apoyo Social de Personas Mayores en América Latina y el Caribe, Publicación de las Naciones Unidas, Santiago de Chile, 2003, págs. 25 y 26.

3.5. Maltrato y abandono familiar

3.5.1. Maltrato hacia los adultos mayores

La definición de maltrato a los adultos mayores tienen distintas definiciones:

El maltrato de personas mayores es cualquier acción (...) que pueda causar o cause un daño a una persona mayor; o cualquier omisión que prive a un anciano de la atención necesaria para su bienestar, así como cualquier violación de sus derechos. Para que estos hechos se tipifiquen como maltrato deben ocurrir en el marco de una relación interpersonal donde exista una expectativa de confianza, cuidado, convivencia o dependencia, pudiendo ser el agresor un familiar, personal institucional (ámbito sanitario o de servicios sociales), un cuidador contratado, un vecino o un amigo.⁵

En toda sociedad encontramos adultos mayores y ellos no escapan al maltrato generado por sus familiares, o personas externas, muchas veces implica la intencionalidad o no intencionalidad, las personas responsables del maltrato son individuos de los cuales se esperaba un trato cuidadoso, muchas veces puede no tener la intención de hacerles daño a una persona mayor, la intencionalidad no admite grados, el hecho de que no tengan intención no implica la responsabilidad, para saber si existe maltrato tiene que existir un resultado de daño, angustia, maltrato físico, maltrato psicológico y maltrato verbal.

Según los datos de la organización Panamericana de la salud el maltrato hacia las personas de la tercera edad, dio en un nivel de proyección baja, ya que señalan que el 4% y

⁵ Iborra Marmolejo, Isabel, Maltrato de personas mayores en la familia en España, *Edita* Fundación de la Comunitat Valenciana para el Estudio de la Violencia (Centro Reina Sofía), Valencia- España, junio 2008, pág. 14

el 6% de la edad avanzada padecen maltrato en el hogar, en los asilos y finalmente en residencias.

3.5.2. Abandono en el adulto mayor

La negligencia o abandono es el descuido que se da por parte de los familiares hacia algunos de sus miembros de la familia.

El abandono que sufre el adulto mayor es una dinámica que se vive a diario, son innumerables las historias que existen sobre el abandono, desplazamiento o el destierro del núcleo familiar, historias que describen la realidad de miles de adultos mayores.

Una de las razones más comunes es cuando una persona de la tercera edad ha cumplido con su vida laboral útil, persona que no es productiva en términos económicos para un grupo familiar, transformándose en una carga potencial de gastos para la familia a la que pertenece; situación que se transforma en causal de rompimiento de interacción humana, relaciones, comunicación y hasta la afectividad, etc. Siendo esta última de gran importancia para el fortalecimiento y crecimiento de una familia.

Al producirse un quiebre en los puntos antes nombrados (comunicación, afectividad, etc.), el adulto mayor se repliega o se desplazada a un "rincón" del hogar, reduciéndose su mundo social, provocando en el sujeto (tercera edad) una serie de repercusiones tales como abandono familiar social, aislamiento transformación o cambios en los lazos afectivos, cambios bruscos en los estados de ánimo, etc.

Cuando el sujeto en cuestión pertenece a un grupo familiar extenso y ninguno de los componentes de la familia se quiere preocupar o hacerse cargo del cuidado de éste, polo general vive periodos cortos en los hogares de quien le

haya tocado el turno de cuidarlo, haciéndole sentir que es una carga; circunstancia que lo lleva a estados de depresión, desequilibrio emocional, rechazo y el estado anímico decae, llevándolo a cuadros depresivos que en muchos casos se desea que llegue al momento de morir para llegar al término de su calvario.

3.5.3. Abandono familiar en residencias

En párrafos anteriores se ha descrito a la familia así como su influencia de la red de apoyo hacia el adulto mayor, vivir con parientes generalmente es lo más recomendable para los adultos mayores, pues les permite seguirse vinculado emocional y afectivamente a la familia, ello fortalece el factor emocional del familiar de la tercera edad, además la familia estará pendiente mediante una vigilancia de su integridad física.

Pero muchas veces las definiciones dadas por los autores quedan plasmadas sólo en libros, ya que en realidad la población de adultos mayores se enfrenta progresivamente a situaciones que atentan contra su integridad física y mental, los maltratos a los cuales son sometidos son de distintos tipos y muchas veces generado por sus propios familiares, esto hace que el anciano se inhiba mentalmente y desear una muerte próxima para dejar de sufrir.

3.6. Trastornos psíquicos en el adulto mayor

La salud mental es fundamental en las personas de la tercera edad, ya que una buena salud generará anhelos y ganas de vivir, mostrará mejores formas de afrontar situaciones difíciles, ya sean económicas físicas mentales o de salud.

Para la Organización Mundial de la Salud, la salud mental de la adulto mayor constituyen distintas actividades que se presentan de

forma directa o indirecta y están vinculadas al bienestar mental, la salud mental no sólo es la ausencia de trastornos mentales si no es un estado de bienestar en el cual la persona o individuo está consciente de sus propias capacidades para afrontar distintas tensiones normales en el hacer cotidiano, incrementar o de incrementar su productividad.⁶

3.6.1. Depresión

“La depresión constituye uno de los síndromes más frecuentes e incapacitantes de la población anciana, siendo su frecuencia variable según el contexto, si bien en todos ellos constituye un importante problema de salud. Se ha establecido que los trastornos depresivos afectan alrededor del 10% de los ancianos que viven en la comunidad y entre el 15% y el 35% de los que viven en residencias. La depresión en los mayores constituye un cuadro heterogéneo que presenta ciertas características diferenciales.”⁷

a. Tipo de depresión

Las depresiones geriátricas están clasificadas en:

- Precoz o previo
- Tardío

3.6.2. Tipos de abandono

Los adultos mayores sufren distintos tipos de abandono, muchas veces los abandonos que se generan son morales, económicos y familiares, haciendo sentir al adulto mayor como un estorbo en la vida familiar de los hijos, los adultos mayores tratan de ser independientes y no interferir molestar

⁶ Organización Mundial de la Salud, “Qué es la Salud Mental”, 3 de septiembre del 2007, <http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html>

⁷ Martínez de la Iglesia, J. Y otros, Versión Española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación, Publicación de MEDIFAM, Volumen 12, número 10, diciembre, 2002, pág.621.

en la vida de sus hijos, muchas veces se alejan de ellos para evitar conflictos familiares, los adultos mayores en su gran mayoría no tienen un ingreso económico fijo es decir que sufren dependencia económica de sus hijos, los cuales muchas veces no les generan esa ayuda, y si las brindan lo brindan con recelo o cólera a raíz de este tipo de abandono los adultos mayores sufren los siguientes maltratos:

a. Maltrato físico.- Según las estadísticas proyectadas en maltrato físico quizá los adultos mayores no tiene índices elevados, pero si está latente y presente el maltrato físico corporal, muchas veces es entre cónyuges y otras de hijos a sus padres

b. Maltrato sexual.- Ese tipo de maltratos se produce de naturaleza sexual, es en contra de la voluntad de la pareja, puede darse también a través de gestos insinuantes, manoseos indebidos o caricias impropias muchas veces llegando a la violación

c. Maltrato psicológico o emocional.- Los adultos mayores cuando tienen una dependencia económica, emocional y física por parte de sus hijos estos últimos invierten los roles y descuidan bastante a sus padres, y cuando tienen a su cuidado los maltratan psicológicamente llegando incluso a los insultos degenerativos, los hijos se sienten atados a una tarea que no desean, es decir, tienen que atender a una persona dependiente, la falta de responsabilidad y respeto hacia sus padres genera que se trate mal al adulto mayor incluso llegan a ser humillados por medio de una conducta autoritaria de sus hijos

d. El abuso patrimonial o maltrato económico.- Muchas veces los hijos hacen mal uso o explotación del dinero de sus padres, llegan incluso a bloquear el acceso a sus bienes e ingresos económicos mensuales, entre los daños que se presentan son la sustracción, retención, muchas veces la

falsificación de documentos para la adquisición de las propiedades del adulto mayor, según la perspectiva de los actos violentos ante ellos se justifican que sus necesidades económicas son más grandes que las de sus progenitores, las necesidades que tienen ellos son mínimas, lo contraproducente de esto es que se adueñan de un dinero que no es suyo y no brindan la calidad y atención necesaria al adulto mayor, dejándolo al total abandono y sobre todo reduciendo sus ingresos económicos lo cual hace que al final sea una persona dependiente de dinero hacia sus hijos

Los distintos estudios manifiestan que son los propios familiares más cercanos los que generan más abuso hacia el adulto mayor, muchas veces los limitan económicamente y evitan que gasten su dinero, esto hace que pierdan su autonomía el adulto mayor, los adultos mayores por la evolución de su organismo tienen que ingerir o alimentarse comidas que no dañen o lastimen su sistema digestivo y por ello necesitar alimentarse sanamente, comer a sus horas ya que su organismo se ha adecuado o ha tenido un cambio biológico el cual manifiesta otros hábitos alimenticios distintos al de los jóvenes, muchas veces sus hijos no comprenden eso y obligan al adulto mayor a comer en el horario que siempre han estado adecuados, generando en el adulto mayor problemas gástricos continuos.

Un punto vital que se ha analizado es el analfabetismo del adulto mayor, esto genera en el adulto mayor limitaciones para desenvolverse en esta etapa, es un gran obstáculo ya que no pueden auto gestionarse o auto solventarse. La aplicación de estudios profesionales han revelado una vida mísera, incluso siendo olvidados por sus hijos y familiares por considerarlos una carga familiar en esta etapa de su vida.

4. HIPÓTESIS

Dado que el deterioro físico del adulto mayor aumenta con la edad, es probable que el abandono familiar sea mayor, debido al grado de dependencia.

5. VARIABLES

- ✓ Edad
- ✓ Necesidades del adulto mayor
- ✓ Abandono familiar

5.1. Definición conceptual de las variables

- ✓ **Edad:** En el caso del ser humano, generalmente se expresa como un número entero de años o como un número entero de años y meses.

- ✓ **Necesidades del adulto mayor:**

Las personas mayores tienen necesidades especiales que cubrir. Tanto, que en ocasiones se convierten en preocupaciones. Los estudios e investigaciones que se realizan sobre el tema recogen de manera reiterada que uno de los aspectos al cual atribuyen un mayor valor es la discapacidad y dependencia. Lo consideran uno de los factores más determinantes en la mejora de la calidad de vida. Pero también les desvela la cantidad de servicios sociales prestados y su accesibilidad, la subida de las pensiones y la cuantía de éstas.

- ✓ **Abandono familiar**

El ser humano por naturaleza necesita compañía y por ende, si es la de la propia familia, cuán importante es la familia y el afecto que brindan a cada uno de los miembros que la integran.

El afecto familiar es un alimento que día a día contribuye en nuestra vida. Y a medida que vamos pasando los años el hombre siente y necesita de ese afecto familiar.

Por esa razón las personas de la tercera edad valoran y requieren del afecto familiar, para ellos es primordial el cariño, apego de su familia.

Pero que ocurre cuando la familia abandona al ser humano, sea este hombre o mujer de la tercera edad, dejando solo, alejado del afecto familiar, abandonándolo en un centro donde le dan atención al anciano en sus necesidades básicas, pero carecen totalmente de afecto familiar.



6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Subvariable	Indicador
Edad		60-80
Necesidades del adulto mayor	Dependencia Económica	Nivel de Dependencia
	Dependencia Física	Para Movilizarse
		Para Alimentarse
		Para Vestirse
		Para Asearse
		Para Medicarse
Abandono familiar	Abandono Material	Alimentación
		Vestido
		Vivienda
		Salud
	Abandono Moral	Estado de convivencia
		Relación familiar
		Interacción Familiar
		Violencia hacia el adulto mayor

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Tipo de estudio

El tipo de estudio es, No experimental ya que se basó en la investigación de los hechos en estado natural sin la intervención y manipulación del investigador, al respecto Hernández R. Fernández C. & Baptista (2010) afirman que solo se observan fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.

2. Diseño de investigación

Es un tipo de investigación cuantitativa de carácter descriptivo causal.

