



**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
FACULTAD DE INGENIERÍA Y NEGOCIOS**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ADMINISTRACIÓN
EN TURISMO Y HOTELERÍA**

**Programa de turismo social para mejorar la calidad de
vida del adulto mayor San Vicente de Cañete, 2016**

Para optar el título profesional de Licenciado en Turismo y Hotelería

AUTOR:

Br. Huapaya Gonzales, César Carlos

LIMA - PERÚ

2017

“Programa de turismo social para mejorar la calidad de vida del adulto mayor San Vicente de Cañete, 2016”

Miembros del Jurado

Presidente del Jurado

Dr. Alberto Martorell Carreño

Secretario

Mg. Fernando Nolazco Labajos

Vocal

Mg. Abel De La Torre Tejada

Mg. Fernando Alexis Nolazco Labajos

Asesor temático y metodológico

Dedicatoria

Dedicado a mis padres, demás familiares, enamorada y amigos que siempre me apoyan.

Agradecimiento

Sobre todas las cosas, agradecer a Dios por darme fuerza y valor para lograr este trabajo.

A mis padres, quienes me brindaron su apoyo incondicional durante en el crecimiento de mi carrera profesional.

De manera especial agradecer a mi tutor, por guiarme en el desarrollo de este estudio.

A mis padres, familia, novia, amigos, por su motivación constante.

Y aquellas personas que fueron parte de la muestra en la presente investigación.

Presentación

Señores miembros del Jurado:

El presente estudio de investigación proyectiva titulada “Programa de turismo social para mejorar la calidad de vida del adulto mayor San Vicente de Cañete, 2016”, tuvo como finalidad mejorar las condiciones de la calidad de vida del adulto mayor así como promover un programa turístico en beneficio de ellos, en cumplimiento del Reglamento de Grado y Títulos de la Universidad Privada “Norbert Wiener” para optar Título de Licenciado en Administración de Turismo y Hotelería.

La investigación se desarrolló en la provincia de Cañete, departamento de Lima – Perú; donde se obtuvo información mediante la observación y aplicación de instrumentos como el cuestionario a los habitantes adultos mayores de la localidad y la entrevista a profundidad a 3 adultos mayores seleccionados por conveniencia.

La investigación consta de V capítulos estructuralmente interrelacionados en forma secuencial determinados por la Universidad Privada Norbert Wiener en su reglamento, como son: el primer capítulo corresponde al Problema de Investigación incluyendo el Planteamiento del Problema, objetivos y la justificación; el segundo capítulo corresponde al Marco teórico metodológico, donde se desarrolla el sustento teórico, antecedentes y definiciones de términos, los métodos de investigación, unidad de análisis, técnicas e instrumentos de recolección de datos y el método que se utilizó para analizar los datos; el capítulo tres, a los resultados de la investigación y el diagnóstico final; el capítulo cuatro presenta la propuesta de la investigación, donde se fundamenta la propuesta, el objetivo de la propuesta, se desarrolla la estructura y plan de acción de la propuesta, la viabilidad y validación de la propuesta; luego, en el capítulo cinco se representará la discusión, conclusiones y sugerencias, finalmente en anexos se presentan la matriz de investigación, la matriz metodológica de la investigación, el instrumento y las fichas de validación del instrumento.

Índice

	Pág.
DEDICACION	iv
AGRADECIMIENTO	v
PRESENTACION	vi
CAPÍTULO I	
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	15
1.1 Problema de investigación	16
1.1.1 Identificación del problema ideal	16
1.1.2 Formulación del problema	17
1.2 Objetivos	17
1.2.1 Objetivo general	17
1.2.2 Objetivos específicos	17
1.3 Justificación	17
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO	19
2.1 Marco teórico	20
2.1.1 Sustento teórico	20
2.1.2 Marco legal	22
2.1.3 Antecedentes	24
2.1.4 Marco conceptual	28
2.2 Metodología	30
2.2.1 Sintagma	32
2.2.2 Enfoque	40
2.2.3 Tipo	40
2.2.4 Diseño	41
2.2.5 Categorías y subcategorías apriorísticas y emergentes	42
2.2.6 Unidad de análisis	42
2.2.7 Instrumentos y técnicas	43
2.2.8 Procedimientos y método de análisis	44
CAPÍTULO III	
TRABAJO DE CAMPO	46
3.1 Diagnóstico cuantitativo	47
3.2 Diagnóstico cualitativo	56
3.3 Triangulación de datos: Diagnóstico final	61
CAPÍTULO IV	
PROPUESTA DE LA INVESTIGACIÓN	65

	Pág.
4.1 Nombre del proyecto	66
4.2 Fundamentos de la propuesta	66
4.3 Estructura y plan de acción de la propuesta	73
4.4 Viabilidad de la propuesta	77
4.5 Validación de la propuesta	79
CAPÍTULO V	81
Discusión	82
Conclusiones	85
Sugerencias	86
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
ANEXOS	90
Anexo 1. Matriz de consistencia	91
Anexo 2. Matriz del Instrumento	94
Anexo 3. Instrumento	95

Índice de tablas

	Pág.
Tabla 1. Muestra holística para la investigación	41
Tabla 2. Validez de expertos	42
Tabla 3. Niveles de la dimensión Bienestar emocional	45
Tabla 4. Niveles de la dimensión Relaciones interpersonales	46
Tabla 5. Niveles de la dimensión Bienestar material	47
Tabla 6. Niveles de la dimensión Desarrollo personal	48
Tabla 7. Niveles de la dimensión Bienestar físico	49
Tabla 8. Niveles de la dimensión Autodeterminación	50
Tabla 9. Niveles de la dimensión Inclusión social	51
Tabla 10. Niveles de la dimensión Derechos	52
Tabla 11. Niveles de la Calidad de vida del adulto mayor	53

Índice de figuras

Figura 1. Instrumentos internacionales para proteger los derechos humanos de los adultos mayores	24
Figura 2. Calidad de Vida Relacionada con el Bienestar	31
Figura 3. Niveles de la dimensión Bienestar emocional	47
Figura4. Niveles de la dimensión Relaciones interpersonales	48
Figura5. Niveles de la dimensión Bienestar material	49
Figura6. Niveles de la dimensión Desarrollo personal	50
Figura7. Niveles de la dimensión Bienestar físico	51
Figura8. Niveles de la dimensión Autodeterminación	52
Figura9. Niveles de la dimensión Inclusión social	53
Figura10. Niveles de la dimensión Derechos	54
Figura11. Niveles de la Calidad de vida del adulto mayor	55

Índice de cuadros

Cuadro 1. Categorías apriorísticas y emergentes

42

Resumen

Esta investigación holística tuvo como objetivo proponer un programa de turismo social para mejorar la calidad de vida del Centro de Adulto Mayor situado en San Vicente de Cañete, en el año 2016.

El estudio de investigación es sintagma holístico, de tipo proyectiva, realizado bajo con el diseño transversal. La muestra cuantitativa evaluada a través de una encuesta lo conforman los 20 adultos mayores del Centro Adulto Mayor de Essalud de San Vicente de Cañete y la muestra cualitativa conformada por 5 adultos mayores se le aplicó una entrevista, para posteriormente triangular la información de diagnóstico.

Los resultados evidenciaron el interés por el adulto mayor por fortalecer la salud mental y el desarrollo de este grupo humano. Los estudios de referencia consideran conceptos como bienestar, felicidad, y cómo logran ser felices las personas mayores a pesar de sus múltiples diferencias culturales, sociales y económicas, reflejados en los talleres o diversas actividades de las que participan. Para esto se presenta una propuesta sólida, basada en un diagnóstico real obtenido en este contexto cañetano.

Palabras claves: Adulto mayor, calidad de vida, bienestar emocional, turismo social, inclusión social.

Abstract

This holistic research aimed to propose a program of social tourism to improve the quality of life of Older Adult Center located in San Vicente de Cañete, in 2016.

The research study is holistic phrase, projective type, carried out under the cross-sectional design. The quantitative sample evaluated through a survey is made up of 20 elderly Elderly Center Essalud of San Vicente de Cañete and qualitative sample consisted of 5 adults older was applied an interview, later triangular diagnostic information.

Results showed interest in the elderly to strengthen mental health and development of this human group. Baselines consider concepts such as welfare, happiness, and how they manage to be happy seniors despite its many cultural, social and economic differences, reflected in the various workshops or activities involved. For this a smelt proposal, based on a real diagnosis cañetano obtained in this context is presented.

Keywords: elderly, quality of life, emotional, social tourism, social inclusion.

Introducción

El adulto mayor es muchas veces discriminado por su condición física, emocional y su edad en las diversas actividades diarias. Muchos son considerados como unas personas sin ningún tipo de facultades y habilidades y no se toma en consideración la necesidad de una mejor calidad de vida. Ante este manifiesto se plantea la siguiente pregunta ¿De qué manera se puede mejorar la calidad de vida del adulto mayor de San Vicente de Cañete?

La investigación es de tipo holística – proyectiva el cual permite brindar propuestas novedosas bajo criterio de teorías y planes de acción bien estructurada. Mediante un enfoque mixto se recolectó datos cualitativos y cuantitativos a través de un cuestionario y entrevista cuya información luego se trianguló.

El Trabajo de investigación se ha desarrollado en 5 capítulos de la siguiente forma:

Capítulo I: Problema de investigación, donde se planteó el problema, la formulación del problema, se precisó el objetivo de este estudio y la justificación.

Capítulo II: Marco Teórico Metodológico, en el cual se desarrolla el sustento teórico, el marco legal y antecedentes de la presente investigación, así como la definición de términos. Sintagma, enfoque, tipo de estudio, diseño, población, muestra, instrumentos, técnicas, procedimientos y método de análisis de datos.

Capítulo III: Trabajo de campo, se muestran los resultados cuantitativo, cualitativo y el diagnóstico final.

Capítulo IV: Fundamentos de la propuesta, el propósito de la propuesta, enmarca la descripción de la estructura y el plan de acción de la propuesta, viabilidad de la propuesta y validación.

Capítulo V: Se muestra la discusión, conclusiones y sugerencias.

Finalmente, se desarrolla las referencias bibliográficas y anexos correspondientes.

CAPÍTULO I
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Problema de investigación

1.1.1 Identificación del problema ideal

El adulto mayor es todo aquel ciudadano que tiene más de 60 años. Muchos de ellos no viven en condiciones aceptables, dado que las familias en el trajín diario del trabajo y estudio, dejan a su familiar en casa, en muchos casos olvidados y abandonados. Ellos dada su avanzada edad, necesitan de agentes distractores o de alguna situación de responsabilidad o acción, para que se sientan útiles y con aun proyecciones de vida.

La salud es un punto delicado en el adulto mayor. El INEI (2014) indicó que el 78.3% de la población adulta cuenta con un seguro de salud, ya sea público o privado. Esto representa un aumento de 3% respecto al año 2013. Pero un poco más del 20 % no tiene seguro, y eso se ve palpado sobre todo en las provincias de Lima.

Actualmente no se conoce el impacto que tiene los programas de turismo social de los centros de adulto mayor, con esta investigación se obtendrá información sustentable, que le brindará una mayor tranquilidad para los familiares que sabrán los beneficios obtenido por el programa. La falta de un turismo específico para las personas mayores de 60 años con paquetes turísticos detallados y acordes a las personas adultas. La realidad, es que no existen programas dirigidos a las personas de la tercera edad, y si las hay no tiene tanta fuerza o importancia debida.

Por otro lado se encontró trabajos de investigación sobre el adulto mayor con enfoques en la medicina y la psicología, pero no del ámbito del turismo social reflejada en la calidad de vida en los aspectos de representaciones sociales y sus categorías.

Se entiende la calidad de vida del adulto mayor desde un aspecto subjetivo se determina en las condiciones materiales de vida de las personas, con las experiencias vividas y el seguir conociendo y viviendo más experiencias. Por eso, a través de esta investigación se hace un llamado a la

iniciativa de entidades privadas y públicas para que vean la importancia que tiene estos programas de turismo social para el adulto mayor y apoyen a este plan, para que aumente su motivación, autoestima, salud y la imaginación de conocer diversos lugares del Perú.

1.1.2 Formulación del problema

¿De qué manera se puede mejorar la calidad de vida del adulto mayor de San Vicente de Cañete?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Proponer un programa de turismo social para mejorar la calidad de vida del Centro de Adulto Mayor situado en San Vicente de Cañete.

1.2.2 Objetivos específicos

Diagnosticar la situación social, económica y moral del adulto mayor en Cañete.

Teorizar las categorías de calidad de vida y turismo social sus variantes apriorísticas y emergentes.

Diseñar un programa para mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

Validar los instrumentos del diagnóstico y la propuesta de mejora a través de juicio de expertos para una efectiva aplicación.

1.3 Justificación

El turismo social se ve reflejado en las instituciones que lo desarrollan, donde al igual que los turistas jóvenes y mayores viajan por numerosas razones,

especialmente para descansar y relajarse; relacionarse; conocer nuevos lugares y experiencias.

El adulto mayor tiene las mismas necesidades de relacionarse y compartir experiencias por eso esta investigación tiene por finalidad informar la importancia de los programas de turismo social reflejado en la calidad de vida del adulto mayor donde ellos quieren formar parte de la demanda turística, las cuales buscan los mismo deseos de visitar nuevos lugares ya que algunos de jóvenes no tuvieron esa oportunidad debido a diferentes factores (económicos, tiempo, trabajo, salud, etc.).

Realmente no se conocen los resultados de los programas de turismo social en los centros de adulto mayor. Se sabe que en Lima existen diferentes programas pero no se han realizado estudios para evaluar la calidad de vida del adulto mayor.

Proponer una solución a esta problemática con esta investigación, es a mejorar e informar con mayor precisión a los centros que brindan los programas de adulto mayor para lograr a conocer qué factores determinan y mejoran en su calidad de vida. Los beneficios de estar en estos programas de turismo social están indicados en la inclusión del adulto mayor hacia el ámbito del turismo, la cual ellos verán el impacto de su envejecimiento a favor con la ayuda de estos programas.

Al finalizar esta investigación se pretenderá solucionar el problema de calidad de vida del adulto mayor mediante una propuesta de turismo social, intentado lograr la inclusión social los adultos mayores y a la vez rescatando el turismo en la provincia de Cañete.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO

2.1 Marco teórico

2.1.1 Sustento teórico

Teoría de las relaciones humanas en el adulto Mayor: Teoría de campo de Lewin.

Esta teoría defiende la postura que en comportamiento humano no depende del pasado ni del futuro, sino del campo dinámico actual o presente. Este campo vital “es el ambiente psicológico” (Lewin, citado por Chiavenato, 2014, p. 86). Aquí se destaca el importante papel de la motivación, acción en base a necesidades y dificultades y el enfrentamiento que se asume hacia estas problemáticas.

Las personas, según esta teoría, tienen una predisposición a la acción. El adulto Mayor debe vivir cada uno de los momentos que ocurren en su etapa de vida, mezclando sus nuevas experiencias con sus conocimientos previos. Ellos deben estar motivados para nuevos retos, como lo que plantea el Programa de Turismo social.

Teoría de la Organización para la estructuración del programa de turismo social.

El enfoque teórico tradicional, considera la organización como una estructura (ejemplo la organización eclesiástica, militar rígidas y jerarquizadas). Quizás por eso, en términos de organización, la teoría clásica no avanzó. Ya luego, Mooney (en Chiavenato, 2014), considera la organización como una asociación humana que desean alcanzar un fin común, todos en un accionar coordinado, bajo una estructura de mando que se entrelazada de posiciones de la organización.

Una organización es un sistema social abierto, que constituye un organismo humano, dinámico, con la flexibilidad necesaria para asimilar el cambio, y que recibe determinados recursos transformándolos en productos y/o servicios bajo un objetivo o meta común. Para Chiavenato (2014) “las organizaciones son creadas para producir alguna cosa: servicio o producto. Por

lo tanto, utilizan la energía humana y la no humana para transformar materias primas en productos o servicios” (p.63).

Se hace hincapié en el hecho que cualquier organización para cumplir sus objetivos y poder desarrollarse, debe tener sus actores con capacidad y competitividad y ser lo suficientemente flexibles para asimilar y responder ágilmente a los cambios que el entorno exige. El logro de una organización no es abstracto y para alcanzarlo es necesario garantizar la convergencia entre sus intereses y los de los actores de la organización.

Es por eso que los agentes involucrados en la elaboración del Programa de turismo social, en una primera instancia contribuirán en la elaboración de un plan que le investigador propone,. Y luego asumirán fuerzas sincronizadas para que esta propuesta se logre ejecutar, Como organización en beneficio de las personas de mayor edad de la ciudad de San Vicente de Cañete.

Teoría de la planificación turística

El presente estudio se fundamenta bajo las teorías de la “*planificación turística*”, donde, Yehezkel (citado por Saavedra; Castro; Restrepo y Rojas, 2010), define la planificación como: “...el proceso de preparación de un conjunto de decisiones respecto de la actividad en el futuro, basándose en investigación, reflexión y pensamiento sistemáticos” (p. 32).

En base a lo mencionado, la planificación consiste en analizar y trazar decisiones tomadas en el presente para ejecutar una acción a futuro esperando resultados positivos. Molina la indica como la identificación de un conjunto de variables con el objeto de dirigir las hacia una acción, utilizando métodos de investigación científica, para lograr un estado o situación predeterminada. (Molina, 1997). Este proceso permite direccionar y establecer un sentido de los objetivos, brindándole una mayor visión y perspectiva.

En el caso turístico, la planificación consiste en anticipar y evitar posibles cambios en un determinado sistema, propiciar un desarrollo armónico e incrementar los beneficios sociales, económicos y ambientales del turismo”. De

la misma manera, Getz (1987) considera que este proceso busca optimizar la contribución de los beneficios del turismo al hombre y al medio ambiente.

