

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE ARQUITECTURA Y URBANISMO
CARRERA PROFESIONAL DE ARQUITECTURA



**“PROPUESTA DE RESIDENCIA GERIÁTRICA
PRIVADA PARA MEJORAR LA ATENCIÓN INTEGRAL
DEL ADULTO MAYOR EN LA REGIÓN DE TACNA”**

Tesis para Optar el Título Profesional de Arquitecto

Presentado por:

BACH. ARQ. JOSÉ VIZCARRA SÁNCHEZ

ASESOR DE TESIS:

ARQ. ALDO GAMBETTA MONTALVO

TACNA - PERÚ

2017

DEDICATORIA

La presente tesis se la dedico a quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi Padre

Jesús Vizcarra, por ser mi empuje y fuerza para salir adelante, por mi educación y valores que hoy en día soy gracias a él, por los consejos sabios y hacerme sentir que la vida es dura y que todo se puede con sacrificio, por la confianza y el amor.

A mi Madre

María Sánchez, por darme la vida, proteger y cuidar que sea un hombre humilde, con buenos valores, por estar ahí en todo momento en las buenas y malas, por tus consejos de madre, amor y cariño tan especial.

A mis 2^{dos} Padres

Ana Vizcarra y Mario Urquizo, por hacerme sentir el hijo mayor y ser parte de la familia, por darme esas fuerzas, el valor del poder, enseñarme que todo sacrificio es un paso muy grande en la vida, por velar cada amanecida de estudios y darme una mano cuando siempre lo necesito, por su confianza, amor y apoyo incondicional.

A mi pequeño Hijo

Fabián Vizcarra, desde que llegaste a mi vida tú eres la personita especial en mi corazón, que me llena de felicidad y tanto amor, eres mi inspiración y el motor que día a día necesito para salir adelante, con muchas fuerzas y dedicación lograre todo lo que me proponga por ti, para que te sientas orgulloso de tu padre, todo este sacrificio y tiempo que no podamos estar juntos será recompensado con calidad de vida y lo más importante educación, salud y siempre estaré para guiarte por el buen camino.

A mi Abuelita

Mamá Alicia Jiménez, por ser mi abuelita y madre, la persona que me vio crecer, me cuido, protegió, se preocupó en todo momento de mi vida, su amor y dedicación al estar siempre pendiente de que todo me vaya muy bien en el día a día.

A mis Hermanos, Tíos y Familia

Mariela V. y Mario U., por representar la unidad familiar, porque siempre están por llenar mi vida, de alegrías, pero sobre todo de amor y apoyo para darme una mano.
Doris V., Jorge P., Bertha V., Luis F. y a toda mi Familia, por su apoyo, por sus consejos muy sabios y por estar pendiente de mis estudios y de mi vida.

A mis Abuelitos

Papá Tino y Papá Gonzalo, desde el cielo siempre me guían por el buen camino, velan y me acompañan el día a día para ser mejor persona y sé que estarán orgullo de su hijo José.

AGRADECIMIENTO

Esta tesis ha sido un esfuerzo en el cual diferentes personas me brindaron su apoyo incondicional, es por ello que no puedo dejar de expresar mi más sincero agradecimiento al llegar al término de esta investigación.

RESUMEN

Este trabajo de investigación tiene como objetivo Desarrollar el Proyecto Arquitectónico de Residencia Geriátrica Privada para la Atención Integral del Adulto Mayor en la Región de Tacna; se tomó como población de estudio a los habitantes de la Región de Tacna.

Se identificó la ubicación estratégica del proyecto arquitectónico para luego realizar un análisis y diagnóstico situacional y el radio de influencia de la Residencia Geriátrica Privada, se analizaron las condicionantes y determinantes de las variables de estudio. En el estudio realizado se encontró en la Región de Tacna existen una escasa infraestructura de carácter geriátrico, la cual no abastece la necesidad y demanda del Adulto Mayor; es de necesidad contar con dicho equipamiento que permita su desenvolvimiento pleno, dejando atrás el cargo y molestia familiar, creando un ambiente donde se sientan útiles y así lograr la calidad de vida propicia que desean.

Todo lo anteriormente realizado dio como resultado la consolidación del proyecto arquitectónico de la infraestructura para Residencia Geriátrica Privada para la Atención Integral del Adulto Mayor en la Región de Tacna

Palabras claves: Residencial Geriátrica / Atención Integral / Calidad de Vida /

ABSTRAC

This research work aims to Develop the Architectural Project of Private Geriatric Residency for Comprehensive Care of the Elderly in the Region of Tacna; The population of the Region of Tacna was taken as a study population.

The strategic location of the architectural project was identified and then a situational analysis and diagnosis and the radius of influence of the Private Geriatric Residence were analyzed, determining the determinants and determinants of the study variables. In the study carried out it was found that in the Region of Tacna there is a scarce geriatric infrastructure, which does not supply the need and demand of the Elderly; It is necessary to have such equipment that allows their full development, leaving behind the charge and family annoyance, creating an environment where they feel useful and thus achieve the quality of life conducive that they desire.

All of the above has resulted in the consolidation of the architectural project of the infrastructure for Private Geriatric Residence for Comprehensive Care of the Elderly in the Region of Tacna

Key words: Geriatric Residential / Comprehensive Care / Quality of Life /

CONTENIDO

AGRADECIMIENTO	01
DEDICATORIA	02
RESUMEN	03
ABSTRACT	04
INDICE	05
INDICE DE GRÁFICOS	12
INDICE DE TABLAS	17

INDICE

CAPÍTULO I: GENERALIDADES

1.1. Introducción	20
1.2. Delimitación del Área de Estudio	21
1.3. Planteamiento del Problema	23
1.3.1. Justificación	24
1.3.2. Importancia.....	26
1.4. Objetivos	27
1.4.1. Objetivo General	27
1.4.2. Objetivo Especifico	27
1.5. Formulación de la Hipótesis	28
1.5.1. Hipótesis General.....	28
1.5.2. Hipótesis Específicas	28
1.6. Selección de Variables e Indicadores	28
1.6.1. Variable Independiente	28
1.6.2. Variable Dependiente	28
1.7. Metodología e Instrumentación de la Investigación	29
1.7.1. Tipo de Investigación	29

1.7.2. Instrumentos Técnico – Científico	29
1.7.3. Instrumentos Auxiliares	30
1.7.4. Esquema Metodológico	30

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes Históricos	32
2.1.1 Evolución de la Asistencia Social del Adulto Mayor en el Mundo	32
a) Edad Media	32
b) Edad Moderna	34
c) Edad Contemporánea	36
2.1.2 Evolución histórica y social del Adulto Mayor en el Perú	43
2.1.2.1 El Adulto Mayor en el Perú y su rol en el contexto histórico..	
.....	43
2.1.2.2 El Adulto Mayor en el Perú en la actualidad.	49
2.1.2.3 La seguridad social en el Perú	51
2.1.3 Evolución de la Asistencia Social para el Adulto Mayor en el Perú ..	53
2.1.4 Envejecimiento de la población en el Perú.....	57
2.1.5 La Gerontología y Geriatria	60
2.2 Antecedentes Conceptuales	64
2.2.1 Definición Denotativo.....	64
a) Residencia Geriátrica	64
b) Residencia Geriátrica con Recursos Renovables	65
c) Perfil del residente	65
d) Los motivos por el cual ingresar a una residencia.	65
2.2.2 Precisiones conceptuales.....	67
a) Adulto Mayor.....	67
b) Geriatria	69
c) Residencias Especiales	70
d) Ambiente	70

e)	Seguridad Estructural.....	70
f)	Infraestructura Especializada	70
g)	Atención Integral	70
h)	Residencia	71
i)	Hospedaje	71
j)	Alojamiento	72
k)	Albergue	73
l)	Alimentación	74
m)	Recreación.....	74
n)	Actividades de Integración	74
o)	Salud.....	74
p)	Calidad de Vida	75
2.2.3	Otras definiciones importantes.....	75
a)	Actividades de integración	75
b)	Infraestructura Especializada	75
c)	Paciente Geriátrico desde el Punto de Vista Médico	76
d)	Paciente Geriátrico desde el Punto de Vista Social	76
e)	Paciente Geriátrico desde el Punto de Vista Psicológico	77
f)	Bienestar Social de las Personas de la Tercera Edad	77
g)	Tipologías de residencias para el Adulto Mayor	77
2.2.4	Apreciaciones Respecto a las Definiciones	80
2.2.5	Bases Teóricas	80
2.2.5.1	Sensibilización del Adulto Mayor	81
a)	Hábitat para la tercera edad	81
2.2.5.2	Aspectos sociales del adulto mayor.....	83
2.2.5.3	Recreación para el Adulto Mayor	85
2.3	Antecedentes Contextuales	86
2.3.1	Experiencias Confiables.....	86
2.3.1.1	Centro de Atención, personas de la Tercera Edad	86

2.3.1.2	Casa para la Tercera Edad – BCQ Arquitectos.....	93
2.3.1.3	Hogar para personas mayores dependientes y asilo de ancianos	96
2.3.1.4	Luxury Retirement Resort, Lima Peru.	101
2.3.1.5	Casa de reposo el Roble, Lima Perú.	104
2.3.1.6	Diagnóstico de los ejemplos confiables.....	109
2.3.2	Análisis y Diagnóstico Situacional de Tacna	110
2.3.2.1	Dimensión Socio Cultural	110
a)	Aspecto poblacional: Población del Adulto Mayor... 110	
•	Población del Adulto Mayor, por Edad y Sexo.	110
•	Población Adulto Mayor Urbano y Rural	112
•	Población Adulto Mayor por Provincia	113
•	Nivel educativo alcanzado por la población adulta mayor.	115
2.3.2.2	Dimensión Económica.....	116
a)	Actividad económica del Adulto Mayor.	116
b)	Actividad económica del Adulto Mayor	117
•	Ramas de actividad	117
•	Tasa de Desempleo	118
c)	Actividad económica del Adulto Mayor que cuenta con pensión	119
•	Afiliación a sistema de pensión.....	119
d)	Adulto Mayores con acceso a servicio de Salud (SIS, ESSALUD).	120
•	Acceso a la Identidad y Programas Sociales.	120
•	Población con algún problema de salud crónico.....	121
•	Afiliación a algún seguro de salud.....	121
e)	Residencias para atención de personas Adultas Mayores	123

2.3.2.3	Dimensión Urbano Ambiental	124
a)	Equipamientos Existentes	124
b)	Equipamientos propuestos en el plan de Desarrollo Urbano Provincia de Tacna 2015 – 2025.....	126
c)	Análisis de equipamiento Geriátrico actual	128
d)	Estado de Conservación	128
2.4	Antecedentes Normativos	130
2.4.1	Reglamento Nacional de Edificaciones.....	123
a)	Norma a.120 - Accesibilidad para personas con discapacidad	131
2.4.2	Resolución Ministerial N°1379-78-VC-3500	139
a)	NTE. u. 190.- adecuación urbanística para limitados físicos... ..	139
b)	NTE. a. 060.- Adecuación arquitectónica para limitados físicos	140
2.4.3	Normas complementarias	147
a)	Norma A.020 Vivienda.....	147
b)	Norma A.080 Oficinas	148
c)	Norma A.090 Servicios comunales	148
2.4.4	Leyes de Referencia.....	149
a)	Decreto De Legislativo No.199-2006 De la Ley Integral de Protección al Adulto Mayor y Jubilados.	149
b)	Otras Publicaciones	151
2.4.5	Diagnóstico de la Normatividad mencionada.....	152
 CAPITULO III: PROPUESTA ARQUITECTÓNICA		
3.1	Análisis de Lugar	154
3.1.1	Aspectos Físicos Ambientales	154
a)	Ubicación Geográfica	154
b)	Límites.....	156

c) Topografía.....	158
d) Edafología.....	158
e) Geomorfología.....	158
f) Vegetación.....	160
g) Resistencia del Terreno.....	161
h) Morfología (Saneamiento Físico del Terreno)	162
i) Iluminación.....	163
j) Asoleamiento.....	165
k) Ventilación	167
3.1.2 Aspectos Urbanísticos	169
a) Accesos peatonales y vehiculares	169
b) Perfil Urbano	173
c) Volumetría.....	175
d) Flujos.....	175
– Flujo Peatonal	176
– Flujo Peatonal - Central.....	176
– Flujo Peatonal - Alameda	176
– Flujo Vehicular	176
e) Ángulos de mayor impacto visual	177
3.1.3 Aspectos Tecnológicos – Constructivos.....	178
3.1.3.1 La domótica en la Infraestructura.....	178
3.1.3.2 Sistemas Constructivos.....	179
a) Concreto Armado	179
b) Albañilería Confinada	180
c) Sistema Aporticado.	180
3.1.4 Formulación de la Propuesta.....	181
3.1.4.1 Premisas de Diseño.....	181
A. Color.....	181
B. Materiales.....	182
C. Textura.....	183

D. Iluminación	184
E. Icono.....	185
3.1.4.2 Síntesis Programática	186
– Fundamentación para la Selección del Área a Intervenir .	186
– Identificación de Espacios, Uso y Nominación	186
3.1.4.3 Estudio de la Organización	190
A. Diagramas de Interrelaciones	190
B. Organigramas	193
C. Flujogramas.....	199
3.1.4.4 Conceptualización	204
3.1.4.5 Partido Arquitectónico.	206
3.1.4.6 Zonificación.....	208

Lam. N°

3.2 Desarrollo del Anteproyecto

- 3.2.1 Plano de Localización y Ubicación
- 3.2.2 Plano Perimétrico
- 3.2.3 Plano Topográfico
- 3.2.4 Plano de Plataformas
- 3.2.5 Planimetría General
- 3.2.6 Cortes del conjunto
- 3.2.7 Elevaciones del conjunto

3.3 Desarrollo del Proyecto

- 3.3.1 Plano por bloque de Administración
- 3.3.2 Plano por bloque de Salud
- 3.3.3 Plano por bloque de Talleres
- 3.3.4 Plano por bloque de Restaurante
- 3.3.5 Plano por bloque de Capilla
- 3.3.6 Plano por bloque de Dormitorio
- 3.3.7 Plano por bloque de S.U.M.
- 3.3.8 Plano de Trazo

3.3.9	Plano de detalles arquitectónicos	
3.3.10	Imágenes en 3D	
3.3.11	Maqueta	
3.4	Conclusiones y Recomendaciones	212
3.4.1	Conclusiones	212
3.4.2	Recomendaciones	213
3.5	Bibliografía y Referencias	214
3.6	Anexos	217

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1	Ubicación del Sector	22
Gráfico N° 2	Esquema Metodológico	30
Gráfico N° 3	Asistencia Social – Edad Media	33
Gráfico N° 4	Asistencia Social – Edad Moderna	36
Gráfico N° 5	Asistencia Social – Edad Contemporánea	38
Gráfico N° 6	La segunda "calle" o grupo de edad, puriq machu	44
Gráfico N° 7	La tercera "calle" o grupo de edad, ruqt'u machu	45
Gráfico N° 8	La Casa de Misericordia, actualmente conocida como Hospicio Ruiz Dávila	47
Gráfico N° 9	El Centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro	48
Gráfico N° 10	Situación del adulto mayor en el Perú	53
Gráfico N° 11	Cuidado del adulto mayor, Municipalidad de Surco, Lima Perú	56
Gráfico N° 12	Envejecimiento en la población	58
Gráfico N° 13	El grupo de personas de 65 y más años de edad, se incrementará sostenidamente en las próximas décadas	60

Gráfico N° 14	Actividades deportivas dirigidas a las personas mayores, Natación.	63
Gráfico N° 15	Pareja de adultos mayores	68
Gráfico N° 16	Atención a adulto mayor.....	69
Gráfico N° 17	Habitaciones	71
Gráfico N° 18	Graficación alojamiento.....	72
Gráfico N° 19	Graficación albergue.	73
Gráfico N° 20	Atención a adulto mayor.	77
Gráfico N° 21	La Tercera en la Calle, Nueva York.	82
Gráfico N° 22	Atención médica y programas recreativos para el adulto mayor.	86
Gráfico N° 23	Centro de Día de Mayores en Baena	87
Gráfico N° 24	Centro de Día de Mayores en Baena.....	87
Gráfico N° 25	Ubicación, Centro de Día de Mayores en Baena.....	88
Gráfico N° 26	Perfil Urbano, Centro de Día de Mayores en Baena	88
Gráfico N° 27	Zonificación, Centro de Día de Mayores en Baena.....	90
Gráfico N° 28	Centro de Día de Mayores en Baena.....	90
Gráfico N° 29	Esquema de partido arquitectónico.....	90
Gráfico N° 30	Circulaciones, Centro de Día de Mayores en Baena	92
Gráfico N° 31	Distribución, Centro de Día de Mayores en Baena	93
Gráfico N° 32	Casa para la Tercera Edad – BCQ Arquitectos.....	93
Gráfico N° 33	Zonificación 01	94
Gráfico N° 34	Zonificación 02	95
Gráfico N° 35	Circulaciones, flujos.	95
Gráfico N° 36	Casa de Retiro – Orbec.....	96
Gráfico N° 37	Vista lateral	97
Gráfico N° 38	Proceso de morfología de volúmenes.	97
Gráfico N° 39	Tratamiento de color en circulaciones.	98
Gráfico N° 40	Primera planta.	99
Gráfico N° 41	Segunda planta.	99

Gráfico N° 42	Tercera planta	100
Gráfico N° 43	Planta de techos.	100
Gráfico N° 44	Vista lateral	101
Gráfico N° 45	Patio central, Arcadia.	101
Gráfico N° 46	Patio central, Arcadia.	102
Gráfico N° 47	Volumetría general, Arcadia.	103
Gráfico N° 48	Fachada Casa de reposo el Roble.....	104
Gráfico N° 49	Dormitorios, Casa de reposo el Roble.	105
Gráfico N° 50	Patio central, Casa de reposo el Roble.	106
Gráfico N° 51	Comedores, Casa de reposo el Roble	106
Gráfico N° 52	SSHH. Casa de reposo el Roble	107
Gráfico N° 53	Patio exterior, Casa de reposo el Roble	107
Gráfico N° 54	Ingreso principal, Casa de reposo el Roble	108
Gráfico N° 55	Equipamientos Existentes.....	125
Gráfico N° 56	Equipamientos propuestos PDU Tacna 2015 - 2025	127
Gráfico N° 57	Estado de Conservación PDU Tacna 2015 - 2025	129
Gráfico N° 58	Extensión del Terreno	154
Gráfico N° 59	Foto Satelital - Ubicación Geográfica del Terreno	155
Gráfico N° 60	Ubicación Geográfica del Terreno	155
Gráfico N° 61	Plano Perimétrico	157
Gráfico N° 62	Cuadro Técnico de Vértices, Distancias y Coordenadas el Terreno.	157
Gráfico N° 63	Plano de Geomorfología del Terreno	159
Gráfico N° 64	Especies arbóreas a considerar	160
Gráfico N° 65	Plano Geotectónico del Terreno	161
Gráfico N° 66	Esquema de incidencia de iluminación en el terreno.	163
Gráfico N° 67	Soluciones para evitar el deslumbramiento	164
Gráfico N° 68	Recorrido de asoleamiento	165
Gráfico N° 69	Soluciones para evitar el asoleamiento	166
Gráfico N° 70	Dirección de la incidencia del viento sobre el terreno	168