3. Técnicas e instrumentos.

TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Observación no participante	Cuaderno de Campo
Encuesta	Cuestionario
Investigación Documental	Fichas bibliográficas
	Fichas resumen

4. Campo de verificación.

Se empleará estadística descriptiva donde predominarán las medidas de tendencia central es decir media moda mediana, rango mayor y rango menor.

5. Ámbito geográfico

La investigación se realizó en el Centro de Salud de Alto Selva Alegre, Arequipa.

6. Unidades de estudio

Lo constituyen los 50 Adultos Mayores que participan en el Club del Adulto Mayor del Centro de Salud de Alto Selva Alegre de Arequipa.

7. Universo y muestra.

Para la presente investigación, se determinó trabajar con los 50 adultos mayores que participan en el Club del Adulto Mayor de Arequipa. Es decir, se trabajará con el universo.

8. Temporalidad

La investigación se realizó durante el periodo de setiembre a diciembre del año 2015.

9. Recursos

Recursos financieros: La investigación será financiada por las bachilleres en Trabajo Social, responsables de la presente investigación.

9.1. Recursos institucionales: Se cuenta con el apoyo del Centro de Salud de Alto Selva Alegre, el mismo que brindará las facilidades para el acceso a fichas y material documental requerido para la investigación, así mismo se cuenta con el apoyo del personal administrativo y asistencial.

9.2. Recursos materiales: Material de escritorio, papel, fotocopias, computadoras, y otros que demande la investigación.

10. Financiamiento

Los gastos que demande la presente investigación, serán completamente autofinanciado por las bachilleres.

11. Cronograma.

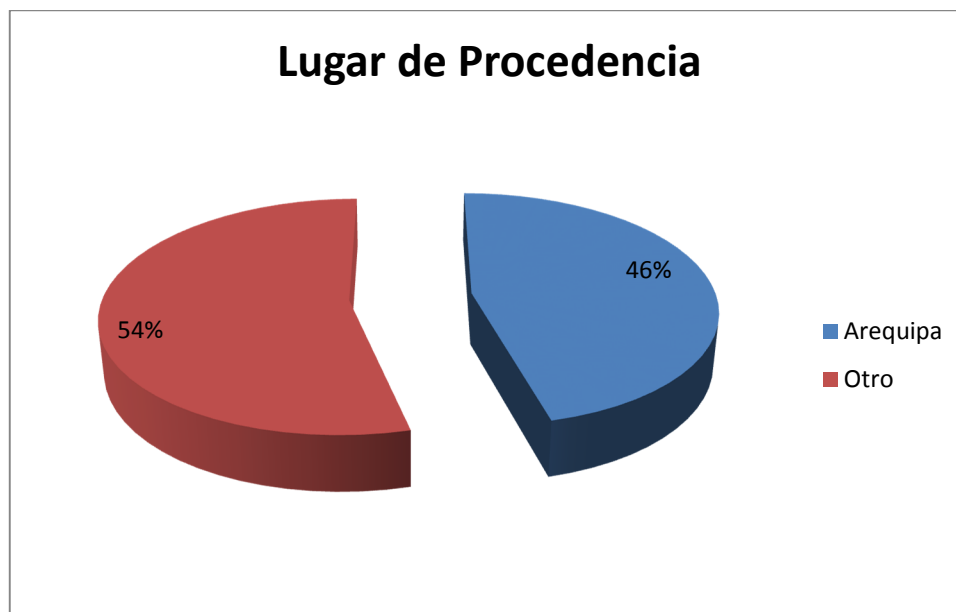
Tiempo	Setiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre		
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
1. Revisión bibliográfica															
2. Fichado		X	X	X	X										
2.1 localización		X	X	X	X										
2.2 investigación			X	X	X	X									
3. Elaboración del proyecto															
3.1 Planteamiento teórico					X	X	X								
▪ Problema					X	X	X								
▪ Marco teórico					X	X	X								
▪ Objetivos						X	X								
▪ Hipótesis							X	X							
3.2 Esquema							X	X	X						
3.3 Planteamiento operacional								X	X	X					
▪ Propuesta metodológica									X	X					
▪ Técnicas e instrumentos									X	X					
4. Redacción del proyecto											X				
4.1 Iniciar borrador											X	X			
4.2. Final													X	X	
5. Presentación del proyecto															X

CAPÍTULO II

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

1. DATOS GENERALES:

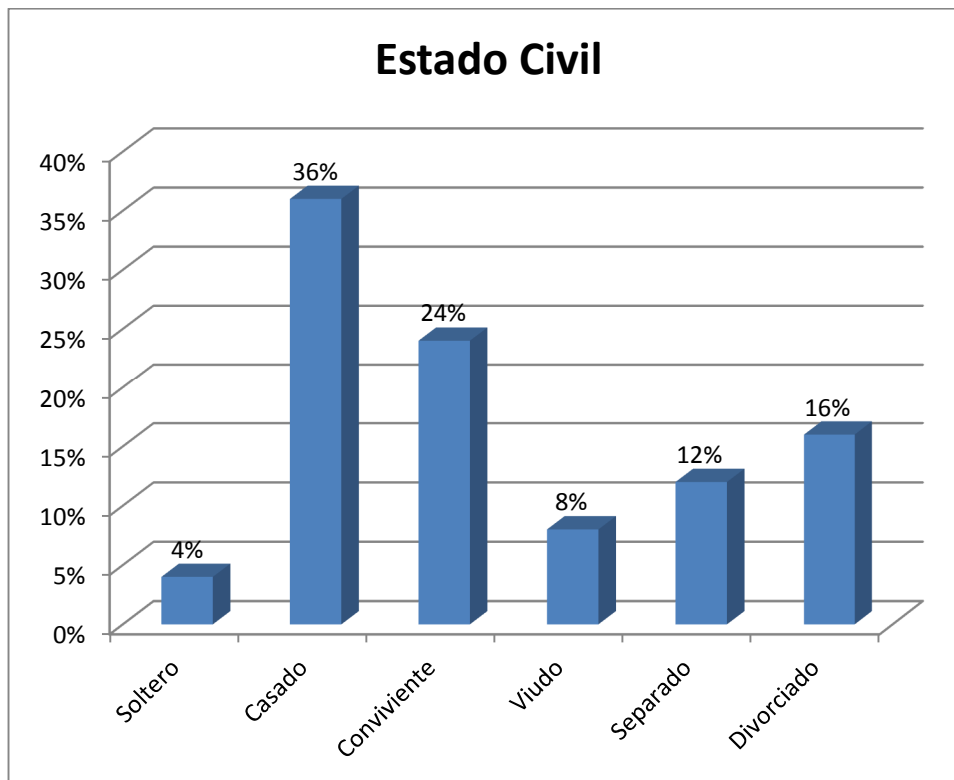
GRÁFICA N°1



Fuente: Propia

El 46% de los encuestados manifestaron proceder de Arequipa, mientras el 54% proceden de otros departamentos, especialmente de la región alto andina del sur, o de las provincias altas del departamento de Arequipa.

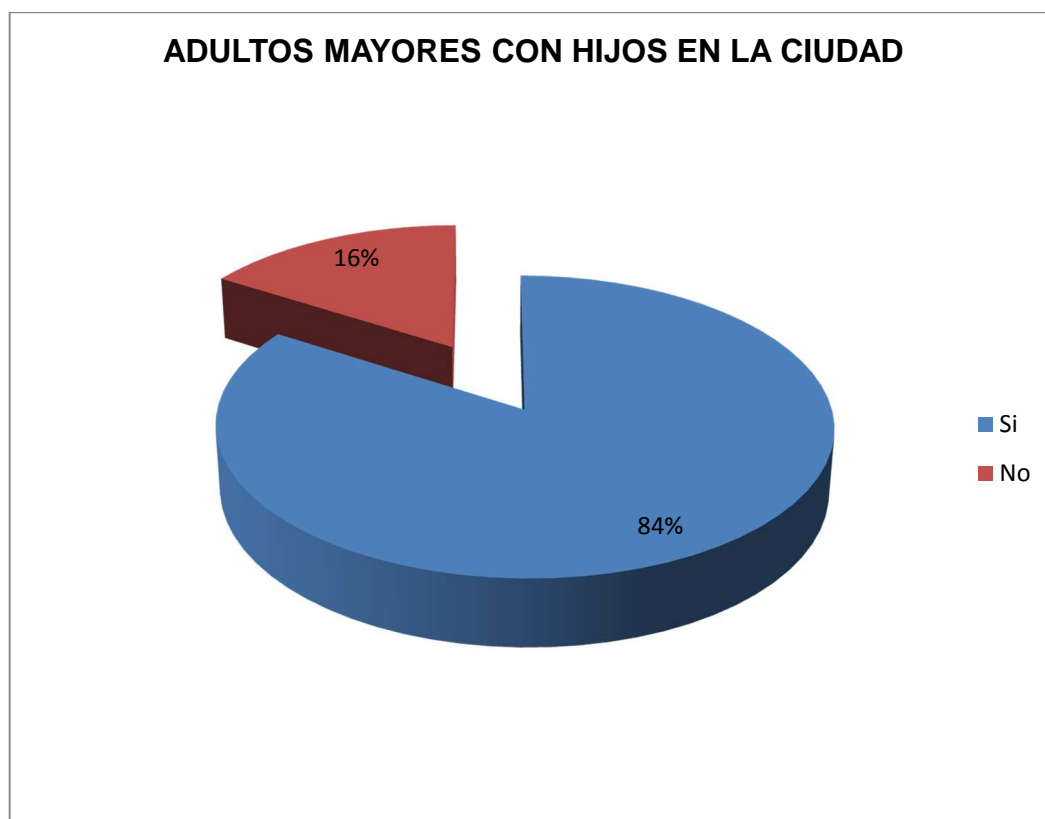
GRÁFICA N°2



Fuente: Propia

El 60% de los adultos mayores tienen vida conyugal, de los cuales, el mayor porcentaje, 36%, es casado; mientras el 24% es conviviente. Por otro lado un 16% son divorciados; mientras un 12% son separados, el 8% que han quedado viudos y un 4% que son solteros.

GRÁFICA N°3



Fuente: Propia

La mayoría de los adultos mayores (84%) manifiestan tener hijos en este departamento, pero muchos de ellos son mayores y prácticamente los han abandonado.

Otro 16% manifiestan que no tienen hijos en esta ciudad, o emigraron a otros departamentos, quedando completamente desamparados.

Se concluye entonces que el 100% de los adultos mayores, sea el estado civil que tengan, con o sin pareja, tienen hijos, pero debido a su edad, muchos de ellos, viven lejos, incluso en otros departamentos, lo que los deja en situación de abandono temporal o permanente.

CUADRO N° 4

GRADO DE INSTRUCCIÓN

GRADO DE INSTRUCCIÓN	F	%
Sin Instrucción	8	16
Primaria	10	20
Secundaria	26	52
Superior	4	8
Otro	2	4
Total	50	100

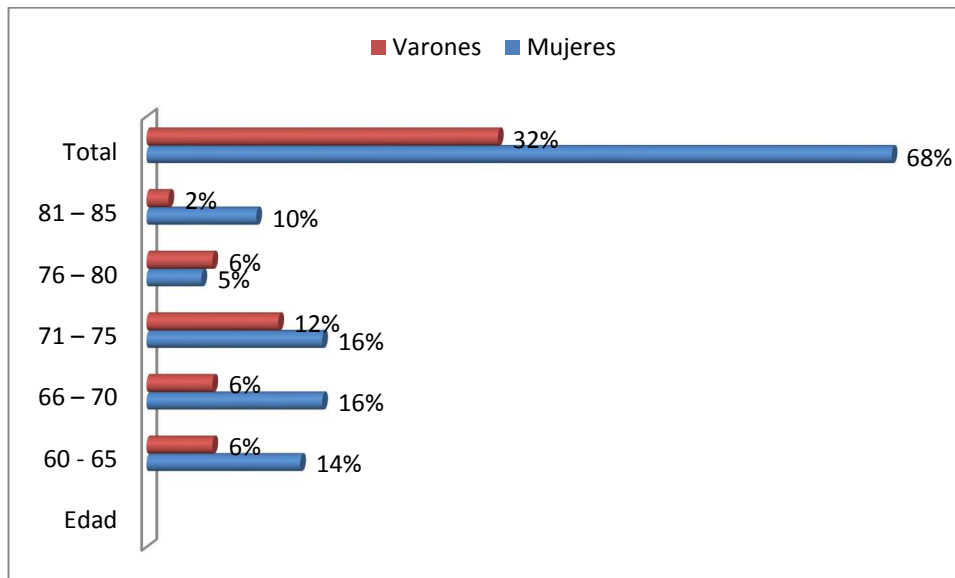
Fuente: Propia

En el análisis del grado de instrucción, se observa que la mayoría de los adultos mayores encuestados (52%), manifiestan que tienen secundaria completa e incompleta, muchos de ellos no acabaron su estudios secundarios por tener que trabajar y sustentar a su familia.