2.1.2 Marco legal

En la “Ley General de Turismo” Ley N° 29408, en su artículo N° 17 de la, establece que el Ministerio de Comercio Exterior y Turismo, en coordinación intersectorial, promueve el desarrollo e innovación de productos turísticos sostenibles, para que de esta manera genere la diversificación de la oferta turística nacional, integrándolos en corredores y circuitos turísticos que cumplan las exigencias y demandas nacionales e internacionales.

En unos e sus artículos (N° 21) se cita que, en el proceso de priorización de proyectos de inversión turística, se puede contar con la participación de instituciones públicas y privadas y considerar en los criterios principales el impacto que generará dichas inversiones en los objetivos de generación de empleo, descentralización, reducción de pobreza y competitividad de la oferta turística nacional.

Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento (1982).

Esta herramienta es el primer instrumento internacional sobre el envejecimiento. Proporciona pautas sobre las políticas para preservar la salud así como proporcionar atención de rehabilitación y preventiva a personas mayores. Este documento fue aprobado por la Asamblea General y debe ser utilizado por los Estados Miembros para salvaguardar los derechos de las personas mayores dentro del contexto de los Pactos Internacionales de Derechos Humanos. Las recomendaciones del Plan aconsejan que cada país responda a las tendencias demográficas dentro del contexto de sus propias tradiciones, estructuras y valores culturales a fin de que las personas de todas las edades participen para crear un equilibrio entre los esfuerzos tradicionales e innovadores para lograr un desarrollo armonioso.

Las personas mayores deben conocer y comprender sus derechos humanos y sus libertades fundamentales, así como los mecanismos nacionales, regionales e internacionales disponibles para promoverlos y

protegerlos. También deben buscar y participar activamente en el desarrollo o revisión de legislaciones, planes y políticas de salud o revisión de los servicios para personas mayores con el objetivo de proteger sus derechos humanos. Los activistas pueden usar los mecanismos internacionales de derechos humanos para difundir efectivamente el conocimiento sobre el abuso. Al comprender y explicar las normas internacionales de derechos humanos a los individuos y grupos, se puede dar legitimidad a los casos de violación de los derechos humanos y avanzar en el proceso de erradicación. Las familias que viven con personas mayores deben promover las relaciones entre generaciones a fin de disminuir la falta de respeto a este grupo vulnerable. Las organizaciones de personas mayores y quienes viven con ellas deben asegurarse de que los derechos humanos de las personas mayores se protejan y se promuevan. También deben buscar proporcionar instalaciones de recreo y oportunidades de empleo a personas mayores para reducir su soledad y contrarrestar la discriminación contra ellas.

Las organizaciones no gubernamentales que trabajan con personas mayores o con sus problemas deben promover la protección de los derechos humano por medio de estándares internacionales creando o desarrollando nuevas agencias que aborden el abuso de las personas mayores. Las ONG deben buscar y asociarse con otros grupos de la sociedad civil para prevenir la duplicación de esfuerzos y el desperdicio de recursos. Además, deben proporcionar medios de desahogo y centros comunitarios donde las personas mayores puedan reunirse para proteger sus derechos humanos básicos y sus libertades fundamentales. Los medios de comunicación deben disipar los mitos dañinos sobre las personas mayores, promoviendo imágenes que muestran a las personas mayores como productivas, que cuidan de sí mismas y que contribuyen de distintas maneras al desarrollo de la sociedad y de sus familias. Los medios de comunicación también deben proporcionar una cobertura responsable de los problemas que rodean el maltrato, el abandono y los derechos humanos de las personas mayores.

SISTEMA DE DERECHOS HUMANOS DE LAS NACIONES UNIDAS					
Derechos y libertades fundamentales bajo protección	Declaración Universal de los Derechos Humanos	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer	Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes
La vida	Art. 3	Art. 6.1			
Integridad personal	Art. 5	Art. 7			Arts. 1 y 16
Libertad personal	Art. 3	Art. 9			
Debido proceso	Art. 8	Art. 14			Art.13
Privacidad	Art. 12	Art. 17			
Libertad de expresión	Art. 19	Art. 19.2			
Nombre		Art. 24.2			
Movimiento	Art. 13	Art. 12		Art. 15.4	
Igualdad ante la ley	Art. 7	Art. 26		Arts. 3 y 15.1	
Protección judicial	Art. 10	Art. 14		Art. 15.2	Art. 13
Trabajo	Art. 23		Arts. 6 y 7	Art. 11	
El goce del más alto nivel posible de la salud física y mental	Art. 25.1		Art. 12	Art. 12	
Educación	Art. 26		Art. 13	Art. 10	
Los beneficios de la cultura y el progreso científico	Art. 27		Art. 15	Art. 13.c	
Protección de las mujeres	Art. 25.2		Art. 12.2.a	Todos	
Protección de las personas mayores	Art. 25.1				

Figura 1. Instrumentos internacionales para proteger los derechos humanos de los adultos mayores. **Fuente:** Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento (1982).

2.1.3 Antecedentes

Antecedentes internacionales

Osorio (2007) en México realizó un estudio sobre el “Abandono del adulto en la casa de la tercera edad dependiente del sistema DIF Hidalgo” manifiesto que el objetivo fue analizar las causas que propician el abandono del adulto mayor en la casa de la tercera edad dependiente del sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) Hidalgo, como influyen en él y en su familia, con el propósito de diseñar estrategias de intervención profesional. Los tipos de instrumentos fueron, la entrevista estructurada, conjuntamente con la observación directa de los 20 participantes como muestra. El método de estudio fue inductivo- deductivo, el cual se basa en el análisis y el raciocinio de la problemática, desglosando de lo general a lo particular o viceversa. El

estudio logró palpar el sentir de los usuarios donde mencionaban que no querían estar en la casa y que no les gustaba como los trataban entre otras cosas, pero otro lado ellos aceptaba que estaban mejor en esta casa, que estar con sus familiares. La conclusión la casa de tercera edad dependiente del Sistema DIF Hidalgo, es un espacio que ha refugiado a personas de edad avanzada, desvalidas con carencias afectivas y con gran deterioro crónico degenerativo, ofreciendo diferentes servicios pero sobre todo que terminen su ciclo de vida con dignidad y humanismo con el apoyo interdisciplinario y la labor del trabajador social. Por lo tanto el presente antecedente guarda relación con la variable calidad de atención con la dimensión vivienda, ambiente donde los usuarios del HC realizan sus actividades diarias de convivencia.

Zea (2009) en Guatemala realizó un estudio sobre la Recuperación de autoestima, motivación y creatividad, de personas de la tercera edad que se encuentran internadas en el asilo "Santo Domingo". Esta investigación descriptiva cualitativa, Mediante la investigación se determinó la estrecha relación con el conocimiento del cuidado, comprensión, motivación, creatividad y por sobre todo la forma más adecuada de recuperación de la autoestima de los adultos mayores que se encuentran reclusos en lugares para sus cuidados como lo son los Hogares de Ancianos. Es importante asimilar cómo afecta psicológicamente al adulto mayor el encierro, y muchas veces el abandono al cual son sometidos. Así mismo encontrar las formas dinámicas adecuadas para fortalecer su autoestima y creatividad para lograr hacer sentir de nuevo a estas personas que son útiles a la sociedad como también siguen siendo útiles para ellos mismos, para llegar a descartar el pensamiento de que han llegado a ser cargas y estorbos para sus familias. Por lo tanto el presente antecedente guarda relación con la variable calidad de atención, considerándose importante el servicio psicológico y social que reciben los usuarios. Estos recursos les permiten tener acceso a servicios de salud especializados de alta calidad.

Finalmente, en Colombia, Ortiz (2010) en la tesis de estudio sobre la "Comunicación interpersonal en el adulto mayor"; tuvo como objetivo caracterizar las formas de interacción comunicativa entre un profesor y un grupo de adultas mayores con el fin de corroborar si dichas actividades facilitan

una mayor socialización e integración entre los asistentes. La investigación fue de tipo descriptivo, que permitió la observación de un grupo específico en clases de gimnasia, con el propósito de describir, caracterizar, interpretar y analizar los comportamientos comunicativos de cada una de las asistentes con el profesor y viceversa. La muestra, estuvo conformada por un grupo de 30 mujeres adultas mayores en un gimnasio del municipio de Rio Negro, del departamento de Antioquia, se llevó a cabo mediante técnicas de observación, las técnicas de investigación que se emplearon durante la recolección de datos con el grupo. Las sesiones fueron de observación del grupo, ficha de evaluación comunicativa, entrevistas y el taller socialización. Llegaron a la conclusión en dicha investigación, que permitieron observar que las clases de gimnasia son rutinarias y solo responden a mantener el estado físico de las participantes, omitiendo en la planeación el manejo de la comunicación interpersonal con el grupo teniendo todas estas condiciones definidas para lograr una atención integral al adulto mayor, llevó a concluir que aún no existe una conciencia colectiva y estatal para orientar y atender a la población del adulto mayor en la comunicación interpersonal, con la comunicación y para la comunicación que genere mejores formas de interacción comunicativa entre ellos y con ellos. Por lo tanto el presente antecedente guarda relación con la dimensión recreación de la primera variable calidad de atención, donde no solo es importante mantener el estado físico, sino también desarrollar en ellos, actividades de recreativas, talleres de relajación, actividades deportivas y artísticas.

Antecedentes nacionales

En Chiclayo, Córdova (2012) realizó una investigación sobre calidad de vida del adulto mayor, teniendo como objetivo identificar, analizar y discutir la calidad de vida de las personas que se atienden en el programa del Adulto Mayor del Hospital Regional Policial de Chiclayo. Se eligió a Chirinos, Fernández-Ballesteros y la Organización Mundial de la Salud (OMS) para respaldar al constructo de calidad de vida. Se realizó una investigación de tipo cualitativa con abordaje de estudio de caso, se obtuvo datos a través del cuestionario socio demográfico y la entrevista semi estructurada a profundidad,

orientada por una guía de preguntas aplicadas a 21 personas, entre policías en situación de retiro y esposas que asisten al programa del Adulto Mayor en el Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú –sede Chiclayo. Los datos de las entrevistas recibieron un tratamiento de acuerdo al Método de Asociación de Contenidos, surgiendo dos categorías denominadas: *La familia*, como dimensión determinante de la calidad de vida del adulto mayor”, y *El estilo de vida y funcionalidad del adulto mayor*. En la primera es la dinámica familiar y sus relaciones interfamiliares las que generan procesos de comunicación efectiva o inefectiva, satisfactoria o no; determinando un estado emocional de equilibrio o desequilibrio en el adulto mayor. Como consecuencia ellos asumen una percepción satisfactoria o insatisfactoria de su calidad de vida. La segunda categoría enfoca los cambios en el estilo de vida del adulto mayor, ocasionado por las modificaciones en su funcionalidad física, su estado de salud y su capacidad para desarrollar trabajos exigentes. Pese a las limitaciones o restricciones en su funcionalidad corporal, física y emocional, la mayoría de adultos mayores intentan asumir un estilo de vida que les satisfaga.

Arrieta, Laura, Paredes y Zevallos (2011) en su investigación sobre la Propuesta de una oferta turística al interior del Perú dirigida al adulto mayor autovalente de Lima Metropolitana, presentada por la Maestría en Administración de la Universidad ESAN, de tipo cualitativo descriptivo, los resultados permiten que los autores recomiendan a PURE PERU S.A.C. diseñar una oferta turística al interior del Perú dirigida al adulto mayor autovalente de Lima Metropolitana. Asimismo, recomiendan implementar el presente plan de negocio en la brevedad posible debido a que este segmento poblacional al estar en crecimiento e insatisfecho con la oferta actual, existe una gran posibilidad que otras agencias turísticas decidan ofrecer sus productos a este mercado.

Chávez (2010) en su tesis denominada “Perú: Demanda de Atención del Adulto Mayor por problemas de Salud 2006-2010”, de enfoque cuantitativo descriptivo, donde se utilizó un instrumento tipo encuesta, se logró confirmar, que en nuestro país se aprecia una tendencia de incremento creciente y sostenido de la población adulta mayor en el Perú en el período

estudiado, lo que a su vez, es mayoritariamente femenino, no unida, con educación primaria, que vive en la sierra y en las zonas rurales. En general, la percepción que tienen los adultos mayores acerca de la calidad del servicio por problemas de salud, es favorable. El trato recibido por el personal de salud, influye en la percepción del adulto mayor, lo cual se constituiría en una fortaleza de los establecimientos de salud y que también explicaría de alguna forma, la mayor demanda de atención de salud.

2.1.4 Marco conceptual

Calidad y Calidad de atención.

La International Organization for Standardization - ISO (2005) con la norma internacional ISO-9000, define la calidad como el “grado en que un conjunto de características inherentes, cumple una necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria” (p. 41). La calidad es un factor clave para la competitividad, por ello ha de guiar en todo momento la acción dentro de la misma. Pero para que esto sea así, es necesario que se convierta en un valor interiorizado de todos y cada uno de los miembros de una entidad para beneficio del usuario.

Según Imai (2008) señala que “la calidad se refiere a no solo a la calidad de los procesos que se relacionan que dichos productos o de servicios terminados, sino también a la calidad de los procesos que se relacionan con dichos productos o servicios” (p. 176). La calidad pasa por todas las fases de la actividad de producción, es decir, en todos los procesos de desarrollo, diseño y producción, venta y mantenimiento de los productos o servicios. De la misma manera, Stoner (2006) aporta que la calidad; en el lugar de trabajo va más allá de crear un producto de calidad superior a la media y de buen precio, ahora se refiere a lograr productos y servicios cada vez más competitivos, esto entraña las cosas bien desde la primera vez en lugar de cometer errores y después corregirlos.

La calidad se traduce como los beneficios obtenidos a partir de una mejor manera de hacer las cosas y buscar satisfacción de los usuarios, como pueden ser: reducción de costos, presencia y permanencia en el mercado y la generación de empleos (Colunga, 2005).

Por otra parte, para Donabedian (1990) la calidad de atención:

(...) es el encuentro paciente – proveedor, debe definirse como el grado en el que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en salud (y otros⁹, juzgado por la expectativa de resultados que se podrían atribuir a la atención en el presente (p.9).

El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios. Este autor, además, establece algunas características de la calidad en la atención a la salud: El modelo de atención a la salud reconoce la satisfacción del usuario mediante la prestación de servicios convenientes, aceptables y agradables, se valoran las preferencias del paciente informado tanto en lo relativo a los resultados como al proceso, lo que constituye un ingrediente esencial en cualquier definición de calidad de la atención a la salud.

Los primeros esfuerzos por definir la calidad de servicio se hicieron de acuerdo con los criterios del proveedor, con la consecuencia adaptación a las especificaciones definidas por la institución que presta el servicio. En 1972, Levitt propone aplicar a la producción de los servicios definiciones y técnicas de control de calidad similares a las de la manufactura. A este enfoque de la calidad se le conoce como calidad objetiva, que se refiere a “la superioridad medible y verificable del servicio frente a un estándar ideal” (Zeithami, 2007, p. 54).

La visión objetiva de la calidad del servicio se cambia a partir del manifiesto de la inmaterialidad, los servicios requieren una activa interacción entre el comprador y el proveedor.

Es así que, Zeithami (2007) define la calidad de servicio como superioridad o excelencia; por extensión, la calidad percibida se puede entender como el juicio de un consumidor acerca de la excelencia total o superioridad de un producto o servicio. Este concepto es diferente de la calidad objetiva, ya que vincula la perspectiva del consumidor/comprador; hace referencia a un nivel superior de abstracción, más que a un atributo específico del producto o servicio; es una evaluación global similar a una actitud, relacionada pero no equivalente a la satisfacción, y corresponde a un juicio hecho usualmente dentro de un conjunto evocado por el consumidor.

La conceptualización y medición de la calidad de servicio ha sido uno de los tópicos objeto de mayores debates y controversias en la literatura de mercadeo de servicio, por tanto, existe una gran cantidad de definiciones de calidad de servicio, y no se ha llegado a un consenso sobre el tema.

Según Juran (2007) la palabra calidad tiene múltiples significados. Dos de ellos son los más representativos:

La calidad consiste en aquellas características de producto que se basan en las necesidades del usuario y que por eso brindan satisfacción del producto.

Calidad consiste en libertad después de las deficiencias. (p.90).

De esta manera, se hace obvio que la organización de la institución que brinda una atención o servicio, deberá satisfacer todas las necesidades y expectativas del cliente para que éste se forme una opinión positiva; eso es lo que se llama Calidad de Servicio.

Calidad de vida.

Históricamente, la calidad de vida estaba vinculada a factores económicos y sociales, sin embargo, existe evidencia de la participación de diversas disciplinas de las ciencias naturales, sociales, de la salud y del comportamiento humano que han contribuido al estudio de la calidad de vida. De ahí que

cuando se pretende dar una definición de calidad de vida, se observan múltiples acercamientos y se encuentra una indefinición del término, el cual se asocia, por un lado, con nivel de vida o estilo de vida, y por otro, con bienestar y salud, satisfacción e incluso con felicidad.

El concepto de calidad de vida, como lo señalan Sánchez-Sosa y González-Celis (2006), abarca tres dimensiones globales: a) aquello que la persona es capaz de hacer, el estado funcional; b) el acceso a los recursos y las oportunidades; y c) la sensación de bienestar. Las dos primeras dimensiones se designan como calidad de vida objetiva mientras que la última se considera como calidad de vida subjetiva. La Calidad de vida se esquematiza de la siguiente manera:

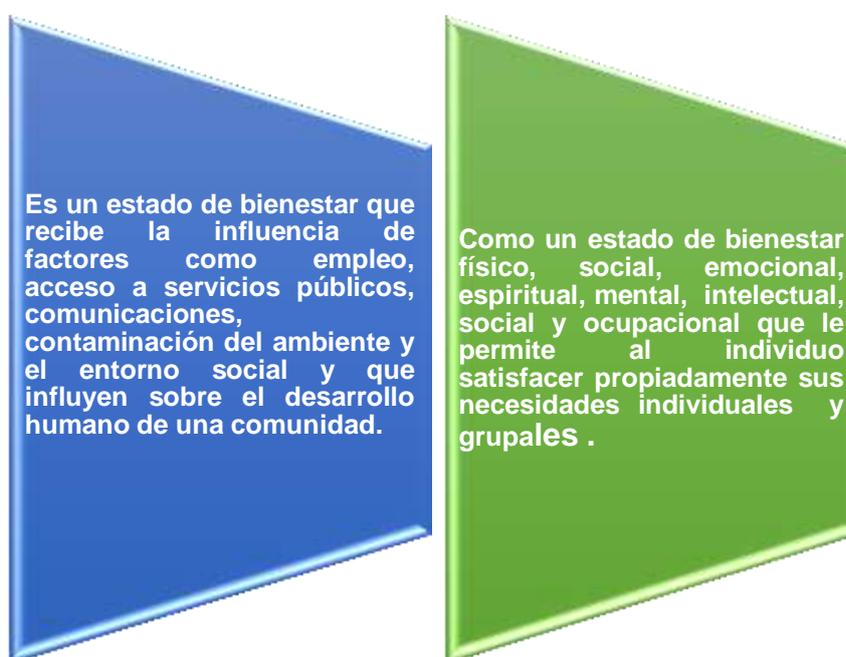


Figura 2. Calidad de Vida Relacionada con el Bienestar. **Fuente:** Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa (2002).