Gráfico N° 71	Consolidación de vías en el sector.	169
Gráfico N° 72	Jerarquía de vías en el sector.	170
Gráfico N° 73	Sección vial Calle las Bugamvillas, Av. El Roble, calle S/N y calle los Rubíes.	171
Gráfico N° 74	Accesos peatonales y vehiculares al terreno.	172
Gráfico N° 75	Plano de altura de edificación del sector.	173
Gráfico N° 76	Perfil hacia la Avenida Buganvillas	174
Gráfico N° 77	Perfil hacia la Calle El Roble	174
Gráfico N° 78	Perfil hacia la Calle los Rubíes.....	174
Gráfico N° 79	Perfil hacia la Calle S/N.....	175
Gráfico N° 80	Flujos vehiculares y peatonales a considerar en el proyecto.	177
Gráfico N° 81	Color blanco.....	181
Gráfico N° 82	Infraestructura minimalista.....	181
Gráfico N° 83	Piso Parquet (calidez)	182
Gráfico N° 84	Vidrio – Mampara (vistas al exterior)	183
Gráfico N° 85	Piso de piedra de rio	183
Gráfico N° 86	Piso Parquet (texturas tipo madera)	184
Gráfico N° 87	Esperanza de vida.....	184
Gráfico N° 88	Descanso – Serenidad.....	185
Gráfico N° 89	Meditación	185
Gráfico N° 90	Diagrama General	190
Gráfico N° 91	Zona Común	190
Gráfico N° 92	Zona de Administración.....	191
Gráfico N° 93	Zona de Atención Médica	191
Gráfico N° 94	Zona de Talleres.....	192
Gráfico N° 95	Zona de Servicios Complementarios	192
Gráfico N° 96	Zona Dormitorios	193
Gráfico N° 97	Zona de Servicios Generales	193
Gráfico N° 98	Organigrama General.....	194

Gráfico N° 99	Zona común	194
Gráfico N° 100	Zona de atención medica	195
Gráfico N° 101	Zona de dormitorios	195
Gráfico N° 102	Zona talleres	196
Gráfico N° 103	Zona administrativa.....	196
Gráfico N° 104	Zona Servicios Complementarios	197
Gráfico N° 105	Zona Servicios Complementarios	197
Gráfico N° 106	Zona Servicios Complementarios	198
Gráfico N° 107	Zona Servicios Complementarios	198
Gráfico N° 108	Flujograma General	199
Gráfico N° 109	Zona común.....	199
Gráfico N° 110	Zona de Atención Médica	200
Gráfico N° 111	Zona Dormitorios	200
Gráfico N° 112	Zona talleres	201
Gráfico N° 113	Zona de Servicios Complementarios	201
Gráfico N° 114	Zona de Servicios Complementarios	202
Gráfico N° 115	Zona de Servicios Complementarios	202
Gráfico N° 116	Zona de Generales.	203
Gráfico N° 117	Simbología, la intensidad y el ritmo de los movimientos del corazón.	204
Gráfico N° 118	“Que la diferencia no sea la indiferencia” Reflexión	205
Gráfico N° 119	Elementos.....	206
Gráfico N° 120	Idea Rectora	206
Gráfico N° 121	Replantación primaria de los elementos a considerar en la generatriz del partido arquitectónico.	207
Gráfico N° 122	Partido arquitectónico.....	207
Gráfico N° 123	PARTIDO ARQUITECTÓNICO – Volumetría y definición de espacios abiertos de carácter interno y externo.	208
Gráfico N° 124	Emplazamiento de zonas en el terreno.	202
Gráfico N° 125	Emplazamiento de zonas en el terreno.	203

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1	Población de 60 y más años en condición de jubilación según departamentos: 2007	51
Tabla N° 2	Características de residencias según perfiles, duración de Estancia y oferta.	66
Tabla N° 3	Envejecimiento de la población	111
Tabla N° 4	Hogares conducidos por adultos/as mayores	112
Tabla N° 5	Hogares jefaturados por adultos mayores, según área de residencia y sexo	113
Tabla N° 6	Población de adulto mayor en Tacna.	114
Tabla N° 7	Población Adulto Mayor en Tacna.	114
Tabla N° 8	Población adulta mayor, según nivel educativo alcanzado y área de residencia	115
Tabla N° 9	Población adulta mayor por condición de actividad.	116
Tabla N° 10	Población adulta mayor por condición de actividad, según sexo.	117
Tabla N° 11	Actividad Económica del Adulto Mayor.	117
Tabla N° 12	Población adulta mayor económicamente activa ocupada, según ramas de actividad.	118
Tabla N° 13	Tasa de Desempleo de la Población Adulta Mayor	119
Tabla N° 14	Población Adulta Mayor que tiene Sistema de Pensión	119
Tabla N° 15	Actividad Económice del Adulto mayor que cuenta con pensión.	120
Tabla N° 16	Población beneficiaria del programa pensión 65.	121
Tabla N° 17	Población adulta mayor con afiliación de salud, según área de residencia	122
Tabla N° 18	Población adulta mayor, por tipo de seguro de salud.	123
Tabla N° 19	Adulto Mayores con Acceso a Servicio de SALUD.	124
Tabla N° 20	Atención de Personas Adultas Mayores en Estado de Abandono.	124

Tabla N° 21	Equipamientos Existentes según el uso de suelo.	128
Tabla N° 22	Estado de Conservación de la Infraestructura.	130
Tabla N° 23	Programación arquitectónica para la Zona Común.....	186
Tabla N° 24	Programación arquitectónica para la Zona Atención Medica	187
Tabla N° 25	Programación arquitectónica para la Zona de Talleres	187
Tabla N° 26	Programación arquitectónica para la Zona de Dormitorios.	188
Tabla N° 27	Programación arquitectónica para la Zona de Servicios Generales	188
Tabla N° 28	Programación arquitectónica para la Zona Administrativa	188
Tabla N° 29	Programación arquitectónica para la zona de Estacionamiento	189
Tabla N° 30	Programación arquitectónica para la Zona de Servicios Complementarios.....	189
Tabla N° 31	Resumen de Áreas	190

CAPITULO I:
GENERALIDADES

CAPITULO I: GENERALIDADES

1.1. Introducción

Las residencias geriátricas son centros que ofrecen atención integral y vivienda permanente a personas mayores de 65 años que por su problemática familiar y/o social no pueden ser atendidos en sus propios domicilios y necesitan de estos servicios¹.

Es muy importante darse cuenta que nunca antes llegaron a haber tantas personas tan longevas en la Humanidad, y como es de esperarse muchas se vuelven dependientes de los demás, ¡con o sin salud mental!

Por ello, los adultos mayores requieren de un lugar especial: un Centro Geriátrico, que no es un asilo, sino una Institución especializada en brindar cuidados especiales, servicios de enfermería y atención médico-geriátrica que requieren los adultos mayores dependientes debido a las enfermedades o complicaciones que padecen. También se les conoce como Centro de Retiro, Estancia o Residencia.

La población del Perú al igual que muchos de los países en desarrollo se caracteriza por ser joven. El 38% de su población es menor de 15 años, y sólo el 6% corresponde a los 65 años o más cuya proyección al año 2025 será del 12%.

Es evidente que las mayores posibilidades para la supervivencia, y el cuidado de la salud la tienen los ancianos del estrato social alto o medio alto con mayor poder económico. En los sectores populares en cambio, la pobreza margina a los mayores de una atención de primera categoría.

¹ INSERSO. (2010). Las Residencias de Ancianos. 2014, de Saludalia Sitio web: <http://www.saludalia.com/salud-del-anciano/residencias-ancianos>

La intensidad de las enfermedades, dependen del grado de envejecimiento de cada persona, siendo difícil establecer el comienzo de esta etapa de la vida en función exclusiva de la edad, debido a la creciente longevidad que podemos observar en las sociedades.

No obstante, a partir de los 65 años una persona es considerada como anciana, reservándose el término de muy anciano a aquellos que superan los 80 años.

Seleccionar un Centro Geriátrico para un ser querido no es fácil, por varias razones, pero sobretodo porque, ¿en quién depositaré mi confianza para su cuidado?, frecuentemente, no somos capaces de responder esta pregunta correctamente debido a nuestra falta de conocimiento acerca de estas nuevas instituciones que se dan a conocer con distintos nombres, pero finalmente como residencias de ancianos u otros.

Los adultos mayores dependientes requieren de una atención especial para realizar la mayor parte de las actividades cotidianas, y por lo general poseen una salud frágil, motivo por el cual, un auténtico Centro Geriátrico Integral, orientado hacia la atención de ancianos dependientes.

Dentro del contexto en la Región de Tacna encontramos establecimientos de salud y hospitales que brindan atención con un enfoque Integral a la población del adulto mayor siendo este el responsable de liderar y cumplir el paquete de atención integral de salud al Adulto Mayor; pero estos no cuentan con una institución encargada para las personas de la tercera edad, por lo tanto el presente trabajo de tesis busca dar una solución para cubrir las necesidades y mejorar la calidad de vida que ellos requieren; un lugar fijo donde ellos puedan pasar, disfrutar y alargar su ciclo de vida.

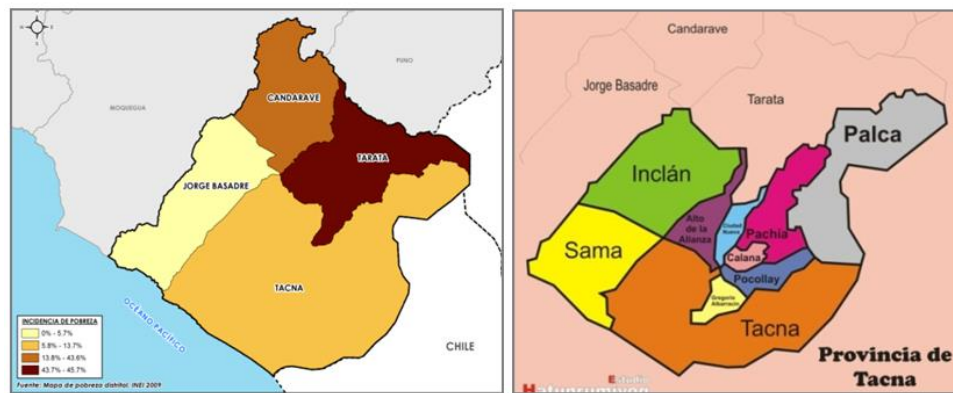
1.2. Delimitación del Área de Estudio

EL área de estudio Se encuentra ubicado en el departamento de Tacna, el mismo que está ubicado en el extremo sur del Perú, limita por el oeste

con el océano Pacífico, por el este limita con el país de Bolivia, por el noreste con el departamentos de Puno y noroeste con el departamento de Moquegua, también limita por el sur con la República de Chile.

El departamento de Tacna se divide en (4) provincias y la ciudad de Tacna se divide en (10) distritos tiene una configuración urbana alargada paralela al Río Caplina y la colindancia con los dos cerros que lo circundan Arunta e Intiorko; Su estructura urbana se encuentra configurada por los siguientes (10) Distritos.

Gráfico N° 1
Ubicación del Sector.



- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| 1. Tacna | 6. Palca |
| 2. Alto de la Alianza | 7. Pocollay |
| 3. Calana | 8. Sama |
| 4. Inclán | 9. Ciudad nueva |
| 5. Pachia | 10. Gregorio Albarracín |

FUENTE: ELABORACION PROPIA

Los distritos políticos de Tacna ocupan en total un área urbana de 4,245 has. lo que determina una densidad bruta de 54 hab. /ha. Para la ciudad de Tacna y un promedio de 4.82 a 3.90 habitantes por vivienda.

Sin embargo el área de estudio de esta investigación abarca desde un Marco Regional, ya que la necesidad de construir una infraestructura dedicada a la prevención, atención y en calidad de vida para la población

de la tercera edad, corresponde a una alternativa de solución a una problemática actual, que no solo beneficiará al Distrito de Tacna o Pocolay únicamente si no a la Región de Tacna.

1.3. Planteamiento del Problema

En la ciudad de Tacna, según la encuesta demográfica y salud familiar², las personas consideradas adultas mayores son componentes de un grupo mayoritario, que han sido consideradas dentro de esas prioridades publicadas por la Asociación Nacional del Adulto Mayor y Red Nacional del Adulto³ mayor donde la población de 65 y más años de edad constituye el 8,1 % en el área rural y 4,0 % en el área urbana.

Aproximadamente solo un 25% del total de los adultos mayores están amparados por la Seguridad Social y son los jubilados de las empresas públicas o privadas que aportaron durante su vida productiva para lograr esta protección en su vejez. Los que no aportaron o los que no ejercieron ocupaciones dependientes, si no tuvieron la capacidad o la precaución de ahorrar, a riesgo de devaluaciones monetarias, y si no tienen el apoyo familiar están condenados a una vida de desamparo. Algunos son acogidos en instituciones de inspiración caritativa y otros que el gobierno apoya en una mínima cantidad mensual con la “Pensión 65” para su supervivencia.

Las personas adultas mayores que cuentan con una pensión o están afiliadas en la Oficina Nacional de Pensiones (ONP) es de un total de 2784 adultos y los que no cuentan con ninguna pensión es de un total de 19237 adultos, dando un total de 22,021 adultos mayores en la Provincia de Tacna.

² Proyecto Observatorio De La Salud/La Salud En El Perú/DOC. Carlos Bardales Del *Águila*.

³ Asociación Nacional del Adulto Mayor y Red Nacional del Adulto Mayor (ANAMH-RENAMH)/Capítulo III/Derechos y Obligaciones.

El total de adultos mayores afiliados a un SIS⁴ en la Provincia de Tacna para el control integral de salud es de 78.34%, de los cuales el 40.28% están aparentemente sanos.

En la Región de Tacna solo existen dos centros de atención para las personas adultas mayores que se hacen cargo solo de un 45 % de adultos mayores en abandono, siendo estos muchos más en la Región de Tacna. El 40.28% de adultos mayores, que se encuentran aparentemente sanos, no cuentan con un centro especializado donde pasar su vejez, para que sean atendidos y puedan realizar actividades según sus capacidades en un ambiente donde se sientan útiles para lograr la calidad de vida propicia que desean, dejando atrás la carga y molestia familiar

1.3.1. Justificación

El motivo de la presente investigación, busca capturar una problemática social actual, que sea de relevancia, para poder proponer y desarrollar una propuesta arquitectónica como alternativa de solución, contribuyendo de esta forma con la disminución del problema en general.

La pregunta es por qué es importante hablar del tema del Adulto Mayor, realmente existe la información, orientación e infraestructura necesaria para ayudar y ofrecer calidad de vida para las personas de la tercera edad.

En Tacna, en el Perú, al igual que en el resto del mundo, las personas con discapacidad o de la tercera edad se les trata con indiferencia sea por el tiempo o dedicación que se les ofrece, considerándose una carga familiar (muchas veces por sus

⁴ Sistema Integral De Salud/Programa Regional De Poblaciones/Tacna/Gobierno Regional Tacna.

familiares)⁵ al ser responsables de un adulto con mentalidad de un niño. Si bien es cierto que llegar a una determinada edad ya no contamos con las condiciones vitales al 100%, también es cierto que esto no significa que las personas de la tercera edad no estén en la capacidad de desarrollar otro tipo de actividades que no solo los motive sino que los revalore, no olvidemos que si “Fuego es lo que arde en los ojos de los jóvenes, luz es lo que vemos en los ojos del anciano”⁶; es una de las caras más dolorosas de la discriminación, es un problema social de grandes dimensiones que atraviesa y se busca analizar la realidad y la situación en la que se encuentran las personas de la tercera edad, conocer sus antecedentes, comprender su problemática y su relación con el contexto respecto a la calidad de vida que obtienen.

El presente trabajo de Investigación se desarrolla en el escenario de la Región Tacna, motivado por el problema de que la actual infraestructura destinada a centros geriátricos se encuentra deficiente e insuficiente y aquella basada en infraestructura inexistente trayendo como consecuencia que las personas de la tercera edad se encuentren abandonados y carentes de este servicio; en este sentido, se plantea la propuesta del proyecto a desarrollar con la finalidad de albergar a todas aquellas personas e integrar lo investigado; si bien es evidente la necesidad de brindar una atención adecuada a las personas de la tercera edad, este proyecto se consolidará como un factor importante en la creación de espacios que ayuden a mejorar la calidad de vida del adulto mayor, dotándoles de una infraestructura con calidad y confort que garanticen un adecuado servicio de hospedaje y asistencia médica con la elaboración de un proyecto que proponga soluciones para el desarrollo eficiente de sus actividades a través de una

⁵ Javier Olivera y Jhonatan Clausen. (2014). Las características del adulto mayor peruano y las políticas de protección social. Perú: Investigación

⁶ Víctor Hugo. (1802 - 1885). Biografía. 2015, de Biografías y Vidas Sitio web: www.biografiasyvidas.com/biografia/h/hugo_victor.htm

INFRAESTRUCTURA DE CALIDAD, ADECUADA Y FUNCIONAL. Resulta de vital utilidad para revalorar a estas personas en el marco de una mejor calidad de vida y dentro del concepto de promover el desarrollo de un sistema asistencial en todos los niveles, que atienda las múltiples alteraciones y los problemas médico-sociales de los ancianos.

1.3.2. Importancia

El presente estudio es importante ya que al tener un conocimiento real de la situación en la que se encuentran los asilos o centros geriátricos, así como las personas indigentes de la tercera edad, nos permitirá proponer un proyecto de Infraestructura de una Residencia Geriátrica que contribuya a revalorar a las personas de la tercera edad en la Región de Tacna. Resulta entonces un factor importante el conocimiento real de la situación en que se encuentra la infraestructura de residencias geriátricas, así como la situación de las personas de la tercera edad a fin de proponer un equipamiento digno; en este contexto la investigación es importante por las siguientes razones:

- El proyecto de investigación aportará a la solución de la problemática social con la finalidad de brindar una mejor calidad de vida a las personas de la tercera edad.
- Por su significado dentro del concepto de promover el desarrollo de un sistema asistencial en todos los niveles, que atienda las múltiples alteraciones y los problemas médico-sociales de los ancianos.
- Por su contenido teórico, permitirá conocer al adulto mayor sobre todo su bienestar físico, mental y social.

- Su desarrollo contribuirá a revalorar a las personas de la tercera edad en la Región de Tacna, resolviendo un problema de infraestructura que pueda, no solo brindar ambientes óptimos y de calidad, sino que permitan un desarrollo integral del adulto mayor.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivos Generales

Diseñar una Residencia Geriátrica con una infraestructura adecuada para la Región de Tacna a fin de mejorar la atención integral y calidad de vida del adulto mayor;

1.4.2. Objetivos Específicos

- Promover el desarrollo de actividades sociales de encuentros tanto entre los adultos mayores, familias y la comunidad con el propósito de integrarse a la sociedad; creando espacio de encuentros e intercambio para mejorar la calidad de vida del adulto mayor.
- Aplicar criterios paisajistas y la utilización de materiales modernos que permitan ofrecer un confort entre las personas albergadas.

1.5. Formulación de la Hipótesis

1.5.1. Hipótesis General

La propuesta arquitectónica de la “Residencia geriátrica”, permitirá mejorar la atención integral y calidad de vida del adulto mayor en la Región de Tacna.