Un 20% alcanzó, sólo el nivel primario, mientras que un 16% son analfabetos. Estos datos nos revelan que los adultos mayores en el 88% tienen niveles de instrucción sumamente bajos o son analfabetos, lo que los limita a desarrollar labores en calidad de obreros, comerciantes ambulantes, jornaleros agrícolas, lavanderas, empleadas domésticas, etc.

Sólo un 8% alcanzó algún nivel superior, por lo general de mando medio (técnicos), lo que los ubica en mejores condiciones que los anteriores, pues si de jóvenes lograron insertarse en alguna institución pública o privada, es probable que cuenten con alguna pensión que les ayude a solventar sus necesidades vitales.

GRÁFICA N°5 EDAD Y SEXO DEL ADULTO MAYOR



Fuente: Propia

El sexo más representativo lo constituye el femenino, representado por el 68% de los adultos mayores participantes en el Club de Adultos Mayores del Centro de Salud de Alto Selva Alegre.

Las edades más destacadas, lo constituyen los rangos de 71 a 75 años con el 28%, seguido del rango de edades entre los 66 a 70 años que representan el 22%; siendo de 60 a 65 años el 20%. Por último de 76 a más años de edad representan el 30%.

Esto quiere decir que existe un porcentaje significativo de adultos mayores que tienen de 70 a más años de edad, lo que representa el 58% de los mismos. Por lo que se explica que muchos adultos mayores se encuentren perdiendo sus facultades primordiales, vista, oído, capacidad para movilizarse (según analizaremos en cuadros posteriores) y también sufran de enfermedades crónicas tipo diabetes, presión alta, artritis. (Véase cuadros de dependencia económica del 8 al 11 y de necesidad de ser asistidos, del 15 al 16).

2. GRADO DE DEPENDENCIA DEL ADULTO MAYOR

CUADRO N°6

PERSONAS CON LA QUE VIVE EL ADULTO MAYOR

PERSONAS CON QUIEN VIVE	F	%
Esposo (a)	18	36
Con hijo (a)	13	26
Familiar	10	20
Solo	6	12
Otro	3	6
Total	50	100

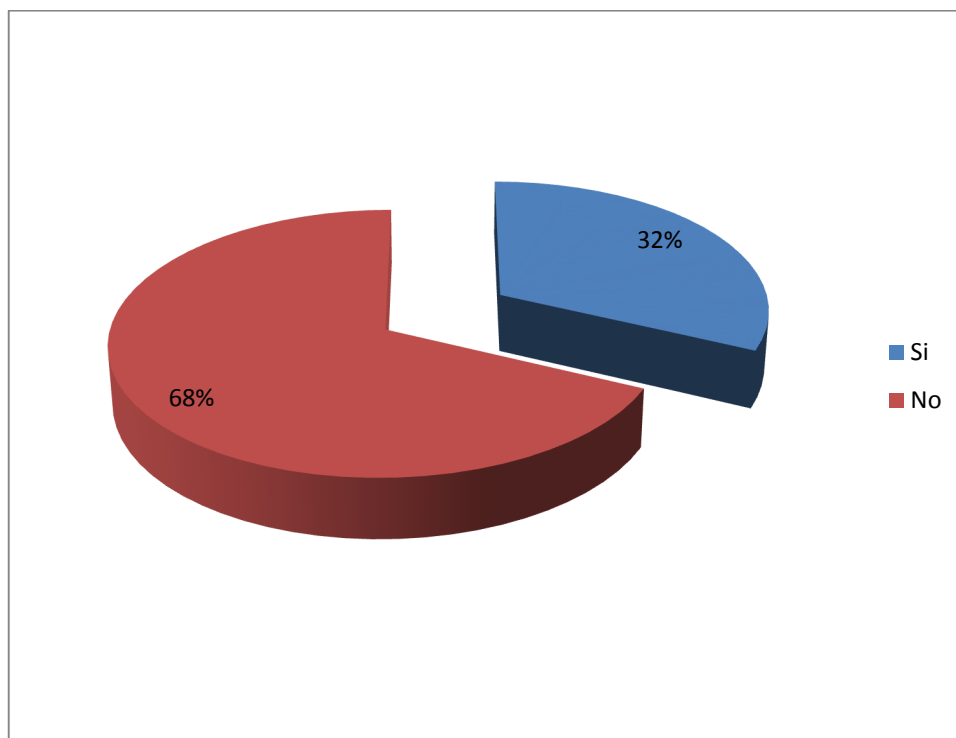
Fuente: Propia

A la interrogante actualmente con quien vive? la mayoría respondió que con su pareja, es decir, su esposo o su esposa, lo que representa el 36%, esto es muy significativo, por cuanto el adulto mayor encontrará en su pareja el mayor soporte y compañía, que le ayudará en el tránsito por la ancianidad y el declive de sus facultades. Seguidamente, encontramos que un 26% de los adultos mayores viven con sus hijos, en estos casos los adultos mayores se han separado de la pareja o viven solos por razones de viudez o soltería, quedando librados a la dedicación y apoyo que los hijos les puedan proporcionar. Otro grupo manifiesta que vive con familiares y están representados por el 20%; finalmente con escalas menores están las personas que viven solos lo que representan el 12%.

Se observa entonces que un representativo 46% de los adultos mayores viven con sus hijos u otros familiares.

GRÁFICA N°7

AFILIACIÓN A ALGÚN SISTEMA DE SALUD POR PARTE DEL ADULTO MAYOR



Fuente: Propia

A la interrogante de si contaban con algún tipo de seguro los encuestados adultos mayores, manifiestan en amplia mayoría que no (68%), pese a que hoy en día el Estado con su política inclusiva intenta brindar seguro a toda la población a través del SIS.

Por otro lado un 32% manifiesta que si tiene algún tipo de seguro de salud, entre ellos está el SIS, ESSALUD y servicios particulares de prestación en salud.

CUADRO N°8

SITUACIÓN DE DEPENDENCIA ECONÓMICA DEL ADULTO MAYOR

DEPENDENCIA ECONÓMICA DEL ADULTO MAYOR	F	%
Si	28	56
No	22	44
Total	50	100

Fuente: Propia

Un 44% de los adultos mayores manifiestan que no dependen de nadie para solventar sus gastos cotidianos, debiendo la mayoría de ellos ingeniárselas para generarse algún tipo de ingresos, dado que sólo un ínfimo porcentaje de ellos tienen una pensión.

Otros adultos mayores (56%), han dejado de trabajar y dependen económicamente de sus hijos o familiares, lo que los coloca en condiciones de mayor vulnerabilidad.

CUADRO N°9

NIVEL DE DEPENDENCIA ECONÓMICA

NIVEL DE DEPENDENCIA ECONÓMICA	F	%
Completamente dependiente	09	32
Altamente dependiente	06	22
Parcialmente dependiente	13	46
Total	28	100%

Fuente: Propia

De los 50 adultos mayores, 28 manifestaron ser dependientes, mientras 22 dijeron no serlo; es decir, la mayoría dependen económicamente de algún familiar.

De los 28 adultos mayores dependientes, el 46% de ellos manifiestan ser parcialmente dependientes.

Por otro lado el 32% son completamente dependientes, mientras que el 22% son altamente dependientes. Esto se debe a que muchas adultas mayores dependen de sus esposos o convivientes, mientras que otros tantos de sus hijos.

CUADRO N°10

FAMILIARES Y/O PERSONAS DE QUIEN DEPENDEN ECONÓMICAMENTE
LOS ADULTOS MAYORES

PERSONAS DE QUIEN DEPENDEN LOS ADULTOS MAYORES	F	%
Esposo (a)	10	36
Hijos (as)	07	25
Un familiar	06	21
Otros	05	18
Total	28	100

Fuente: Propia

En el análisis de la dependencia y de quien dependen los adultos mayores, encontramos que el mayor porcentaje de los mismos, dependen de sus esposos, lo que representa el 36%.

Seguidamente están los que dependen de sus hijos o hijas, lo que representa el 25%, siendo que en escalas menores están los adultos mayores que dependen de un familiar ya sea un sobrino un primo u otro familiar cercano y son representados por el 21%. Al final están los adultos mayores que dependen de otras personas, es decir conocidos o amigos con un 18%.

CUADRO N°11

FAMILIARES O PERSONAS DE QUIEN RECIBE AYUDA EL ADULTO
MAYOR CUANDO SE ENFERMAN

FAMILIARES O PERSONAS DE QUIEN RECIBEN AYUDA AL ENFERMARSE	F	%
Esposo (a)	22	44
Hijos (as)	15	30
Un familiar	5	10
Otros	8	16
Total	50	100

Fuente: Propia

En ese sentido los adultos mayores, requieren de la atención y el debido cuidado de sus seres queridos, en especial de la pareja y sus hijos. En el presente estudio observamos que en efecto el mayor porcentaje de adultos mayores reciben la asistencia de su pareja 44%, El 56% restante recibe apoyo de sus hijos u otros familiares o amigos,

CUADRO N°12

ENFERMEDADES CRÓNICAS CON LAS QUE VIVE EL ADULTO
MAYOR

ENFERMEDADES CRÓNICAS	F	%
Diabetes	10	20
Presión Alta	15	30
Artritis	12	24
No sabe	6	12
Ninguna	7	14
Total	50	100

Fuente: Propia

El 30% de los adultos mayores, padecen de presión alta; mientras que un 24% padecen de artritis y un significativo 20% de diabetes. Por su parte un 12% desconoce si sufre de alguna enfermedad crónica, pues muchos de ellos tienen diversos síntomas que no fueron tratados por especialistas, dejando que su estado de salud sea visto por un curandero, o tratándose ellos mismos con hierbas y raíces medicinales. Finalmente un 14% manifiesta no tener ninguna enfermedad crónica.

CUADRO N°13

ASISTENCIA A LOS CONTROLES MÉDICOS

ASISTENCIA	F	%
Siempre	14	28
Con frecuencia	10	20
A veces	16	32
Nunca	10	20
Total	50	100

Fuente: Propia

En cuanto a la asistencia de sus controles médicos los adultos mayores encuestados manifiestan en un significativo 32%, que lo realizan a veces, esto debido a la falta de tiempo, pero sobre todo por la falta de dinero, ya que como se vio una amplia mayoría no cuenta con SIS o seguro y los gastos que ello acarrear los desanima, porque deben pagar la consulta y los medicamentos; manifestando incluso que a veces no tienen ni para los pasajes.

Otro 20% manifiesta que nunca asiste a un centro asistencial por las razones antes expuestas, tratándose sus dolencias con hierbas y raíces.

Finalmente por el lado positivo un 28% manifiestan siempre asistir a sus controles de salud, mientras que un 20% lo hace con frecuencia.

CUADRO N°14

TIPO DE LIMITACIONES FUNCIONALES DEL ADULTO MAYOR

TIPO DE LIMITACIONES	F	%
Problemas de Locomoción	10	20
Problemas de Articulación	12	24
Problemas Auditivos	9	18
Problemas Visuales	11	22
Ninguno	5	10
Otros	3	6
Total	50	100

Fuente: Propia

En la pregunta de si siente usted impedido de realizar sus actividades habituales, generadas por algún malestar e impedimento para realizarle, los adultos mayores en un 24% manifiestan que los problemas en las articulaciones los limita en su capacidad para desplazarse y realizar movimientos. Otros adultos mayores por su edad avanzada (22%) manifiestan que su visibilidad ha disminuido bastante por lo que no pueden realizar muchas cosas que antes hacían normalmente; un 20% por su parte, manifiestan que tienen problemas de locomoción los cuales los están limitando y rezagando en la familia. Finalmente problemas auditivos manifiestan tenerlos el 18%.

Básicamente el 90% de los adultos mayores tienen serias limitaciones debido al desgaste funcional de sus órganos vitales como el oído, la vista; mientras que enfermedades degenerativas como la artritis los limita en sus movimientos y desplazamiento.