Con respecto a la calidad de vida existe una falta de consenso sobre la definición del concepto y la mayoría de los autores coinciden en que no existe un enfoque único que pueda definir y explicarlo totalmente. Algunas de las definiciones que se han sugerido son: Para Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa (2002), la calidad de vida es un estado de bienestar que recibe la influencia de factores como empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones,

urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente y otros que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad. Giusti (1991) define la calidad de vida como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas.

La calidad de vida relacionada con la salud.

Se ha medido a través de la función física, del estado psicológico, de la función e interacciones sociales y de los síntomas físicos. Esta medición se ha llevado a cabo mediante cinco dominios principales: mortalidad, morbilidad, incapacidad, incomodidad e insatisfacción (Sánchez-Sosa y González Celis, 2006).

Ha sido definida como el valor asignado a la duración de la vida modificado por la deficiencia, el estado funcional, la percepción de la salud y la oportunidad social debido a una enfermedad, accidente, tratamiento o política determinada, relacionada principalmente con la propia enfermedad o con los efectos del tratamiento (Patrick y Erickson, 1993). También se incluye dominios de la vida y reactivos para evaluar calidad de vida en general o satisfacción en la vida; sin embargo, el énfasis de éstos es básicamente sobre los síntomas, mejoría, funcionamiento y habilidades.

Indicadores de la calidad de vida.

Entre los indicadores más importantes de la calidad de vida, se determina:

Bienestar.

El bienestar es el estado vital de un sujeto caracterizado por estar satisfecho con la propia existencia, que manifiesta con frecuencia emociones positivas y disfrutar de una salud física y psicológica ajustada a las propias formas de vida.

El bienestar, recibe la influencia de factores como empleo, acceso a servicios públicos, comunicaciones, contaminación del ambiente y el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad. (Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa 2002).

La salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades. De un modo amplio, la salud es el estado general de un organismo y puede ser, por ejemplo, buena, mala, frágil, etc.” (s/p).

La salud está relacionada a las funciones físicas, del estado psicológico, de la función e interacciones sociales y de los síntomas físicos. (Sánchez-Sosa y González Celis, 2006).

Turismo y turismo social.

Uno de los conceptos más universales de turismo fue definido por los suizos Hunziker y Kraf (1942), como “un conjunto de relaciones y fenómenos producidos por el desplazamiento y la permanencia temporal de personas fuera de su lugar de residencia habitual, sin que sean motivados por el lucro.” (p. 5). Es todo lo que genera el individuo en cada proceso de su desplazamiento hacia lugares fuera de su residencia habitual. Así también, se considera al turismo, un fenómeno social, económico y cultural de personas que se desplazan fuera de su lugar habitual de residencia, ya sea por motivos personales (ocio, recreación, cultura, aventura, religioso, etc.) o de negocios/profesionales. (OMT, s.f.).

El turismo social es un concepto que se basa en el derecho al turismo de todas las personas. Este derecho deriva de las vacaciones pagadas reconocidas por la Declaración Universal de los Derechos Humanos promulgada en 1948, que establece en su artículo 24 que "Toda persona tiene derecho al descanso, al disfrute del tiempo libre, a una limitación razonable de

la duración del trabajo y a vacaciones periódicas pagadas." (Organización Mundial del Turismo, OMT, 2012, s/p).

El turismo social no es turismo marginal o superfluo en comparación con el turismo general, al contrario, es una forma de poner en práctica este derecho universal de participar en el turismo, de viajar, de conocer otras regiones y países.

Este derecho también se menciona en el artículo 7 del Código Ético Mundial para el Turismo adoptado en 1999 por la Organización Mundial del Turismo (OMT, 2012) y reconocido oficialmente por Naciones Unidas en 2001. Este artículo establece que:

Con el apoyo de las autoridades públicas, se desarrollará el turismo social, en particular el turismo asociativo, que permite el acceso de la mayoría de los ciudadanos al ocio, a los viajes y a las vacaciones. Se fomentará y se facilitará el turismo de las familias, de los jóvenes y de los estudiantes, de las personas mayores y de las que padecen discapacidades (p. 3).

El turismo social es un conjunto de relaciones y fenómenos resultantes en materia turística, de niveles sociales de escasos recursos económicos, participación, que solo es posible gracias a las facilidades que se brindan, algunas medidas de carácter social.

Para la propuesta de esta investigación, el solo hecho de que los adultos mayores recorran las ciudades, los monumentos y sitios de interés en el ámbito local, regional sirve de una gran ayuda para que éstos comprendan el sentido más profundo que puede tener su tierra y su cultura, lo que quizás durante los años de trabajo no pudieron hacer por sus mismas ocupaciones. Ver los programas de turismo social como medio de educación hacia los adultos mayores que no han tenido esa oportunidad como nos menciona Puyadas por diferentes factores salud, economía, trabajo que con estos programas ayudan a cumplir lo que dejaron inconcluso.

Promoción

Para Kotler, Cámara, Grande y Cruz (2000), la promoción son...“las distintas actividades que desarrollan las empresas para comunicar los méritos de sus productos y persuadir a su público objetivo para que compren" (p. 98). La promoción se usa para que el cliente sepa de la existencia del producto o recordar que ya existe; así como saber sus cualidades y ventajas en comparación a otros competidores.

La promoción turística, por ende, es “el conjunto de acciones públicas o privadas, llevadas a cabo con el fin de incrementar el número de visitantes a un país, una región o un determinado destino turístico.” (Acerenza, 1990, p. 168). Son las gestiones que realizan las entidades, con el objetivo de para aumentar el flujo de turistas hacia un destino turístico.

Uno de los principios de la Carta Internacional sobre el Turismo Cultural, destaca que estos programas de promoción turística deben proteger y realzar las características de nuestro patrimonio cultural y natural (Acerenza, 1990).

Adulto Mayor.

La mención adulto mayor recién se usa de manera habitual. Ha aparecido como alternativa a los clásicos persona de la tercera edad y anciano. En tanto, un adulto mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona. Porque es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando. Generalmente se califica de adulto mayor a aquellas personas que superan los 70 años de edad.

Esta etapa, considerada la última de la existencia humana, se ve reflejada con mejoras paulatinas, en la calidad de vida que se ofrece al ciudadano de la tercera edad. Por eso, es frecuente que actualmente se encuentren con muchísimas personas de esta edad que presentan una vida

sumamente activa en todo sentido: trabajan, practican deportes, viajan, estudian, entre otras actividades que normalmente desempeñan individuos más jóvenes.

Al respecto, la Normatividad Nacional sobre Los Derechos de los Adultos Mayores (2011) indica:

El progresivo envejecimiento de la población peruana es relativamente reciente y viene dando lugar a una serie de modificaciones sociales, económicas y culturales, que terminan afectando las condiciones y calidad de vida de las personas adultas mayores, especialmente de aquellas que viven en condiciones de pobreza y exclusión, constituyendo un grupo social expuesto a situaciones de desigualdad, dependencia y vulnerabilidad (p.2).

La situación de las personas adultas mayores y la necesidad de asumir la realidad de una población que envejece, en una sociedad que no está preparada ni en muchas ocasiones- dispuesta a solidarizarse con los requerimientos de este grupo humano, ha sido motivo de atención en diversos foros internacionales.

Participación activa y toma de decisiones del adulto mayor

La participación de las personas mayores a la dinámica social debería ser un fenómeno ya asumido, dado que tanto la esperanza de vida como el peso relativo que tienen las persona de edad en el conjunto de la población, propician que su representación y participación en la sociedad civil sea el modelo de vejez necesario. La imagen delas personas mayores aparece sustancialmente vulnerable debido a la asociación de factores negativos como la edad, bajos niveles educativos, económicos, así como la imagen de sus usos del tiempo ligados a actividades informales poco valoradas. Pero, ellos son personas activas que pueden seguir realizando diversas acciones en la familia y sociedad, que fortalezca sus deseos de seguir aportando y de vivir.

La participación de las personas mayores en la toma de decisiones de los distintos ámbitos sociales y políticos es un proceso imprescindible tanto por el valor de su experiencia vital como por la necesidad de una representación adecuada en términos cuantitativos. De esta manera, muchas de las medidas formuladas en congresos y asambleas van dirigidas a dotar de contenido la participación real y efectiva de las personas mayores para que su plena integración en la vida social sea lo más firme posible (Derechos de los Adultos Mayores, 2011).

Simultáneamente, la participación social de las personas mayores contribuye a la calidad de vida de las mismas. Diversos estudios relacionan la participación social con la calidad de vida medida en índices de satisfacción, depresión, integración, etc. La disponibilidad de tiempo conlleva la planificación del mismo, dotando de proyectos y formación a la etapa de mayor edad. Esta dotación implica un fomento del bienestar social de las personas mayores que repercute principalmente en su salud y retroalimenta su impulso participativo. El envejecimiento positivo tiene que ir más allá de la participación de las personas mayores en iniciativas solidarias. La incorporación de otras dimensiones como fuente de participación social es necesaria para que se visualice la realidad de las personas mayores y su aportación a la sociedad.

Enfermedades más comunes del adulto mayor

Las personas de 60 años de edad o mayores realizan aportaciones valiosas a la sociedad como miembros activos de la familia, voluntarios y participantes activos en la fuerza de trabajo. Aunque la mayoría de las personas mayores tienen una buena salud mental, muchas corren el riesgo de presentar trastornos mentales, enfermedades neurológicas o problemas de consumo de sustancias, además de otras afecciones, como la diabetes, la hipoacusia o la artrosis. Por otra parte, a medida que envejecemos aumentan las probabilidades de que padezcamos varias afecciones al mismo tiempo.

La proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Según se calcula, entre 2015 y 2050 dicha proporción casi se

duplicará, pasando de 12 a 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 900 millones a 2 000 millones de personas mayores de 60 años. Los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales que es preciso reconocer (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2015).

Más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. Estos trastornos representan en la población anciana un 17,4% de los años vividos con discapacidad. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2015).

Los trastornos de ansiedad afectan al 3,8% de la población de edad mayor y los problemas por abuso de sustancias psicotrópicas, casi al 1%; asimismo, aproximadamente una cuarta parte de las muertes por daños autoinfligidos corresponden a personas de 60 años de edad o mayores. Es frecuente que los problemas por abuso de sustancias psicotrópicas en los ancianos se pasen por alto o se diagnostiquen erróneamente.

El personal sanitario y los propios ancianos no reconocen los problemas de salud mental en su verdadera dimensión, y el estigma de las enfermedades mentales propicia que las personas sean aún más reacias a buscar ayuda.

La salud mental influye en la salud del cuerpo, y a la inversa. Por ejemplo, los adultos mayores con enfermedades como las cardiopatías presentan tasas más elevadas de depresión que quienes no padecen problemas médicos. Por el contrario, la coexistencia de depresión no tratada y cardiopatía en una persona mayor puede empeorar esta última.

Los adultos mayores también son vulnerables al maltrato, sea físico, sexual, psicológico, emocional, económico o material; al abandono; a la falta de atención y a graves pérdidas de dignidad y respeto. Los datos actuales indican que una de cada 10 personas mayores sufre maltrato. El maltrato de las

personas mayores no se limita a causar lesiones físicas sino también graves problemas psíquicos de carácter crónico, como la depresión y la ansiedad.

Dialogo asertivo con el adulto mayor

La etapa de la senectud es uno de esos momentos en los que más fácilmente se puede experimentar la soledad. Por definición, esta etapa de la vida va acompañada de una sucesión de pérdidas, como el trabajo, el status social, el cónyuge, algunas capacidades físicas, etc., que facilitan la experiencia de la soledad. Para lograr que el adulto mayor no se sienta sólo, es necesario un diálogo asertivo, con la participación principalmente de toda la familia y establecer sólidas relaciones interpersonales con los miembros de la comunidad en aras de transformar esta problemática y lograr la inclusión social de las personas de la tercera edad.

2.2 Metodología

2.2.1 Sintagma

Este estudio se enmarca en un sintagma holístico, el cual permitió realizar un diagnóstico para realizar la propuesta final de este estudio.

La holística reúne las diferentes definiciones de los modelos epistémicos, considerándolos importantes, a pesar que estas definiciones puedan ser contradictorias entre ellas y que enfatizan aspectos parciales del proceso de investigación; la holística los complementa, siendo cada aspecto importante y necesario para entender la investigación de manera global. (Hurtado, 2010).

Para Hurtado (2000), la investigación holística es:

Un proceso continuo que intenta abordar una totalidad o un *holos* (no el *absoluto* ni el *todo*) para llegar a un cierto conocimiento de él. Como proceso, la investigación trasciende las fronteras y divisiones en sí

misma; por eso, lo cualitativo y lo cuantitativo son aspectos (sinergias) del mismo evento (p. 98).

Se entiende por holística al pensamiento y actitudes cada día más abierto con múltiples caminos y oportunidades de investigación proponiendo nuevas teorías, nuevas ideas, interpretaciones para posibles soluciones. Ayuda a entender mejor la realidad orientado hacia la generación de conocimientos, sin perder la rigurosidad científica. Asimismo la indagación holística hay que comprenderlo como el camino a oportunidades para la generar nuevos conocimientos y a la vez nuevas oportunidades de transformación.

2.2.2 Enfoque

La presente investigación es de tipo mixta porque implica la recolección y análisis de datos tanto cuantitativos como cualitativos, a su vez su integración y discusión, donde se realizan inferencias del producto obtenido y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio (Hernández & Mendoza, citado por Hernández, Fernández & Baptista, 2010). Se aplico las encuestas para veinte personas y cinco entrevistas para tener un análisis detallado,

Según Hernández, Fernández & Baptista (2010), “los métodos mixtos se combinan al menos un componente cuantitativo y uno cualitativo en un mismo estudio o proyecto de investigación” (p. 546).

2.2.3 Tipo

Según el objetivo la investigación es proyectiva, porque se hará una propuesta con proyección a ser aplicada en un futuro (Hurtado, 2000). Se realizaría en la Provincia de Cañete con el Centro del Adulto Mayor de esa localidad.

En la fase proyectiva el investigador diseña y prepara las estrategias y procedimientos específicos para el tipo de investigación que ha seleccionado.

En la investigación holística, los tipos de investigación más que modalidades constituyen etapas del proceso investigativo universal. Esta

característica marca la apertura hacia la integración de los diversos enfoques en las distintas disciplinas. Por otra parte, la investigación holística le permite al científico orientar su trabajo dentro de una visión amplia pero al mismo tiempo precisa, y le da apertura hacia la transdisciplinariedad, y desde el tipo proyectiva, orientada al plan o propuesta de solución, orientada por un estudio profundo de la realidad o diagnóstico de contexto (Hurtado, 2001).

2.2.4 Diseño

Para Hernández, Fernández, Baptista (2006), el diseño de la investigación es de tipo no experimental, ya que “no se manipulan ni se sometió a prueba las variables de estudio. Es decir, se trata investigación donde no hacemos variar intencionalmente la variable dependiente” (p. 84). El investigador solo hizo un estudio descriptivo de la problemática o contexto en estudio.

El estudio transversal – longitudinal porque se realizó un estudio puntual a través de la muestra en un periodo y tiempo determinado (fecha de aplicación de los instrumentos cuantitativos y cualitativos). Así mismo, se observará las unidades por un periodo de tiempo indeterminado para verificar los cambios que se producen y se toman múltiples muestras con diferentes escalas evolutivas.

2.2.5 Categorías y subcategorías apriorísticas y emergentes

Categorías		
Categoría I	Categoría II	Categoría III
Calidad de Vida y Atención	Turismo Social	Adulto Mayor
Subcategorías apriorísticas		
Bienestar Emocional Salud Bienestar Material	Inclusión Social Derechos	Condiciones del Adulto Mayor
Sub categorías emergentes		
Enfermedades más comunes en la etapa de la senectud	Dialogo asertivo con el adulto mayor	Participación activa del adulto mayor Toma de decisiones

Cuadro 1. *Categorías apriorísticas y emergentes.*

2.2.6 Unidad de análisis

Para Hurtado (2000), se conoce por población “al conjunto de seres en los cuales se va a estudiar el evento, y que además comparten, como características comunes, los criterios de inclusión” (p. 152).

Tamayo (2007, p.176) define la población como:

La totalidad de un fenómeno de estudio, incluyendo la totalidad de unidades de análisis o entidades de población donde integran dicho fenómeno y que deben de cuantificarse para determinado estudio integrado por un conjunto de entidades que participan de una determinada característica.

La población lo conforman los 850 adultos mayores de la ciudad de San Vicente de Cañete.

Muestra.

Para Landeau (2007, p.16) define la muestra como: “Una parte (sub-conjunto) de la población obtenida con el propósito de investigar propiedades que posee la población”. La muestra lo conforman los adultos mayores del Centro Adulto Mayor de Essalud de San Vicente de Cañete.

Tabla 1.

Muestra holística para la investigación.