1.5.2. Hipótesis Específicas

- El desarrollo de actividades sociales de encuentros tanto entre los adultos mayores, familias y la comunidad basados en la promoción; y con el propósito de integrarse a la sociedad; creando espacios de encuentros e intercambio mejoran la calidad de vida del adulto mayor.
- Al diseñar con tratamiento paisajista y materiales innovadores, se logrará un mejor confort y estética para el proyecto de residencia para el adulto mayor.

1.6. Selección de Variables e Indicadores

1.6.1. Variable independiente

Infraestructura Residencial Geriátrica.

Indicadores Independientes:

- Infraestructura accesible para personas de la tercera edad.
- Programación arquitectónica.
- Ambientes y áreas, Normatividad y seguridad.

1.6.2. Variable dependiente

Mejorar la atención integral y calidad de vida del adulto mayor.

Indicadores Dependientes:

- Tipologías de espacios para la atención integral y calidad de vida del adulto mayor.
- Índices de Satisfacción de oferta y demanda de la población
- Garantizar la calidad de servicio.
- Población beneficiaria y aceptación del servicio.

1.7. Metodología de Investigación**1.7.1. Tipo de Investigación****Exploratoria-Explicativa-Propositiva**

- **Exploratoria:** se realizara una investigación con el fin de enunciar una visión general de la propuesta arquitectónica a estudiar, en la que se señalan sus aspectos fundamentales. Generalmente, a partir de este tipo de investigación se determinan lineamientos para investigaciones futuras.
- **Explicativa:** permite buscar y determinar los porqués de los fenómenos por medio de la determinación de relaciones de causa-efecto. Estas investigaciones se concentran en estudiar las causas o los efectos de un determinado hecho por medio de la prueba de hipótesis
- **Propositiva:** la finalidad de esta investigación es concluir con la formulación y desarrollo del proyecto arquitectónico.

1.7.2. Instrumentos Técnico-científicos:

- **Antecedentes registrados:** Documentación interna de la Policía Nacional del Perú, como registros numéricos,

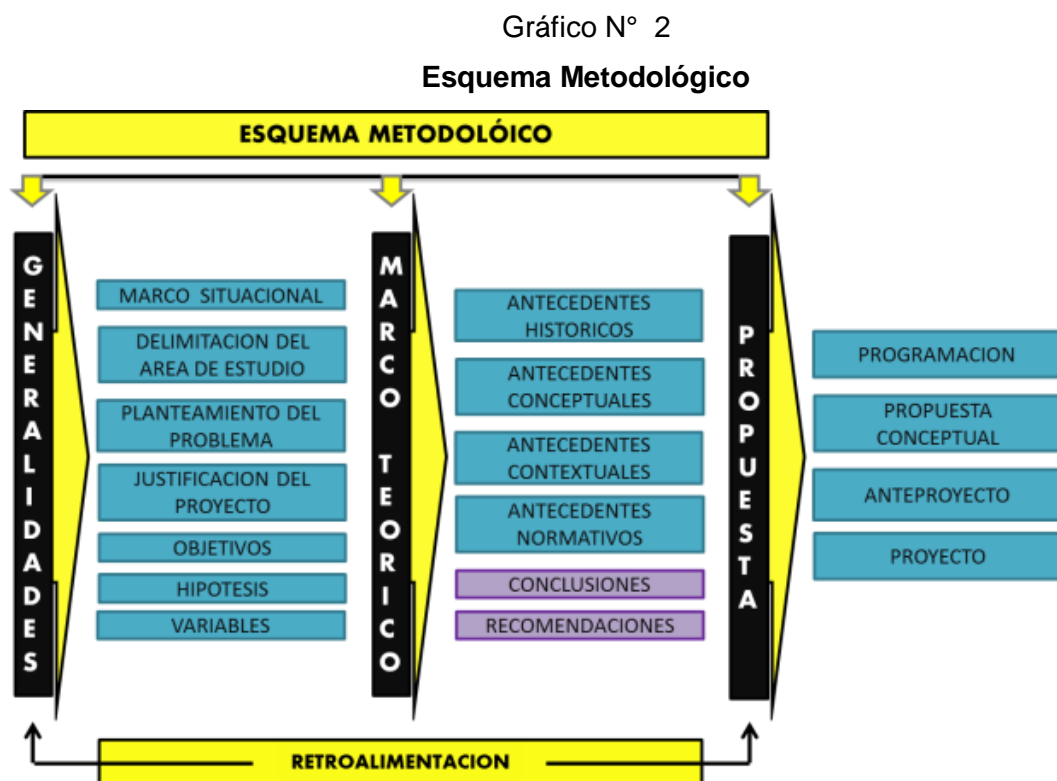
cantidades, integrantes, tabulaciones, normatividad, entre otros, que sean útiles en la aplicación de esta investigación.

1.7.3. Instrumentos auxiliares:

- Recopilación de datos en sitio.
- Observación
- Tomas fotográficas.
- Registrar, analizar e interpretar datos

1.7.4. Esquema metodológico:

La metodología de investigación de tesis es proyectada, con la finalidad de esta investigación es concluir con la formulación y desarrollo del proyecto arquitectónico y se aplicaran el siguiente esquema metodológico:



Fuente: Elaboración propia

CAPITULO II:
MARCO TEÓRICO

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes Históricos

2.1.1. Evolución de la Asistencia Social del Adulto Mayor en el Mundo

a) Edad Media

Primero se dio un mecanismo de protección hacia personas que tenían el mismo oficio, a esto se le denominó gremios; estas formaban una especie de asociación que hacía valer sus derechos, a la par se dio la acción caritativa por parte de la iglesia la cual ofrecía albergues a las personas necesitadas aquí sólo se tenían en cuenta espacios adaptados para que los necesitados pudiesen descansar o “escondarse”, no contaban con ningún espacio diseñado para ellos; era una gran habitación, que incluso a veces, no poseía camas sino sólo colchones y un baño general para todos los que la iglesia albergaba.

En un primer momento, la ayuda a los demás se desarrollaba a través de la familia y de las relaciones de buena vecindad (Casado y Guillén, 1986)⁷. Es la solidaridad vecinal o familiar quien actúa cuando un ciudadano tiene problemas. Se ayuda en el cultivo, a reconstruir una vivienda dañada, a la viuda que no tiene medios de subsistencia, o se acoge a esos huérfanos que han perdido a sus padres. Sin duda, la solidaridad vecinal continúa en la actualidad

⁷ CASADO, DEMETRIO Y GUILLEN, ENCARNA: "Los servicios sociales en perspectiva histórica" en <<Los servicios sociales>>. Documentación Social nº 64, Madrid 1986

desempeñando un importante papel, aunque ya no de un modo exclusivo.

Gráfico N° 3
Asistencia Social – Edad Media



Fuente: <http://www.iniciativasocial.net/historia.htm>

Otra forma de protección, típica de esta época, no basada en las relaciones de buena vecindad o familiares, son los gremios. Estos eran corporaciones formadas por los maestros, oficiales y aprendices de una misma profesión u oficio, regidos por unos estatutos u ordenanzas especiales.

Los gremios establecían mecanismos de protección a los afiliados ante situaciones de necesidad por medio de cuotas aportadas por los miembros. Sólo tenían derecho a beneficiarse de estas prestaciones sus miembros, que contribuían al mantenimiento del gremio. Es la forma que se conoce como previsión.

Pero, en este periodo, debemos destacar especialmente las acciones caritativas, cuyos beneficiarios no eran los miembros de una familia, un feudo o un gremio, sino los excluidos que no estaban sujetos a la protección de los sistemas anteriores. La caridad era ejercida por los ciudadanos dando limosna, los ayuntamientos mediante albergues y casas de misericordia, o las organizaciones religiosas con sus hospitales eclesiásticos.

Estas formas caritativas, hoy superadas, estaban ligadas a sentimientos religiosos y piadosos, siendo fundamentalmente la Iglesia quien se ocupaba de la atención de pobres y marginados, ayudada en su labor de nobles movidos por sentimientos piadosos y religiosos (López, 1986)⁸.

b) Edad Moderna

La idea sigue siendo la misma sólo que en vez de que la iglesia velara por estas personas el estado paso a ser el benefactor. La iglesia de Jesús se creó en 1540 por Ignacio de Loyola, y mantuvo una brillante trayectoria llegando a disponer de 144 colegios repartidos por toda Europa.

Era la más influyente de esta época; sin embargo, a mediados del siglo XVIII comenzó a verse manchada por intereses socioeconómicos y políticos, propiciados por la preocupación que levantaba tanto en las esferas políticas como en la propia Iglesia, el desmesurado poder que la Compañía había alcanzado a todos los niveles.

⁸ LOPEZ ALONSO, CARMEN: "Memoria Introdutoria" en <<Cuatro siglos de acción social de la beneficencia al bienestar social. Seminario de historia de la acción social>>. Editorial Siglo XXI. Madrid 1986

En una sola noche, la del 2 al 3 de abril de 1767, todos los colegios, casas, residencias e iglesias pertenecientes a los jesuitas en España y en los dominios españoles de América fueron invadidos por las tropas del rey Carlos III. Alrededor de 6000 jesuitas fueron expulsados y llevados a Estados Pontificios, donde se les dejó abandonados sin ninguna contemplación. Anteriormente, Francia y Austria ya habían hecho lo mismo y así poco a poco todos expulsaron a los jesuitas y confiscaron sus posesiones.

La familia de los borbones quería la disolución de la orden, a raíz de ello, cuando se reunió un cónclave para elegir al nuevo papa, este tenía que ser uno que cumpliera con los deseos de la monarquía española, por eso es electo el papa Clemente XIV quien emitió un documento papal titulado Dominus ac Redemptor en el que suprimía por completo la orden. Aquella orden de expulsión tardaría 51 años en ser revocada a manos del papa Pio VII.

En esta etapa, los espacios eran los mismos ya un poco más trabajados pero mantenían la misma idea una habitación amplia que acogiera a la mayor cantidad de personas posibles, todo esto se daba a través de la compasión o caridad, mas no por obligación, aunque ya existe un mayor conocimiento de la realidad.

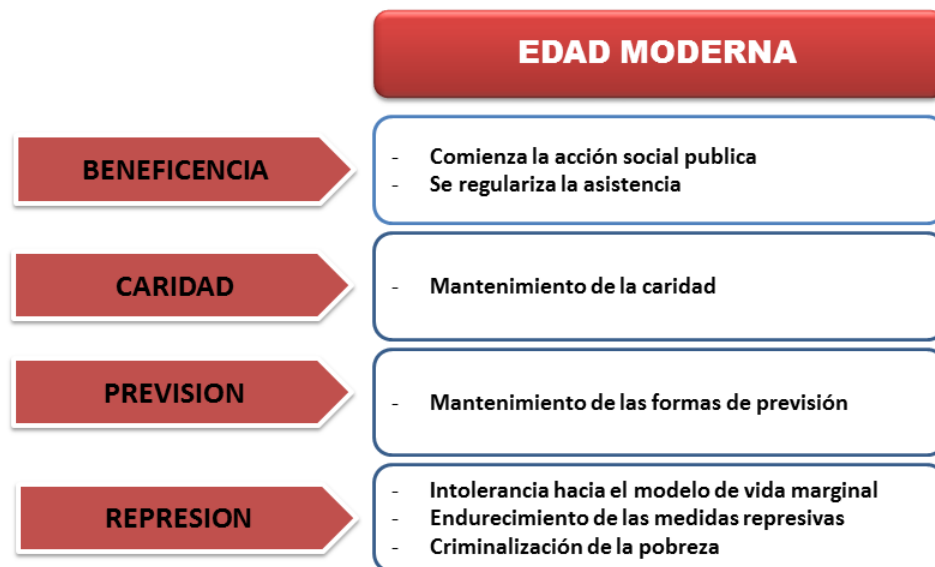
Progresivamente se va reduciendo la protección feudal y eclesiástica, comenzando a tomar cuerpo la beneficencia pública. La beneficencia pública, a diferencia de la caridad, no es ejercida por la Iglesia o por ciudadanos con medios económicos, el protagonismo principal pasa a ser ocupado por los ayuntamientos. Esta acción pública tiene dos caras, por un lado trata de reprimir la pobreza y la mendicidad ampliándose la legislación represora de épocas anteriores; por otro, se comienza a pensar que el hombre desvalido no puede quedar a merced de las ayudas de sus semejantes, ni de las instituciones y, por tanto, se necesita

establecer una ayuda social pública que pueda cubrir las situaciones de necesidad.

Este interés cristaliza en las leyes de beneficencia, siendo el ayuntamiento de Brujas en 1526 el primer organismo público que convierte la asistencia caritativa a los pobres en el primer plan municipal de beneficencia pública (Heras, 1988)⁹

Gráfico N° 4

Asistencia Social – Edad Moderna



Fuente: <http://www.iniciativasocial.net/historia.htm>

c) Edad Contemporánea

Se da lo que llamaríamos asistencia social asumida por el municipio y ya no como caridad sino como un compromiso con la sociedad tras el producto de la revolución francesa: igualdad, es por esto que aquí ya se conciben espacios sólo para los adultos pobres, estos

⁹ HERAS, PATROCINIO DE LAS: "De la beneficencia al bienestar social: cuatro siglos de acción social", en <<La Cruz Roja en el bienestar social. Encuentro de las Sociedades Iberoamericanas, sub-región II>>. Cruz Roja Española, Madrid 1985.

espacios eran una especie de hospedaje en el cual contaban con habitaciones, recreación, esparcimiento, cuidados y asistencia médica.

Arquitectónicamente se fueron generando mayor cantidad de espacios con diversas funciones, se generaron espacios abiertos y cerrados buscando brindarle al adulto mayor sensación de acogida y preocupación por ellos.

Finalmente surge el bienestar social que considera los mismos espacios que el asilo (asistencia social) es decir, buscan que estas personas tengan todo a la mano y no sólo que cubran sus necesidades básicas.

Para ello siguen fomentando el uso de habitaciones simples o dobles con baños privados, esto se da a raíz que ahora no sólo se alberga sólo a pobres sino a cualquier persona que requiera de estos servicios; es decir, a todas las clases sociales sin distinción; surge como acción macro social con alto compromiso social que busca fomentar la participación. Actúa como un centro de desarrollo con espacios pensados para actividades recreativas como talleres, comedores, zonas comunes, vestíbulos, y espacios complementarios destinados a biblioteca, cine, anfiteatro, salas de computación, entre otros aspectos adicionales.¹⁰

A partir de la Revolución Francesa, con la nueva sociedad que surge desde los principios de igualdad, fraternidad y libertad comienza a considerarse al marginado como un ciudadano más con derechos y deberes. Aparece la Asistencia Social como segundo sistema de protección social. El Estado empieza a ocuparse de los problemas de los pobres y marginados como una obligación

¹⁰ Fuente: <http://www.iniciativasocial.net/historia.htm>

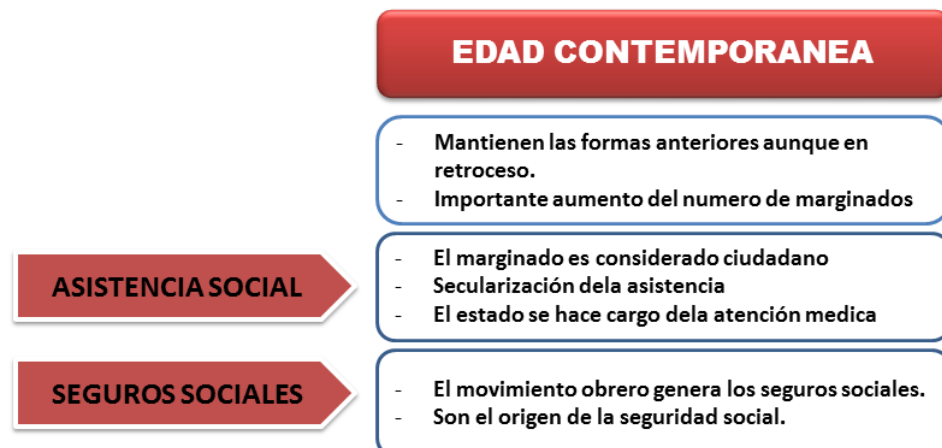
inherente a su propia concepción y no como una tarea residual. Esto provoca que progresivamente se vaya desplazando la acción de la Iglesia - omnipresente hasta ese momento - en beneficio de la acción pública (España no se incorpora a esta forma pública de acción social hasta 1934).

Bien es cierto, que el peso mayoritario de la intervención continua estando en la Iglesia, pero la participación constante de otros sectores supone un salto cualitativo muy importante.

La asistencia social aparece como un conjunto, más o menos sistematizado, de principios, normas y procedimientos para ayudar a individuos, grupos y comunidades, para que satisfagan sus necesidades y resuelvan sus problemas. La consolidación del concepto de asistencia social es parejo al nacimiento del Estado liberal y a la introducción del capitalismo industrial, y plasma el inicio de la preocupación de los poderes públicos por la acción social.

Gráfico N° 5

Asistencia Social – Edad Contemporánea



Fuente: <http://www.iniciativasocial.net/historia.htm>

El Trabajo Social y su Tratamiento hacia el adulto mayor.

El trabajo social debe constituir en estos tiempos un elemento que permita potenciar desde la comunidad y desde la participación activa de sus miembros las propias transformaciones que desde el punto de vista social demanda la misma, además está dentro de sus funciones ser ese puente de gestión entre usuarios e instituciones, entre recursos y necesidades.

El trabajo social en sus variados enunciados se orienta a las diferentes relaciones entre las personas y sus ambientes. Su misión es por un lado la de proporcionar que todas las personas desarrollen sus potencialidades y mejoren sus vidas y por otra de la prevenir las disfunciones.¹¹

Tiene doble función: de un lado, representa un trabajo dirigido a la protección de las personas más necesitadas, y del otro, se trata de una actividad que tiende a favorecer una mejor adaptación de las personas, familias y grupos en el medio social en que viven tratando de evitar, en lo posible, dificultades de convivencia.

Existen disímiles definiciones por varios autores, de ¿Qué es trabajo social? A continuación se mencionan dos de las cuales fueron revisadas durante la investigación teórica.

Según Malagón, J (1999), "[...] el trabajo social consiste en ayudar a la gente a conseguir relaciones que le conduzca a la satisfacción de necesidades personales, tanto en los casos en que las relaciones han sido rotas, como en los que hay posibilidades de que esto ocurra. Esto se entiende de dos maneras enseñando a los

¹¹ Esp. Marlene de los Ángeles Macía Torres (2013), FACTORES QUE CONDICIONAN LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR AL ADULTO MAYOR

individuos a desarrollar sus capacidades y creando recursos o encauzándolos a los existentes".¹²

El concepto antes mencionado aunque hace alusión a la necesidad de que el individuo resuelva sus situaciones carenciales y problemáticas desde el punto de vista de sus propios recursos y potencialidades, no es totalmente explícito en cuanto al hecho de que se deben atender las causas del fenómeno que dan origen al problema, logrando de esta manera no una solución paliativa al mismo sino un verdadero antídoto contra la proliferación de dichas situaciones. También falta en este concepto, un mayor acercamiento al protagonismo de los actores sociales en cada uno de los contextos en que se desarrollan.