CUADRO N°15

NECESIDAD DE AYUDA PARA MOVILIZARSE

NECESIDAD DE AYUDA PARA MOVILIZARSE	F	%
Siempre	12	24
Con frecuencia	14	28
A veces	9	18
Nunca	15	30
Total	50	100

Fuente: Propia

El 70% de los adultos mayores manifiestan tener limitaciones para moverse por ellos mismos, por lo que necesitan algún nivel de ayuda para hacerlo. Ante la pregunta si tienen necesidad de apoyo para moverse, el 24% manifestaron que siempre; mientras que un 28% lo necesita con frecuencia. Un 18% también tienen dificultades, pero requieren apoyo sólo a veces.

Los encuestados que no necesitan ayuda para moverse hasta la fecha y se sienten independientes para su movilización sólo representan el 30% de los adultos mayores en estudio.

CUADRO N° 16

**NECESIDAD DE AYUDA PARA ALIMENTARSE, VESTIRSE Y
ASEARSE**

	ALIMENTARSE		VESTIRSE		ASEARSE	
	F	%	F	%	F	%
Siempre	8	16	10	20	11	22
Con frecuencia	12	24	14	28	12	24
A veces	15	30	8	16	15	30
Nunca	15	30	18	36	12	24
Total	50	100	50	100	50	100

Fuente: Propia

Encontramos que con respecto a la alimentación sólo un 30% nunca requiere ser ayudado para ingerir sus alimentos. Por su parte el 70% restante si lo requiere, siendo que siempre lo necesita el 16%, con frecuencia el 24%, un 30% lo necesita a veces.

Con respecto al vestido, un 36% de los adultos mayores manifiestan ser autosuficientes, mientras que el 64% si requiere algún nivel de apoyo, siendo lo más resaltante que el 48% requieren que se les apoye en los niveles de siempre (20%) y con frecuencia (28%). Es de considerar que la incapacidad de vestirse puede generarse también por una falta de visión adecuada y por la dificultad para moverse.

Finalmente en cuanto al aseo, un 24% de los ancianitos manifiestan ser autosuficientes, siendo que el 76% restante necesita apoyo para hacerlo en distintos niveles: siempre (22%), con frecuencia (24%) y a veces (30%).

3. CONDICIONES DE VIDA QUE EVIDENCIAN EL ABANDONO DEL ADULTO MAYOR

CUADRO N°17

NÚMERO DE COMIDAS QUE CONSUME AL DÍA

NÚMERO DE COMIDAS AL DÍA	F	%
Desayuno, almuerzo, cena (3 veces al día)	14	28
Desayuno, Almuerzo (2 veces al día)	22	44
Desayunan, o almuerzan o Cenar (1 vez al día)	6	12
Otros (a veces comen 1 o 2 veces al día)	8	16
Total	50	100

Fuente: Propia

Ante la pregunta de cuántas comidas consume en el día, los adultos mayores manifiestan en su mayoría (44%), que al menos se aseguran dos comidas al día: desayuno y almuerzo. Seguidamente encontramos a los adultos mayores que consumen sus alimentos tres veces al día, con el 28%; mientras el 16% sólo consume sus alimentos una vez al día. Otro 12% manifiesta que a veces consume una vez al día.

CUADRO N°18

TIPO DE ALIMENTACIÓN QUE CONSUME EL ADULTO MAYOR

TIPO DE ALIMENTACIÓN	F	%
Altamente nutritiva	19	38
Medianamente nutritiva	13	26
Bajo nivel nutricional	18	36
Total	50	100

Fuente: Propia

En el estudio encontramos que un 36% manifiesta consumir alimentos de muy bajo nivel nutricional con preponderancia en carbohidratos y cereales; mientras que un 26% consume alimentos medianamente nutritivos. Sólo el 38% consideran consumen alimentos altamente nutritivos y adecuados para su edad.

CUADRO N°19

FORMA DE ADQUISICIÓN DE LA VESTIMENTA DEL ADULTO
MAYOR

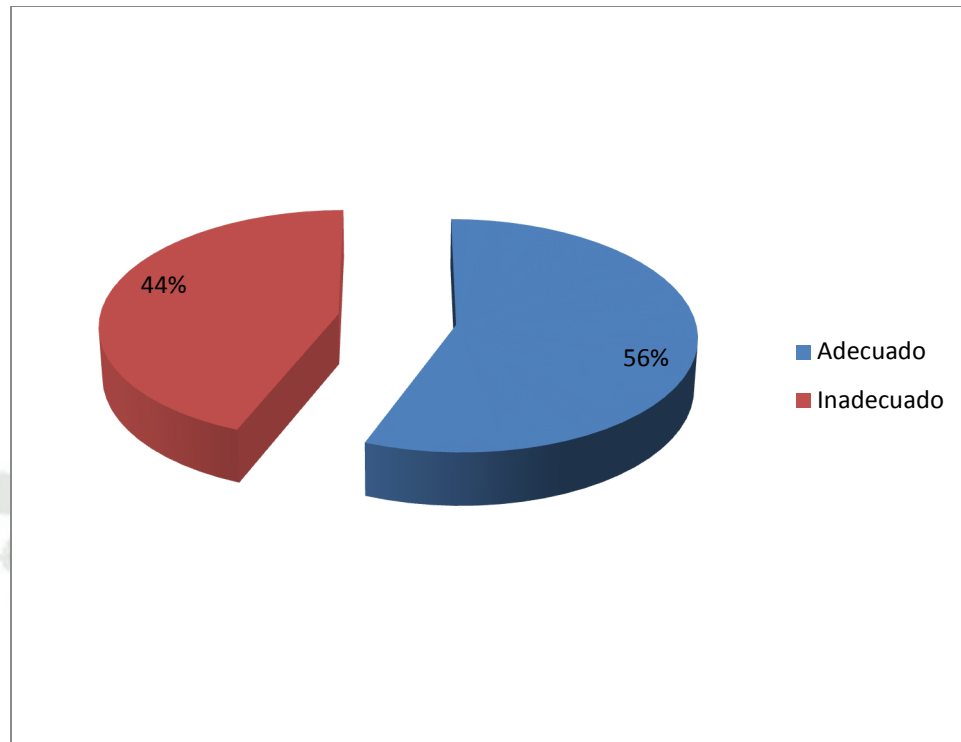
FORMA DE ADQUISICIÓN DE VESTIMENTA	f	%
Comprada	14	28
Cedida	24	48
Ambos	12	24
Total	50	100

Fuente: Propia

Respecto a la forma de adquisición de la vestimenta por parte de los adultos mayores, muchos de ellos manifiestan que su ropa es cedida por familiares, amigos, hijos u otros (48%). Sólo un 28% adquiere su ropa comprada. Considerando además que un 24% adquiere su ropa a través de la compra o cedida, entonces concluimos que una amplia mayoría, debido a sus condiciones precarias, viste ropas usadas, muchas de las cuales suelen no ser lo suficiente cómodas y adecuadas para su edad.

GRÁFICA N°20

COMODIDAD DE LA ROPA QUE USAN LOS ADULTOS MAYORES



Fuente: Propia

Un 44% de los adultos mayores manifiestan que no se sienten cómodos con la ropa que usan debido a que muchas de ellas están demasiado envejecidas o suele suceder que a veces la ropa obsequiada no es de su talla y deben adaptarla.

El otro 56% de los adultos mayores no son exigentes con sus prendas de vestir, y consideran que si se sienten bien con lo que tienen, puesto que consideran que otras necesidades vitales tienen prioridad sobre la vestimenta.

CUADRO N°21

TENENCIA DE LA VIVIENDA DEL ADULTO MAYOR

	f	%
Propia	19	38
Alquilada	13	26
Compartida (de familiares)	8 10	16 20
Total	50	100

Fuente: Propia

Los adultos mayores de nuestro estudio en un 38% poseen una vivienda propia. Mientras que un representativo 26% tienen viviendas alquiladas. El hecho de no tener vivienda propia puede generar angustia e inseguridad, pues de no cumplir con el pago puntual del alquiler puede dejar a los adultos mayores en la calle.

Un 20% de los adultos mayores viven con familiares, mientras que otro 16%, viven en recintos compartidos, esto quiere decir que una amplia mayoría de los adultos mayores deben vivir en zozobra al no saber si de pronto pueden perder el hábitat que los cobija.

CUADRO N°22

ESTADO DE LA VIVIENDA DEL ADULTO MAYOR

ESTADO DE LA VIVIENDA	F	%
a. Provisional	18	36
b. Acabado	8	16
c. Mixto	24	48
Total	26	100

Fuente: Propia

En cuanto al análisis del estado de la vivienda de los adultos mayores, encontramos que el 48% manifiestan que tienen una vivienda de tipo mixto, es decir, que tienen casas de material noble, pero son también cuartos provisionales en los cuales residen la familia, muchas veces son asignados a estos cuartos. Un 36%, en cambio, manifiestan que la casa donde viven es de tipo provisional, es decir de madera, sillar o ladrillo sobrepuesto; lo que nos indica que una amplia mayoría habita moradas precarias.

Finalmente, sólo un 16% de adultos mayores viven en una casa de material noble, lo que refleja la realidad económica de la mayoría de las familias de estos adultos mayores.

CUADRO N°23

**CONDICIONES DEL AMBIENTE DE PERSONAL DONDE VIVEN LOS
ADULTOS MAYORES**

CONDICIONES DEL AMBIENTE	AMPLIO		REDUCIDO	
	F	%	F	%
Compartido	16	32	10	20
Propio	10	20	14	28
Total	26	52	24	48

Fuente: Propia

El 52% de los adultos mayores tienen que compartir sus habitaciones con otros miembros de la casa, ya sean familiares o amigos, esto quiere decir, que la mayoría de los adultos mayores no gozan de privacidad. Además un 20% de los adultos mayores que comparten su habitación deben acomodarse en espacios sumamente estrechos, lo que no les permite tener confort ni comodidad.

El 48% de los adultos mayores si tienen un espacio propio para ellos, pero el 28% manifiestan tener ambientes muy reducidos.

CUADRO N°24

CONSIDERACIÓN DEL ADULTO MAYOR RESPECTO A SI SE
SIENTE AISLADO EN EL ESPACIO DONDE VIVE

ESTADO DE AISLAMIENTO	F	%
Si	34	68
No	16	32
Total	50	100

Fuente: Propia

Al preguntarle al Adulto Mayor, si se siente aislado de su familia en relación al espacio que le han asignado en la vivienda, los adultos mayores encuestados, manifiestan en amplia mayoría (68%), que si se sienten aislados. Muchas veces son los familiares quienes los marginan o excluyen, asignándoles un área donde según su criterio, no incomoden al resto de la familia. Prohibiéndoles incluso que se desplacen por determinados lugares o haciéndoles sentir que fastidian.

Por otro lado un 32% de los adultos mayores manifiestan que en el lugar donde viven no se sienten aislados y tienen libertad plena para hacer sus quehaceres diarios y son tratados con consideración.

CUADRO N° 25

FRECUENCIA CON LA QUE ES VISITADO EL ADULTO MAYOR POR
SUS FAMILIARES

FRECUENCIA DE LA VISITA	F	%
Todos los días	10	20
1 vez por semana	16	32
1 vez al mes	18	36
1 vez al año	4	8
Nunca	2	4
Total	50	100

Fuente: Propia

Ante la interrogante sobre cuántas veces recibe visitas de sus hijos, los adultos mayores manifiestan que las visitas que tienen de sus hijos se realizan una vez al mes con el 36%, es decir, no tienen visitas muy constantes porque la percepción de los adultos mayores respecto a sus hijos, es que están muy ocupados trabajando.

Seguidamente están los adultos mayores que reciben visitas semanalmente por parte de sus hijos y son el 32%, otros adultos mayores manifiestan que sus hijos los visitan diariamente, y es que por lo general viven con ellos y se dan un tiempito para conversar sobre algún tema en específico, y representa el 20%. Con índices menores están los adultos mayores que reciben una vez al año su visita, con el 8%, es decir, estos hijos están fuera de la zona de Arequipa; y finalmente con el 4% están los adultos mayores que manifiestan que nunca han tenido visita de sus hijos hasta la fecha.

CUADRO N°26

ACTITUD DEL ADULTO MAYOR CUANDO ACONTECE ALGÚN
HECHO QUE LE GENERA TRISTESA.