Muestra Cualitativa	f	%	Muestra Cuantitativa	f	%
Adulto Mayor	5	100	Adulto Mayor	20	100
Total	5	100	Total	20	100

2.2.7 Instrumentos y técnicas

Para Hernández, Fernández y Baptista (2010), el instrumento de medición es un “recurso que utiliza el investigador para registrar información o datos sobre las variables que tiene en mente” (p. 200). Tanto las técnicas como instrumentos de recolección de datos son medios por los cuales el investigador recaba información para alcanzar los objetivos de la investigación (Hurtado, 2000).

Un cuestionario es, por definición, el instrumento estandarizado que utiliza para el recojo de datos durante el trabajo de campo de algunas investigaciones cuantitativas, fundamentalmente, las que se llevan a cabo con metodologías de encuestas (Rodríguez y Valdeoriola, 2009).

La técnica de entrevista consiste en la interacción verbal entre dos o más personas, donde el entrevistador, mediante preguntas, obtiene la

información de los entrevistados sobre una situación determinada (Rodríguez y Valdeoriola, 2009).

Ficha técnica del instrumento

Instrumento 1:

Nombre del instrumento: Escala de Calidad de vida FUMAT

Autor : Verdugo, Gómez y Arias (2009)

Procedencia : España

Lugar de adaptación: Lima – Perú

Autor de la adaptación: César Carlos Huapaya Gonzáles

Objetivo del instrumento: Realizar un diagnóstico sobre el adulto mayor de Cañete, entorno a su calidad de vida.

Validez del instrumento cuantitativo

Juicio de Expertos para el instrumento cuantitativo

Tabla 2.

Validez de expertos.

Nro.	Expertos	Criterio
1	Abel de la Torre Tejada	Aplicable
2	Nolazco Labajos, Fernando Alexis	Aplicable

Nota: Ver las fichas de validez del instrumento (ver anexos).

2.2.8 Procedimientos y método de análisis

Reducción de datos

Recojo de información bibliográfica y experiencias distintas.

Elaborar los instrumentos de recolección de datos: cuestionarios, guía de entrevista para obtener datos del objeto de investigación.

Solicitar la validación del instrumento por expertos.

Ejecución de campo; para ello se solicitará la aprobación del mismo y su debida autorización a las autoridades pertinentes.

Solicitar a las autoridades de la entidad para la aplicación de los instrumentos tales como: la entrevista, cuestionarios y revisión de los documentos

Análisis de datos

Para la fase de análisis de datos se utilizará para el tratamiento de la información el programa estadístico de análisis cuantitativo el SPSS 22 y se obtendrán medidas de frecuencia. Así mismo, se utilizará el método de triangulación y categorización. Y para la aplicación de juicios de expertos de la investigación, se realiza a través panel de expertos.

Análisis descriptivo

Revisión crítica de los datos obtenidos, clasificándola de acuerdo a las categorías y sub categorías.

Análisis y sistematización descriptiva, de las conclusiones de acuerdo a la organización de las categorías y subcategorías.

Triangulación

Establecer conclusiones aproximativas, una segunda triangulación cuantitativo – cualitativo y finalmente una tercer triangulación que es la discusión.

CAPÍTULO III
TRABAJO DE CAMPO

3.1 Diagnóstico cuantitativo

Tabla 3.

Niveles de la dimensión Bienestar emocional.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuado	2	6,7
Regular	21	70,0
Adecuado	7	23,3
Total	30	100,0

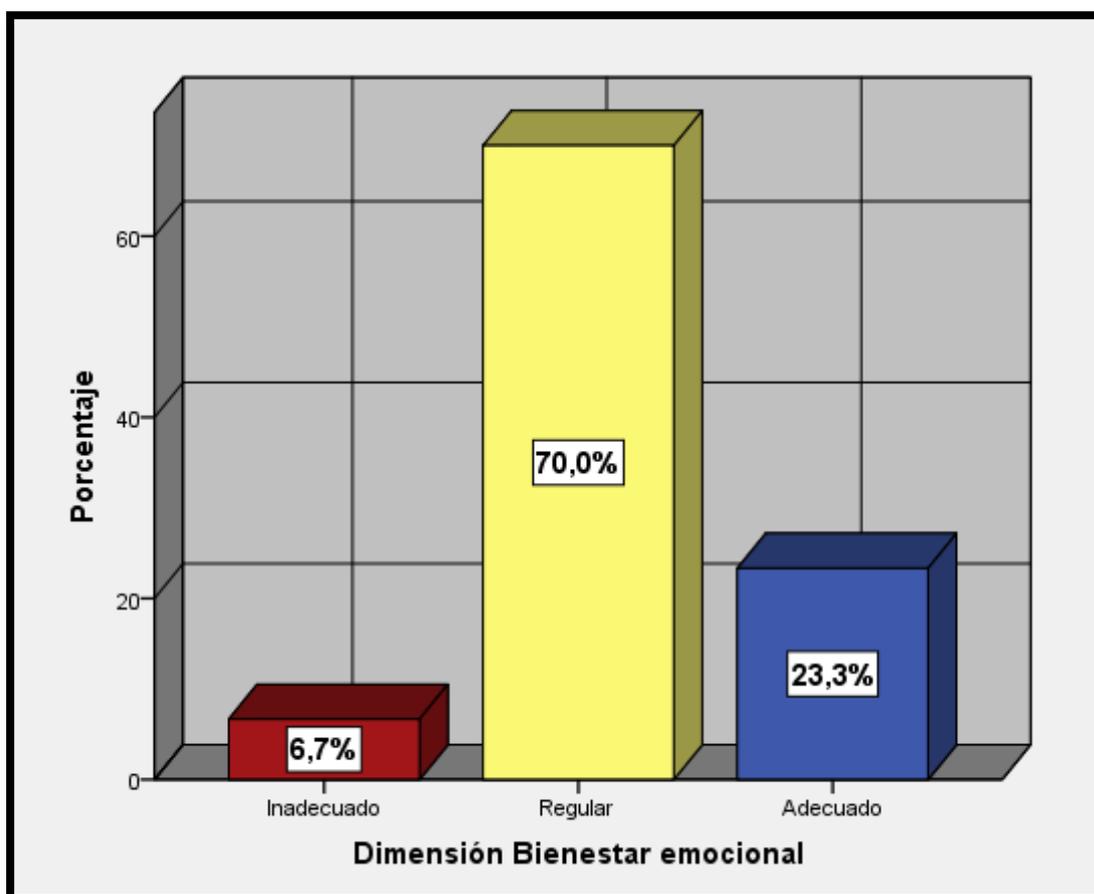


Figura 3. Niveles de la dimensión Bienestar emocional.

En la tabla 3 y figura 3 se observa que del total de 30 encuestados, el 70,0% manifiesta un nivel regular con respecto al bienestar emocional, un 23,3% indican que existe un nivel adecuado y un 6,7% del total manifiestan un nivel inadecuado en relación al bienestar emocional del adulto Mayor.

Tabla 4.

Niveles de la dimensión Relaciones interpersonales.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuado	9	30,0
Regular	19	63,3
Adecuado	2	6,7
Total	30	100,0

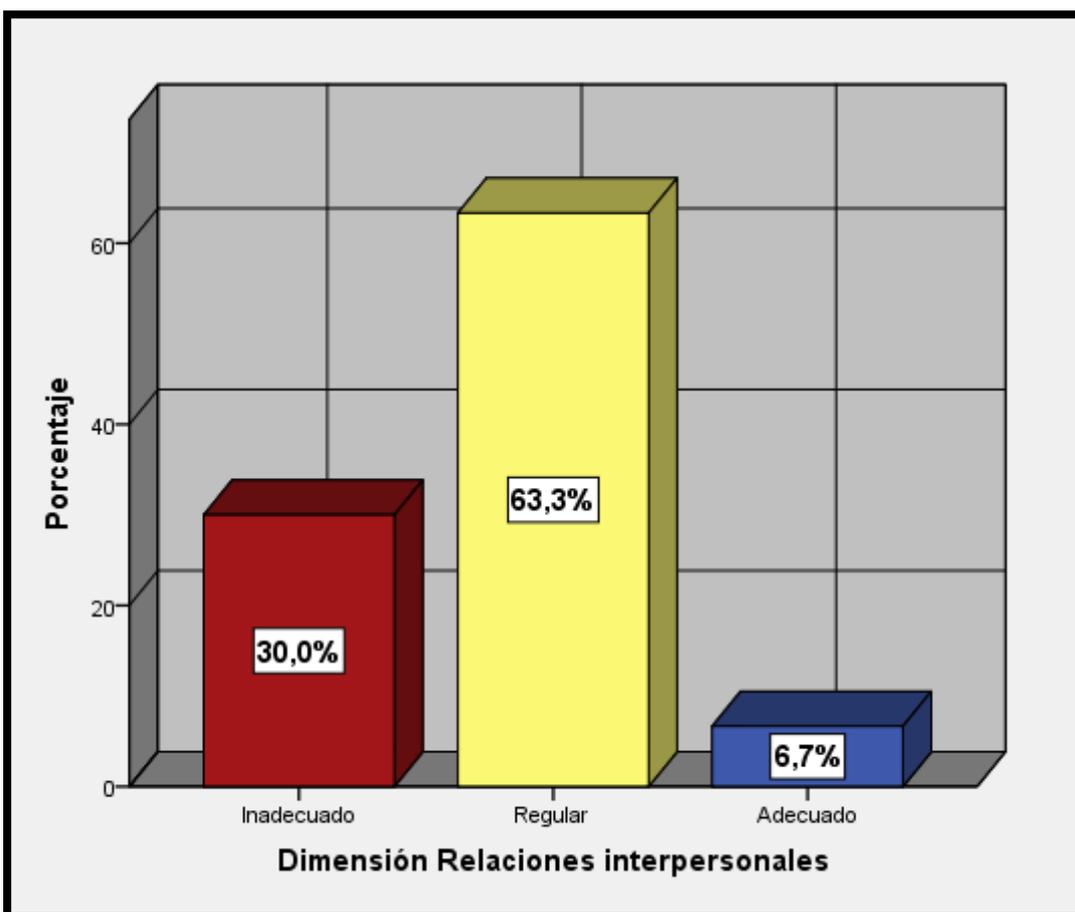


Figura 4. Niveles de la dimensión Relaciones interpersonales.

En la tabla 4 y figura 4 se observa que del total de 30 encuestados, el 63,3% manifiesta un nivel regular con respecto a las Relaciones interpersonales, un 6,7% indican que existe un nivel adecuado y un 30 % del total manifiestan un nivel inadecuado en relación a las Relaciones interpersonales con el adulto Mayor.

Tabla 5.

Niveles de la dimensión Bienestar material.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuado	3	10,0
Regular	22	73,3
Adecuado	5	16,7
Total	30	100,0

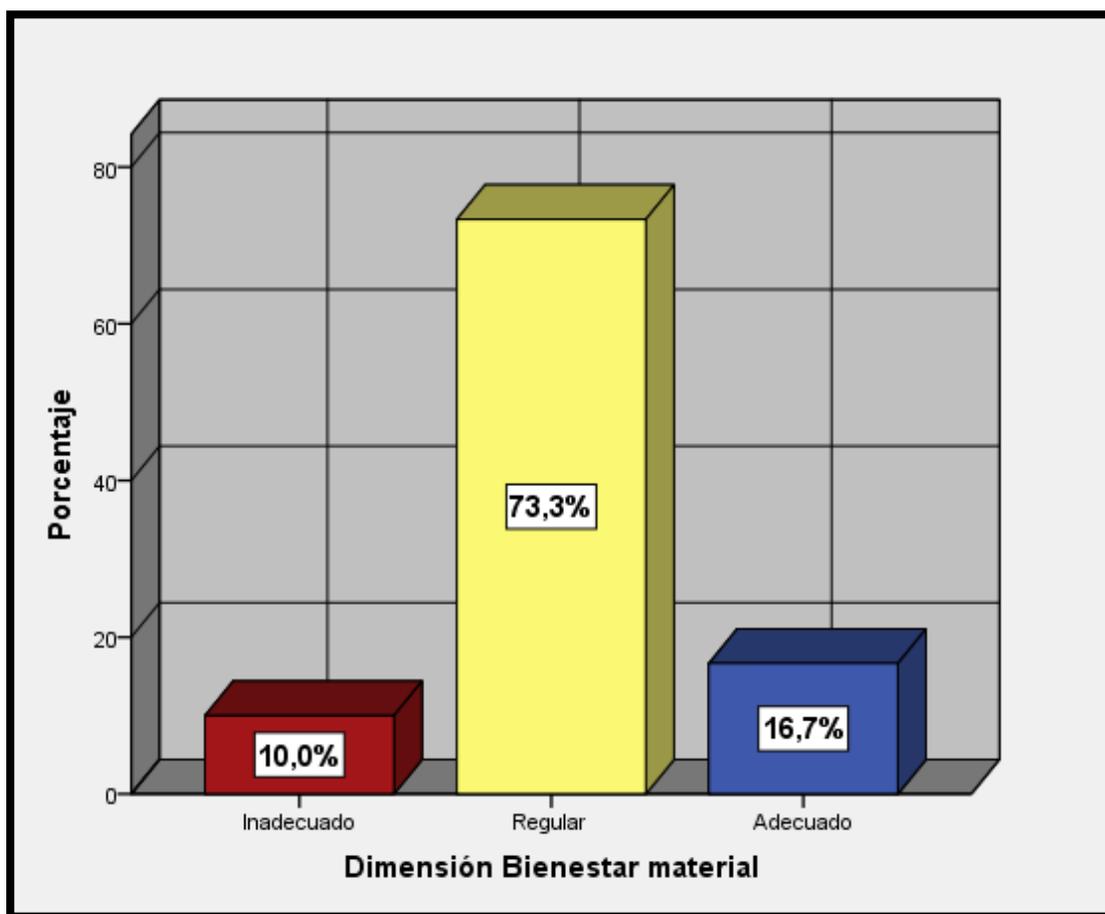


Figura 5. Niveles de la dimensión Bienestar material.

En la tabla 5 y figura 5 se observa que del total de 30 encuestados, el 73,3% manifiesta que existe un nivel regular con respecto al Bienestar material, un 16,7% indican que existe un nivel adecuado y un 10 % del total manifiestan un nivel inadecuado en relación al Bienestar material que experimenta el adulto Mayor.

Tabla 6.

Niveles de la dimensión Desarrollo personal.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuado	3	10,0
Regular	18	60,0
Adecuado	9	30,0
Total	30	100,0

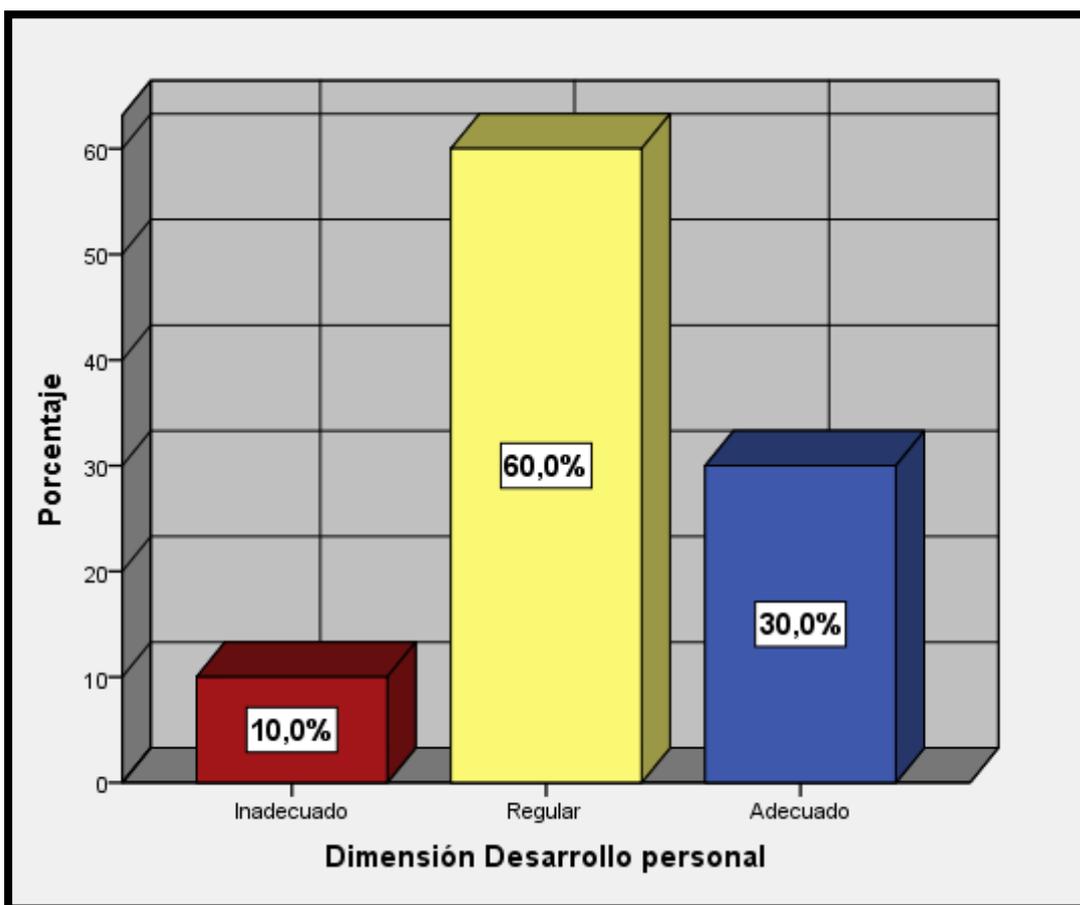


Figura 6. Niveles de la dimensión Desarrollo personal.

En la tabla 6 y figura 6 se observa que del total de 30 encuestados, el 60,0% manifiesta un nivel regular con respecto al Desarrollo personal, un 30,0% indican que existe un nivel adecuado y un 10 % del total manifiestan un nivel inadecuado en relación al Desarrollo personal que experimenta el adulto Mayor.

Tabla 7.