Otra de las definiciones a las que se hace alusión es la desarrollada por Kisnerman (1998) que asume el trabajo social como: "[...] la disciplina que se ocupa de conocer las causas y efectos de los problemas sociales y lograr que los hombres asuman una acción organizada, tanto preventiva como transformadora que los supere. No es simplemente ejecutora de lo que otras disciplinas elaboran. Interviene en situaciones concretas que muestran determinadas carencias, investigando y coparticipando con los actores en un proceso de cambio"¹³.

Es este concepto de Kisnerman el que definitivamente se ajusta a los intereses del proyecto y los propios de autor para definir el trabajo social, puesto que no solo aborda la necesidad del estudio de las causas del problema, para lograr un cambio o variación en sus efectos; sino que plantea la importancia de la contextualización del problema para su tratamiento y su significación en el proceso de capacitación y educación de los actores sociales.

¹² Malagón, J (1999). Fundamentos del trabajo social comunitario.

¹³ Kisnerman, N. Pensar en trabajo social.

El trabajo social, desde sus inicios tuvo la particularidad de considerar la importancia de la familia¹⁴. Es así que M. Richmond en su obra *Caso Social Individual*, dedica un capítulo a tratar de relaciones del trabajo social con la familia y enfatiza la importancia de las buenas relaciones familiares, tanto para los clientes de los asistentes sociales como para ellos mismos, con el fin de que pudieran ayudar mejor a solucionar los problemas de los demás individuos, teniendo los propios problemas familiares resueltos.

El trabajo social tiene ante sí el reto del aprendizaje de los cambios que vive la familia y que tipo de acciones desarrollar para hacer más eficaz su labor. Los nuevos cambios en la familia exigen nuevas maneras de intervención, investigación, control social y estrategias de solución a sus problemas.

Desde su formación, en la familia deben crearse condiciones y normas que posibiliten la educación y desarrollo de todos sus integrantes con igualdad de derechos y beneficios. Es de esta forma que se posibilita que existan relaciones de respeto, solidaridad, tolerancia y comprensión, sin que medie la desigualdad por poder, ni por diferencia de edades.

El trabajo social familiar como nivel de intervención busca ayudar a las familias a resolver sus dificultades, no solo desde el punto de vista de la falta de recursos sociales, sino también y de forma muy especial en el ámbito de las relaciones entre todos los miembros de la familia.

A menudo, las dificultades por las que atraviesa el grupo familiar tienen que ver con una patología en la relación entre sí o con el medio y es en ese ámbito donde los trabajadores sociales pueden

¹⁴ Escartín Caparrós, María José y Colectivo de autores. *Introducción al Trabajo Social II*.

intervenir, trabajando con todo el grupo familiar, sus necesidades y sus recursos internos, aunque, obviamente, sin aislarla del entorno social del que forma parte y del cual habrá que utilizar recursos en beneficio de la familia.

El trabajo social familiar perseguirá pues, intervenir en la familia para transformarla en un sistema terapéutico que busque el cambio de cara a lograr un mayor bienestar de todos y cada uno de sus miembros.

Por lo que se pretende poner en marcha una estrategia de intervención preventiva, que posibilite favorecer la disminución de la violencia intrafamiliar hacia los adultos mayores de la comunidad atendida en el Consultorio del Médico de la Familia N° 13 del reparto Sueño, del municipio Santiago de Cuba.

En este campo referido a la atención al adulto mayor aún no ha experimentado acciones que vayan más allá de la asistencia institucional u hogar geriátrico, con acciones que conduzcan al "acomodo" del anciano y a la inducción de la familia y otros recursos comunitarios para que hagan llevadera la estancia. Además, de complementar determinados requisitos administrativos que demanda una internación.

En este contexto el reto es otro, pues la vejez en sí, como etapa de la vida, ha comenzado a levantar interrogantes fundamentales en cuanto a las políticas y prácticas sociales existentes; y se ha constituido en factor importante en los sistemas económicos, políticos, sociales y culturales.

2.1.2. Evolución histórica y social del Adulto Mayor en el Perú

2.1.2.1. El Adulto Mayor en el Perú y su rol en el contexto histórico.

A través del tiempo la situación del adulto mayor peruano ha sido soslayada, su escasa presencia como grupo poblacional ha determinado una casi generalizada omisión en el mejoramiento de su situación. Al adulto mayor se le mantuvo ignorado y marginado y a los otros los pudientes se les menciona por su condición socio-económica o su capacidad intelectual, individualizándolos, en ningún caso figura como un grupo importante dentro del contexto social; en las distintas épocas históricas la situación del adulto mayor ha sido reflejo de la importancia que a este grupo social le diera el estado.

En este contexto se podría dar mención de algunos hechos importantes que enmarcan la evolución histórica social y el rol del Adulto Mayor en la misma en el Perú, precisaremos algunas fechas y conceptos que son interesantes¹⁵:

- En las Culturas -Preincaicas los ancianos eran respetados, sobre todo en los Ayllus, que eran grupos familiares unidos por vínculos de trabajo. Ahí conservaban su condición de cabezas de familia.
- En la época incaica el ayllu gentilicio que cultivaba la tierra colectivamente es reemplazado por el ayllu familiar que parcela la tierra y luego por el ayllu incaico en que 'se agrega la propiedad estatal. Un tercio de lo que

¹⁵ LLADO, M. Historia no comentada de la geriatría en el Perú.

producían las tierras pertenecía al Inca y otro tercio al culto.

- Ahí, sin embargo, se sigue guardando respeto por el anciano. Pero fuera de los ayllus las cosas no iban tan mal y a los ancianos se les clasificaba en dos grupos: los **purecc macho**, mayores de 60 años, que se dedicaban a orientar a la juventud y a asesorar a la clase dominante, y los **rocto macho**, mayores de 80 años, ya deteriorados orgánicamente y por eso mantenidos de los depósitos públicos. La protección del anciano, entonces, dependía del producto del trabajo de la comunidad.

Gráfico N° 6

La segunda "calle" o grupo de edad, puriq machu (Purecc Macho), el viejo de sesenta años que camina.¹⁶



Fuente: <http://www.kb.dk> - Nueva Crónica y Buen Gobierno, 1615.

¹⁶ POMA, G. Nueva Crónica y Buen Gobierno, 1615.

Gráfico N° 7

La tercera "calle" o grupo de edad, ruqt'u machu (Rocto Macho), el viejo sordo de ochenta años.



Fuente: <http://www.kb.dk> - Nueva Crónica y Buen Gobierno, 1615.

- En la Colonia la sociedad clasista del Incaico fue prácticamente arrasada por las hordas españolas ávidas de riquezas. De 12 millones de habitantes en 1532 se pasó al millón y medio en 1572 y a algo más de medio millón en 1620. Los indígenas fueron declarados vasallos del Rey de España en condición de menores de edad y por lo tanto sujetos a tutela y protección. La estructura económica cambió de agraria a minera.
- A este sistema de explotación sólo le interesaba el indígena apto para el trabajo. Así comienza el desamparo de los no aptos, particularmente de los ancianos: así comienza la mendicidad.
- En la época republicana la situación socio-económica persistió y de la dominación española pasamos a la inglesa y después a la

norteamericana. Los virreyes y los oidores, salvo excepciones, fueron reemplazados por los *felipillos adinerados*. El anciano es considerado como una fuerza de trabajo devaluada y tiene que refugiarse en las comunidades indígenas, o vivir de la buena fe de los hijos, de los ahorros si los tiene, de las pensiones de vejez o de la caridad pública. Los hospicios, por esto, siguen teniendo vigencia mientras no advengan cambios sociales de otra naturaleza.

- Muchos de estos hospicios tienen una historia que corre pareja con la generosidad de algunas familias pudientes o con el interés humano de algunas órdenes religiosas. Unos han desaparecido para convertirse en habitaciones de alquiler (los hospicios Virú y de Nuestra Señora de las Cabezas son dos ejemplos), otros agonizan lentamente (el Hospicio Alvarado, en el Rímac, es una muestra), y otros, finalmente, son dignos de aliviarse por el rol que desempeñan (el , de la Beneficencia Pública, alberga a más de 200 asilados y tiene atención médica; y, en la Avenida Brasil, el de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados va más allá y, aparte de cobijar a más de 500 ancianos, tiene una Unidad Geriátrica y el CENECAPE "Saturnino Pepez Novoa" como parte del Centro Gerontológico de Lima).
- En 1956 el Dr. Carlos Mendoza presenta en San Fernando su tesis de bachiller en Medicina titulada "El anciano en Lima", importante documento gráfico y documental de la historia de más de 50 hospicios de Lima y Callao.

Gráfico N° 8

La Casa de Misericordia, actualmente conocida como Hospicio Ruiz Dávila.



Fuente: <http://www.casadelamiscordia.es>

- A fines de la década del 60 la Sociedad Peruana de Geriátría y Gerontología comienza a decaer, a perder el paso, y la escisión de sus miembros por razones ideológicas termina con la separación de muchos de los fundadores. Corrido el tiempo, la Sociedad languidece y muere.
- A partir de los años 70 los Institutos Armados se interesan por la problemática del anciano y envían a médicos interesados en estos temas a conocer los principales centros geriátricos del mundo. Los frutos vienen después, cierto que con esfuerzo: se establecen Unidades Geriátricas en los Hospitales Naval, Militar, de Aeronáutica y de las Fuerzas Policiales.

- Los jubilados de distintas instituciones hacen consciente la necesidad de atención especializada para sus males (Oficiales Generales, maestros, etc.).
- En 1976 se instituye el 26 de agosto como el Día del Anciano Peruano, en homenaje a Santa Teresa Jornet Ibars, religiosa española nacida en Aytona y fundadora de la Orden de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados. Murió el 26 de agosto de 1897.
- En 1981 el Dr. Ricardo Dante Murrieta presenta su tesis de bachiller en Medicina titulada "Unidad o Servicio Geriátrico en un Hospital General, como parte integral del Sistema de Atención especializada al paciente anciano", en la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- En 1981 la Editorial Inkari publica el ensayo "¿Puede evitarse la vejez?". En algunos cursos regulares de los Programas de Medicina se introducen capítulos o lecciones sobre Geriátrica, en Medicina de Rehabilitación por ejemplo. También en los Programas de Enfermería y Tecnología Médica.

Gráfico N° 9

El Centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro.



Fuente: <http://www.casadelamicordia.es>

- En 1982 fue inaugurado el Albergue Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro, en el Paseo de Aguas, moderno edificio para 670 asilados.
- En 1982 el Dr. Carlos Vivanco Eguiluz publica el libro "Tercera Edad", un hito importante en el juego de ideas en torno al envejecimiento como problema biológico y social.
- En 1982 las hermanas Luisa y Nilda Montes Acuña, bibliotecarias ambas, escriben un "Proyecto de una biblioteca para ancianos de un asilo".
- En 1978 se funda la Sociedad de Gerontología y Geriátrica del Perú con el objeto de centralizar los intereses dispersos de los médicos geriatras y de los que, desde su especialidad, se ocupan también de las personas que envejecen.

2.1.2.2. El Adulto Mayor en el Perú en la actualidad.

En el Perú, según el censo de 2007 la población censada fue de 27 710 351 habitantes, de los cuales el 9.1% (2 495 643) en Perú. 9.6% (2 660 193) para Lima Metropolitana, y un 8,5% (2 355 379) para Lima Norte, conformada el grupo de personas mayores de 60 años, un grupo reducido que para lo demás no cuenta con un participación activa dentro del aparato estatal y por tanto no tiene poder de decisión.

De acuerdo con ello, este grupo se presenta como un ente positivo, a la espera de decisiones gubernamentales que modifiquen las características de su actual situación de subsistencia, sujeto a beneficios que puedan darle las

instituciones dedicadas a brindar servicios a la población de la tercera edad.

El envejecimiento constituye un hecho incontrastable de la realidad social contemporánea, en las últimas décadas, la población de la tercera edad se ha incrementado como resultado de la integración de un conjunto de tendencias como la mejora en las tasas de supervivencia, gracias a los avances en salud pública y nutrición; el aumento de la longevidad, debido en parte a los avances de la ciencia médica; así como la disminución de la natalidad; estos factores modifican la estructura demográfica de la población, generalmente representada por una pirámide cuya amplia base correspondía a las poblaciones de menor edad, bajo estas circunstancias se nota un estrechamiento de la base con el consiguiente ensanchamiento en la cúspide de la pirámide.

A nivel de instituciones sociales, la familia una de las más representativas y se ha mantenido a través de la historia de la humanidad; ha sufrido transformaciones motivadas por los cambios sociales acaecidos, la industrialización los movimientos migratorios, la formación de grandes núcleos urbanos han determinado la modificación de la clásica estructura de la familia rural hacia formas de tipo urbano.

Dentro de esto, el rol establecido para cada uno de los miembros de la familia ha sufrido cambios; modificaciones que en algunos casos significaron la pérdida de su inclusión incuestionable dentro del grupo familiar, y en otros casos pasaron a construirse en elementos pasivos al perder todo su contexto funcional, cambios que en relación a las personas de edad avanzada han sido de indudable

importancia para poder comprender las características que enmarcan a este grupo social.

2.1.2.3. La Seguridad Social en el Perú

El Seguro Social del Perú, es el organismo central provisional encargado de velar por la asistencia en salud y pensionaria de la población jubilada, en términos generales tienen derecho a pensión de jubilados los asegurados a partir de los 60 años, en el caso de mujeres, y de los 65 años para los varones, se establecen edades de jubilación inferiores hasta 5 años cuando el trabajador realiza labores en condiciones penosas o de riesgo de vida o la salud; al fallecimiento del asegurado que percibía una pensión jubilación, se otorga un capital de defunción de orden excluyente a: cónyuge, hijos, padres, hermanos menores de 18 años.

En julio de 1980, por D.L. 23161 se crea el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) cuyos articulados señalan como función el cubrir a los asegurados y familia contra, los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, accidentes, vejez y muerte.

Tabla N° 1

POBLACIÓN DE 60 Y MÁS AÑOS EN CONDICIÓN DE JUBILACIÓN SEGÚN DEPARTAMENTOS: 2007

DEPARTAMENTO	POBLACIÓN EN CONDICION DE JUBILACION	
	NÚMERO	%
TOTAL	208917	100
AMAZONAS	524	0.3
ANCASH	5125	2.5
APURÍMAC	839	0.4

AREQUIPA	11964	5.6
AYACUCHO	1114	0.5
CAJAMARCA	2125	1
CALLAO	11652	5.5
CUSCO	4103	2
HUANCAVELICA	446	0.2
HUÁNUCO	1311	0.6
ICA	9698	4.6
JUNÍN	5424	2.6
LA LIBERTAD	13344	6.4
LAMBAYEQUE	10265	5
LIMA	110709	53
LORETO	2037	1
MADRE DE DIOS	125	0.1
MOQUEGUA	968	0.5
PASCO	710	0.3
PIURA	9818	4.7
PUNO	2796	1.3
SAN MARTÍN	977	0.5
TACNA	1386	0.7
TUMBES	649	0.3
UCAYALI	808	0.4

Fuente: INEI – Censos Nacionales 2007

Señalando también como objetivo la realización del asegurado y su familia, hasta 1994, el Instituto Peruano de Seguridad Social se encargaba tanto de la Prestación de Servicios de Salud para la salud asegurada y su familia como del otorgamiento de pensiones para la población en edad jubilatoria.

En lo que respecta a aseguramiento de salud, se indicó que el 78.3% de la población adulta cuenta con un seguro de salud, ya sea público o privado.

Si se analiza por tipo de seguro, se observa que el 39.4% de la población accede al Seguro Integral de Salud (SIS), el 32.9% a Essalud y el 6.1% a otros seguros¹⁷.

Gráfico N° 10

SITUACION DEL ADULTO MAYOR EN EL PERU

Fuente: INEI

2.1.3. Evolución de la Asistencia Social para el Adulto Mayor en el Perú¹⁸

El escenario para el Adulto Mayor lo podemos ubicar en el tiempo hacia el año 1500 donde en el incanato se trabajaba de manera colectiva permitiendo así que el adulto mayor se mantuviese activo de

¹⁷ DIARIO PERU21, <http://peru21.pe>

¹⁸ Perfil de Adulto Mayor INTRA II, 2004 y

<http://www.inei.gov.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0044/C3-1.htm>

manera permanente y segura realizando actividades de acuerdo a su condición, pero al llegar a edades muy avanzadas, el ayllu era el encargado de mantener a este sector de la población, en esta época se valoraban los conocimientos de los ancianos.

Ya en la época de la colonia se dio una separación entre los españoles y los indios, surgiendo diferentes sectores intermedios en una sociedad ahora multiétnica. Aquí sólo los indígenas eran aptos para trabajar, por lo que a los ancianos se les dejó de lado. Es en esta época donde nacen las instituciones hospitalarias de las cuales se encarga la religión católica. Es en 1824 con la batalla de Ayacucho que logramos nuestra independencia y comenzamos una nueva época: la República, recién se logró la paz y estabilidad.

En esta época perduró la marginación hacia la tercera edad, por considerarlas mano de obra insipiente e ineficiente. Ya a mediados del siglo XIX con los avances de la medicina en el Perú gracias a influencia europea se empezaron a dar una preocupación por los ancianos, especialmente por los sectores populares. Con la creación de la Sociedad de Beneficencia de Lima (1834) es que se empiezan a establecer varios hospicios como el Manrique, Castaño, Ruiz Dávila, entre otros. Y es en 1924 cuando aparece el Asilo San Vicente de Paul, hoy Hogar geriátrico de la Beneficencia pública de Lima que alberga ancianos desvalidos.

En 1936 se creó el Seguro Social Obligatorio para obreros, de tal manera que durante la vejez tuviesen asegurada atención médica; apareciendo así en 1951 el Seguro Social y en 1973 el Sistema Nacional de Pensiones de la Seguridad Social. Dos años después las fuerzas armadas empezaron a mostrar preocupación por los adultos mayores creando así el Hospital Militar Central, en 1982 el Hospital de las Fuerzas Policiales, en 1983 el Hospital Central de Aeronáutica y en 1985 el Hospital Naval Central, en 1982 en el distrito del Rímac se

funda el asilo Canevaro que lleva el mismo nombre que el de la benefactora. Y a partir de 1998 se empiezan a dar servicios de geriatría siendo el primero en el Hospital de la Seguridad Social Guillermo Almenara Irigoyen.

Hace poco, se comenzó a instituir la rama de la geriatría iniciada en el siglo XX en varios hospitales como el Hospital dos de Mayo, Ministerios de Salud, Arzobispo Loayza entre otros, dado que en 1953 se creó la sociedad Peruana de Geriatría y en 1957 se afilió a la Asociación Internacional de Gerontología pero por desacuerdos entre sus miembros esta quebró y es a fines de los setenta que se forma la Sociedad de gerontología y geriatría.

Esto permitió el desarrollo de programas de atención geriátrica y estudios de medicina y enfermería, no sólo en Lima sino también en provincia. Finalmente es en el 2002 que se crea el Plan Decreto Supremo “Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2002-2006” dirigido por el MINDES, con la finalidad de aumentar la participación e integración del adulto mayor a la sociedad a través del aumento de servicios de salud, asistencia alimentaria y nutricional y generación de oportunidades.