ACTITUD DEL ADULTO MAYOR	F	%
Llora	22	44
Se aísla	6	12
Sale a pasear	10	20
Conversa	8	16
Otra actitud	4	8
Total	50	100

Fuente: Propia

En el ajetreo constante de la vida nadie está libre de sufrir cargas emocionales que desencadenen tristeza, depresión, etc. a los adultos mayores se les preguntó sobre los sucesos que le ocasionaban tristeza y como la expresan. Un 44% manifiestan que lloran muchas veces por la soledad y maltratos de los que son víctimas, logrando expresar sus sentimientos que los aquejan. Otro 12% se encierra en sí mismo, se aísla. Mientras que un 16% prefiere conversar con algún amigo. También encontramos a quienes prefieren salir a pasear, distraerse, representados por el 20% y finalmente, encontramos a quienes toman otra actitud, el 8%.

CUADRO N° 27

CAPACIDAD DE TOMA DE DECISIONES Y MANIFESTACIONES DE AFECTO QUE RECIBE EL ADULTO MAYOR

CAPACIDAD DE TOMA DE DECISIONES Y MANIFESTACIONES DE AFECTO	CAPACIDAD DE TOMA DE DECISIONES		MANIFESTACIONES DE AFECTO	
	F	%	F	%
Si	22	44	34	68
No	28	56	16	32
Total	50	100	50	100

Fuente: Propia

Un significativo 56% no poseen capacidad de toma de decisiones, porque dependen económica o moralmente de sus hijos y/o familiares, los mismos que deciden por ellos que deben o no deben hacer, muchas veces imponiéndoles situaciones que son adversos a sus propios deseos. Por otro lado un 44%, si tiene capacidad de toma de decisiones y suele ser porque tienen ciertos niveles de independencia económica y con ello capacidad para decidir en muchos asuntos de su vida propia.

Con respecto a las manifestaciones de afecto que reciben de sus familiares o amigos, un significativo 68% manifiestan que si lo reciben, aunque dentro de lo contradictorio que suele ser la vida, también reciben maltratos como veremos en cuadros posteriores.

CUADRO N°28

PERCEPCIÓN DEL ADULTO MAYOR SOBRE LA FORMA QUE
REACCIONA LA FAMILIA CUANDO ÉSTE NO ESTÁ DE ACUERDO
CON ALGUNA DECISIÓN

FORMA DE REACCIÓN DE LA FAMILIA	F	%
Gritándole	20	40
Ignorándolo	10	20
Humillándolo	6	12
Agresiones física	4	8
Otra actitud	10	20
Total	50	100

Fuente: Propia

Como se aprecia en el cuadro anterior, un significativo 56% no tienen capacidad de decisiones, es por ello que quienes terminan decidiendo por los adultos mayores son sus familiares, como no necesariamente, se puede estar de acuerdo con asuntos de su interés personal, cuando los adultos mayores manifiestan su disconformidad ante decisiones que no les agrada, los familiares reaccionan de forma que de una u otra manera los maltratan, así el 40% de los familiares los gritan, un 20% los ignoran; mientras que un 12% los humillan e incluso los agreden físicamente, el 8%.

CUADRO N° 29

FRECUENCIA DE LA VIOLENCIA CONTRA EL ADULTO MAYOR

FRECUENCIA CON LA QUE EL A. M. ES VICTIMA DE VIOLENCIA	F	%
Siempre	8	16
Con frecuencia	16	32
A veces	14	28
Nunca	12	24
Total	50	100

Fuente: Propia

Un 16% de los adultos mayores sufren de violencia por parte de sus familiares, siempre; mientras que el 32% manifiestan que son víctimas de violencia con frecuencia. Estos indicadores evidencian que el 48% de los adultos mayores, reciben maltratos con mucha frecuencia, lo que evidencia la calidad de vida que reciben dichos adultos mayores. En menor porcentaje, 28%, manifiestan que reciben violencia, a veces.

Por el lado positivo, un 24% de adultos mayores afirman que nunca han sido víctimas de violencia.

CUADRO N° 30

RESPUESTA DEL ADULTO MAYOR RESPECTO DE SI PARTICIPA
ACTUALMENTE EN ALGUNA ACTIVIDAD

ACTIVIDAD EN LA QUE PARTICIPA	F	%
Deportes	8	16
Danzas	6	12
Caminatas	5	10
Canto	2	4
Manualidades	8	16
Ninguno	15	30
Otros	6	12
Total	50	100

Fuente: Propia

Los adultos mayores encuestados normalmente asisten al Centro de Salud A.S.A. al Programa del Adulto Mayor, en el que cuentan con diversas actividades y en las que participan de acuerdo a su preferencia; deportes en un 16%, danza 12%, caminatas 10%, canto 4%, manualidades 16%, solo asisten a las charlas o reuniones del Programa 30% y por último algunos participan en otras actividades como el cuidado del biohuerto representados con un 12%.

4. DIAGNÓSTICO

4.1 Ubicación Geográfica:

El Centro de Salud de Alto Selva Alegre se encuentra ubicado en la provincia, departamento y región Arequipa sobre el margen derecho del río Chili. Con una extensión de 69.8 Km, aproximadamente a 3 Km. de la Plaza de Armas de Arequipa.

4.2. Dirección:

Av. España 301 – Distrito Alto Selva Alegre

4.3. Carácter de la institución

Estatal, Sector salud: Ministerio de Salud

4.4. Antecedentes:

El Centro de Salud de Alto Selva Alegre, inicia su funcionamiento un 16 de octubre de 1964, frente a las necesidades de atender la salud de la población del ámbito de Alto Selva Alegre. En ese entonces se denominaba Posta Médica y tenía 4 ambientes los mismos que sirvieron para ofrecer atención de consulta médica y de Tópico. Se recuerda al Dr. Melitón Salas como el responsable de este establecimiento quien supo conducir los esfuerzos del personal asignado y trabajar en forma coordinada con los pobladores que aportaron entusiastamente en las mejoras de la infraestructura y mobiliario. En el año de 1976, se formó el comité pro-construcción el que construyó 2 ambientes adicionales, estando de médico jefe el Dr. Jesús Tejada. Con esta ampliación de ambientes se logró la implementación de los consultorios de dental, obstetricia y enfermería.

En 1985 con la administración del Dr. Juan Lam Banda quien aún es recordado por los pacientes como un profesional gentil y sensible se contó también con el apoyo del comité Pro construcción por lo que se incrementaron ambientes que

permitieron oferta de más servicios y de mejoras de los existentes.

En 1998 se remodeló la primera planta, con recursos propios y bajo la supervisión técnica de la UBAS correspondiente, reforzando las estructuras que servirían para dar paso a la segunda planta.

En el 2005, bajo la jefatura del Dr. Dante Mengoa Candía y como CLAS Alto Selva Alegre con recursos propios que estuvieron dirigidos a la compra del material de construcción y con el apoyo del Municipio del Alto Selva Alegre que financió la mano de obra, se construyó la segunda planta.

En el año 1989, con financiamiento del Gobierno Regional Arequipa, a través del Municipio de Alto Selva Alegre, se construyó la tercera planta, instalaciones en las cuales nos encontramos y que han hecho posible ubicar las áreas administrativas y en el 2007 este auditorio que sirve para desarrollar básicamente actividades de capacitación dirigidas a todo el personal.

Desde hace 47 años el Centro de Salud Alto Selva Alegre dirige todas las acciones que se realizan en todos los establecimientos del distrito y está empeñado en mejorar la calidad de atención y ampliar sus coberturas, siempre mediante las actividades que están orientadas a satisfacer a nuestros usuarios.

En el año 2009 la jefatura estuvo a cargo de la Dra. Mercedes Neves Murillo, hoy responsable de Promoción de la Salud en la GRSA, en el 2011 asume la Jefatura el Dr. Valentín Salazar Escobedo y actualmente se encuentra en la Jefatura el Dr. Woodward Paja Callo, quien tendrá a su cargo la Gerencia de la MR Alto Selva Alegre por un periodo de 02 años.

4.5. Misión y visión de la institución:

Misión

Al 2017 los pobladores del distrito tienen una cultura en salud que promueve, preserva y protege su potencial como personas dignas y con derechos. Los servicios de salud solidariamente combinan la disponibilidad de sus recursos para el logro de los objetivos sociales y el cumplimiento de las políticas y objetivos locales de salud satisfaciendo las necesidades de los usuarios. La responsabilidad ciudadana y la participación empoderada de los hombres y mujeres del distrito contribuyen a una atención de salud con criterios de equidad, ética e integralidad y el personal de salud encuentra satisfacción y desarrollo individual que le estimula a ser mejores y entregados a cumplir su misión como trabajadores de salud.

Visión:

Dirigir esfuerzos hacia el mejoramiento de la calidad de vida y de salud de la población selvalegrina promoviendo la salud, previniendo las enfermedades y garantizando la atención integral de la salud. El fomento de la participación y corresponsabilidad social y el desarrollo de una cogestión eficiente orientan nuestras acciones y permite estimular la vocación de servicio de nuestros trabajadores para ser agentes de cambio competentes que brindan una atención de calidad en salud.

4.6. Relación con el proceso productivo en general

Institución dedicada a la **prestación de Servicios de salud Pública**: orientado a la Promoción y prevención de enfermedades, curación, recuperación y rehabilitación.

4.7. Cobertura de acción de la institución

El Centro de Salud de Alto Selva Alegre, pertenece a la Micro Red Alto Selva Alegre.

La población atendida es de clase media a baja, ya que muchos de ellos no cuentan con un trabajo estable por lo que se dedican a la venta ambulatoria y otros servicios.

4.8. Tipo de necesidad social que atiende

El Centro de Salud de Alto Selva Alegre atiende las **necesidades de Salud Pública**, a través de la atención integral salud, la Promoción y Prevención de enfermedades, la rehabilitación y curación. Y brinda servicios de: Medicina, Odontología, Obstetricia, Enfermería, Psicología, Nutrición, Servicio Social, Farmacia, Laboratorio, etc.



CAPÍTULO III

DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO DEL PROBLEMA

1. Denominación del Problema

ABANDONO MORAL Y MATERIAL DEL ADULTO MAYOR

2. Metodología

Para el diseño del proyecto, se ha utilizado la herramienta del Método Zoop, (diagnóstico rápido).

a. Problemática detectada (lluvia de ideas)

- Abandono Moral
- Abandono social
- Abandono Económico
- Limitada capacidad para trabajar
- Dependencia económica.
- Pérdida del conyugue
- Deterioro físico y cognitivo.
- Dependencia motora y de asistencia para sus necesidades personales.
- Depresión, Angustia, Soledad, Aislamiento
- Escasa atención y cuidado hacia los adultos mayores por parte de sus familiares.
- Actitud negativa frente a la etapa de vejez
- Enfermedades crónicas: artritis, diabetes, presión alta
- Discriminación social hacia el adulto mayor
- Inestabilidad emocional
- Escasa participación social del adulto mayor
- Soledad