Niveles de la dimensión Bienestar físico.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuado	4	13,3
Regular	4	13,3
Adecuado	22	73,3
Total	30	100,0

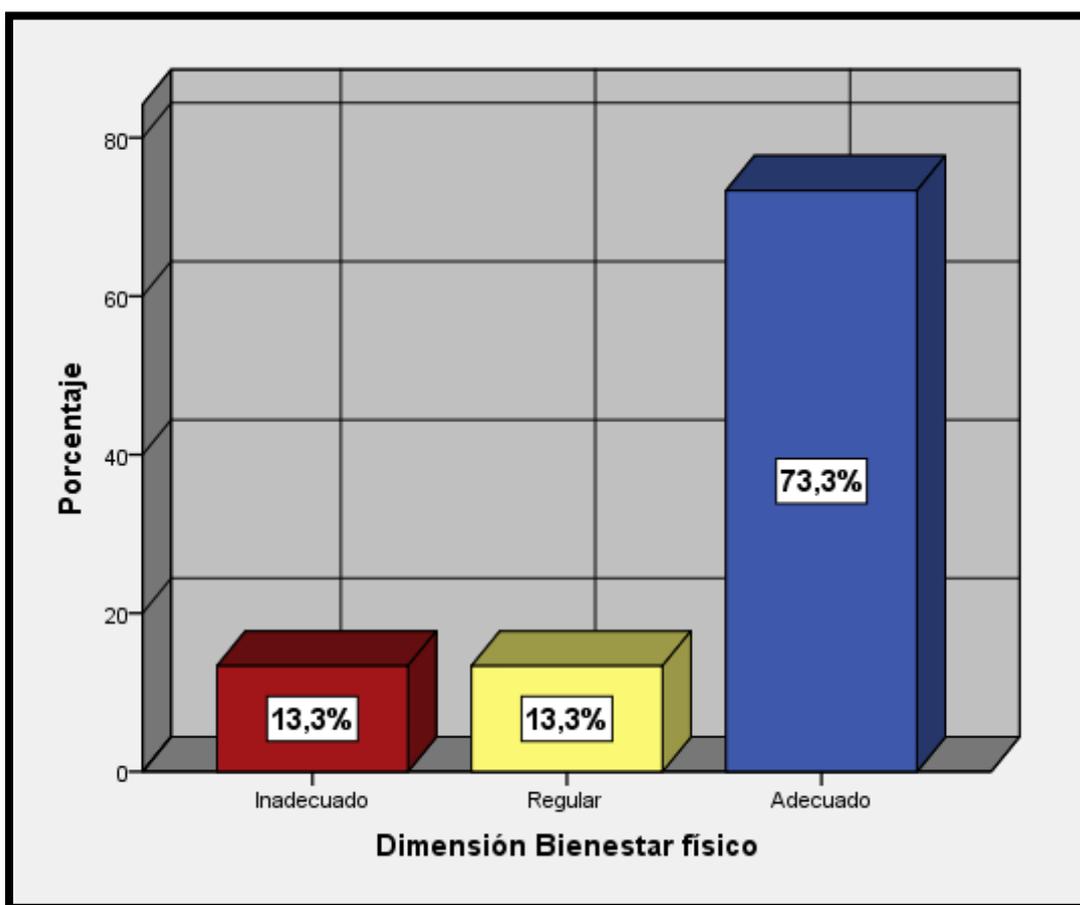


Figura 7. Niveles de la dimensión Bienestar físico.

En la tabla 7 y figura 7 se observa que del total de 30 encuestados, el 13,3% manifiesta un nivel regular con respecto al Bienestar físico, un 73,3% indican que existe un nivel adecuado y un 13,3 % del total manifiestan un nivel inadecuado en relación al Bienestar físico del adulto Mayor.

Tabla 8.

Niveles de la dimensión Autodeterminación.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuado	8	26,7
Regular	20	66,7
Adecuado	2	6,7
Total	30	100,0

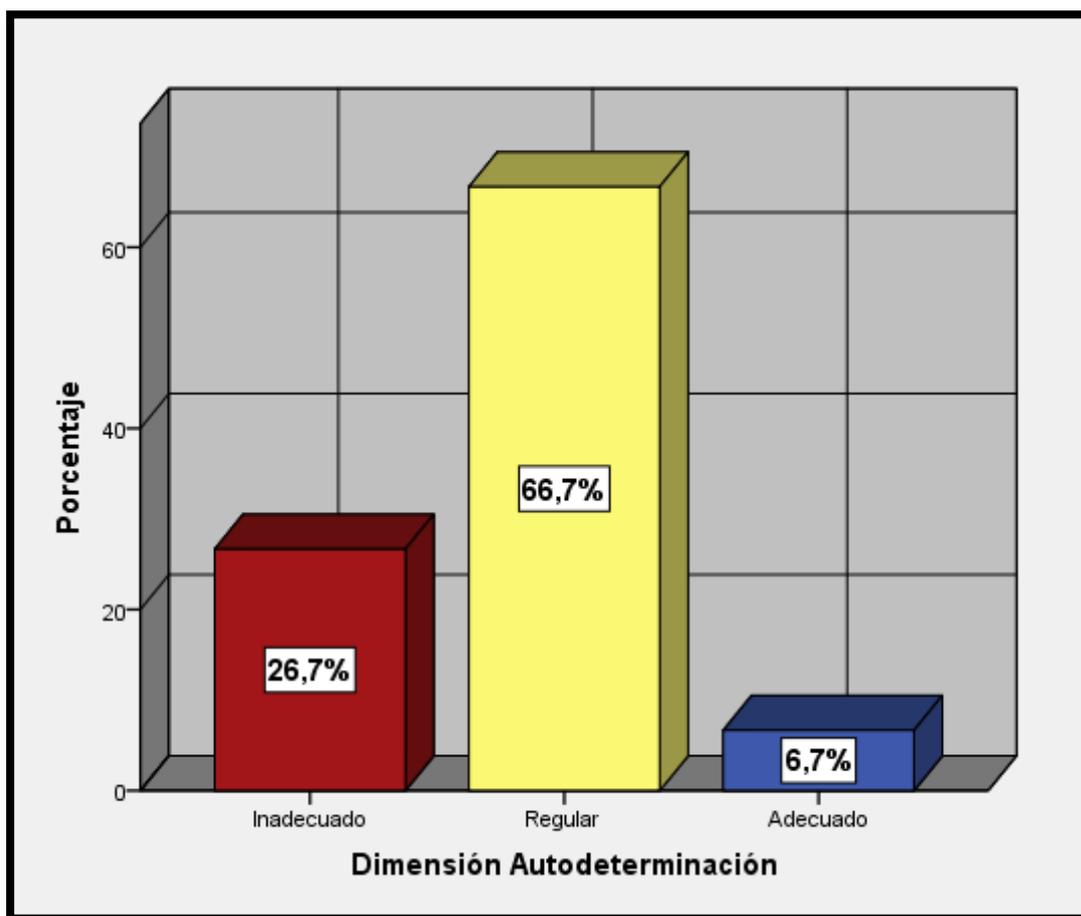


Figura 8. Niveles de la dimensión Autodeterminación.

En la tabla 8 y figura 8 se observa que del total de 30 encuestados, el 66,7% manifiesta un nivel regular con respecto a la Autodeterminación, un 6,7% indican que existe un nivel adecuado y un 26,7 % del total manifiestan un nivel inadecuado en relación a la capacidad de Autodeterminación del adulto Mayor.

Tabla 9.

Niveles de la dimensión Inclusión social.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuado	1	3,3
Regular	22	73,3
Adecuado	7	23,3
Total	30	100,0

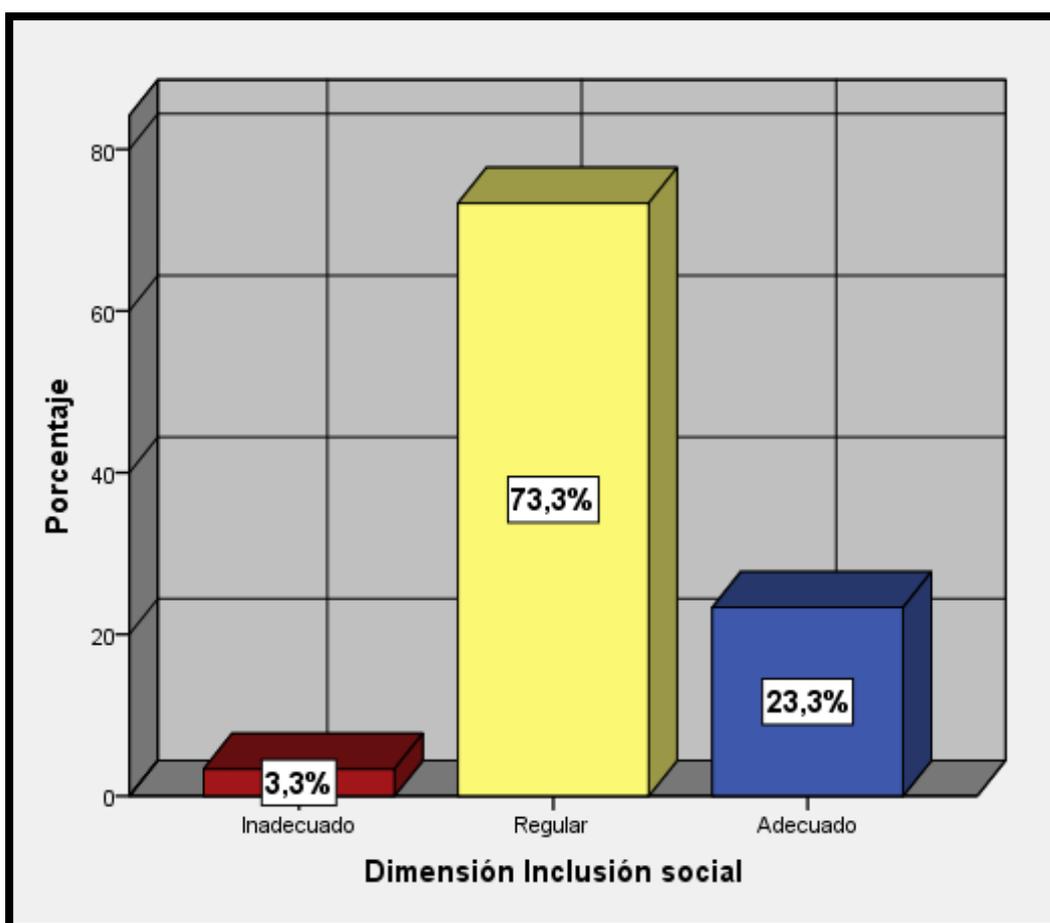


Figura 9. Niveles de la dimensión Inclusión social.

En la tabla 9 y figura 9 se observa que del total de 30 encuestados, el 73,3% manifiesta un nivel regular con respecto a la dimensión Inclusión social, un 23,3% indican que existe un nivel adecuado y un 3,3 % del total manifiestan un nivel inadecuado en relación a la Inclusión social que experimenta el adulto Mayor.

Tabla 10.

Niveles de la dimensión Derechos.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuado	21	70,0
Regular	8	26,7
Adecuado	1	3,3
Total	30	100,0

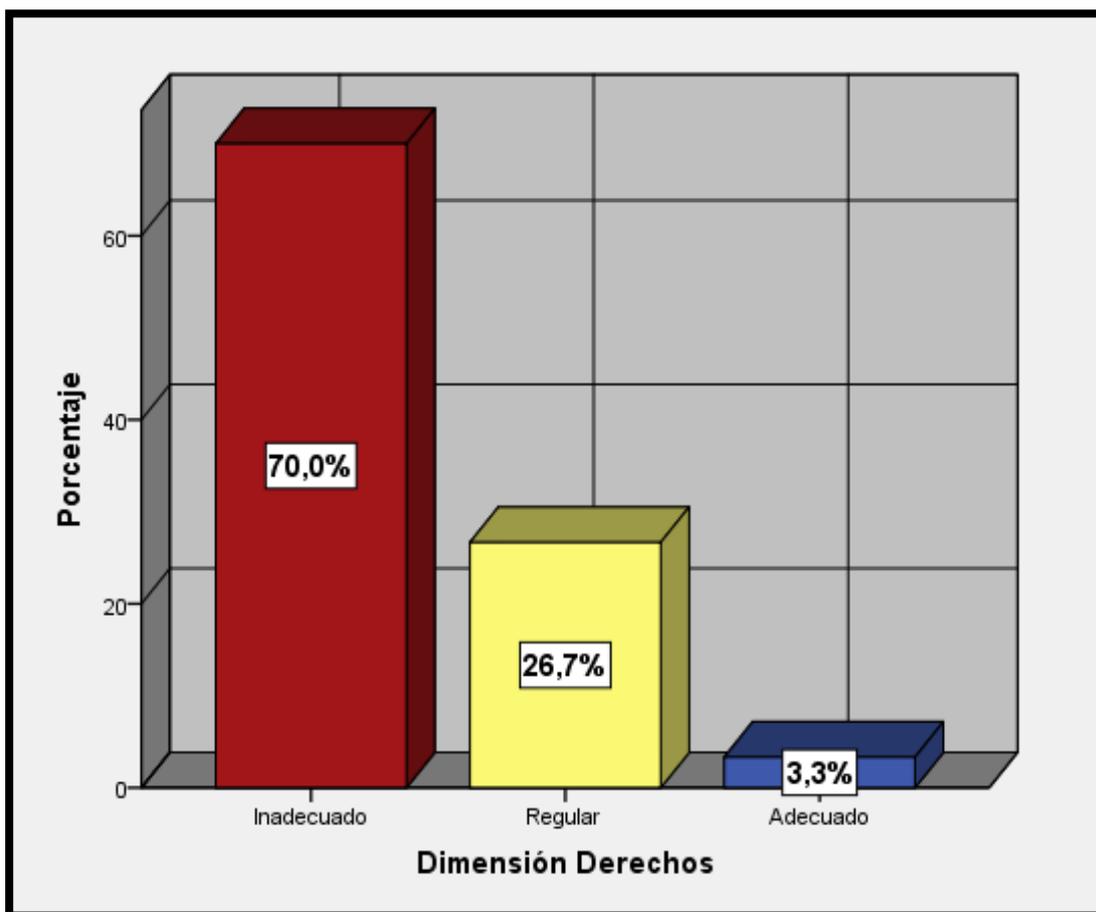


Figura 10. Niveles de la dimensión Derechos.

En la tabla 10 y figura 10 se observa que del total de 30 encuestados, el 70,0% manifiesta un nivel inadecuado con respecto a la dimensión Derechos, un 26,7% indican que existe un nivel regular y un escaso 3,3 % del total manifiestan un nivel adecuado en relación a los Derechos del adulto Mayor.

Tabla 11.

Niveles de la Calidad de vida del adulto mayor.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuado	6	20,0
Regular	22	73,3
Adecuado	2	6,7
Total	30	100,0

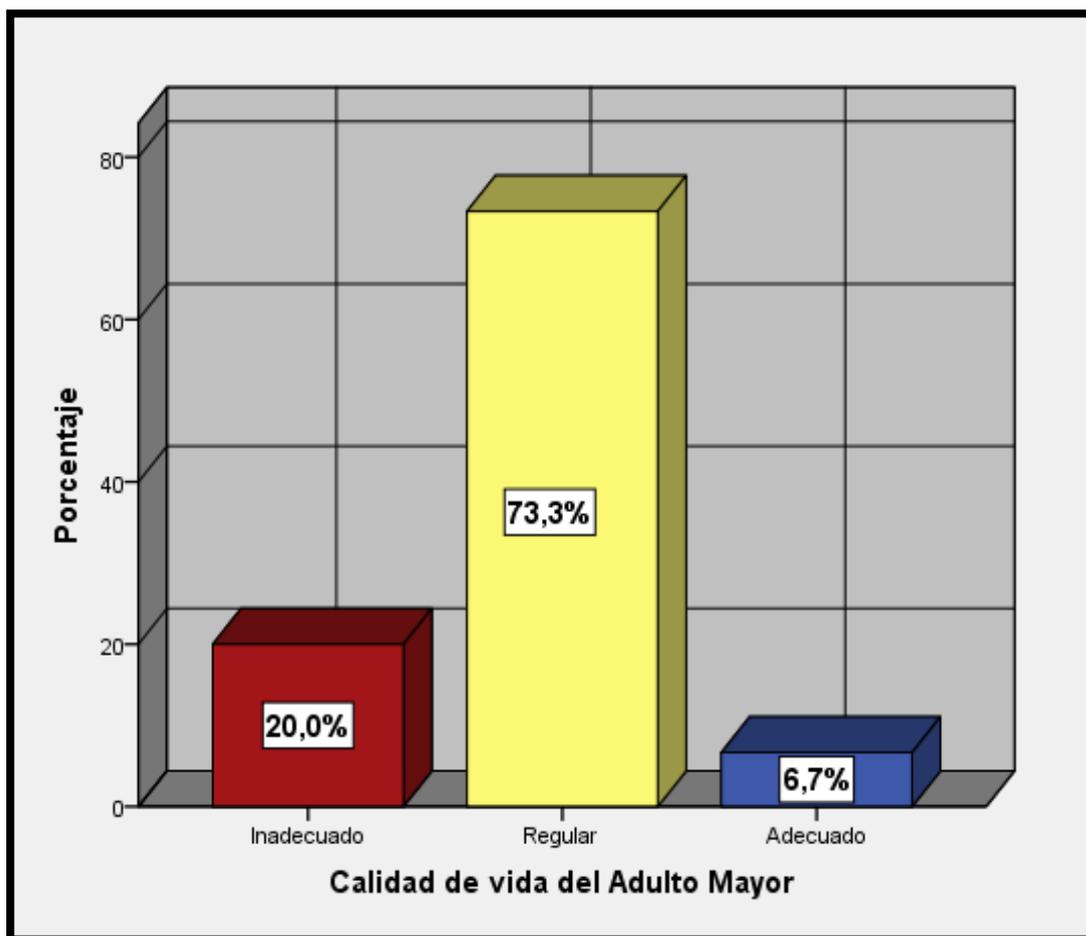


Figura 12. Niveles de la Calidad de vida del adulto mayor.