La evolución de la asistencia social al adulto mayor en el Perú se puede resumir en las siguientes pautas¹⁹;

- La asistencia durante la Colonia.
- Caridad privada y Patronato Real.
- Las Asociaciones Religiosas.
- La Emancipación y las nuevas leyes.
- Influencia de la Revolución Francesa sobre la asistencia pública.

¹⁹ PAZ SOLDÁN, C. La asistencia social en el Perú, TESIS para optar el Grado Académico de Doctor en Ciencias de la Salud, 1914

- Nacimiento de las Sociedades de Beneficencia.
- Legislación actual y los nuevos rumbos.

En resumen durante todo el tiempo que duró en el Perú la administración de la Corona de España, la obra del Poder Público en materia de asistencia se limitó al control y vigilancia de la actividad privada, fruto ella misma de las tendencias caritativas y religiosas de una sociedad orientada por completo hacia la piedad y el culto.

Gráfico N° 11

CUIDADO DEL ADULTO MAYOR, Municipalidad de Surco, Lima Perú.



Fuente: <http://www.geriatria.es>

Unanue, ese coloso que supo ver más lejos que sus contemporáneos al través del espeso muro del tiempo y señalar al torrente avasallador de una libertad naciente, el cauce futuro para fecundas labores, fue el primero que trazó, con mano maestra, el cuadro de la Asistencia pública.

La constitución de una Junta de Beneficencia en Lima y meses más tarde la creación de una Dirección General de Beneficencia, obras ambas de Unanue, constituyen por decirlo así, la partida de nacimiento de la Asistencia pública en el Perú.

Por estimarlos interesantes se hace mención al documento, inspirado en la ley francesa de 7 Primario, año V.

✓ **Decreto Constituyendo que da Primera sociedad de beneficencia (octubre de 1825).**

Este plantea las instituciones que tienden al bien público é interesan a la Humanidad es uno de los deberes más sagrados y deliciosos de un Gobierno justo. La comunidad, que le ha confiado el ejercicio de sus más augustos derechos, reclama igualmente los que se deben al hombre en todos los aspectos de la vida.

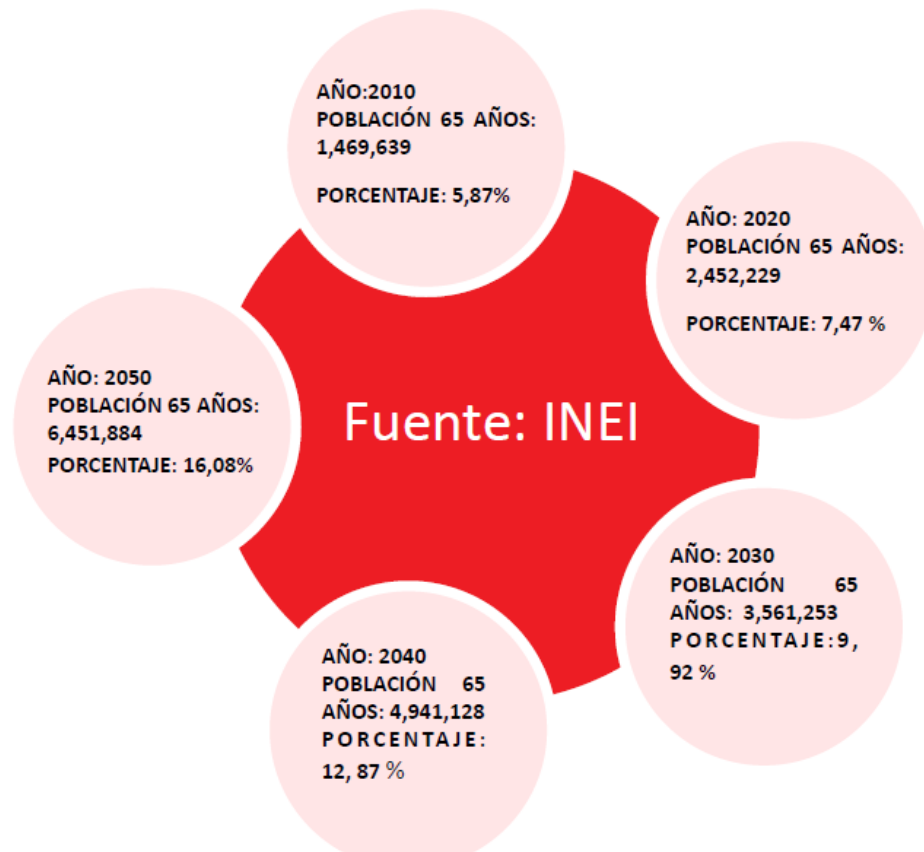
Si bien la prosperidad y la riqueza individual son consecuencia de las leyes y el orden; no por eso la Beneficencia ocupa un lugar menos eminente: porque dirigiéndose a la porción de la sociedad que demanda los primeros efectos de la naturaleza, no se lo puede olvidar sin acarrear sobre sí una responsabilidad que aflige mas que la injusticia misma, El hombre siente en el fondo de su corazón una voz tan imperiosa, pero más terrible que la infracción de sus deberes, cuando olvida a la humanidad paciente.

2.1.4. Envejecimiento de la Población en el Perú ²⁰

El Perú está envejeciendo de manera lenta pero inexorable. Es un proceso presente en todo el país, aunque con diferentes grados de volumen e intensidad. El grupo de personas de 65 y más años de edad, se incrementará sostenidamente en las próximas décadas. De poco menos de 1.5 millones de adultos mayores en el 2010, se pasará a casi 6.5 millones en 2050; 5 millones adicionales, la mayor parte de los cuales serán mujeres.

²⁰ MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES: PLANPAM 2013-2017, Cuadernos sobre Poblaciones Vulnerables, Nº 5, Año 1 – 2013.

Gráfico N° 12
Envejecimiento en la población



FUENTE: PLANPAM 2013-2017

Este proceso de envejecimiento demográfico plantea desafíos y exigencias de diferentes naturalezas en términos de políticas y programas sociales a nivel regional y local, dependiendo de la escala, características y heterogeneidad de este proceso en cada departamento del país. CEPAL considera que para la región de América Latina la población adulta mayor, pasó de apenas un 5,6% del total regional en 1950 a un 10% en el año 2010. En el contexto de América Latina, el Perú aparece con un crecimiento de población adulta mayor de 8.76% al año 2010.

En salud, con la disminución progresiva de la mortalidad infantil y el aumento de la esperanza de vida de la población, se irá presentando un nuevo perfil epidemiológico caracterizado por una mayor incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas, sin que desaparezcan las enfermedades propias de personas que viven en condiciones de pobreza y exclusión social.

Debe tenerse en cuenta que los servicios especializados en geriatría y gerontología, sólo existen en las grandes ciudades del país y no tienen la capacidad para atender estos nuevos requerimientos que plantea el proceso de envejecimiento demográfico. Asimismo, las condiciones económicas de la población adulta mayor están caracterizadas por las dificultades para encontrar empleo en el sector formal de la economía, así como por descensos en sus niveles de productividad e ingreso, lo que puede conducirlos a un alejamiento definitivo de las actividades laborales y hacerlos totalmente dependientes del sistema de seguridad social.

Esta situación, es particularmente compleja pues una importante proporción de personas adultas mayores no disponen de ingresos de pensiones o jubilaciones, o son absolutamente insuficientes, ni tampoco cuentan con un empleo remunerado, sobre todo en las zonas rurales del país, lo que agrava su vulnerabilidad económica y social. En este contexto de insuficiencias y desigualdades, la familia y las redes de apoyo familiar se constituyen en una fuente importante de apoyo y cuidado en la vejez.

Sin embargo, el proceso de envejecimiento cambiará sustancialmente las relaciones familiares y sociales, así como las relaciones de género e inter generacionales, por lo que la sociedad, deberá estar preparada para brindar una atención adecuada a las personas adultas mayores y posibilitar que continúen siendo actores sociales importantes en el desarrollo de su comunidad, asegurando su

condición de ciudadanos activos en pleno ejercicio de sus derechos y deberes, y garantizando que lleven una vida digna y segura, especialmente los más pobres.

Gráfico N° 13

El grupo de personas de 65 y más años de edad, se incrementará sostenidamente en las próximas décadas



Fuente: PLANPAM 2013-2017

2.1.5. La Gerontología y Geriatria

La *Geriatria* es la especialidad médica que se ocupa de las enfermedades de los ancianos y de su tratamiento. El interés creciente por la geriatría se debe al incremento progresivo del número de ancianos en la sociedad. Este fenómeno se debe a los progresos médicos y sociales, que han elevado la esperanza de vida. Se espera que la población anciana se incremente aún más en las próximas décadas, especialmente los mayores de 85 años.

En 1978 se empezó a recomendar oficialmente en occidente la integración de la geriatría en la formación de los médicos. En muchos países, entre ellos España, la geriatría es una especialidad reconocida oficialmente. En los hospitales se han desarrollado unidades y servicios geriátricos, y se han establecido clínicas geriátricas para pacientes ambulatorios.

Todos estos centros trabajan con un presupuesto fundamental: la mayoría de los problemas específicos de los ancianos no son curables, pues van implícitos en el envejecimiento; sólo son mejorables. El problema más grave de los ancianos es el deterioro intelectual. En 1980 se calculó que un 10% de los pacientes mayores de 65 años presentaban un deterioro mental grave. No obstante, esto no es siempre inevitable: el envejecimiento no ha de llevar implícitos la demencia, la confusión, la depresión, las alucinaciones o las desilusiones.

El deterioro intelectual es reversible en un 20% de los casos. Las alteraciones de la glándula tiroides, las alteraciones del sueño, las depresiones producidas por la muerte de seres queridos, las enfermedades metabólicas e infecciosas y los efectos secundarios de algunos tratamientos son causas tratables de alteración mental.

Esta última causa es muy importante: los ancianos toman una media de 13 medicinas diferentes cada año. Muchos de estos fármacos interactúan entre sí, presentan efectos tóxicos, o se metabolizan más despacio en los mayores, aumentando el riesgo de interferir con las funciones mentales.

Todo médico que trate a un anciano debe tener presentes estos problemas. Las alteraciones mentales del anciano también pueden ser debidas a fenómenos irreversibles, como la degeneración cerebral

enfermedad de Alzheimer. Este padecimiento no tiene curación; su curso es variable y conduce a la muerte después de 5 a 10 años. Una situación similar se produce por accidentes vasculares cerebrales de repetición. Los ancianos también son más susceptibles a las enfermedades que se padecen a cualquier edad.

Lo demuestra su mayor riesgo de muerte tras padecer simples gripes o enfriamientos. El calor excesivo también es peligroso. Por último, las enfermedades progresivas acaban afectando con mayor intensidad a las personas de edad: cardiopatías, artrosis, artritis, diabetes mellitus, glaucoma, cataratas. El envejecimiento y debilitamiento del sistema inmune facilita la mayor incidencia de enfermedades cancerosas en los ancianos²¹

En la actualidad, la **Gerontología** es definida como la ciencia que estudia el envejecimiento en todos sus aspectos, e incluye las ciencias biológicas y médicas, psicológicas y sociológicas; además de la aplicación del conocimiento científico en beneficio del envejecimiento y de los adultos mayores.

El término gerontología proviene etimológicamente del griego, geron = viejo y logos = estudio. Parece que el término gerontocracia, con el que se describía en la Grecia antigua al gobierno controlado por los ancianos pudiera haber sido el término precursor. Los espartanos capitalizaban la experiencia de los ancianos. Los Gerontes era un consejo de 28 hombres que pasaban de los 60 años y controlaban el gobierno de la Ciudad Estado.

En 1903, Michel Elie Metchnikoff (1845-1916) sociólogo y biólogo ruso, sucesor de Pasteur y Premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1908, propuso a la Gerontología como ciencia para el estudio del

²¹ Enciclopedia Encarta 2000

envejecimiento, ya que según él "traería grandes modificaciones para el curso de este último período de la vida".

Por su parte, el término geriatría fue acuñado por Ignatius Nascher en su obra presentada en 1907 en la Academia de Ciencias de Nueva York titulada Geriatría, las enfermedades de los ancianos y su tratamiento.

Gráfico N° 14

Actividades deportivas dirigidas a las personas mayores, Natación.



Fuente: PLANPAM 2013-2017

Este eminente pediatra norteamericano y fundador del primer departamento de Geriatría en los EE.UU., en el Hospital Mont Sinai de Nueva York, explica en esta publicación, que el término también es derivado del griego Geron = Viejo e Iatrikos = tratamiento médico.

Entonces si bien el año 1860 -en que Abraham Jacobi dictó la primera clase de Pediatría- es una fecha importante, también 1909 lo es para la Geriatría. La Geriatría es por tanto una rama de la Gerontología y la Medicina que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos, y sociales en la salud y enfermedad de los ancianos.

Es una ciencia práctica aplicada, que se ocupa de la asistencia integral a estas personas. Aunque el desarrollo y la aceptación de un término que sea descriptivo y conciso como lo son Gerontología y Geriátrica son pasos importantes en el avance de la ciencia y la práctica, no se puede asumir que el desarrollo de un término implica que en ese momento ha surgido la ciencia en sí.

2.2. Antecedentes Conceptuales

Parte de la investigación detallamos definiciones, acotaciones y bases teóricas, relacionadas directamente con nuestro tema de tesis y su desarrollo; registradas por autores que hayan investigado acerca de nuestro tema, con la finalidad de puntualizar nuestra óptica de investigación a los lectores, tomando estos antecedentes como fundamentos existentes y registrados; dando validez a nuestra investigación, y concluimos esta etapa con las apreciaciones personales acerca de toma la información conceptual que hemos logrado recopilar.

2.2.1. Definición Denotativa

a) Residencia Geriátrica

Un centro residencial de personas mayores²² o residencia de ancianos es una institución (en ocasiones administrada como centro gerontológico²³, en ocasiones como casa particular con o sin servicios médicos adicionales) en el que viven temporal o permanentemente personas mayores en la mayoría de los casos con determinado grado de dependencia.

²² https://es.wikipedia.org/wiki/Residencia_de_personas_mayores

²³ <http://www.definicionabc.com/salud/gerontologia.php>

En las residencias se ofrecen servicios de desarrollo personal y atención socio sanitaria. En los casos en los que incluye servicios gerontológicos, se trata de un equipo de profesionales adecuados con formación gerontológica específica, con formación en diferentes especialidades.

b) Residencia Geriátrica con Recursos Renovables

Es un lugar para adultos mayores en situación de abandono o de escasos recursos en donde se ofrece el servicio de albergue, desarrollo personal y atención médica especializada en la prevención, diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades del adulto mayor; esta propuesta se desarrolla en un contexto natural el cual aprovechará los recursos renovables (energía solar, precipitaciones fluviales y la utilización de materiales naturales) con la finalidad de minimizar los costos de servicios básicos.

c) Perfil del residente

La diversidad de usuarios de este tipo de centros es amplia, y existen distintas clasificaciones. Una posible clasificación en la que se diferencia el perfil de la persona residente, la duración de su estancia en el centro, y los cuidados que requerirá del personal especializado²⁴.

d) Los motivos por el cual ingresar a una residencia.

Los motivos más comunes por los que los mayores van a vivir a una residencia²⁵:

1. Por necesidad de compañía
2. Motivos de salud (deterioro de salud, disminución de autonomía personal)

²⁴ Rodríguez, P., Izal, M., Cassinelo, A., Sancho, M. & Martínez, J. M. 1999, Residencias para personas mayores. Manual de orientación. Editorial Médica Panamericana. Madrid.

²⁵ [IMSERSO](#) 2004, Informe 2004. Las personas mayores en España.

3. Por no poder valerse por sí mismo/a
4. Por no molestar a la familia.

A la hora de ingresar en la residencia, tiene más importancia evitar la soledad para las personas de mayor edad (85 años y más). La salud, sin embargo, es más importante entre las mujeres, sobre todo las menores de 85 años, mientras que los motivos familiares cobran importancia a mayor edad del residente. Entre las personas que están en la residencia sólo temporalmente, los motivos familiares, especialmente los de salud, cobran mayor importancia.

Tabla N° 2
**Características de residencias según perfiles, duración de
 Estancia y oferta.**

PERFILES	DURACIÓN ESTANCIA	CUIDADOS
Convalecientes de una operación o de una enfermedad.	Corta	Cumplimiento terapéutico del tratamiento, vigilancia, ayuda en AVDs si precisara.
Rehabilitación (fracturas, crisis de procesos patológicos)	Generalmente corta	Cumplimiento terapéutico y programas de rehabilitación que corresponda en cada caso.
Terminales y estados vegetativos	Incierta	Cuidados paliativos con atención sanitaria y programas de intervención psicosocial
Ingresos por respiro familiar	Corta	Según grado de dependencia. Ayuda en AVDs.
Personas dependientes por patología crónica (con preservación de facultades mentales)	Larga	Ayuda en AVDs. Tratamientos de conservación y rehabilitación funcional. Programas psicosociales.
Personas con deterioro cognitivo sin graves pérdidas de capacidad funcional	Larga	Vigilancia y ayuda en AVDs. Programas terapéuticos de intervención psicosocial y sanitarios para conservación y rehabilitación de capacidades funcionales y mentales.

Personas con demencia y dependencia importante en AVDs.	Larga	Vigilancia y ayuda en AVDs. Tratamientos de conservación de capacidades funcionales y mentales.
Personas con dependencia leve, pero con problema social importante (sin familia, sin recursos,...)	Indefinida	Supervisión. Programas de integración social.

Fuente: elaboración propia.

2.2.2. Precisiones Conceptuales

De forma complementaria se incluirá un glosario de términos y/o palabras claves sobre las cuales versará el desarrollo del tema en todas las etapas de investigación, es el soporte técnico plasmado al proyecto para su facilidad entendimiento y comprensión del ejemplar.

a) **Adulto Mayor**

Adulto mayor²⁶, es un término reciente que se le da a las personas que tienen más de 65 años de edad, también estas personas pueden ser llamados de la tercera edad. Un adulto mayor ha alcanzado ciertos rasgos que se adquieren bien sea desde un punto de vista biológico (cambios de orden natural), social (relaciones interpersonales) y psicológico (experiencias y circunstancias enfrentadas durante su vida).

Los adultos mayores son símbolo de estatus, prestigio y fuente de sabiduría, por lo general son tratados con mucho respeto y se les identifica por ser maestros o consejeros en ciertas sociedades, debido a su larga trayectoria. Aunque esto difiere según cada cultura, porque en algunos países la condición de vida de un adulto mayor se torna muy difícil debido a que pierden oportunidades de trabajo, actividad social y en el peor de los casos son excluidos o rechazados.

²⁶ <http://conceptodefinicion.de/adulto-mayor/>

Gráfico N° 15
Pareja de adultos mayores



Fuente: <https://es.biendesalud.org>

En el caso de países desarrollados o en vías de desarrollo, un adulto mayor tiene un nivel de vida mejor, esto se debe a que le son otorgados trabajos sin importar la edad sino la experiencia y capacidad que ellos poseen, también el gobierno les provee de un subsidio (pensión), garantías de salud y otros beneficios.

El cuidado de un adulto mayor debe ser especial porque su organismo no es el mismo y ha sufrido varios cambios biológicos, es por eso que se les recomienda a estas personas llevar un estilo de vida tranquilo donde puedan disfrutar de su familia y de las cosas que más le gustan hacer, también es recomendado una alimentación balanceada y una rutina de ejercicios que les ayude a contrarrestar el degeneramiento de su organismo.