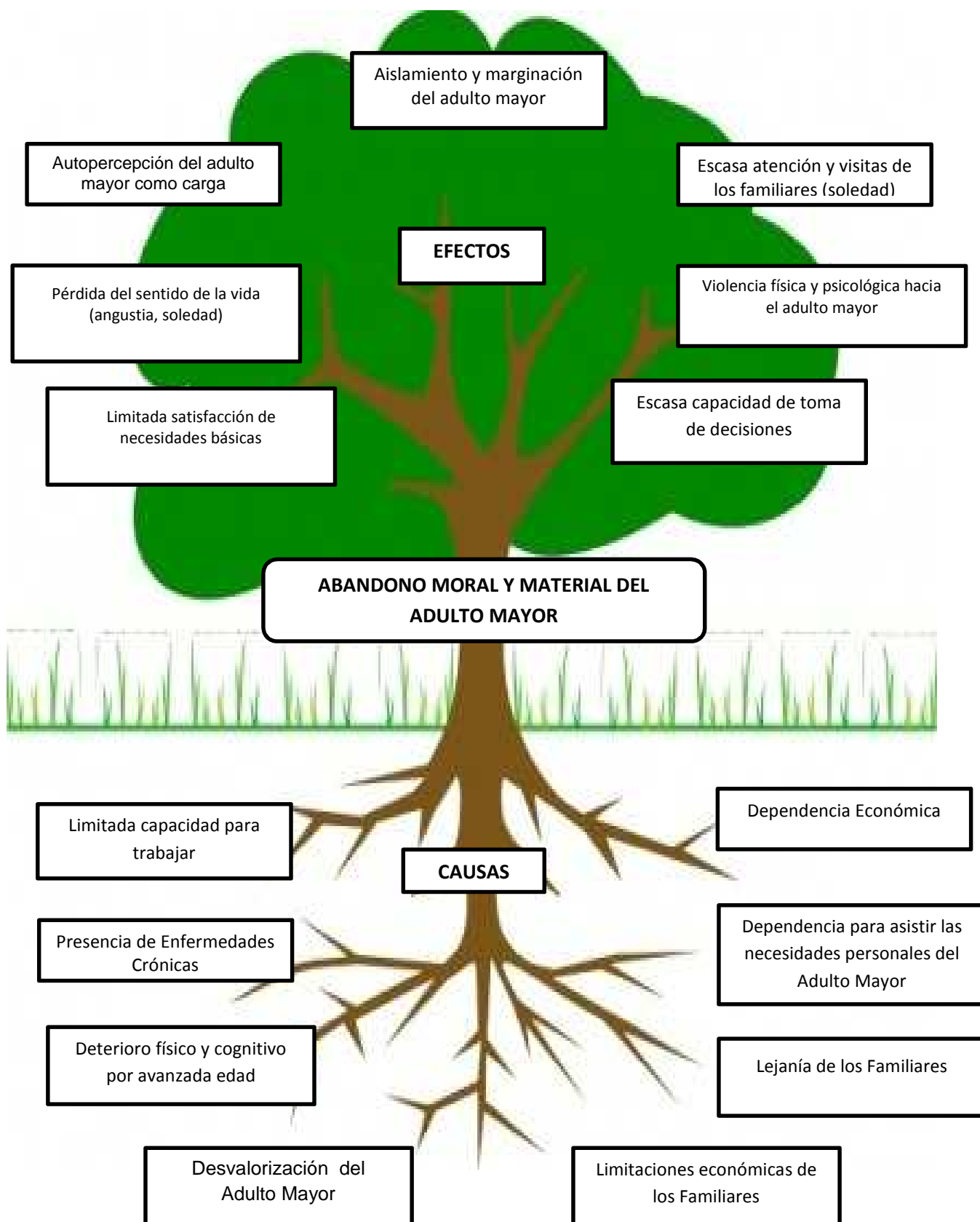
- Marginación al adulto mayor
- Inadecuada calidad de vida
- Uso inadecuado del tiempo libre
- Falta de motivación
- Desamparo
- Aislamiento
- Maltrato físico
- Maltrato psicológico
- Lejanía de los familiares
- Escasa atención y visitas de los familiares
- Limitaciones económicas de los familiares
- Concepción como carga del adulto mayor
- Desvalorización del Adulto Mayor

b) Problemática priorizada:

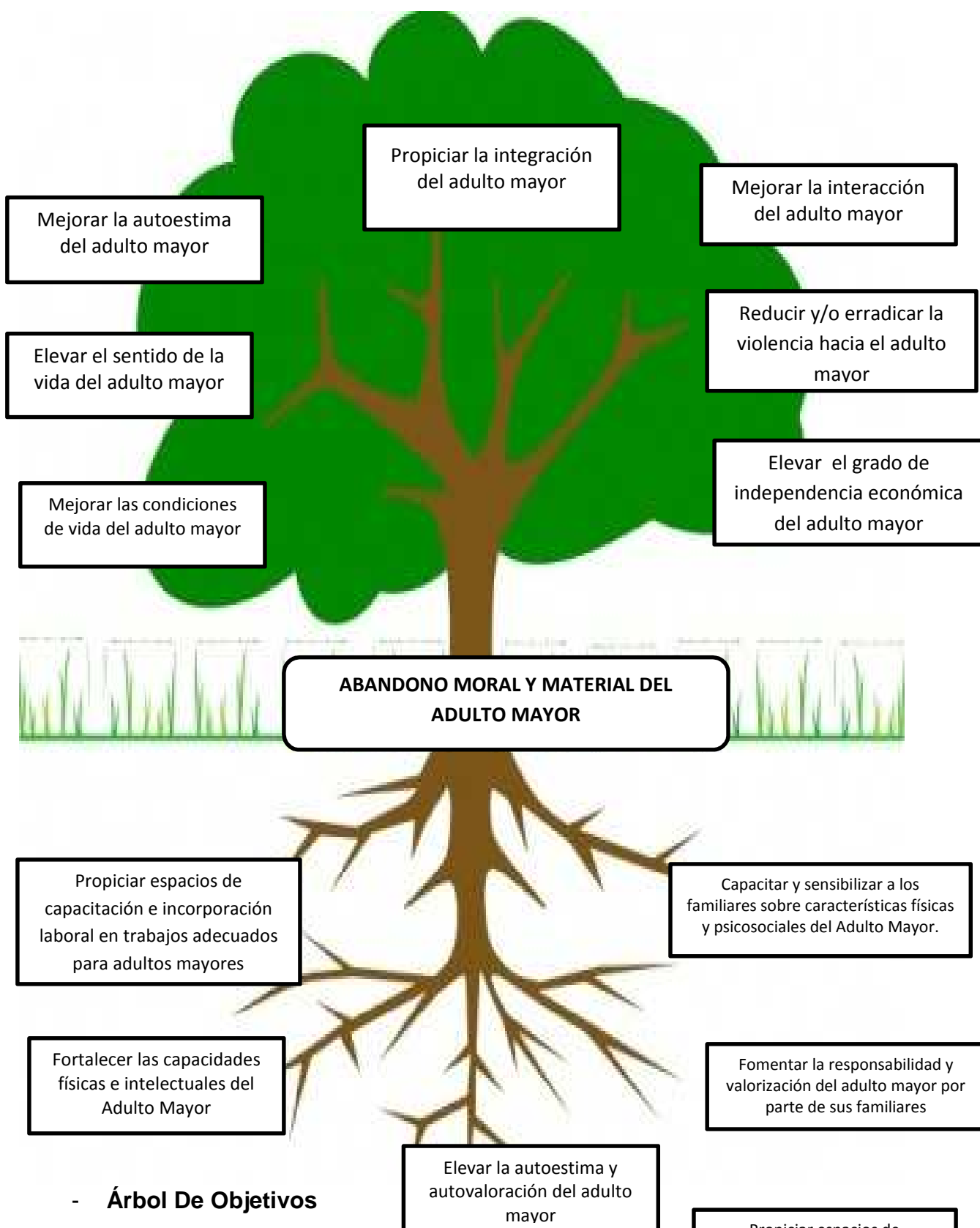
ABANDONO MORAL Y MATERIAL DEL ADULTO MAYOR

c) Elaboración de los árboles

- **Árbol de problemas**

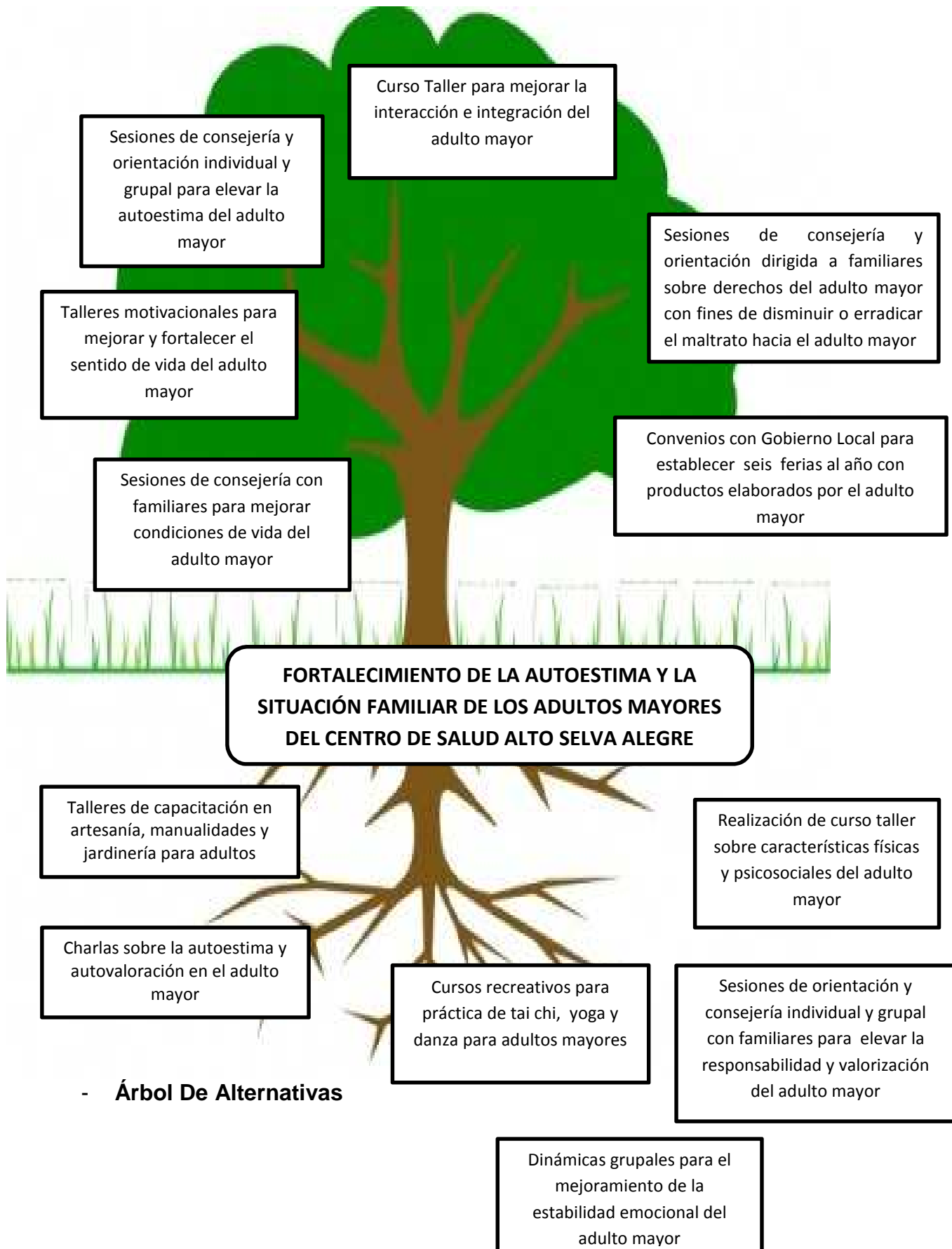


- **Árbol de objetivos**



- **Árbol De Objetivos**

- **Árbol de alternativas**



- **Árbol De Alternativas**

FORMULACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN

FORTALECIMIENTO DE LA AUTOESTIMA Y MEJORA DE LA SITUACIÓN FAMILIAR DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE - 2016

1. Diagnóstico y justificación del problema

El Centro de Salud de Alto Selva Alegre, se encuentra ubicado en el Distrito de Alto Selva Alegre de la provincia de Arequipa.

Dentro del área de Servicio Social, se crea el Club del Adulto Mayor de Alto Selva Alegre, el mismo que cuenta con 50 miembros; tiene como finalidad brindar servicios o programas especializados, orientados al bienestar y promoción social, para el bienestar y mejora de la salud integral del adulto mayor.

Adulto mayor es el nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etario que tiene más de 60 años de edad. El envejecimiento es un proceso de cambios permanentes que se dan a través del tiempo, este proceso es natural, gradual, continuo, irreversible y completo; estos cambios se dan a nivel biológico, psicológico y social y están determinados por la historia, la cultura y la situación económica de los grupos y las personas.

Las características propias de nuestra sociedad, donde por un lado tenemos una elevada cantidad de población migrante, muchos de ellos en condiciones de vida muy precarias, sobre todo quienes atraviesan la etapa de la vejez; y por otro lado en la que se estigmatiza a los adultos mayores como un grupo débil, de limitada productividad debido a su salud deteriorada o a la discriminación que sufren en el mercado laboral, es que por lo general terminan dependiendo de sus familiares, dándoles una connotación de ser “una carga” para la familia generando marginación, maltrato o abandono socio familiar. La investigación realizada, ha

demostrado que algo más del 50% de los adultos mayores son dependientes económicamente y en mayor proporción aún lo son para desarrollar actividades propias de su cuidado y auto subsistencia, encontrándose condiciones de vida deplorables no sólo por razones materiales, sino sobre todo por razones existenciales, afectivas, morales y de otra índole; así encontramos que un elevado porcentaje de adultos mayores sufren de violencia física y psicológica, de soledad, desamparo y baja autoestima, por lo que se justifica la realización del presente proyecto de intervención.