En la tabla 11 y figura 11 se observa que del total de 30 encuestados, el 73,3% manifiesta un nivel regular con respecto a la Calidad de vida del adulto mayor, sólo un 6,7% indican que existe un nivel adecuado y un 20,0% del total manifiestan un nivel inadecuado en relación a la Calidad de vida del adulto Mayor.

3.2 Diagnóstico cualitativo

Preguntas de la entrevista	Sujetos encuestados	Sujeto 1 Coordinador	Sujeto 2 Adulto mayor	Sujeto 3 Adulto mayor	Codificación	Categoría Emergente	Conclusiones aproximativas
<p>1. ¿Cuáles son las características emocionales más comunes del adulto mayor?</p> <p>2. ¿Cómo describe su comportamiento?</p>		<p>Son muy activos, participativos e independientes, responden a estímulos agradables y también comparten emociones alegría y tristeza.</p>	<p>Soy activa, me gusta participar en la mayoría de los talleres.</p>	<p>Soy alegre, compañera y me gusta practicar en las actividades que brinda el centro de adulto mayor.</p>	<p>C1: Participación</p> <p>C2: Bienestar emocional</p>	<p>Participación activa del adulto mayor</p>	<p>Los adultos mayores cuando están estimulados, participan activamente en los talleres y las diversas actividades que se programan para mantenerlos distraídos y activos, donde comparten sus sentimientos, emociones y pasan el tiempo libre.</p>
<p>3. ¿Hay algún plan o proyecto para protección del adulto mayor?</p>		<p>Si hay un plan integral de atención para el envejecimiento</p>			<p>C3: Plan integral de atención</p>		<p>Existe un plan integral de atención que será mejorado o quizás sirva de referencia a la nueva propuesta que se diseñará en esta investigación.</p>

	activo mediante talleres de auto cuidado, recreación y tiempo libre, capacitación en derechos humanos.					
4. ¿Qué opinan los familiares de que usted participa del CAM?	Están muy satisfechos de la labor en beneficio de personas adultos mayores.	Ellos se sienten bien porque ven a su mamá que le gusta participar en las diferentes actividades.	Mis hijos están contentos ya que brinda su tiempo en venir al centro y no se preocupa por	C4: Calidad		Los familiares del adulto mayor están satisfechos que ellos formen parte de las diversas actividades que se presentan en los centros destinados para el adulto mayor.
5. ¿Cómo se siente con los servicios que recibe del CAM?	Satisfechos y participativos,	Me siento bien porque formamos grupos en los	problemas de la casa.	C1: Participación		De la misma manera, los adultos mayores se sienten felices, demuestran participación activa y que pasan buenos momentos con sus demás compañeros en beneficio de una mejor

	reconocen los beneficios que se dan con calidad.	talleres.	Me siento muy bien por compartir buenos momentos con nuestro compañero de centro.			calidad de vida.
6. ¿Qué enfermedades más comunes se encuentran en los adultos mayores?	Hipertensión arterial, diabetes y las propias por el deterioro físico y mental de su salud como auditivo, visual y de	Resfríos motivo por el cambio del clima tan fuerte.	Resfríos por el cambio del clima.	C5: Salud C6: Enfermedades comunes	Enfermedades más comunes en la etapa de la senectud	Las personas que llegan a cierta edad afrontan problemas físicos, psíquicos y sociales que derivan de cambios biológicos propios de la edad, y que a veces establecen de forma muy rígida. Las enfermedades más comunes que se presentan a esta edad son Hipertensión arterial, diabetes, problemas auditivos, visuales y de

	movimiento.					movimientos, así como el resfrío.
7. ¿De qué manera toma sus decisiones en su vida cotidiana?	<p>Son autónomos en sus decisiones pero en algunas actividades dependen de la familia para utilizar su tiempo libre por utilizar a labores del hogar.</p>	<p>Siempre la consulta con los hijos o el esposo.</p>	<p>Consulta a mi esposo y familiares antes de tomar una decisión</p>	<p>C7: Toma de decisiones</p> <p>C8: Autonomía en algunas situaciones</p>	<p>Toma de decisiones</p>	<p>La familia constituye uno de los recursos más importantes de la población mayor. Es la encargada de prestar atención directa a la mayoría de los ancianos que sufren problemas de salud o un deterioro grave en su autonomía personal. Para los ancianos parece que lo más importante es el potencial de relación y ayuda, la conciencia de que existe una persona relevante a quien acudir en caso de necesidad.</p> <p>Dependen de la familia principalmente de los hijos quienes ayudan a la toma de decisiones.</p>

<p>8. ¿Cómo es la situación familiar en su entorno?</p>	<p>En la mayoría de los casos tienen conocimiento de su rol y de importancia en la familia.</p>	<p>Me siento bien querida y estimados por mis hijos y familiares que siempre hay un dialogo</p>	<p>Mi familia está unida donde comparto alegrías con mis hijos, nietos y esposo en mi hogar.</p>	<p>C9: Diálogo</p>	<p>Dialogo asertivo con el adulto mayor</p>	<p>La familia tiene también un papel muy importante, sobre todo en el ámbito de las relaciones socioafectivas ya que es la más idónea para proporcionar sentimientos de amor y seguridad, ofrecer sentimientos de capacidad, utilidad, autoestima, confianza y apoyo social. Los nietos juegan un papel importante porque hacen pensar a los ancianos que son los nuevos hijos o se presenta una segunda oportunidad para educarlos.</p>
--	---	---	--	---------------------------	---	--

Nota: Las categorías emergentes deben incorporarse en el marco teórico final de la tesis.

3.3 Triangulación de datos: Diagnóstico final

El interés por el adulto mayor se ha dado en los aspectos que fortalecen la salud mental y el desarrollo de este grupo humano o. Los estudios de referencia consideran conceptos como bienestar, felicidad, y conocer cómo logran ser felices las personas mayores con múltiples diferencias culturales, sociales y económicas.

Un primer aspecto del adulto mayor es su bienestar emocional. Es importante tanto en la edad adulta como en la vejez, ya que ambos grupos muestran dificultades o déficits en alguno de los componentes de la inteligencia emocional. Las personas de la tercera edad aumentan sus dificultades en el reconocimiento de emociones de signo negativo como la tristeza o el miedo. En el estudio cuantitativo con respecto al bienestar emocional se observa que del total de 30 encuestados, el 70,0% manifiesta un nivel regular con respecto al bienestar emocional, un 23,3% indican que existe un nivel adecuado y un 6,7% del total manifiestan un nivel inadecuado en relación al bienestar emocional del adulto Mayor. Eso determina que los adultos mayores cuando están estimulados, participan activamente en los talleres y las diversas actividades que se programan para mantenerlos distraídos y activos, donde comparten sus sentimientos, emociones y pasan el tiempo libre.

Para el adulto mayor, familia tiene también un papel muy importante, sobre todo en el ámbito de las relaciones socio-afectivas ya que es la más idónea para proporcionar sentimientos de amor y seguridad, ofrecer sentimientos de capacidad, utilidad, autoestima, confianza y apoyo social. Los nietos juegan un papel importante porque hacen pensar a los ancianos que son los nuevos hijos o se presenta una segunda oportunidad para educarlos. Los estudios ratifican estas afirmaciones, indicando que del total de 30 encuestados, el 63,3% manifiesta un nivel regular con respecto a las Relaciones interpersonales, un 6,7% indican que existe un nivel adecuado y un

30 % del total manifiestan un nivel inadecuado en relación a las Relaciones interpersonales con el adulto Mayor. De la misma manera el desarrollo personal del adulto mayor depende del grado de autonomía y capacidad de autoterminarse como un sujeto capaz de hacer muchas cosas sin considerar como un condicionante su edad. Es por eso que un 60,0% manifiesta un nivel regular con respecto al Desarrollo personal del adulto mayor, un 30,0% indican que existe un nivel adecuado y un 10 % del total manifiestan un nivel inadecuado en relación al Desarrollo personal que experimenta el adulto Mayor. La capacidad de autodeterminación, considerada como el proceso de regulación emocional, incluyendo el desarrollo de habilidades para generar emociones positivas y de, habilidades para automotivarse, se ve reflejado en el diagnóstico realizado con un 66,7% manifiesta un nivel regular con respecto a la Autodeterminación, un 6,7% indican que existe un nivel adecuado y un 26,7 % del total manifiestan un nivel inadecuado en relación a la capacidad de Autodeterminación. Esto infiere en la necesidad de un apoyo emocional y de acompañamiento al adulto mayor.

Se reafirma entonces que la familia o el entorno más cercano constituyen uno de los recursos más importantes de la población mayor. Es la encargada de prestar atención directa a la mayoría de los ancianos que sufren problemas de salud o un deterioro grave en su autonomía personal. Para los ancianos parece que lo más importante es el potencial de relación y ayuda, la conciencia de que existe una persona relevante a quien acudir en caso de necesidad. Ante esta situación ellos pueden pensar que ante una dependencia se le pueden ver afectados sus derechos. Es así que el 70,0% manifiesta un nivel inadecuado con respecto a la dimensión Derechos, un 26,7% indican que existe un nivel regular y un escaso 3,3 % del total manifiestan un nivel adecuado en relación a los Derechos del adulto Mayor. Es que en muchos casos, los adultos mayores dependen de la familia principalmente de los hijos quienes ayudan a la toma de decisiones.

La salud es un punto delicado en el adulto mayor. El INEI (2014) indicó que el 78.3% de la población adulta cuenta con un seguro de salud, ya sea público o privado. Esto representa un aumento de 3% respecto al año 2013. Pero un poco más del 20 % no tiene seguro, y eso se ve palpado sobre todo en las provincias de Lima, como Cañete. Las personas que llegan a cierta edad afrontan problemas físicos, psíquicos y sociales que derivan de cambios biológicos propios de la edad, y que a veces establecen de forma muy rígida. Las enfermedades más comunes que se presentan a esta edad son Hipertensión arterial, diabetes, problemas auditivos, visuales y de movimientos, así como el resfrío. Quizás con la integración de los adultos mayores a los centros de atención, las encuestas hayan determinado el 13,3% manifiesta un nivel regular con respecto al Bienestar físico, un 73,3% indican que existe un nivel adecuado y un 13,3 % del total manifiestan un nivel inadecuado en relación al Bienestar físico del adulto Mayor. La tranquilidad del adulto mayor también se ve reflejada en las condiciones materiales y la inclusión social que experimentan. Por eso, se determinó que el 73,3% manifiesta que existe un nivel regular con respecto al Bienestar material, un 16,7% indican que existe un nivel adecuado y un 10 % del total manifiestan un nivel inadecuado. Los niveles regular indican que la familia en el grupo humano entrevistado no juegan un papel trascendental en la consolidación de la tranquilidad emocional del adulto mayor. Las familias que tienen en su hogar una persona mayor dependiente suelen tener sentimientos dolorosos y de incompreensión frente a los cambios rápidos que se producen en algún familiar. Por otro lado aparecen también síntomas de ansiedad y angustia, surgen dudas acerca de si no han hecho todo lo necesario para evitar la situación en la que se encuentra el adulto mayor a su cargo. Es por eso que tiene que existir un plan de contingencia que permita la inclusión social de las personas de la tercera edad. De la misma manera, para que los adultos mayores se sienten felices y demuestren participación activa y que pasan buenos momentos con sus demás compañeros en beneficio de una mejor calidad de vida, hay que hacerles sentirse importantes, que la edad es experiencia y no olvido.

La situación de las personas adultas mayores y la necesidad de asumir la realidad de una población que envejece, en una sociedad que no está preparada ni en muchas ocasiones, muchas personas estarán dispuestas a solidarizarse con los requerimientos de este grupo humano, consolidándose en situaciones de compromiso social.

Por último, existe un plan integral de atención que será mejorado o quizás sirva de referencia a la nueva propuesta que se diseñará en esta investigación a donde al Adulto mayor se le ayude a mejorar su autoestima y el concepto que tiene sobre sí mismos, enseñarles a aceptar las limitaciones o deficiencias que puedan tener, hacerles ver que también tiene cualidades y ayudarles a descubrirlas y valorarlas

CAPÍTULO IV
PROPUESTA DE LA INVESTIGACIÓN
“PROGRAMA DE TURISMO SOCIAL DESTINADO
AL ADULTO MAYOR”

Nombre del proyecto

“Programa de turismo social destinado al adulto mayor”

Fundamentos

El turismo como fenómeno social ampliado es consecuencia especialmente de las nuevas estructuras sociales que emergen a partir de la industrialización. Desde una concepción amplia, se define al turismo social como un “... turismo con un agregado valor moral, que tiene el objetivo de beneficiar al anfitrión o al visitante en la experiencia turística” (Organización Mundial del Turismo, 2012). Sostiene que dentro la modalidad deben incluirse tanto las iniciativas destinadas a hacer accesible las vacaciones a sectores vulnerables, como a aquellas otras propuestas de base comunitaria en áreas subdesarrolladas. Destinado para personas mayores de 60 años ayudando en tema físico y un desarrollo económico.

El BITS (Bureau International du Tourisme Social), señala que el turismo social se refiere al “...conjunto de relaciones y fenómenos que resultan de la participación al turismo y en particular de la participación de capas sociales con recursos modestos. Esta participación es posible o al menos es facilitada gracias a medidas con un carácter social bien definido” (2003, Artículo 3).

En principio, señala que el 75% de los Estados consultados, Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, Uruguay y Venezuela, cuenta con programas públicos de turismo social a nivel nacional, en el marco de las medidas de inclusión. Solamente, Bolivia y Paraguay no cuentan con propuestas nacionales de este tipo, si impulsan algunas experiencias locales e incluyen al turismo social dentro de sus metas a futuro. En cuanto al estado peruano recién este año 2016 han implementado el programa de turismo social mediante el MINCETUR.

Según la ley de turismo en el artículo 44°.- define el Programa en el diseño e implementación del Programa de Turismo Social que el MINCETUR

debe coordinar con los organismos públicos y privados, en aplicación del artículo 45° de la Ley, se debe considerar los siguientes elementos: a. Grupos a los que se dirige la promoción turística b. Período de aplicación de las promociones turísticas c. Destinos turísticos que se promoverán d. Tarifas de los servicios

La cual mediante alianzas estratégicas y convenios se podrá hacer sostenible durante el tiempo.

Teóricos

En base al reglamento de la ley general de turismo se indica la importancia del factor social en el ámbito del turismo.

En ese sentido la Provincia de Cañete cuenta con 16 distritos de las cuales sus recursos históricos y patrimonios culturales, folclore, gastronomía, paisajes y costumbres, fomentando una identidad local dentro del adulto mayor.

Prácticos

Realizar alianzas estratégicas y convenios entre el gobierno local, regional y sector privado de tal manera que se financie las visitas del Centro Adulto Mayor a los lugares turísticos de interés.

Se debe a la demanda turística de escasos recursos económicos para obtener un acceso al ocio turístico mediante la intervención de agentes operadores tratando de maximizar el beneficio colectivo.

Realizar diferentes tipos de tours turísticos de la localidad de Cañete y a nivel nacional. Logrando realizar tour peatonales, y de recreación.

Conocer los atractivos turísticos de la provincia de Cañete mediante la interacción y guiado brindando toda la información a detalle.

Lugares Turísticos de Cañete



Fuente: MINCETUR

La ruta del pisco

Disfrutar el paisaje y el vino, el pisco y el coctel bandera el PISCO SOUR en el Distrito de Lunahuana, Pacarán y Zuñiga, teniendo un recorrido que lo llevará por cinco bodegas que ofrecen hospedajes, restaurantes, salas de cata, viñedos y un excelente pisco de calidad. Estas son las bodegas De la cruz, De la Motta, los reyes, el sol y santa maría.



Fuente: MINCETUR

Tour de Sol y Rio

Cuenta con importantes atractivos turísticos, pero sin dudas el que atrae generalmente a los turistas es el Valle de Lunahuaná, conocido por su producción vitivinícola y por ofrecer a todos paseo a caballo, gastronomía a base de camarón y frutas tales como el níspero acompañado con la familia para su integración y realizar práctica de rafting, kayak, ciclismo, trekking, campismo, parapente y otros.



Fuente: Municipalidad Distrital de Surco

Tour medicinal

Chilca está ubicada en el Km 64 de la Panamericana Sur, a aproximadamente una hora y media de la ciudad de Lima. Chilca es una zona donde las filtraciones de agua forman pozas que se le atribuye propiedades medicinales para diversas afecciones, las más importantes son las denominadas, la Encantada, La Mellicera y La Milagrosa.

Su templo Nuestra Señora de la Asunción es otro bello lugar para visitar y admirar la arquitectura barroca de su construcción iniciada en la primera mitad del siglo XVIII.

Entre sus platos típicos sobresalen los platos a base de pescados y mariscos, la sopa seca, picante criollo y los derivados de Higo.



Fuente: Municipalidad Distrital de Chilca

Tour de Inca

Es la más importante y estratégica ciudad que construyeron los Incas en el valle de Lunahuaná, ubicado en el anexo de Paullo, en el Km 30 de la vía hacia Yauyos. Incahuasi está conformada por cuatro grupos de edificaciones: El palacio del INCA, los cuarteles con graneros y depósitos, la Ciudad Conventual y la Fortaleza. Las crónicas e investigaciones arqueológicas posteriores revelaron que los Incas al conquistar esta parte de la costa, le dieron un grado de importancia tal a la zona de Lunahuaná, que al construir la Ciudad de Incahuasi, lo hicieron a imagen y semejanza de la ciudad incaica del Cusco, según orden del Inca Túpac Yupanqui

Tour de la capital de Cañete

Hermosa joya arquitectónica ubicada en el Distrito de San Vicente. Por su construcción, es el único de su género en América del Sur, muy superior al que poseía el emperador Pedro IV de Brasil cerca de Río de Janeiro, con el cual tiene cierta semejanza. Su construcción se inició a finales de 1843 y concluyó alrededor de 1900. Eterna paciencia de don José Unánue en hacer realidad el

sueño de edificar la residencia más suntuosa de la costa peruana, en la inquebrantable memoria de su padre. Se sabe que los vitrales, los mármoles y las rejas de fierro y bronce procedían de la ciudad italiana de Carrara. Su edificación tiene la arquitectura mozárabe siguiendo el estilo gótico. Los túneles y calabozos que existen bajo el Castillo de Unánue, se usaron en 1924 como primera cárcel en Cañete. Se cuenta que por reclamar sus propiedades, un centenar de comuneros del fundo Cochahuasí fueron encerrados en los subterráneos del Castillo, nunca más se supo de ellos, no salieron con vida.