Finalmente llegar a esta etapa de la vida es un privilegio que pocos pueden tener es por esta razón que al llegar a ser adulto mayor se debe tener una actitud positiva y alegre.

b) Geriátría

La Geriátría es una especialidad médica dedicada al estudio de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades en la senectud es decir resuelve los problemas de salud de los ancianos.

Cuando hablamos de Geriátría²⁷ nos referimos a una rama de la medicina, es decir una especialidad médica como pudiera ser la Cardiología o la Pediatría. Tiene unas particularidades que la hacen hoy en día muy necesaria y atractiva, derivadas de lo que es su razón fundamental: el anciano.

Gráfico N° 16
Atención a adulto mayor



Fuente: <https://es.biendesalud.org>

La Geriátría debe atender al anciano tanto en situación de salud como de enfermedad. Debe prestar atención tanto a los aspectos clínicos presentes en sus enfermedades como a la prevención de las mismas. De forma especial y particular los aspectos sociales

²⁷ <http://www.saludalia.com/salud-familiar/que-es-geriatria>

que pueden influir en la salud del anciano como son la soledad, el aislamiento, la dependencia, deben formar parte del trabajo y actuación del médico geriatra.

c) Residencias Especiales

Son centros que ofrecen atención integral y vivienda permanente a personas mayores de 60 años que, por su problemática familiar, social y/o económica, no pueden ser atendidos en sus propios domicilios y necesitan de estos servicios.

d) Ambiente

Los ambientes deben brindar tres aspectos fundamentales: comodidad, seguridad y movilidad.

e) Seguridad Estructural

Se denomina seguridad estructural a una serie de condiciones que deben cumplir los edificios para considerar que las actividades para los que fueron diseñados pueden realizarse de forma segura.

f) Infraestructura Especializada

Una infraestructura es el conjunto organizado de espacios, servicios y estructuras físicas básicas que permiten se lleve a cabo una actividad humana en un espacio geográfico determinado.

g) Atención Integral

Satisfacción de las necesidades físicas, materiales, biológicas, emocionales, sociales, laborales, productivas y espirituales de las personas adultas mayores. Para facilitarles una vejez plena y sana, se considerarán sus hábitos, capacidades funcionales y preferencias.

h) Residencia

Son centros que ofrecen atención integral y vivienda permanente a personas mayores de 60 años que, por su problemática familiar, social y/o económica, no pueden ser atendidos en sus propios domicilios y necesitan de estos servicios.

Las residencias, son centros donde se atienden necesidades sociales, sanitarias y de cuidados a numerosos ancianos que, por diversas circunstancias, fundamentalmente soledad o pérdida de autonomía, precisan de asegurar dichos cuidados fuera del domicilio.

Dicha atención se presta en forma temporal o de forma permanente, hasta el final de la vida del residente.

Gráfico N° 17
Habitaciones



Fuente: <https://es.biendesalud.org>

i) Hospedaje

La definición de esta palabra es alojamiento que se le da a una persona en un lugar, que puede ser por intermedio de un pago o simplemente como invitado.

Cuando se hace referencia a hospedaje²⁸ se nuclea en este término a los diversos establecimientos que se dedican a la actividad del alojamiento de personas, algunos de ellos con alimentación incluida, muy comúnmente ligados al turismo.

j) Alojamiento

Es la acción y efecto de alojar o alojarse²⁹ (hospedar, aposentar, colocar una cosa dentro de otra). El uso más frecuente del término está vinculado al lugar donde las personas pernoctan o acampan, generalmente en medio de un viaje o durante las vacaciones. Los hoteles, los albergues y las posadas son tipos de alojamiento.

Gráfico N° 18
Graficación alojamiento



Fuente: <https://es.biendesalud.org>

²⁸ <http://quees.la/hospedaje/>

²⁹ <http://definicion.de/alojamiento/>

k) Albergue

Un albergue³⁰, es un sitio donde se le brinda ayuda y resguardo a las personas por diferentes motivos. La palabra albergue es sinónimo de dar asilo, de dar cobijo, por ejemplo: “la familia Pérez me dio albergue en su casa”.

Existen los albergues temporales, que brindan ayuda a las personas necesitadas, a las personas en situación de calle, a las personas que han perdido su vivienda por algún desastre natural, etc. en este lugar, a ellos le brindan un techo donde dormir, y le suministran alimentos o medicinas.

Gráfico N° 19

Graficación albergue.



Fuente: <https://es.biendesalud.org>

Los albergues temporales pueden ser de varios tipos: los albergues comunitarios, que son sitios en donde las personas acuden y su estadía es de modo transitorio, estos lugares están acondicionados para que las personas durante el tiempo que estén allí cuenten con los servicios básicos.

³⁰ <http://conceptodefinicion.de/albergue/>

Están los albergues fijos, que son edificaciones acondicionadas con los servicios básicos necesarios para que las personas puedan estar allí temporalmente.

l) Alimentación

Es la acción y efecto de alimentar o alimentarse, la alimentación debe tener en cuenta la edad de la persona y el esfuerzo más o menos intenso que realiza.

Alimentación³¹ es la ingestión de alimento por parte de los organismos para proveerse de sus necesidades alimenticias, fundamentalmente para conseguir energía y desarrollarse. No se debe confundir **alimentación** con nutrición, ya que esta última se da a nivel celular y la primera es la acción de ingerir un alimento.

m) Recreación

Se entiende por recreación a todas aquellas actividades y situaciones en las cuales esté puesta en marcha la diversión, como así también a través de ella la relajación y el entretenimiento.

n) Actividades de Integración

Las actividades de integración en los adultos mayores es indispensable para disminuir los efectos del envejecimiento y preservar la capacidad funcional del anciano. Existen varios tipos de actividades que pueden y deben ser promovidos en esta edad.

o) Salud

La salud es un estado de bienestar o de equilibrio que puede ser visto a nivel subjetivo (un ser humano asume como aceptable el estado general en el que se encuentra) o a nivel objetivo (se

³¹ <https://es.wikipedia.org/wiki/Alimentaci%C3%B3n>

constata la ausencia de enfermedades o de factores dañinos en el sujeto en cuestión).

p) Calidad de Vida

La calidad de vida es un concepto amplio, que incluye la percepción personal de satisfacción y felicidad, la relación de la persona con su entorno social y su capacidad y posición económica para adquirir los satisfactores que permiten realizar sus necesidades. El concepto de estilo de vida saludable, es más restringido, pero se puede incorporar al de calidad de vida.

2.2.3. Otras Definiciones Importantes

a) Actividades de integración

Las actividades de integración en los adultos mayores es indispensable para disminuir los efectos del envejecimiento y preservar la capacidad funcional del anciano. Existen varios tipos de actividades que pueden y deben ser promovidos en esta edad³².

b) Infraestructura Especializada

Una infraestructura es el conjunto organizado de espacios, servicios y estructuras físicas básicas que permiten se lleve a cabo una actividad humana en un espacio geográfico determinado. Estos elementos están interconectados formando un sistema que apoya el desarrollo de una sociedad proveyendo materias primas y servicios que aumentan la calidad de vida de un grupo de personas e incluyen tantos activos fijos, sistemas de control y

³² 3era edad. SALUD, CULTURA Y OCIO/ <http://www.tercera-edad.org/salud/enfermedades.asp>

software, así como los procesos ejecutados por las personas que los operan.

La infraestructura se caracteriza por emplear personas para mantener, monitorear y operar dichos activos en tareas administrativas de pedidos, calendarización y cobro de servicios. Infraestructura especializada consiste en activos, equipos o procesos para la proveeduría de servicios especializados que ayuden a la mejorar la convivencia en una infraestructura.

c) Paciente Geriátrico desde el Punto de Vista Médico

Encontrando otra fuente de información, llegamos a la definición Médico-Geriátrica del denominado “Paciente geriátrico”.

Esta definición incluye conceptos tales como la presencia de múltiples enfermedades crónicas que llevan a la incapacidad, consumo de múltiples medicamentos y riesgo social, entre otros. Es claro que si bien puede cumplirse una contextualización y orientación médica de enfermedad, de ninguna manera define al anciano en su verdadera dimensión.

d) Paciente Geriátrico desde el Punto de Vista Social

Desde el punto de vista social y cultural, se puede ver una marcada variabilidad en su definición. En la cultura occidental, encontramos un claro temor al envejecimiento y a la vejez y priman los patrones de “juventud y belleza”, en tanto, en la oriental el viejo es respetado y considerado una fuente de sabiduría.

Por otro lado, no es raro encontrar avisos en la prensa donde se restringe la actividad laboral de mayores de 35 ó 40 años, e incluso los propios medios de comunicación han referido a personas ancianas como mayores de 50 años, cuando la verdad es que estos individuos aún no son viejos.

Gráfico N° 20
Atención a adulto mayor.



Fuente: PLANPAM 2013-2017}

e) Paciente Geriátrico desde el Punto de Vista Psicológico

Otro aspecto es el psicológico, que puede ser es el del ambiente individual, ya que, está comprobado, que el ánimo de la persona produce caídas que se ven reflejadas en las capacidades del anciano para mantener un buen estado de salud y una buena actividad cerebral.

f) Bienestar Social de las Personas de la Tercera Edad

Se refiere en materia previsional, alimentación, salud, educación, etc.; realizar toda clase de actividades a favor de los ancianos; atención para los más vulnerables, en condiciones de indigencia o abandonados, promover su agrupación, así como facilitarles sus trámites administrativos y el acceso al crédito.

g) Tipologías de residencias para el Adulto Mayor

Existen muchos tipos de centros dedicados a la atención a adultos mayores, donde no solo se les brinda asistencia médica, sino

también un lugar donde vivir, terapias ocupacionales, apoyo y protección en todo sentido.

Todos ellos tienen un denominador común, cuentan con la infraestructura necesaria para que los adultos mayores se desenvuelvan con libertad y comodidad, optimizando su calidad de vida, no solo en el aspecto físico, sino también mental y con respecto a la sociedad y su comunidad.

De acuerdo a los servicios que brindan, podríamos clasificar a estos centros de la siguiente manera:

- **Albergues:** Estas instituciones brindan hospedaje a personas mayores totalmente independientes. Además dan servicio de asistencia médica ambulatoria y sepelio.
- **Casa de Reposo:** Este tipo de instituciones alberga a las personas mayores con enfermedades crónicas. La atención médica que se da en estos centros es especializada.
- **Centros de Día:** En estos lugares se realizan actividades culturales, recreativas, terapéuticas, etc. Acogen a personas mayores durante el día, ya que por diversas razones estas no se pueden quedar solas en sus hogares (motivos de salud).
- **Clínica u Hospital Geriátrico:** Brinda los servicios comunes de un hospital general, pero con áreas especializadas para la atención a adultos mayores.
- **Clínica u Hospital de Día:** Brinda atención regular a pacientes mayores que no requieren hospitalización. Entre los servicios que presta incluye rehabilitación, actividades

terapéuticas, recreativas y asistencia social - psicológica. Sólo atiende durante el día.

- **Club de la Tercera Edad:** En estos centros se fomenta la convivencia entre adultos mayores que pertenecen a una determinada población o grupo social. Este tipo de institución busca mejorar la calidad de vida de los ancianos brindando información, asistencia y promoción de la participación real y efectiva de los socios.
- **Hogares:** Estos establecimientos brindan un servicio completo, que incluye alojamiento, alimentación, asistencia médica, ayuda espiritual y servicio de sepelio. Están dirigidos a personas que todavía pueden valerse por sí mismos al momento del ingreso. Son de carácter privado.

Los siguientes tipos de centros no existen en nuestro país por el poco desarrollo que existe en atención dirigida a personas mayores.

- **Apartamentos Asistidos:** Son apartamentos tipo bungalows que cuentan con diferentes ambientes como dormitorio, kitchenet, sala, baño. Estos normalmente se encuentran ubicados en un conjunto, como un condominio. El adulto mayor se desenvuelve de manera independiente pero siempre está supervisado por especialistas y se encuentran normalmente dentro de los complejos habitacionales para personas mayores.
- **Complejo Habitacional para Mayores:** Son instituciones que cuentan con diversos tipos de habitaciones, según los requerimientos de cada persona. Aparte de contar con

servicio de hospedaje cuentan con servicios recreativos, médicos, etc.

- **Hotel para la Tercera Edad:** Son hoteles propiamente dichos, pero cuentan con la infraestructura necesaria para albergar a personas mayores y cuenta con personal especializado para la atención de este grupo de personas. Son utilizados cuando el adulto mayor necesita asistir a alguna terapia de rehabilitación o cuando los familiares que viven con ellos no van a estar en casa por un tiempo determinado y no quieren estar solos.

2.2.4. Apreciaciones Respecto a las Definiciones

- ✓ Dichas apreciaciones servirán, no solo para poder analizarlas desde un punto filosófico y constructivo, sino también de comprender el funcionamiento y dar un punto de vista personal con valor subjetiva, que puede incluir si fue o no importante.
- ✓ Estas definiciones me ayudaran para hacer críticas positivas valorando y solucionando temas donde se me era inapropiado comentarlos.

2.2.5. Bases Teóricas

Estas bases teóricas formarán la plataforma sobre la cual se construirá un análisis de los resultados obtenidos en el trabajo, sin ella no se puede analizar los resultados. La base teórica presenta una estructura sobre la cual se diseña el estudio, sin esta no se sabe cuáles elementos se pueden tomar en cuenta, y cuáles no.

2.2.5.1. Sensibilización del Adulto Mayor

a) Hábitat para la tercera edad

Siempre ha existido planes y políticas de diseño; lamentablemente, estas no prevén la participación del adulto mayor y lo segmentan respecto de la sociedad.

Los adultos mayores son capaces de asociar y mantener un control sobre su espacio y los elementos que lo conforman. Así como el anciano busca controlar la situación dentro del espacio donde se desenvuelve (internamente) también busca lograrlo externamente participando del sistema social urbano. Este va a buscar participar a través de la comunicación, dando a conocer sus experiencias debido a su carácter participativo y social.

Gráfico N° 21

Es una acción del programa:
“La Tercera en la Calle”, Nueva York.



Fuente: PLANPAM 2013-2017

Este aspecto se ve fortalecido por el intercambio directo con otros usuarios o por el simple hecho de una

caminata o relación con el espacio urbano. La vivienda condiciona la calidad de vida del adulto mayor debido a que tanto este espacio como los cercanos a él, el anciano los relaciona como propios, buscando participar tanto como actor o como espectador.

El hecho de concebir espacios pasear en vez de pasar dice mucho de la utilidad y sensación del recorrido, incluso pudiendo fomentar una mejor relación con el medio urbano, facilitando a la vez la accesibilidad a los usuarios por medio de juego de rampas.

El espacio arquitectónico se percibe no sólo por la vista; aquí juegan todos los sentidos; además, es importante resaltar que el adulto mayor si bien reconoce formas, espacios y elementos; la mayoría de veces lo hace por relación y/o asociación de imágenes y recuerdos. Si al adulto mayor se le lleva a otro lugar, este como todo ser humano se va a adaptar y buscar integrar, es por ello que en lo posible los espacios como habitación deben considerar zonas donde los adultos mayores coloquen sus pertenencias más allegadas como muebles, alguna mesa entre otros, haciéndolos sentir como en casa.

Para lograr obtener un buen habitat para el anciano se tiene en consideración tres puntos.

- ✓ *Integración:* aquí lo que se quiere lograr la continuidad de la ciudad con el proyecto a través de “formas amables” y propuesta de accesibilidad. La conformación de un buen mobiliario urbano y diseño universal son buenos puntos para comenzar.
- ✓ *Interacción:* entiéndase por las relaciones sociales, el intercambio social y cultural entre generaciones. El

adulto mayor es parte de las relaciones sociales y no debe de ser rechazado o no contemplado.

- ✓ *Diversidad*: Lograr un entorno habitable va a permitir al usuario vivir diferentes experiencias y va a generarle al A.M. un crecimiento en su autoestima, deben poder ser espectadores y actores en diferentes ocasiones; desarrollando así actividades múltiples y diversas.

2.2.5.2. Aspectos sociales del adulto mayor

El director general de la Organización Mundial de la Salud OMS ha definido los factores sociales como aquellos que influyen sobre la salud, servicios de salud, y el bienestar de las comunidades, señalando que dependen de la psicología del individuo y de la estructura y las funciones de los grupos sociales (Gonzales, 1985).

A este respecto, el Dr. Franz Baro, Director del Centro Psiquiátrico Universitario de la Universidad de Lovaina que colabora con la OMS; señala la importancia del establecimiento de programas que permitan el desarrollo de las personas de más edad, lo cual necesariamente implica la detección y el conocimiento de los principales factores psico-sociales, que afectan el desenvolvimiento de las personas ancianas; entre las que menciona: la pérdida de posición social, los ancianos se preguntan: somos realmente inútiles.

La cuestión de la productividad es esencial, pues al no trabajar su sentimiento de inutilidad y confusión en cuanto a su función social con frecuencia los lleva a la depresión. La Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento (Viena, 1982) en una de sus resoluciones

trata de promover la productividad de los ancianos, y sugiere medios para hacerlo.

La Conferencia de la Casa Blanca (1980) recalca en una de sus recomendaciones la importancia del factor psicosocial en la pérdida de posición social. Una mayor confianza en sí mismo es parte de la manera de hacerle frente.

La pobreza es otro factor importante; la llegada a la etapa de la jubilación en muchos casos causa situaciones estresantes al anciano, la falta de dinero, el acostumbrarse a vivir con un ingreso limitado determina la exacerbación de casi todos los problemas cotidianos; cobrando especial importancia los de índole afectiva.

Otro factor a considerarse es la soledad. El aislamiento; la incompreensión, la pérdida de control, de poder dentro de la familia; la pérdida de participación en la toma de decisiones, la conciencia del abismo generacional creado y que lo separa en relación a los jóvenes, la conciencia de tornarse indeseable, el darse cuenta de la pérdida de interés por ellos de parte de la familia, la sociedad y el Estado; en resumen el estado de marginalidad al que se ve expuesto el anciano.

Al respecto, Shanas (1979) sostiene que la familia sigue constituyéndose en el elemento imprescindible de soporte que el anciano necesita, la familia sigue proporcionando a las personas de edad avanzada lazos muy importantes de tipos afectivos e interpersonales. Concepto que reafirma la importancia de la participación activa del anciano en el núcleo familiar. Situación que aún encontramos dentro de las relaciones establecidas en el seno de la familia rural.

El analfabetismo también se considera como un factor importante dentro de las condiciones sociales que influyen en el anciano.

El grado de educación ejerce una influencia notable en la habilidad de las personas para absorber información, asimilarla y sobre todo permite lograr una disposición favorable en la población para aceptar cambios colectivos, lo que implica en este grupo poblacional una mayor y mejor adecuación al nuevo status al que se incorporan.

2.2.5.3. Recreación para el Adulto Mayor

La ocupación creativa del tiempo libre del anciano constituye un aspecto importante en la elevación de la calidad de vida de las persona de tercera edad.

Sor Margarita Gamauriño, responsable del programa Obra Ayuda al Anciano del Servicio Social español señala, que al igual que los niños los ancianos necesitan distraerse, tienen que llenar de alguna manera las horas que antes ocupaban con el trabajo, porque si no tienden a replegarse sobre sí mismas y a volver sobre el pasado, lo que les conduce a avanzar retrocediendo hacia el porvenir.