El proyecto se ejecutará en el lapso de 6 meses de enero a junio del 2016. El mismo que se orienta a dar solución a esta problemática de abandono moral y material de los integrantes del club del Adulto Mayor.

2. Descripción del Proyecto

- **Nombre del Proyecto**

FORTALECIMIENTO DE LA AUTOESTIMA Y MEJORA DE LA SITUACIÓN FAMILIAR DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE

3. Lugar de ejecución

- **Departamento:** Arequipa
- **Provincia** Arequipa
- **Distrito:** Alto Selva Alegre
- **Institución:** Centro de Salud Alto Selva Alegre

a. Duración del proyecto

El proyecto será realizado en un lapso de 6 meses (De enero a junio del 2016).

b. Entidad solicitante

Centro de Salud Alto Selva Alegre

c. Entidad ejecutora

Bachilleres voluntarias de la Escuela Profesional de Trabajo Social de Universidad Católica de Santa María.

- **Linares Belzo, Barbara Carola**
- **Velazco Barriga, María Antonieta**

d. Número de beneficiarios

El número de Adultos Mayores está constituido por 50 personas cuyas edades oscilan de 60 a 85 años.

e. Tipo de beneficiarios

Directos: Adultos Mayores (50)

Indirectos: Familia de los adultos mayores y comunidad en general

f. Objetivos del proyecto

• **Objetivo general**

Fortalecer la autoestima y mejorar la situación familiar del adulto mayor.

• **Objetivos específicos**

- Fortalecer las capacidades físicas e intelectuales del adulto mayor.
- Elevar la autoestima y participación del Adulto Mayor en actividades programadas por el Centro de Salud.
- Revalorizar al adulto mayor y promover la responsabilidad y cuidado de adulto mayor por parte de sus familiares.
- Promover la integración familiar del adulto mayor

g. Metas

Meta general:

80% de los adultos mayores del Centro de Salud Alto Selva Alegre, fortalecen su autoestima y mejoran su situación familiar.

Metas del objetivo N° 1

- Los 50 adultos mayores participan de actividades recreativas y capacitaciones en temas de interés personal. Mejorando sus capacidades físicas e intelectuales.

Metas del objetivo N° 2

- El 90% de los Adultos Mayores conocen la importancia de la autoestima y su autocuidado.
- 80% de Adultos Mayores se auto valoran y practican acciones para su autocuidado.

Metas del objetivo N° 3

- El 95 % de los familiares de los adultos mayores, sensibilizados y reconocen la responsabilidad que tienen frente a sus familiares adultos mayores.
- El 85% de los familiares, cambian de actitud y dan un mejor trato a sus adultos mayores (Mayor número de visitas, mejor trato y comunicación).

Metas del objetivo N° 4

- El 80% de los familiares de los adultos mayores cambian de actitud y evitan maltratar física o psicológicamente al adulto mayor.
- 80% de familiares mejoran la comunicación con sus adultos mayores y les permiten tomar decisiones en asuntos de su interés personal y familiar.

h. Actividades

➤ **Actividades del objetivo N°1**

➤ **Actividad N°1**

Taller Informativo sobre la importancia de las actividades recreativas en la salud dirigida a los adultos mayores:

Acciones:

- Planificación para la realización del Taller de sensibilización sobre la importancia de la participación del Adulto Mayor.
- Coordinación con la institución y personal para llevar a cabo el taller con el Adulto Mayor.
- Preparación de un video motivacional y dinámicas de participación en la temática a informar.
- Realización del taller.
- Evaluación del taller.

Actividad N°2 del objetivo específico N°1

Clases de TAI CHI y Yoga

- Planificación para la realización de las clases de Tai Chi y Yoga, dirigidas al Adulto Mayor.
- Coordinación con la institución y personal para llevar a cabo el taller con el Adulto Mayor.
- Gestión para el financiamiento con instituciones patrocinadoras del medio.
- Inscripciones.
- Realización de las clases de TaiChi y Yoga.
- Evaluación del desarrollo de las clases.

➤ **Actividad del objetivo N°2**

Curso taller sobre la importancia de la autoestima y el autocuidado en el Adulto Mayor.

Acciones:

- Planificación para la realización de la sesión educativa sobre la autoestima en los adultos mayores
- Coordinación con la responsable del Programa del Adulto Mayor para la realización de la sesión educativa.
- Organización del Taller de sensibilización sobre la importancia de la participación del Adulto Mayor.
- Preparación de las dinámicas y Material didáctico.
- Motivación a los integrantes del club del Adulto Mayor para la asistencia a los talleres educativos.
- Ejecución del Curso Taller sobre la importancia de la autoestima y el autocuidado en el Adulto Mayor.
- Evaluación del curso taller.

➤ **Actividades del objetivo N°3**

Actividad N°1

Sesiones de consejería individual y grupal para fomentar la responsabilidad familiar, frente al Adulto Mayor

Acciones

- Planificación de las sesiones de consejería individual a través de visitas domiciliarias.
- Planificación de las sesiones de consejería grupal, en reuniones convocadas en el Centro de Salud de Alto Selva Alegre.
- Coordinación y establecimiento de un rol de visitas domiciliarias
- Coordinación, difusión y motivación de las sesiones de consejería grupal a realizarse en el Centro de Salud.

- Realización de las sesiones de consejería individual y grupal.
- Seguimiento de las visitas y mejora de la conducta y trato frente al adulto mayor por parte de sus familiares
- Evaluación de las sesiones de consejería

Actividad N°2

Curso Taller de Horticultura dirigido al Adulto Mayor y Familiares.

Acciones:

- Planificación para la realización del Curso Taller de Horticultura.
- Coordinación con la responsable del Programa del Adulto Mayor para la realización del Curso Taller.
- Organización del Curso Taller de Horticultura.
- Gestionar la donación de las plantas que se utilizarán en el Curso Taller.
- Motivación a los integrantes del club del Adulto Mayor y sus familiares para la asistencia al curso taller.
- Ejecución del Curso Taller de Horticultura.
- Evaluación del curso taller.

➤ Actividad del objetivo N°4

Actividad N°1:

Paseo de integración familiar.

Acciones:

- Planificación del paseo de integración familiar, al Balneario de Mollendo.
- Coordinación con la responsable del Programa del Adulto Mayor para la realización del Curso Taller.

- Gestionar el transporte.
- Motivación a los integrantes del club del Adulto Mayor y sus familiares para su participación.
- Realización del Paseo.
- Evaluación del Paseo.

i. Recursos

➤ **Recursos humanos**

- ✓ 1 Trabajadora Social
- ✓ 2 Psicólogas
- ✓ 1 Médico Geriatra
- ✓ 2 Bachilleres de la Escuela Profesional de Trabajo Social de la UCSM.

➤ **Recursos materiales técnicos**

- ✓ Papelógrafo
- ✓ Útiles de escritorio
- ✓ Trifoliados
- ✓ Cámara fotográfica
- ✓ Cañón multimedia
- ✓ 1 computadora
- ✓ Videos educativos
- ✓ Material didáctico

➤ **Recursos institucional**

- ✓ Auditorio del Centro de Alto Selva Alegre

j. Los beneficiarios

- **Beneficiarios directos:** Adultos Mayores del Centro de Salud de Alto Selva Alegre.

- **Beneficiarios indirectos:** Familiares de los Adultos Mayores.

k. Viabilidad del proyecto

Social

- Se cuenta con el recurso humano que lo constituye la población objetivo los Adultos Mayores, profesionales del Centro de Salud y las Bachilleres voluntarias de la UCSM.
- Se promoverá la participación de los integrantes del Club del Adulto Mayor.

Económico – financiera

- El proyecto será financiado por el equipo ejecutor y se contará con el apoyo de los recursos de la institución.

Participación de la población

- Existe interés de parte de la población objetivo, los integrantes del club del Adulto Mayor, del Centro de Salud para encontrar soluciones.

Medio ambiente

Se cuenta con la infraestructura apropiada, así como los servicios básicos indispensables (agua, luz desagüe, internet).

I. Líneas de acción

- **GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN:** Coordinación de acciones necesarias con el equipo de profesionales para realizar las reuniones y talleres programados.
- **CAPACITACIÓN:** A través del trabajo educativo en los talleres de información, sensibilización, relación y formas de comunicación con el Adulto Mayor y la familia.
- **CONSEJERÍA:** Labor educativa dirigida a los familiares del Adulto Mayor.

m. Metodología

Para el diseño del proyecto, se ha utilizado herramientas como; el Método Zoop (diagnóstico rápido), lluvia de ideas (priorización de problemas), encuestas.

n. Manejo del proyecto: seguimiento y evaluación

Seguimiento:

Objetivos

- Examinar el desarrollo de las metas y las actividades programadas.
- Comprobar el avance y secuencia en el logro de objetivos.

Marco referencial:

- Diagnóstico
- Planes de Trabajo (Ejecución)
- Crónicas de las actividades realizadas

Resultados esperados:

- Intervención oportuna y adecuada en la problemática priorizada
- Análisis y corrección de situaciones que amenazan el desarrollo eficiente de las actividades.

Responsables:

- UCSM, Facultad de Ciencias y Tecnologías Sociales y Humanidades, Escuela Profesional de Trabajo Social, Bachilleres Linares Belzo, Barbara Carola, Velazco Barriga, María Antonieta.

CONCLUSIONES

PRIMERA: En un elevado porcentaje los adultos mayores son dependientes económicamente de sus familiares, siendo completa o altamente dependientes más de la mitad de ellos.

Por otro lado, debido a las enfermedades crónicas que sufren (diabetes, hipertensión, artritis, etc.), el nivel de dependencia para atenderse en sus necesidades personales como para moverse es aún mayor, representando cerca de los dos tercios de los adultos mayores.

SEGUNDA: Las condiciones de abandono material del adulto mayor se evidencian en diferentes indicadores. Respecto a la alimentación, ésta es en su mayoría de baja calidad e insuficiente para su requerimiento personal. La vestimenta en su mayoría es obsequiada, siendo inadecuada, mientras que sus viviendas son sumamente precarias e inapropiadas, destacando aquellas de material rústico o mixto y de escasa comodidad y privacidad.

TERCERA: En relación al abandono moral, un elevado porcentaje de los adultos mayores, manifiestan sentirse aislados en sus propias viviendas, con un número escaso de visitas al año y para quienes viven con sus hijos u otros familiares, reciben muchos de ellos, maltratos y escaso afecto.

CUARTA: El mayor porcentaje de adultos mayores son mujeres y de edad avanzada, con muy bajos niveles de instrucción y dependientes física y económicamente de sus hijos, esposos u otros familiares. La dependencia hacia sus hijos u otros familiares, predispone en éstos escasa voluntad o cansancio a la hora de atenderlos, por lo que muchos son poco tolerantes, los maltratan o simplemente los visitan muy poco.

SUGERENCIAS

PRIMERA: Que el Centro de Salud, implemente un mayor número de actividades psicomotoras y recreativas para evitar que el adulto mayor se aíse y la capacidad de sus funciones vitales se deterioren.

SEGUNDA: Se debe dar énfasis en el seguimiento y visitas domiciliarias a los adultos mayores, para asistirles en sus controles de salud básicos (controles de presión, de glucosa, etc.), e incentivarles la asistencia al Centro de Salud para sus controles y la mejor vigilancia de su salud física y psicológica.

TERCERA: Que el Centro de Salud, en convenio y/o coordinación con la Municipalidad, Gobierno Regional u otras instituciones, promuevan la capacitación del Adulto Mayor en labores manuales, artesanías u otras, para que puedan sentirse útiles y elaboren productos que les ayuden a tener algunos ingresos económicos.

CUARTA: Que el Centro de Salud, en coordinación con la Municipalidad Distrital de Alto Selva Alegre, realice ferias periódicas, para expender productos elaborados por los adultos mayores y de este modo tengan algunos ingresos personales que les permita niveles mínimos de independencia y mejora de sus condiciones de vida.