Según la tradición oral de Cañete, el Castillo tiene tres túneles. Uno conecta con la Hacienda Montalbán a 3 km. El otro con la Hacienda Arona a 5 km. y de allí al puerto de Cerro Azul a 10 km. El tercer túnel tendría salida en la playa de Cochahuasí a 3 km. Por su construcción muy especial en 1972, fue declarado Monumento Histórico Nacional. A pesar de su cercanía a Lima y de la notable importancia histórica que tiene, poca gente de la Capital conoce esta mansión republicana



Fuente: Peru.com

Tour playas del balneario Cerro Azul.

Antigua caleta de pescadores, se ubica a la altura del Km.132 de la carretera Panamericana Sur, se ha convertido en una de las playas favoritas de los

amantes del surf, debe su nombre al hecho de que en la cima del cerro El Centinela se hallan los restos de una fortaleza de procedencia preincaica.

Las paredes de la edificación eran de un color verde intenso que, a lo lejos y por los efectos de la luz, se divisan como azules, entre sus playas muy visitadas por los amantes de la tabla hawaiana y de otros deportes acuáticos.

Tour paisajístico



Fuente: Las Lomas de Asia

Otros atractivos:

- Boulevard de Asia
- Humedal de Puerto Viejo
- Visitas a bodegas vitivinícolas
- Parque zonal Chavín de Huantar
- Zonas Arqueológicas
- Festivales

Gastronomía de Cañete:

- Sopa seca
- Carapulcra Cañetana
- Chupe de Camarones
- Frejoles con tuca
- Picante Criollo
- Tamales
- Chicharrones de Mala
- Trucha frita

Cañete también es distinguido por ser productor de licores a base de uva, entre ellos el pisco, vino.

Estructura y plan de acción de la propuesta

Objetivo general:

Mejorar la calidad de vida con un programa de turismo social para el adulto mayor.

Objetivos específicos:

- Aprovechar el tiempo libre.
- Generar valoración cultural.
- Fomentar del sentido de identidad nacional.
- Preservar el medio ambiente.
- Obtener mejor bienestar emocional

Vacaciones de Tercera Edad

Se destina a las personas con más de 60 años de edad y a las mayores a 18 años con capacidad disminuida. El programa busca promover el turismo en temporada baja y media, a destinos nacionales e internacionales. Entre los

servicios incluidos, se encuentran: estadía en hoteles, hostales, hosterías, apart-hoteles o cabañas, régimen de pensión completa, excursiones, asistencia médica, seguro de asistencia al viajero y traslado terrestre o aéreo, según destino.

Plan de Acción	Explicación de la Actividad
Actividades culturales y de respeto y desarrollo de las personas mediante el arte de la pintura.	La realización de la propuesta es dirigir un sector del adulto mayor mediante el turismo, circuitos turísticos locales y nacionales que generen nuevas experiencias positivas.
Charlas de concientización sobre el medio ambiente y el cuidado de ello.	
Un valor agregado, generar fuente de ingreso económico que forma parte integrante del producto propuesto	La iniciativa de Turismo Social tiene por objetivo promover y facilitar el acceso al turismo a los ciudadanos de escasos recursos o con ciertas limitaciones de ingresos con el fin de mejorar la calidad de vida.
Se ha definido claramente una voluntad de integración no perturbadora en el medio local.	
Capacitaciones sobre los lugares turísticos de la provincia de Cañete.	
Fomentar la identidad local a través de manualidades referente al Arte negro.	Se brindara folletos, revistas y trípticos a las personas del adulto mayor para infórmale sobre los lugares turísticos de la provincia mediante gráficos interactivos.
Mejoramiento de bienestar personal en las personas del adulto mayor mediante charlas de estimulación y autoestima.	
Realización de ferias gastronómicas y dulces fomentando el crecimiento económico del adulto mayor.	

Viabilidad de la propuesta

Cantidad	Descripción	Unidad	Costo unitario	Veces /meses	Costo total
Personal					
1	Lic. en turismo	Mes	2 200.00	1	2 200.00
2	Guías turísticos	Mes	2 000.00	2	2 000.00
1	Enfermeras	Mes	1 500.00	1	1 500.00
1	Choferes	Mes	1 500.00	1	1 400.00
Costo total					7 100.00
Materiales					
5	Papel bond	Millar	20.00	5	100.00
1000	Lapiceros	Millar	100.00	1	100.00
1000	Folletos	Millar	200.00	1	200.00
100	Polos	Ciento	800.00	1	800.00
Costo total					1,200.00
TOTAL					8,300.00

Se realizo capacitaciones, talleres, tour, orientaciones turísticas donde el Centro del Adulto Mayor pueda experimentar momentos especiales de recreación y ocio, estimulando su imaginación de ellos.

Validación de la propuesta

La validación de la propuesta se realizó a dos expertos en el tema y con experiencia en todo lo referente a Turismo, historia, gestión pública y metodología de esta investigación. Mediante un convenio entre las instituciones y el apoyo de algunas empresas privadas para gestionar los viajes.

Por parte de la Municipalidad provincial de Cañete estuvo el gerente general la cual se pudo dar un presupuesto para comenzar con la propuesta en beneficio del adulto mayor.

Por parte de ESSALUD se coordino con la Directora del CAM San Vicente para las personas que podrán participar mediante una inscripción y tener los diferentes servicios por parte de la propuesta señalada.



Fuente: Municipalidad Provincial de Cañete

CERTIFICADO DE VALIDEZ ESTANDAR DE UNA PROPUESTA

Título de la investigación:

Nombre de la propuesta: *Programa de Turismo Social destinado al Adulto Mayor*

Nombre del investigador: *César Carlos Huapaya Gonzales*

Nº	INDICADORES DE EVALUACIÓN	Pertinencia		Relevancia		Construcción gramatical		Observaciones	Sugerencias
		SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	La modelación contiene propósitos basados en los fundamentos de las Ciencias empresariales.	X		X		X			
2	La propuesta está contextualizada a la realidad en estudio.	X		X		X			
3	La propuesta se sustenta en un diagnóstico previo.	X		X		X			
4	Se justifica la propuesta como base importante de la investigación aplicada proyectiva	X		X		X			
5	Presenta objetivos claros, coherentes y posibles de alcanzar.	X		X		X			
6	La propuesta guarda relación con el diagnóstico y responde a la problemática	X		X		X			
7	La propuesta tiene un plan de acción e intervención bien detallado	X		X		X			
8	Dentro del plan de intervención existe un cronograma detallado y responsables de las diversas actividades	X		X		X			
9	La propuesta es factible y tiene viabilidad	X		X		X			

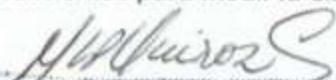
10	Es posible de aplicar la propuesta al contexto descrito	X		X		X			
----	---	---	--	---	--	---	--	--	--

Observaciones (precisar si hay suficiencias): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable (X) Aplicable después de corregir () No Aplicable ()

Apellidos y nombres del juez evaluador: *Quiroz Campos María Luisa del Pilar 14* de *Julio* de *2016*
 Especialidad del evaluador: *Trabajo Social* DNI: *15389427*
 Empresa donde labora: *Instituto Adulto Mayor Pau Vicente de Barrios Escalud.*

- Pertinencia: El ítem corresponde al concepto formulado.
- Relevancia: El ítem es aprobado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
- Construcción gramatical: se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem es conciso y directo...
- Nota: Suficiencia, se dice cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.


 LIC. MARÍA LUISA DEL PILAR QUIROZ CAMPOS
 CENTRO DEL ADULTO MAYOR - SAN VICENTE
 SUB-DIRECCIÓN PROTECCIÓN AL ADULTO MAYOR
 ESSALUD

 Firma del Experto
 DNI: *15389427*

CERTIFICADO DE VALIDEZ ESTANDAR DE UNA PROPUESTA

Título de la investigación:

Nombre de la propuesta: *Programa de turismo social destinado al adulto mayor*

Nombre del investigador: *César Carlos Huapaya Gonzales*

Nº	INDICADORES DE EVALUACIÓN	Pertinencia		Relevancia		Construcción gramatical		Observaciones	Sugerencias
		SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	La modelación contiene propósitos basados en los fundamentos de las Ciencias empresariales.	/		/		/			
2	La propuesta está contextualizada a la realidad en estudio.	/		/		/			
3	La propuesta se sustenta en un diagnóstico previo.	/		/		/			
4	Se justifica la propuesta como base importante de la investigación aplicada proyectiva	/		/		/			
5	Presenta objetivos claros, coherentes y posibles de alcanzar.	/		/		/			
6	La propuesta guarda relación con el diagnóstico y responde a la problemática	/		/		/			
7	La propuesta tiene un plan de acción e intervención bien detallado	/		/		/			
8	Dentro del plan de intervención existe un cronograma detallado y responsables de las diversas actividades	/		/		/			
9	La propuesta es factible y tiene viabilidad	/		/		/			

10	Es posible de aplicar la propuesta al contexto descrito	/	/	/			
----	---	---	---	---	--	--	--

Observaciones (precisar si hay suficiencias): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable (X) Aplicable después de corregir () No Aplicable ()

Apellidos y nombres del juez evaluador: Luis E. Fernández Estrellade 07 de 2016
 Especialidad del evaluador: licenciado en Derecho DNI. 1.019.266.2
 Empresa donde labora: Municipalidad Provincial de Cañete

- Pertinencia: El ítem corresponde al concepto formulado.
- Relevancia: El ítem es aprobado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
- Construcción gramatical: se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem es conciso y directo...
- Nota: Suficiencia, se dice cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.


MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE CAÑETE

 Abog. Luis Enrique Fernández Estrella
GERENTE MUNICIPAL

 Firma del Experto
 DNI: 1.019.266.2...

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

El ser humano pasa por varias etapas en su vida, la última es la senectud. En el ciclo normal de la existencia del hombre, todos llegaremos a la vejez. En esta etapa. El adulto mayor tiene las mismas necesidades de relacionarse y compartir experiencias por eso esta investigación tiene por finalidad informarla importancia de los programas de turismo social reflejado en la calidad de vida del adulto mayor donde ellos quieren formar parte de la demanda turística, las cuales buscan los mismo deseos de visitar nuevos lugares ya que algunos de jóvenes no tuvieron esa oportunidad debido a diferentes factores (económicos, tiempo, trabajo, salud, etc.). Realmente no se conocen los resultados de los programas de turismo social en los centros de adulto mayor. Se sabe que en Lima existen diferentes programas pero no se han realizado estudios para evaluar la calidad de vida del adulto mayor, sobre todo en provincia, como se quisiera implementar en la provincia de Cañete.

La situación del adulto mayor, gira entorno a sus relaciones familiares. Para el adulto mayor, familia tiene también un papel muy importante, sobre todo en el ámbito de las relaciones socio-afectivas ya que es la más idónea para proporcionar sentimientos de amor y seguridad, ofrecer sentimientos de capacidad, utilidad, autoestima, confianza y apoyo social. Los nietos juegan un papel importante porque hacen pensar a los ancianos que son los nuevos hijos o se presenta una segunda oportunidad para educarlos. Los estudios ratifican estas afirmaciones, indicando que del total de 30 encuestados, el 63,3% manifiesta un nivel regular con respecto a las Relaciones interpersonales, un 6,7% indican que existe un nivel adecuado y un 30 % del total manifiestan un nivel inadecuado en relación a las Relaciones interpersonales con el adulto Mayor. De la misma manera el desarrollo personal del adulto mayor depende del grado de autonomía y capacidad de autoterminarse como un sujeto capaz de hacer muchas cosas sin considerar como un condicionante su edad. Es por eso que un 60,0% manifiesta un nivel regular con respecto al Desarrollo personal del adulto mayor, un 30,0% indican que existe un nivel adecuado y un 10 % del total manifiestan un nivel inadecuado en relación al Desarrollo personal que experimenta el adulto Mayor. La capacidad de autodeterminación, considerada como el proceso de regulación emocional, incluyendo el desarrollo

de habilidades para generar emociones positivas y de, habilidades para automotivarse, se ve reflejado en el diagnóstico realizado con un 66,7% manifiesta un nivel regular con respecto a la Autodeterminación, un 6,7% indican que existe un nivel adecuado y un 26,7 % del total manifiestan un nivel inadecuado en relación a la capacidad de Autodeterminación. Esto infiere en la necesidad de un apoyo emocional y de acompañamiento al adulto mayor. Coincidiendo estos análisis con los estudios realizados por Zea (2009) en Guatemala sobre la recuperación de autoestima, motivación y creatividad, guardando relación con la categoría calidad de atención, considerándose importante el servicio psicológico y social que reciben los usuarios. Estos recursos les permiten tener acceso a servicios de salud especializados de alta calidad.

La realidad en que viven las personas adultas mayores y la necesidad de asumir la realidad de una población que envejece, en una sociedad que no está preparada y donde muchas personas aún no están dispuestas a solidarizarse con los requerimientos de este grupo humano, consolidándose en situaciones de compromiso social. No se sabe si existe un plan integral consolidado de atención que será mejorado o quizás sirva de referencia a la nueva propuesta que se diseñará en esta investigación a donde al Adulto mayor se le ayude a mejorar su autoestima y el concepto que tiene sobre sí mismos, enseñarles a aceptar las limitaciones o deficiencias que puedan tener, hacerles ver que también tiene cualidades y ayudarles a descubrirlas y valorarlas.

Se coincide con la Teoría de las relaciones humanas en el adulto Mayor: Teoría de campo de Lewin que defiende la postura que en comportamiento humano no depende del pasado ni del futuro, sino del campo dinámico actual o presente (Lewin, citado por Chiavenato, 2014, p. 86). Aquí se destaca el importante papel de la motivación, acción en base a necesidades y dificultades y el enfrentamiento que se asume hacia estas problemáticas.

Las personas, según esta teoría, tienen una predisposición a la acción. El adulto Mayor debe vivir cada uno de los momentos que ocurren en su etapa

de vida, mezclando sus nuevas experiencias con sus conocimientos previos. Ellos deben estar motivados para nuevos retos, como lo que plantea el Programa de Turismo social.

No se conoce el impacto que tiene los programas o planes integrales de turismo social de los centros de adulto mayor o simplemente no se realizan. La falta de un turismo específico para las personas mayores de 60 años con paquetes turísticos detallados y acordes a las personas adultas. La realidad, es que no existen programas dirigidos a las personas de la tercera edad, y si las hay no tiene tanta fuerza o trascendencia debida. Por eso razón es necesario, realizar alianzas estratégicas y convenios entre el gobierno local, regional y sector privado de tal manera que se financie las visitas del Centro Adulto Mayor a los lugares turísticos de interés. Este enunciado reafirma los estudios de Córdova (2012) sobre calidad de vida del adulto mayor, teniendo como objetivo identificar, analizar y discutir la calidad de vida de las personas que se atienden en un programa integral del adulto mayor.

Finalmente se debe establecer una demanda turística basada en adultos mayores de escasos recursos económicos para obtener un acceso al ocio turístico mediante la intervención de agentes operadores tratando de maximizar el beneficio colectivo. Así mismo, se deben implementar diferentes tipos d tours turísticos de la localidad de Cañete y a nivel nacional, tal como se refleja en la propuesta de esta investigación.

Conclusiones

Primero: Se propuso un plan estratégico para mejorar la calidad de vida con un programa de turismo social para el adulto mayor, bajo una perspectiva basada en fundamentos teóricos, prácticos y un plan de acción dirigida a los adultos mayores de la provincia de Cañete para un buen uso del tiempo libre y su inclusión social.

Segundo: Se diagnosticó que la situación que vive el adulto mayor en un primer aspecto, son los problemas en su salud mental y física, detectándose en su contexto donde se desarrolla, soledad, abandono, poca consideración a lo que hace o puede hacer (inclusión social), y enfermedades comunes propias de la edad.

Tercero: Se teorizaron conceptos pertinentes para la presente investigación, relacionada al turismo social, adulto mayor, calidad de atención y categorías emergentes propias de un diagnóstico profundo como diálogo asertivo, enfermedades comunes del adulto mayor y participación activa.

Cuarto: Se diseñó una propuesta titulada “Programa de turismo social destinado al adulto mayor”, bajo una estructura metodológica propia de la investigación holística.

Quinto: Se validaron los instrumentos de evaluación tanto cualitativos como cuantitativos no para el diagnóstico y la propuesta del Programa, a través de la óptica, opinión y sugerencia de expertos temáticos, de campo y metodológicos.

Sexto: Se obtendrá una identidad local donde podrán conocer y descubrir nuevas emociones e intercambiar ideas, dando las facilidades de poder llegar a diferentes atractivos turísticos y difundirlo a través del dialogo boca a boca.

Sugerencias

Primero: Aplicar la propuesta “Programa de turismo social destinado al adulto mayor” en la provincia de Cañete, con apoyo de entidades públicas y privadas que formen parte de una alianza estratégica.

Segundo: Ampliar el diagnóstico, ampliando la muestra en estudio, quizás a nivel distrital y provincial de manera aleatoria.

Tercero: Buscar sugerencias de expertos en turismo y sociólogos para mejorar e implementar mejor la propuesta expuesta en esta investigación.

Cuarto: Difundir la propuesta a las diversas entidades interesadas en mejorar a calidad de vida del adulto mayor.

Quinta: Se sugiere la participación de la Municipalidad Provincial de Cañete en el proyecto, la cual impulsará la apropiación ciudadana.