La participación del anciano en actividades recreativas que al mismo tiempo le permitan una actividad física general es de vital importancia para las personas de edad avanzada.

Los ejercicios físicos y el deporte mantienen y aún aumentan la eficiencia fisiológica del organismo, aumentan la agilidad, la coordinación y la estabilidad. Mejorar la potencia muscular para el desarrollo de una actividad normal, ayuda en la adquisición de reacciones defensivas ante estímulos

externos que puedan desencadenar algún peligro (Vivanco, 1982).

Las actividades de tipo socio – cultural se orientan a combatir el aislamiento y la soledad del anciano. Al respecto, es el Instituto Peruano de Seguridad Social a través de su Gerencia Central de Prestaciones Sociales, la instancia encargada de la rehabilitación del anciano mediante actividades recreacionales y culturales.

Gráfico N° 22

Atención médica y programas recreativos para el adulto mayor.



Fuente: www.archdaily.pe

2.3. Antecedentes Contextuales

2.3.1. Experiencias confiables

2.3.1.1. Centro de Atención, personas de la Tercera Edad, Arquitecto Francisco Gómez Díaz + Baum La.

Gráfico N° 23
Centro de Día de Mayores en Baena



Fuente: www.archdaily.pe

Descripción de los arquitectos. Este **Centro de Día** de Mayores en Baena³³, se plantea desde el cumplimiento exhaustivo del programa funcional planteado, resolviendo la ubicación de las dependencias en base a dos criterios fundamentales: la **accesibilidad** y la **sensibilidad** con el paisaje urbano de la ciudad.

Gráfico N° 24
Centro de Día de Mayores en Baena



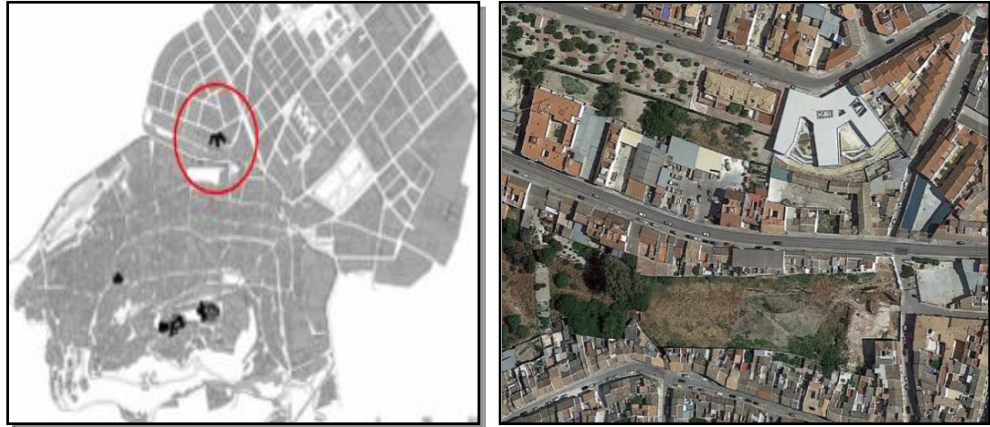
Fuente: www.archdaily.pe

³³ <http://www.archdaily.pe/pe/773721/centro-de-atencion-personas-3a-edad-francisco-gomez-diaz-plus-baum-lab>

A. Descripción y Ubicación:

Gráfico N° 25

Ubicación, **Centro de Día** de Mayores en Baena



Fuente: www.archdaily.pe

Gráfico N° 26

Perfil Urbano, **Centro de Día** de Mayores en Baena



Fuente: www.archdaily.pe

- ✓ **Ubicación:**
Córdoba, España
Calle Demetrio de los Ríos, Baena
- ✓ **Área:** 1540 mt²

- ✓ **Arquitectos**
Francisco Gómez Díaz, Baum Lab
- ✓ **Año Proyecto:** 2013

Relación con el entorno: El paisaje urbano próximo lo configura una edificación residencial de dos y tres plantas de altura, con un predominio de viviendas unifamiliares adosadas.

Sin embargo, la cota a la que se sitúa el solar, sobre una plataforma elevada respecto a su borde sur lo convierten en un lugar privilegiado por las vistas que presenta hacia el casco histórico de Baena, que se desarrolla en la colina en la zona sur.

Esto hace que entendamos precisamente en la propuesta que presentamos una doble escala de relación del edificio: la escala próxima y la escala lejana.

B. Sistema Espacial

Se plantea desde el cumplimiento exhaustivo del programa funcional planteado, resolviendo la ubicación de las dependencias en base a dos criterios fundamentales: la accesibilidad y la sensibilidad con el paisaje urbano de la ciudad; quiere decir que todo espacio en la edificación se interrelacionan y comunican mediante la zonificación y espacios de recreación, servicios y administrativo, el cual todo los espacios se comunican con el exterior de la edificación brindando la sensibilidad del paisaje.

Gráfico N° 27
Zonificación, **Centro de Día** de Mayores en Baena



Fuente: www.archdaily.pe

- | | | | |
|---|---------------|---|----------|
| ● | Sala de Estar | ● | Cocina |
| ● | Servicios | ● | Oficinas |

Las salas de estar se especializan, disponiendo cada una de ellas de una manera continua, pero articulada, lo que nos permite incorporar el espacio exterior como una sala más dentro de la serie, al resolver la accesibilidad también al espacio exterior.

Gráfico N° 28
Centro de Día de Mayores en Baena



Fuente: www.archdaily.pe

C. Sistema formal

Formalmente el edificio trata de insertarse en el entorno residencial afirmando su carácter de Equipamiento. Composición de volúmenes puros, con un carácter casi objetual.

Gráfico N° 29

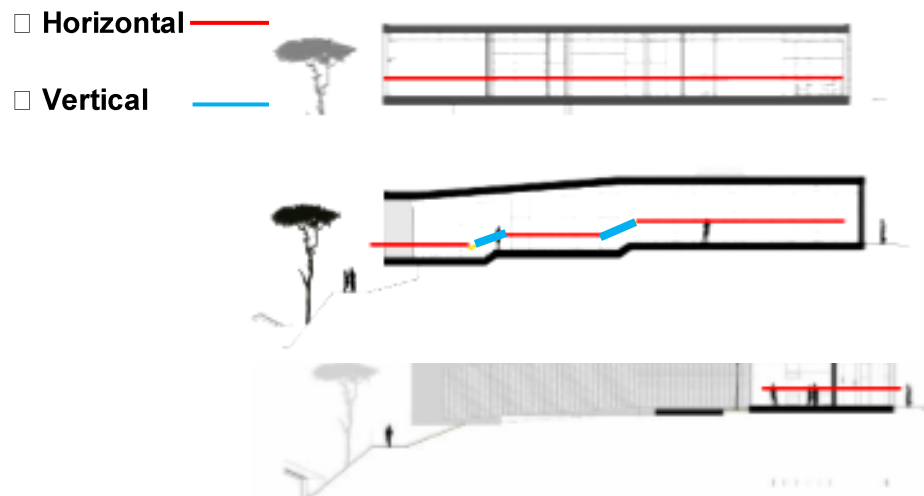
Esquema de partido arquitectónico



Fuente: www.archdaily.pe

La Infraestructura se expresa como edificio público capaz de ser identificado como tal por la población, trata de acaparar el paisaje urbano, a través de las propias dependencias que se vuelcan al centro histórico, cuando hablamos de dependencia quiere decir que la unión de los volúmenes se integran y tienen un solo lenguaje en la infraestructura del proyecto, por lo tanto a través de las terrazas se articulan y se asoman al espacio exterior con una visual paisajista.

Gráfico N° 30

Circulaciones, **Centro de Día** de Mayores en Baena**D. Circulación**

Fuente: www.archdaily.pe

La galería de acceso a todas las dependencias tiene amplitud suficiente como para ser transitada por un número considerable de usuarios, incluidos los discapacitados o aquellos que presenten algún problema de movilidad.

Los lugares más transitados se disponen en una ubicación más próxima al acceso, mientras que aquellos otros que requieren una cierta especialización funcional se articulan a la galería mediante pasadizos y así se interrelacionan los espacios con sus determinadas funciones; su desplazamiento horizontal es ligero y pasivo mediante plataformas planas y en situaciones donde se encuentra cambios de nivel o desnivel se conectan mediante rampas con sus respectivas barandas para discapacitados según reglamento.

Gráfico N° 31

DISTRIBUCION, **Centro de Día** de Mayores en Baena



Fuente: www.archdaily.pe

2.3.1.2. Casa para la Tercera Edad – BCQ Arquitectos

Gráfico N° 32

Casa para la Tercera Edad – BCQ Arquitectos



Fuente: www.bcqarquitectos.pe

A. Descripción Ubicación: Barcelona, España

Construcción: 2008

Área: 1144.0 m²

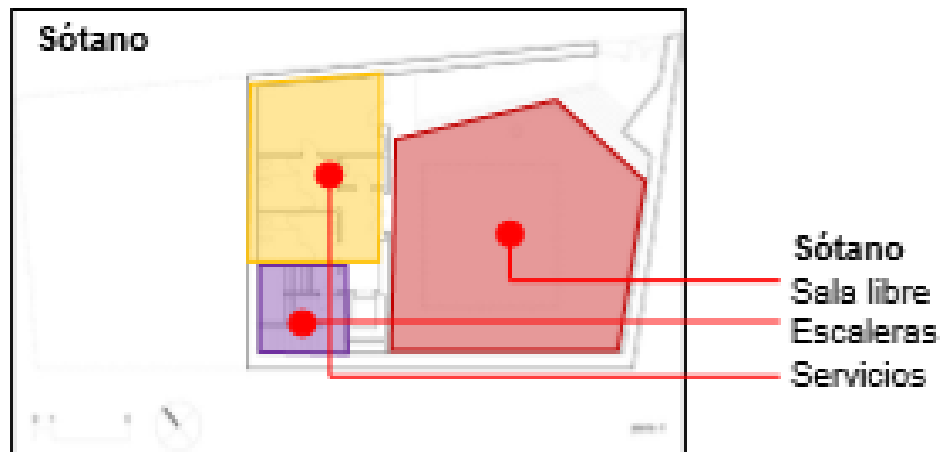
El edificio se plantea estrechamente relacionado con el parque. Un volumen que participa del lenguaje, de los materiales y del funcionamiento del parque. Se pensó el edificio como un pabellón del parque, un mirador desde el cual los usuarios pueden dominar visualmente la actividad de los alrededores, en el parque y en la calle.

B. Sistema Espacial

La forma en planta del edificio se adapta escrupulosamente al espacio disponible en uno de los parterres de los Jardines Príncipe de Girona.

Gráfico N° 33

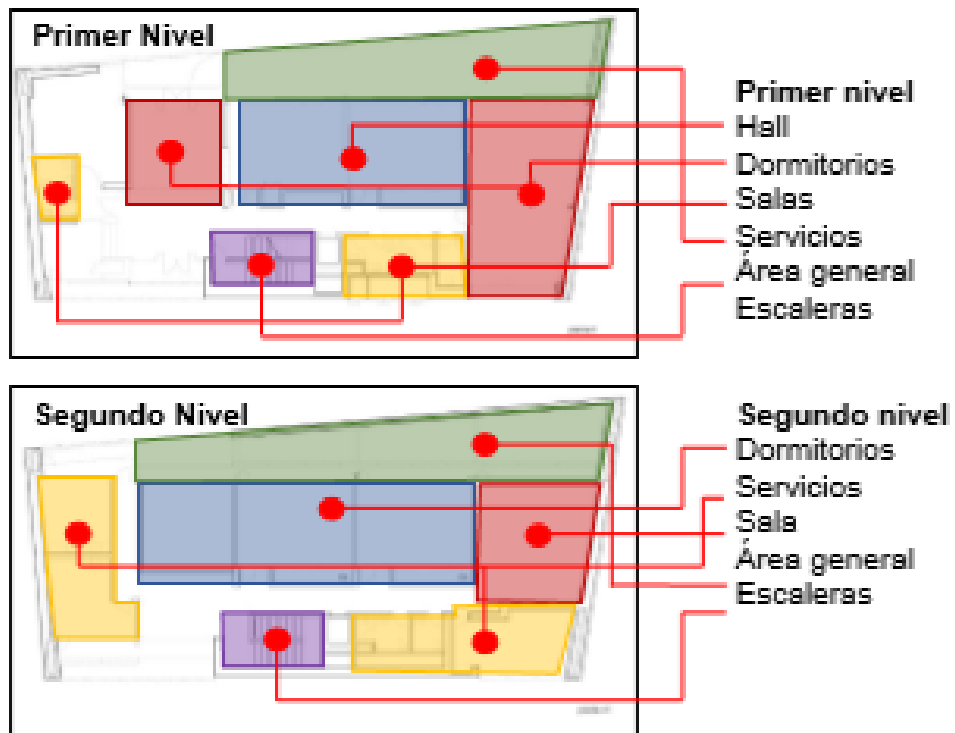
Zonificación 01



Fuente: www.bcqarquitectos.pe

Gráfico N° 34

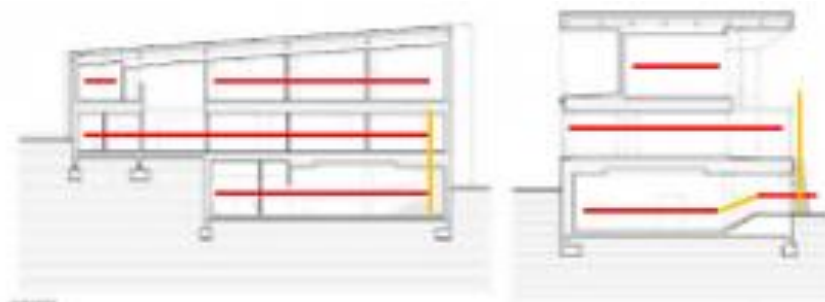
Zonificación 02



Fuente: www.bcqarquitectos.pe

C. Circulación

Gráfico N° 35
Circulaciones, flujos.



Fuente: www.bcqarquitectos.pe

- Horizontal —————
- Vertical —————

2.3.1.3. Hogar para personas mayores dependientes y asilo de ancianos / Dominique Coulon & associés.

A. Descripción Ubicación

Gráfico N° 36
Casa de Retiro - Orbec



Fuente: www.bcqarquitectos.pe

Arquitectos : Dominique Coulon & associés
Ubicación : Rue de la Source, 14290 Orbec, Francia
Área : 5833.0 m2Año Proyecto2015
Año : Proyecto2015

B. Sistema Espacial

Esta casa de retiro ha sido construida en el corazón de Normandía cerca del pueblo de Orbec. El edificio sigue la curva inclinada de la colina, y es visible desde el valle.

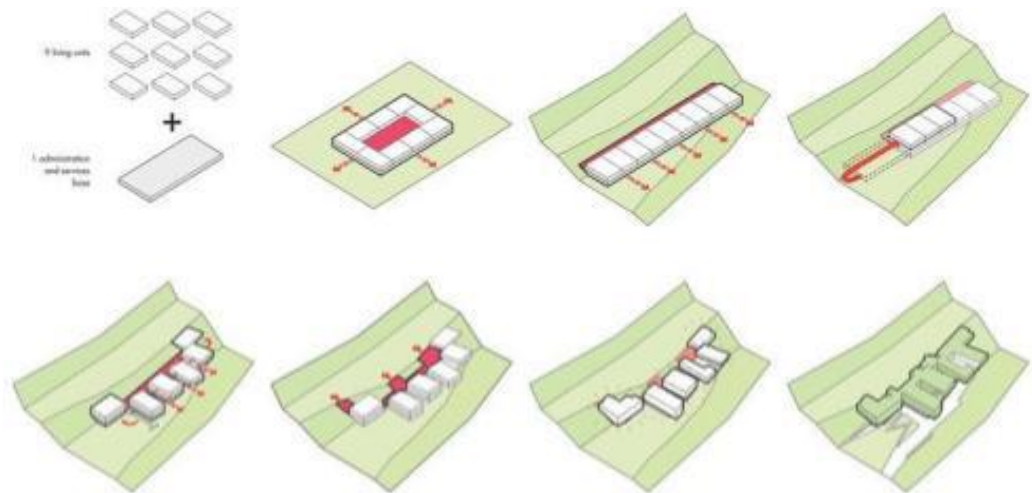
Gráfico N° 37

Vista lateral

Fuente: www.bcqarquitectos.pe

Gráfico N° 38

Proceso de morfología de volúmenes.

Fuente: www.bcqarquitectos.pe

Para reducir el impacto visual de este imponente edificio, creemos que es preferible dividirlo. Hemos logrado el efecto deseado utilizando el color verde, con el resultado de que el edificio se funde con el paisaje más amplio y refleja la naturaleza rural del sitio. Las caras inferiores de los voladizos

y las paredes blancas de la base producen una sensación de ligereza.

Gráfico N° 39

Tratamiento de color en circulaciones.



Fuente: www.bcqarquitectos.pe

Cada una de las unidades de vivienda encaja dentro de una sección del edificio, y todas están conectadas a una calle orientada hacia el sur, respaldada por la colina.

Esta disposición da vistas a través del edificio de un lado a otro, con luz interrumpiendo las rutas de tráfico y consiguiendo máxima variedad.

El color rojo desestructura el espacio y agrega dinamismo. Hemos evitado el uso de los colores convencionales del entorno hospitalario.