QUINTA: El Centro de Salud, debiera implementar un sistema de visitas domiciliarias, no sólo para asistir a los adultos mayores de mayor riesgo, sino también para propiciar la consejería individual y grupal a los familiares de los adultos mayores, sensibilizándolos y capacitándoles en temas del Adulto Mayor y sobre trato digno y responsable.

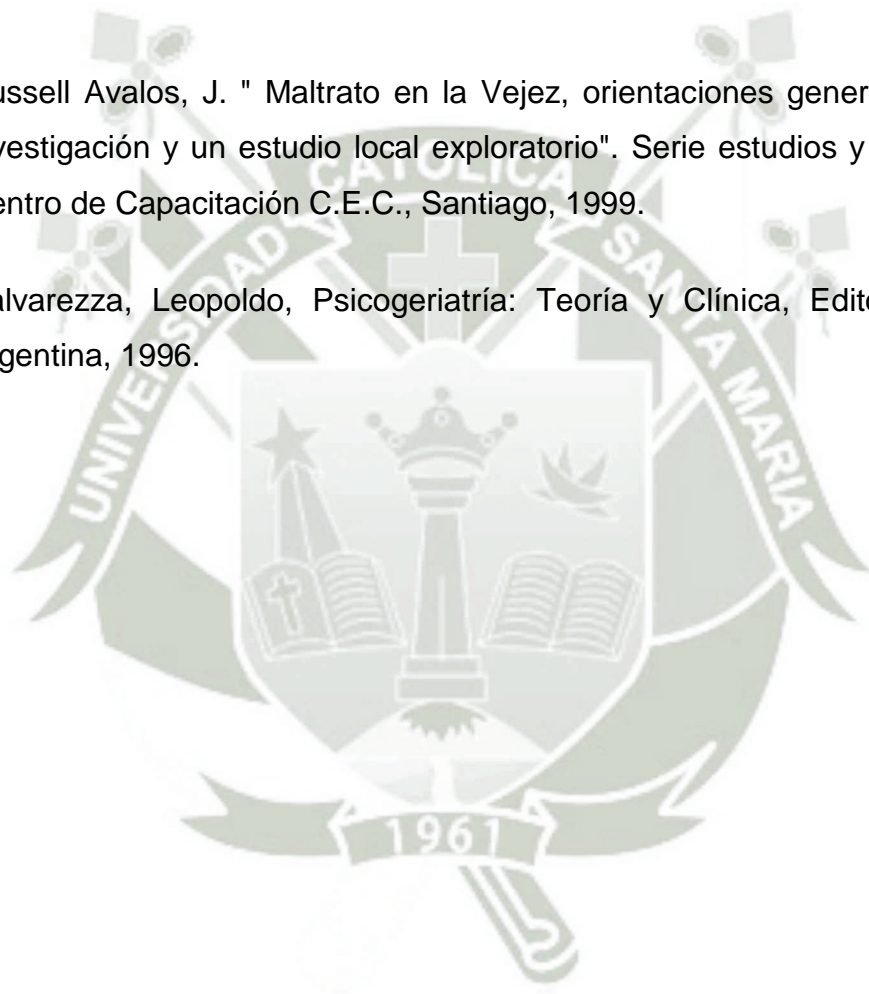
SEXTA: El Centro de Salud, en coordinación con la Municipalidad de Alto Selva Alegre debiera propiciar campañas masivas de educación social, para sensibilizar a la población y familiares de los adultos mayores a ser responsables con ellos y darles un mejor trato y calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Abrante Teo, Raquel. El envejecimiento en la agenda de la conferencia Interamericana de Seguridad Social, 1989-2007. Investigación en compilación. En CIEES, No 12, Diciembre 2006.
- Asamblea General de la ONU. Resolución 46 de 1991. Carta de los Derechos de las Personas Mayores.
- Barroso Rodríguez, Xiomara. Crecimiento y desarrollo somáticos y psicológicos en las diferentes etapas de la vida. La Habana. Ed : Ciencias Médicas, 2004.
- Cambios Acelerados del Estilo de Vida obligan a fomentar la actividad física como prioridad en la región de las Américas. ____ En Revista panamericana de salud pública. Vol. 14 No. 4 /Octubre. 2003.
- Castellón A y Sánchez del Pino, M. A. Calidad de Vida y Salud. Rev. Mult. Gerontol. 2001.
- Conocimientos Actuales Sobre Nutrición – Washington: Organización Panamericana de la Salud. 1997.
- Deleste García, A. Calidad de vida del adulto mayor en el hogar de anciano.
- Erikson, Erick H., “El Ciclo Vital Completado”, Edición revisada y ampliada, Editorial Paidós, España, 2000.
- Guzmán M.J., Huaenchuan S., y Montes de Oca, Redes de Apoyo Social de Personas Mayores en América Latina y el Caribe, Publicación de las Naciones Unidas, Santiago de Chile, 2003.

- Iborra Marmolejo, Isabel, Maltrato de personas mayores en la familia en España, *Edita* Fundación de la Comunitat Valenciana para el Estudio de la Violencia (Centro Reina Sofía), Valencia- España, junio 2008.
- Jiménez R, S. Y Román G." Los problemas del abuso que presentan las personas mayores de 60 años, atendidas en los servicios de valoración y consulta externa del Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes", Costa Rica, 2006.
- Martínez de la Iglesia, J. Y otros, Versión Española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación, Publicación de MEDIFAM, Volumen 12, número 10, diciembre, 2002.
- Menéndez J.J. Vigilancia en Salud de Adultos Mayores. Centra Iberoamericano de Tercera Edad. Cuba. 2006.
- Organización de Naciones Unidas. Informe de la Asamblea Mundial del envejecimiento. Viena. Austria. 2006.
- Orientaciones Metodológicas para la Tercera Edad, 2006.
- Papalia, Diane y WjajagfENDKOS O, Sally, Desarrollo Humano, Editorial Mc Graw -Hill, México, 1997.
- Promoción de Salud y Envejecimiento, activos series materiales de capacitación. Primera Edición, marzo 2002, OPS, OMS. Twenty third Street, NW, Washington, DC. 2007.
- Pontificia Universidad Católica de Chile. Manual de Geriátrica: Capítulo VI Enfermería Geriátrica.

- Red Latinoamericana de Gerontología: Los Adultos Mayores Un reto para la sociedad - 10 al 14 de Marzo del 2003.
- Red Latinoamericana de Gerontología: Envejecer en Latinoamérica en una sociedad globalizada - Marzo 2003 - Agenda de sensibilización en Colombia en el siglo XX.
- Rocchard Basulto, Lourdes. Calidad de vida símbolo de belleza de ancianidad ISCM. 2001.
- Russell Avalos, J. " Maltrato en la Vejez, orientaciones generales para su investigación y un estudio local exploratorio". Serie estudios y documentos Centro de Capacitación C.E.C., Santiago, 1999.
- Salvarezza, Leopoldo, Psicogeriatría: Teoría y Clínica, Editorial Paidos, Argentina, 1996.





ANEXOS

ENCUESTA DE ABANDONO DEL ADULTO MAYOR

A continuación le presentamos una serie de preguntas que usted podrá responder marcando con X la respuesta que considere correcta, para ello le pedimos que sea lo más sincero posible.

DATOS GENERALES:

Lugar de Procedencia:

Arequipa () Otro () Indique _____

Sexo: F () M ()

Edad: _____

Estado Civil:

Soltero () Casado () Conviviente ()
Viudo () Separado () Divorciado ()

Tiene Hijos: Si () No ()
¿Cuántos? Varones _____ Mujeres _____ Fallecidos _____

Grado de Instrucción:

Primaria () Secundaria () Superior ()
Sin Instrucción () Otro () Indique _____

Ocupación: Indique _____

1. ¿Cuenta con algún tipo de Seguro de Salud?
SIS () ESSALUD () Ninguno ()

2. ¿Usted depende económicamente de alguien?
Sí () No ()
- Completamente dependiente ()
- Altamente dependiente ()
- Parcialmente dependiente ()

¿De quién?

a. Esposo (a) ()
b. Hijos (as) ()
c. Un familiar ()
d. Otros ()
Indique _____

3. Cuando se enferma ¿De quién recibe ayuda?

e. Esposo (a) ()
f. Hijos (as) ()

g. Un familiar ()
h. Otros ()
i. Ninguno ()

4. ¿Cuántas comidas al día consume?

j. Desayuno ()
k. Almuerzo ()
l. Cena ()
m. Otro () Indique _____

5. Su alimentación es:

a. Altamente nutritiva ()
b. Medianamente nutritiva ()
c. Bajo nivel nutricional ()

6. Actualmente Usted vive con:

a. Esposo (a) ()
b. Con hijo (a) ()
c. Familiar ()
d. Solo ()
e. Otro () Indique _____

7. En la adquisición de su vestimenta

- a. Comprada ()
- b. Cedida ()
- c. Ambos ()

8. ¿Se siente cómodo con la ropa que usa?

- a. Adecuado ()
- b. Inadecuado ()

9. Su vivienda es:

- a. Propia ()
- b. Alquilada ()
- c. Compartida ()
(de familiares)
- d. Guardianía ()

10. Como es el estado de su vivienda

- a. Provisional ()
- b. Acabado ()
- c. Mixto ()

11. El espacio donde vive es:

- a. Amplio () Reducido ()
- b. Personal () Compartido ()
- c. Adaptado () Propio ()
- d. Aireado () Enrarecido ()

12. ¿Se siente usted aislado de su familia en relación al lugar donde vive?

Sí () No ()
¿Por qué? _____

13. ¿Cuántas veces recibe visitas de sus hijos?

- a. Todos los días ()
- b. 1 vez por semana ()
- c. 1 vez al mes ()
- d. 1 vez al año ()
- e. Nunca ()

14. ¿Se siente usted impedido de realizar sus actividades habituales por?

- a. Problemas de Locomoción ()
 - b. Problemas de Articulación ()
 - c. Problemas Auditivos ()
 - d. Problemas Visuales ()
 - e. Ninguno ()
 - f. Otros ()
- Especifique _____

15. ¿Necesita usted ayuda para movilizarse?

- a. Siempre ()
- b. Con frecuencia ()
- c. A veces ()
- d. Nunca ()

16. ¿Necesita usted ayuda para alimentarse?

- a. Siempre ()
- b. Con frecuencia ()
- c. A veces ()
- d. Nunca ()

17. ¿Necesita usted ayuda para vestirse?

- a. Siempre ()
- b. Con frecuencia ()
- c. A veces ()
- d. Nunca ()

18. ¿Necesita usted ayuda para Asearse?

- a. Siempre ()
- b. Con frecuencia ()
- c. A veces ()
- d. Nunca ()

19. Participa actualmente de alguna actividad como:

- a. Deportes ()
- b. Danzas ()
- c. Caminatas ()
- d. Canto ()
- e. Manualidades ()
- f. Ninguno ()
- g. Otros ()

Especifique _____

20. Cuando algún suceso le ocasiona tristeza usted:

- a. Llora ()
- b. Se aísla ()
- c. Sale a pasear ()
- d. Conversa ()
- e. Otra actitud ()

Especifique _____

21. Cuando usted expresa que no está de acuerdo con alguna decisión su familia reacciona

- a. Gritándole ()
- b. Ignorándolo ()
- c. Humillándolo ()
- d. Agresiones física ()
- e. Otros ()

Especifique _____

22. ¿Toma usted decisiones?

- a. Solo ()
- b. Con ayuda de los demás ()

23. ¿Su familia le demuestra afecto?

Sí () No ()

¿Cómo? _____

24. ¿Qué personas con frecuencia lo critican y/o ridiculizan su actitud?

- a. Su esposo (a) ()
- b. Su hijo (a) ()
- c. Un familiar ()
- d. Otro ()

Especifique _____

25. ¿Sufre de alguna de estas enfermedades crónicas?

- a. Diabetes ()
- b. Presión Alta ()
- c. Artritis ()
- d. No sabe ()
- e. Ninguna ()

26. Asiste e a sus controles médicos

- a. Siempre ()
- b. Con frecuencia ()
- c. A veces ()
- d. Nunca ()

27. ¿Siente que ha sido víctima de violencia?

- a. Siempre ()
- b. Con frecuencia ()
- c. A veces ()
- d. Nunca ()