Sexto: La participación de las personas de adulto mayor deberá ser de manera constante y proactiva.

Séptimo: Se sugiere determinar una edad promedio para ver el estado de salud de las personas que estarán en el programa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acerenza, M. (1990). *Promoción turística. Un enfoque Metodológico*. Ciudad de México: Trillas.
- Arrieta, M.; Laura, A.; Paredes, A. & Zevallos, C. (2011). *Propuesta de una oferta turística al interior del Perú dirigida al adulto mayor autovalente de Lima Metropolitana*. Universidad ESAN, Lima, Perú.
- Córdova, N. (2012) *Calidad de vida del adulto mayor, hospital regional de la policía nacional del Perú. Chiclayo, 2010*. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo, Perú.
- Chiavenato, I. (2014). *Introducción a la Teoría General de la Administración*. México: McGraw-Hill.
- Chávez, F. (2010). *Perú: Demanda de Atención del Adulto Mayor por Problemas de Salud, 2006-2010*. Publicado por el INEI Investigación del Instituto Nacional de Estadística e Informática; en noviembre 2012, Lima, Perú.
- Donabedian (1990). La calidad de atención. (p.9).
- Flores, M. (2004). Implicaciones de los paradigmas de investigación en la práctica educativa. *Revista Digital Universitaria*, 5 (1), 2-9.
- Guba, E., y Lincoln, Y. (1994). Paradigmas en pugna en la investigación cualitativa. In N. Denzin, & I. Lincoln, *Handbook of Qualitative Research* (pp. 105-117). London: Sage
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2006). *Metodología de la investigación científica*. México: Mc Graw-Hill.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación científica*. México: Mc Graw-Hill.
- Hunziker W. y Krapf K. (1942). *Grundriss der Allgemeire Fremderverkehrslehre*. Zurich: Plygraphicher verlag.

Hurtado, J. (2000). Investigación holística. Bogotá: Fundación Sypal-Magisterio.

Hurtado, J. (2001). *El proyecto de investigación*. Bogotá: Fundación Sypal-Magisterio.

Hurtado, J. (2010). *Guía para la Comprensión Holística de la Ciencia*. Caracas: Sypal.

Imai (2008). La calidad de los procesos que se relacionan con dichos productos o servicios. (p. 176).

INEI (2014). <https://www.inei.gob.pe>.

ISO (2005). www.iso.org/iso/catalogue_detail?csnumber=42103.

Juran (2007). La palabra calidad tiene multiples significados. (p.90).

Kotler, P.; Cámara, D.; Grande, I. y Cruz I. (2000). *Dirección de Marketing*. España: Prentice Hall.

Landeau, R. (2007). *Elaboración de trabajos de investigación*. Caracas: Alfa.

Ley N° 29408. Diario Oficial El Peruano. Lima. Perú. 18 de setiembre del 2009.

Ley N° 28296. Diario Oficial EL Peruano. Lima. Perú. 22 de julio del 2014.

Los Derechos de los Adultos Mayores (2011). Gobierno del Perú 2011 – 2016. www.caritas.org.pe/documentos/adulto_mayor.

Molina, (1997). Teoría de la planificación turística.

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015). www.who.int/es.

Organización Mundial del Turismo. (2012). *Introducción al Turismo*. Madrid.

Organización Mundial del Turismo, OMT, 2012, s/p). <http://www2.unwto.org>.

- Osorio, G. (2007). *Abandono del adulto mayor en la casa de la tercera edad dependiente del sistema DIF Hidalgo*. Para optar el título de trabajador social. Universidad Autónoma DE Hidalgo, México, México.
- Ortiz, J. (2010). *Comunicación interpersonal en el adulto mayor*. Para optar el título de comunicador social. Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.
- Patrick, D., Erickson P. (1993). *Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation*. Oxford University Press. New York.
- Rodríguez, D. y Valdeoriola, J. (2009). *Metodología de la investigación*. Barcelona: UOC.
- Tamayo, M. (2007). *El proceso de Investigación Científica*. Ciudad de México, México. Edición Limusa.
- Saavedra, R.; Castro, L.; Restrepo, O. y Rojas, A (2010). *Planificación del desarrollo*. Bogotá: Federación Universidad de Bogotá. Jorge Tadeo Lozano.
- Sánchez-Sosa, J. y González-Celis, A. (2006). *Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Stoner, J. (2006). *Administración*. México. Editorial Prentice Hall.
- Velarde-Jurado, E. y Ávila-Figueroa, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Revista de Salud Pública*. México; 44:349-361.
- Vera, M. (2007). *Significado de la calidad de vida del adulto mayor por sí mismo y para su familia*, Universidad César Vallejo, Lima, Perú.
- Zea, C. (2009). *Recuperación de autoestima, motivación y creatividad, de personas de la tercera edad que se encuentran internadas en el asilo "Santo Domingo"*. Para optar el título de Psicólogo. Universidad de San Carlos de Guatemala escuela de ciencias psicológicas, Guatemala, Guatemala.

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia.

Título: Programa de turismo social para mejorar la calidad de vida del adulto mayor San Vicente de Cañete, 2016

Autor. Br.Huapaya Gonzales, César Carlos

Planteamiento del problema	Objetivos de la investigación	Justificación
<p>Actualmente no se conoce el impacto que tiene los programas de turismo social de los centros de adulto mayor, con esta investigación se obtendrá información sustentable, que le brindará una mayor tranquilidad para los familiares que sabrán los beneficios obtenido por el programa. La falta de un turismo específico para las personas mayores de 60 años con paquetes turísticos detallados y acordes a las personas adultas. La realidad, es que no existen programas dirigidos a las personas de la tercera edad, y si las hay no tiene tanta fuerza o importancia debida.</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Proponer un programa de turismo social para mejorar la calidad de vida del Centro de Adulto Mayor situado en San Vicente de Cañete.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Diagnosticar la situación social, económica y moral del adulto mayor en Cañete.</p> <p>Teorizar las categorías de calidad de vida y sus variantes apriorísticas y emergentes.</p>	<p>El turismo social se ve reflejado en las instituciones que lo desarrollan, donde al igual que los turistas jóvenes y mayores viajan por numerosas razones, especialmente para descansar y relajarse; relacionarse; conocer nuevos lugares y experiencias. El adulto mayor tiene las mismas necesidades de relacionarse y compartir experiencias por eso esta investigación tiene por finalidad informarla importancia de los programas de turismo social reflejado en la calidad de vida del adulto mayor donde ellos quieren formar parte de la demanda turística, las cuales buscan los mismo deseos de visitar nuevos lugares ya que algunos de jóvenes no tuvieron esa oportunidad debido a diferentes factores (económicos, tiempo, trabajo, salud, etc.). Realmente no se conocen los resultados de los programas de turismo social en los centros</p>

	<p>Diseñar un programa para mejorar la calidad de vida del adulto mayor.</p> <p>Validar los instrumentos del diagnóstico y la propuesta de mejora a través de juicio de expertos para una efectiva aplicación.</p>	<p>de adulto mayor. Se sabe que en Lima existen diferentes programas pero no se han realizado estudios para evaluar la calidad de vida del adulto mayor.</p> <p>Proponer una solución a esta problemática con esta investigación, es a mejorar e informar con mayor precisión a los centros que brindan los programas de adulto mayor para lograr a conocer qué factores determinan y mejoran en su calidad de vida. Los beneficios de estar en estos programas de turismo social están indicados en la inclusión del adulto mayor hacia el ámbito del turismo, la cual ellos verán el impacto de su envejecimiento a favor con la ayuda de estos programas.</p>
--	--	--

Enfoque	Tipo y diseño de investigación	Muestra e instrumentos																								
<p>Mixto (cuantitativo – cualitativo)</p>	<p>Proyectiva – No experimental, bajo una propuesta luego de un profundo diagnóstico.</p>	<p>Muestra</p> <table border="1" data-bbox="1279 448 2013 703"> <thead> <tr> <th colspan="3" data-bbox="1279 448 1630 483">Muestra Cualitativa</th> <th colspan="3" data-bbox="1630 448 2013 483">Muestra Cuantitativa</th> </tr> <tr> <th data-bbox="1279 483 1464 518">f</th> <th data-bbox="1464 483 1630 518">%</th> <th data-bbox="1630 483 2013 518"></th> <th data-bbox="1279 518 1464 553">f</th> <th data-bbox="1464 518 1630 553">%</th> <th data-bbox="1630 518 2013 553"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1279 553 1464 588">Adulto Mayor</td> <td data-bbox="1464 553 1630 588">5</td> <td data-bbox="1630 553 2013 588">100</td> <td data-bbox="1279 588 1464 624">Adulto Mayor</td> <td data-bbox="1464 588 1630 624">20</td> <td data-bbox="1630 588 2013 624">100</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1279 659 1464 694">Total</td> <td data-bbox="1464 659 1630 694">5</td> <td data-bbox="1630 659 2013 694">100</td> <td data-bbox="1279 659 1464 694">Total</td> <td data-bbox="1464 659 1630 694">20</td> <td data-bbox="1630 659 2013 694">100</td> </tr> </tbody> </table> <p>Instrumentos:</p> <p>Encuesta: Escala de calidad de vida según Fumat</p> <p>Entrevista a profundidad</p>	Muestra Cualitativa			Muestra Cuantitativa			f	%		f	%		Adulto Mayor	5	100	Adulto Mayor	20	100	Total	5	100	Total	20	100
Muestra Cualitativa			Muestra Cuantitativa																							
f	%		f	%																						
Adulto Mayor	5	100	Adulto Mayor	20	100																					
Total	5	100	Total	20	100																					

Anexo 2: Matriz del instrumento

Variable/ categoría	Dimensiones /Subcategoría	Ítems	Escala	Nivel
Calidad de Vida	Bienestar Emocional	1,2,3,4,5,6,	Numérica (S/F/AV/N)	Alto Medio Bajo
	Relaciones Interpersonales	7,8,9,10,11,12	Numérica (S/F/AV/N)	Alto Medio Bajo
	Bienestar Material	13,14,15,16,17,18	Numérica (S/F/AV/N)	Alto Medio Bajo
	Desarrollo Personal	19,20,21,22,23,24	Numérica (S/F/AV/N)	Alto Medio Bajo
	Bienestar Físico	25,26,27,28,29,30	Numérica (S/F/AV/N)	Alto Medio Bajo
	Autodeterminación	31,32,33,34,35,36,37	Numérica (S/F/AV/N)	Alto Medio Bajo
	Inclusión Social	38,39,40,41,42,43,44	Numérica (S/F/AV/N)	Alto Medio Bajo
	Derechos	45,46,47,48,49,50	Numérica (S/F/AV/N)	Alto Medio Bajo

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA CALIDAD DE VIDA

Nro		Si	No	Si	No	Si	No
Dimensión 1 / Sub categoría: Bienestar Emocional							
1	Se muestra satisfecho consigo mismo	✓		✓		✓	
2	Se muestra intranquilo o nervioso.	✓		✓		✓	
3	Tiene problemas de comportamiento	✓		✓		✓	
4	Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe	✓		✓		✓	
5	Manifiesta sentirse triste o deprimido	✓		✓		✓	
6	Muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad	✓		✓		✓	
Dimensión 2/ Relaciones Interpersonales							
7	Realiza actividades que le gustan con otras personas	✓		✓		✓	
8	Mantiene una buena relación con los profesionales del servicio al que acude	✓		✓		✓	
9	Mantiene una buena relación con sus compañeros del servicio al que acude	✓		✓		✓	
10	Carece de familiares cercanos.	✓		✓		✓	
11	Valora negativamente sus relaciones de amistad	✓		✓		✓	
12	Manifiesta sentirse querido por la personas importantes para usted.	✓		✓		✓	
Dimensión 3/ Bienestar Material							

13	El lugar donde vive es confortable	✓	✓	✓	
14	Manifiesta no estar conforme con su jubilación	✓	✓	✓	
15	El donde vive tiene infraestructura que dificultan algunas de sus actividades	✓	✓	✓	
16	El servicio que recibe tiene infraestructura que dificultan algunas de sus actividades	✓	✓	✓	
17	Dispone de las cosas materiales que necesita	✓	✓	✓	
18	El lugar donde vive necesita reformas para adaptarse a sus necesidades	✓	✓	✓	
Dimensión 4/ Desarrollo Personal					
19	Puede leer información básica para la vida cotidiana	✓	✓	✓	
20	Muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas que se le plantean	✓	✓	✓	
21	Tiene dificultades para comprender la información que recibe	✓	✓	✓	
22	Es responsable de la toma de su medicación	✓	✓	✓	
23	Muestra escasa flexibilidad mental	✓	✓	✓	
24	Muestra dificultades para manejar conceptos matemáticos básicos, útiles para la vida cotidiana	✓	✓	✓	
Dimensión 5/ Bienestar Físico					
25	Tiene problemas de movilidad	✓	✓	✓	
26	Tiene problemas de continencia	✓	✓	✓	
27	Tiene dificultad para seguir una conversación porque escucha mal	✓	✓	✓	
28	Su estado de salud le permite salir a la calle	✓	✓	✓	

29	Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana	/	/	/	
30	Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales.	/	/	/	
Dimensión 6/ Autodeterminación					
31	Muestra dificultades para manejar el dinero de forma autónoma	/	/	/	
32	Otras personas organizan su vida	/	/	/	
33	Elige cómo pasar su tiempo libre	/	/	/	
34	Ha elegido el lugar donde vive actualmente	/	/	/	
35	Su familia respeta sus decisiones	/	/	/	
36	Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas	/	/	/	
37	Otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida	/	/	/	
Dimensión 7/ Inclusión Social					
38	Participa en diversas actividades de ocio que le interesan	/	/	/	
39	En el servicio al que acude, tiene dificultades para solicitar apoyo	/	/	/	
40	Tiene amigos que le apoyan cuando lo necesita.	/	/	/	
41	Tiene dificultades para relacionarse con otra personas	/	/	/	
42	Está integrado con los compañeros del servicio al que acude	/	/	/	
43	Participa de forma voluntaria en algún programa	/	/	/	
44	Tiene dificultades para participar en su comunidad	/	/	/	

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA CALIDAD DE VIDA

Nro	Ítems	Pertinencia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
Dimensión 1 / Sub categoría: Bienestar Emocional								
1	Se muestra satisfecho consigo mismo	/		/		/		
2	Se muestra intranquilo o nervioso.	/		/		/		
3	Tiene problemas de comportamiento	/		/		/		
4	Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe	/		/		/		
5	Manifiesta sentirse triste o deprimido	/		/		/		
6	Muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad	/		/		/		
Dimensión 2/ Relaciones Interpersonales								
7	Realiza actividades que le gustan con otras personas	/		/		/		
8	Mantiene una buena relación con los profesionales del servicio al que acude	/		/		/		
9	Mantiene una buena relación con sus compañeros del servicio al que acude	/		/		/		
10	Carece de familiares cercanos.	/		/		/		
11	Valora negativamente sus relaciones de amistad	/		/		/		
12	Manifiesta sentirse querido por la personas importantes para usted.	/		/		/		
Dimensión 3/ Bienestar Material								



13	El lugar donde vive es confortable	/	/	/		
14	Manifiesta no estar conforme con su jubilación	/	/	/		
15	El donde vive tiene infraestructura que dificultan algunas de sus actividades	/	/	/		
16	El servicio que recibe tiene infraestructura que dificultan algunas de sus actividades	/	/	/		
17	Dispone de las cosas materiales que necesita	/	/	/		
18	El lugar donde vive necesita reformas para adaptarse a sus necesidades	/	/	/		
Dimensión 4/ Desarrollo Personal						
19	Puede leer información básica para la vida cotidiana	/	/	/		
20	Muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas que se le plantean	/	/	/		
21	Tiene dificultades para comprender la información que recibe	/	/	/		
22	Es responsable de la toma de su medicación	/	/	/		
23	Muestra escasa flexibilidad mental	/	/	/		
24	Muestra dificultades para manejar conceptos matemáticos básicos, útiles para la vida cotidiana	/	/	/		
Dimensión 5/ Bienestar Físico						
25	Tiene problemas de movilidad	/	/	/		
26	Tiene problemas de continencia	/	/	/		
27	Tiene dificultad para seguir una conversación porque escucha mal	/	/	/		
28	Su estado de salud le permite salir a la calle	/	/	/		

29	Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana	/		/	/	
30	Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales.	/		/	/	
Dimensión 6/ Autodeterminación						
31	Muestra dificultades para manejar el dinero de forma autónoma	/		/	/	
32	Otras personas organizan su vida	/		/	/	
33	Elige cómo pasar su tiempo libre	/		/	/	
34	Ha elegido el lugar donde vive actualmente	/		/	/	
35	Su familia respeta sus decisiones	/		/	/	
36	Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas	/		/	/	
37	Otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida	/		/	/	
Dimensión 7/ Inclusión Social						
38	Participa en diversas actividades de ocio que le interesan	/		/	/	
39	En el servicio al que acude, tiene dificultades para solicitar apoyo	/		/	/	
40	Tiene amigos que le apoyan cuando lo necesita.	/		/	/	
41	Tiene dificultades para relacionarse con otra personas	/		/	/	
42	Está integrado con los compañeros del servicio al que acude	/		/	/	
43	Participa de forma voluntaria en algún programa	/		/	/	
44	Tiene dificultades para participar en su comunidad	/		/	/	

Dimensión 8/ Derechos							
45	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos	/		/		/	
46	Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe	/		/		/	
47	Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados	/		/		/	
48	Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal	/		/		/	
49	Disfruta de todos sus derechos legales	/		/		/	
50	Hace conocer sus derechos a los demás	/		/		/	

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable

Aplicable después de corregir

No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador (indicar grado académico, apellidos y nombres)

Mgtr. Nolazo Lebares, Fernando Alexis

DNI:

40086182

Especialidad del validador:

Metodología de la investigación

Lugar donde labora

Univ. Wainer

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Firma del Experto Informante.

Especialidad

DNI:

40086182

Metodología de la Investigación