Gráfico N° 40
Primera planta.

dominique
coulon
&
associés



ground floor

best reception lobby	0.01
reception area	0.02
reception	0.03
special treatment and curio area	0.04
reception waiting area	0.05
waiting service	0.06
administration	0.07
labour	0.08
pharmacy	0.09
laundry	0.10
waiting home lobby	0.11
waiting home entrance	0.12
technical rooms	0.13
garage	0.14

Fuente: www.bcqarquitectos.pe

Gráfico N° 41
Segunda planta.

dominique
coulon
&
associés



1° floor

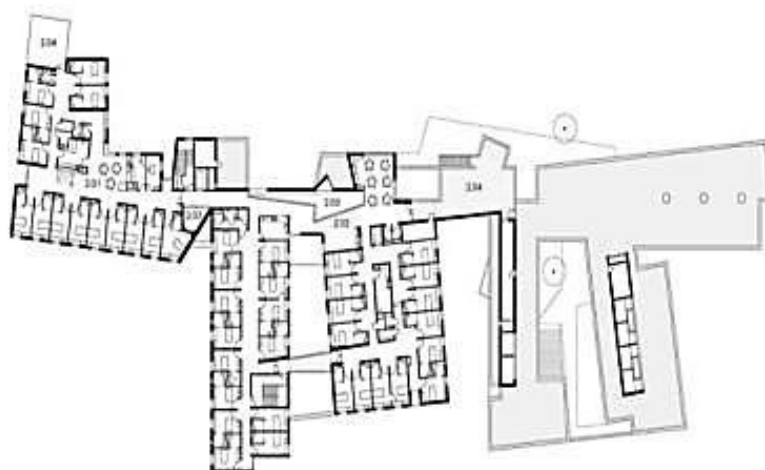
waiting home main entrance	1.01
waiting home area	1.02
reception area	1.03
pharmacy	1.04
laundry	1.05
reception waiting area	1.06
best master area	1.07
technical and technical garage	1.08
waiting garage	1.09
garage	1.10
garage area for technical	1.11

Fuente: www.bcqarquitectos.pe

Gráfico N° 42
Tercera planta

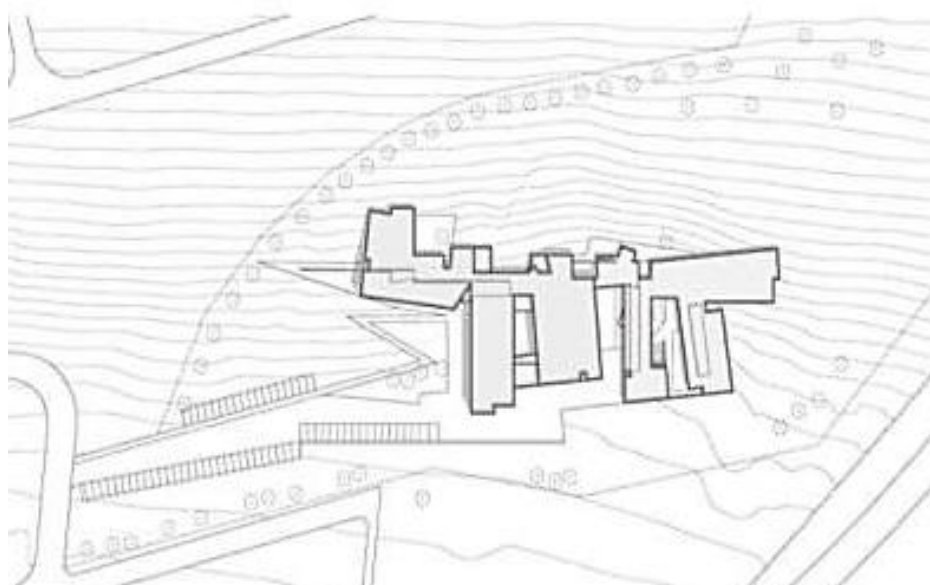
dominique
coulon
&
associés

2nd floor
Kitchen unit 231
Upper terrace floor 232
and sub No 11 floor 233
service 234



Fuente: [www. bcqarquitectos.pe](http://www.bcqarquitectos.pe)

Gráfico N° 43
Planta de techos.



Fuente: [www. bcqarquitectos.pe](http://www.bcqarquitectos.pe)

El edificio ha sido diseñado para mejorar las áreas de estar y de paseo. Su fuerza reside en su relación con el paisaje.

Gráfico N° 44

Vista lateral



Fuente: [www. bcqarquitectos.pe](http://www.bcqarquitectos.pe)

2.3.1.4. Luxury Retirement Resort. Arcadia, Lima Perú.

A. Descripción Ubicación: Lima – Perú.

Gráfico N° 45

Patio central, Arcadia.



Fuente: [www. Arcadia.pe.com](http://www.Arcadia.pe.com)

Resort, es una residencia para personas de la tercera edad, concebida para brindar las comodidades y beneficios de un resort de lujo, asegurando la tranquilidad y bienestar necesarios para que nuestros residentes tengan una vida plena, con total libertad e independencia.

Arcadia marca una diferencia absoluta respecto a las casas de reposo que existen actualmente en el Perú, ya que es la única concebida expresamente como una casa de retiro de altísima calidad.

Gráfico N° 46
Patio central, Arcadia.



Fuente: www.Arcadia.pe.com

EL objetivo es brindar diariamente la más grata experiencia de vida a nuestros residentes otorgando servicios de entretenimiento y cuidado de la salud (especialización en geriatría) en un ambiente de bienestar, satisfaciendo las necesidades físicas, emocionales, sociales, culturales y espirituales de cada uno de sus residentes.

B. Sistema Espacial

Hay esencialmente dos tipos de comunidades de retiro: Vivienda Independiente y Vivienda Asistida. Para ayudarle a determinar el estilo de vivienda adecuado para usted o su ser querido, le sugerimos realizar la siguiente Evaluación, respondiendo a las preguntas con la mejor opción para su situación actual. Al término de la encuesta le brindaremos una sugerencia en cuanto al estilo de vida más adecuado para usted.

Gráfico N° 47

Volumetría general, Arcadia.



Fuente: www.Arcadia.pe.com

Los servicios son muy completos y las posibles actividades son muy variadas. Les presentamos algunos de nuestros servicios y actividades:

- ✓ Limpieza diaria de su habitación
- ✓ Alimentación Completa
- ✓ Asistencia en los quehaceres de la vida diaria
- ✓ Médico Permanente
- ✓ Transporte, TV Cable, Internet, Lavandería, Peluquería, Alarma de Asistencia,
- ✓ Acuaeróbicos, Natación, Gimnasio, Fitness, Caminatas

- ✓ Capilla, Sala de Lectura, Sala de Cine, Salas de Estar, Club de Bridge, Salón de Juegos
- ✓ Jardinería
- ✓ Teatro, Dibujo y Pintura, Bingo, Juegos de Cartas y de Mesa, Paseos Grupales, Yoga, Masajes, Actuaciones Musicales.

2.3.1.5. Casa de Reposo el Roble, Lima – Perú

A. Descripción Ubicación:.

Se ubica en Calle las Cascadas del sol 240 Urbanización Sol de la Molina, Lima – Perú

Gráfico N° 48

Fachada Casa de reposo el Roble



Fuente: www.casadereposoelroble.pe.com

B. Sistema Espacial

Moderna Residencia Geriátrica, construida en un área de 2300 m², ofrece a sus residentes una infraestructura idealmente diseñada para el confort y prevención de barreras

arquitectónicas, además de cálidos, bonitos y modernos ambientes.

Entre las zonas que se han considerado para el desarrollo del presente centro se encuentran:

- ✓ Geriatría
- ✓ Administración y RRHH
- ✓ Psicología
- ✓ Enfermería
- ✓ Terapia de danza y movimiento
- ✓ Terapia física
- ✓ Terapia ocupacional
- ✓ Nutrición
- ✓ Laborterapia
- ✓ Grupo de oración

Gráfico N° 49

Dormitorios, Casa de reposo el Roble.



Fuente: www.casadereposoelroble.pe.com

Amplias habitaciones individuales, dobles y suites, con sillones de descanso, instalación de televisión por cable, sistema de llamada con atención inmediata, detectores de humo, ventilación e iluminación natural. Con baño geriátrico incluido.

Gráfico N° 50

Patio central, Casa de reposo el Roble.



Fuente: [www. casadereposoelroble.pe.com](http://www.casadereposoelroble.pe.com)

Gráfico N° 51

Comedores, Casa de reposo el Roble



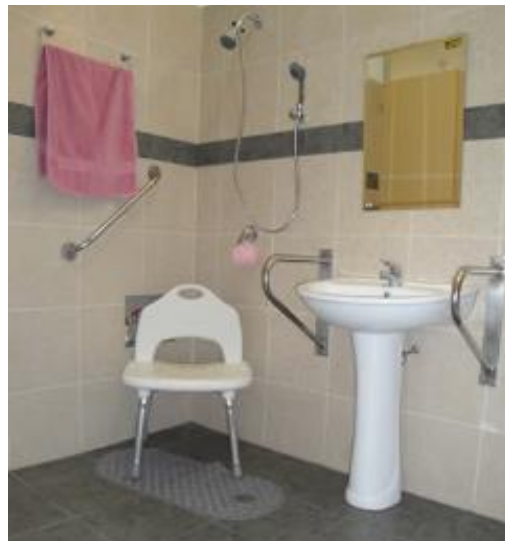
Fuente: [www. casadereposoelroble.pe.com](http://www.casadereposoelroble.pe.com)

Control de enfermería en cada planta.

Amplia sala de usos múltiples, comedor, Salas de estar en cada planta, Biblioteca, sala de Tv, sala de terapias y talleres, música ambiental.

Gráfico N° 52

SSHH. Casa de reposo el Roble



Fuente: [www. casadereposoelroble.pe.com](http://www.casadereposoelroble.pe.com)

Gráfico N° 53

Patio exterior, Casa de reposo el Roble



Fuente: [www. casadereposoelroble.pe.com](http://www.casadereposoelroble.pe.com)

Ayudas técnicas: Nuestro moderno equipamiento ha sido específicamente diseñado para atender las necesidades de nuestros adultos mayores: camillas, camas clínicas, oxígeno, elevador de inodoro, ascensor, rampas, pasadizos con barras de seguridad, sillas de baño.

Lavandería, Contamos con el equipamiento necesario para llevar a cabo el proceso de lavado y cuidado de la ropa de toda la residencia.

Gráfico N° 54

Ingreso principal, Casa de reposo el Roble



Fuente: [www. casadereposoelroble.pe.com](http://www.casadereposoelroble.pe.com)

Máxima seguridad: extintores, equipos contra incendios, luces de emergencia, detectores de humo, estratégicamente ubicados

Estacionamiento interno y externo.

Jardines: más de 1 200m² de hermosos jardines.

2.3.1.6. Diagnóstico de los Ejemplos Confiables

- ✓ En primera instancia, los proyectos analizados están enmarcados en la zona urbana zona urbana.
- ✓ El primer proyecto: Centro de Día de Mayores en Baena, se denota como un proyecto que busca la accesibilidad y la sensibilidad con el paisaje urbano de la ciudad; quiere decir que todo espacio en la edificación (envolvente edilicia) se interrelacionan y comunican mediante un centro espacial, a todas las funciones desarrolladas.
- ✓ El segundo proyecto: Casa para la Tercera Edad – BCQ, fue interesante en general por su volumetría pura - minimalista, pero resalta por el trabajo de accesibilidad de todos los exteriores al interior del edificio, mediante la solución de niveles, incluso el ytrabajo de los mismos en la resolución de espacios interiores.
- ✓ El proyectos Hogar para personas mayores Dominique Coulon, se denota la integración de la propuesta al entorno natural, mediante el seccionamiento del volumen para su integración formal al terreno, del mismo modod el trabajo de cromático al interior del volumen logrando atenuar el impacto visual de los ambientes.
- ✓ Y en el proyecto Luxury Retirement Resort, se puede denotar la pureza de sus volúmenes, si bien es cierto no tiene elementos naturales que predispongan su concepción, se denota la envolvente edilicia marcando un centro espacial de convergencia de actividades desarrolladas al interior así como direccionamiento visual

al mismo desde todo el edificio, el detalle en cuanto a acabados y detalles orientados al usuario lo enmarca en la principal referencia nacional.

- ✓ Es importante recalcar, que si bien la mayoría de los proyectos analizados no presentan una altura considerable; actualmente, existen soluciones que se están planteando en altura, en la misma Latinoamérica con las nuevas tendencias de residencias VIP para la tercera edad.

2.3.2. Análisis y Diagnóstico Situacional de Tacna

Para realizar el proyecto de Residencia Geriátrica con Recursos Renovables para la Atención Integral del Adulto Mayor en Estado de Abandono en la Ciudad de Tacna, se tomó aspectos importantes para el desarrollo de la propuesta.

2.3.2.1. Dimensión Socio-Cultural³⁴

a) Aspecto poblacional:

- **Población del Adulto Mayor, por Edad y Sexo.**

Como resultado de los grandes cambios demográficos experimentados en las últimas décadas en el país, la estructura por edad y sexo de la población está experimentando cambios significativos.

³⁴ INEI. Situación de la Población Adulta Mayor 2016, INFORME TÉCNICO No 4 - Diciembre 2016

En la década de los años cincuenta, la estructura de la población peruana estaba compuesta básicamente por niños/as; así de cada 100 personas 42 eran menores de 15 años de edad; en el año 2016 son menores de 15 años 28 de cada 100 habitantes.

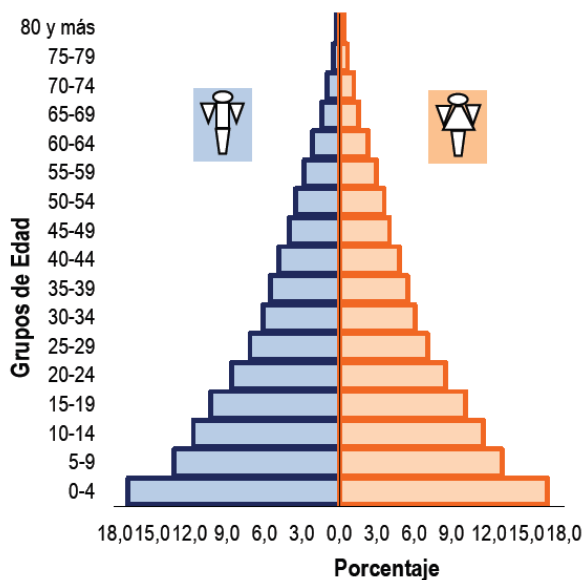
En este proceso de envejecimiento de la población peruana, aumenta la proporción de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 9,9% en el año 2016.

En este informe técnico se considera como personas adultas mayores a la población de 60 y más años de edad, en concordancia con el criterio adoptado por las Naciones Unidas.

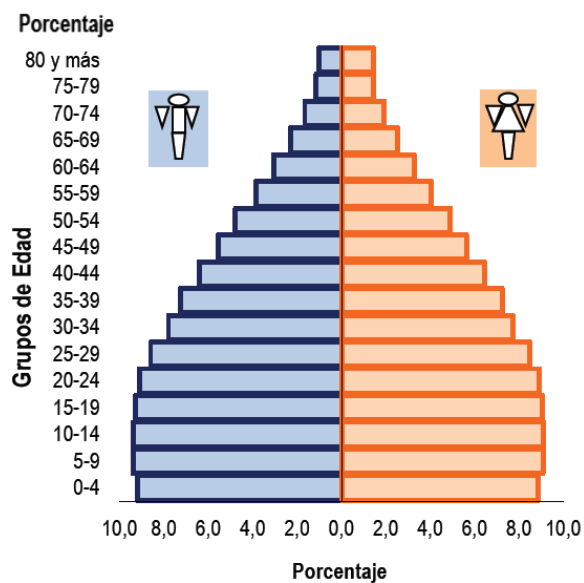
Tabla N° 3

Perú: Envejecimiento de la Población

Perú. Pirámide de la población en 1950



Perú. Pirámide de la población en 2016



Fuente: INEI - Instituto Nacional de Estadística e Informática.

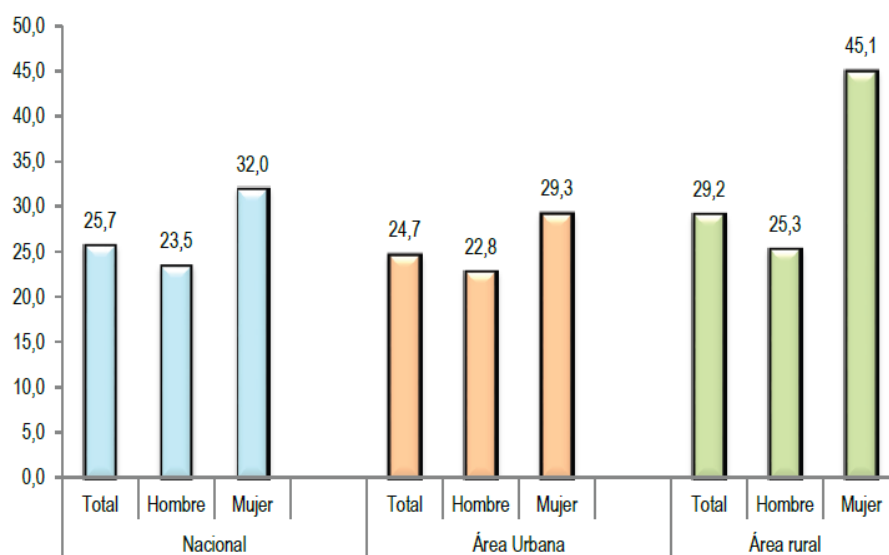
- **Población Adulto Mayor Urbano y Rural**

Del total de hogares del país, el 25,7% tiene como jefe/a de hogar a un/a adulto/a mayor. Según sexo, existen más mujeres que hombres adultos/as mayores como cabeza de hogar. Así, del total de hogares que son conducidas por mujeres el 32,0% son adultas mayores, en el caso de los hogares con jefe hombre el 23,5% son adultos mayores.

Esto resalta más en el área rural, donde el 45,1% de los hogares son conducidos por mujeres adultas mayores, en el caso de los hombres es el 25,3%. En el área urbana, la diferencia por sexo es de 6,5 puntos porcentuales, las mujeres adultas mayores jefas de hogar significan el 29,3% frente a 22,8% de los hombres.

Tabla N° 4

Perú: Hogares conducidos por adultos/as mayores



Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares.

Tabla N° 5
Perú: Hogares jefaturados por adultos mayores, según área de
residencia y sexo

Área de residencia/ Sexo	Jul-Ago-Set 2015	Jul-Ago-Set 2016 P/
Nacional	24,8	25,7
Hombre	21,8	23,5
Mujer	33,8	32,0
Área Urbana	24,1	24,7
Hombre	21,4	22,8
Mujer	31,7	29,3
Área Rural	26,7	29,2
Hombre	22,7	25,3
Mujer	43,2	45,1

Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares.

- **Población Adulto Mayor por Provincia**

La Provincia de Tacna es una de las cuatro Provincias que conforman el Departamento de Tacna; ubicado en la Región Tacna; al Sur del Perú. Su capital es la ciudad de Tacna. Limita al Norte con la Provincia de Jorge Basadre, al Este con la Provincia de Tarata, al Sur con Chile y al Oeste con el Océano Pacífico.

Tabla N° 6

Tacna: Población de adulto mayor

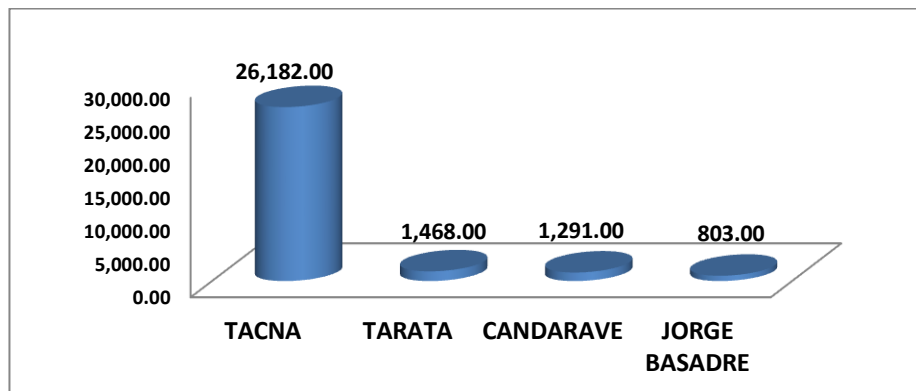
POBLACION ADULTO MAYOR POR PROVINCIAS		
PROVINCIA	NRO HABIT	%
TACNA	26 182	88
TARATA	1 446	5
CANDARAVE	1 291	4
JORGE BASADRE	803	3
TOTAL	29 722	100

Fuente: INEI – Censos Nacionales 2007 XI Población y VI de Vivienda.

Desde el punto de vista Jerárquico de la Iglesia católica forma parte de la Diócesis de Tacna y Moquegua la cual, a su vez, pertenece a la Arquidiócesis de Arequipa. Esta Provincia se divide en diez distritos: Tacna, Alto de la Alianza, Calana, Ciudad Nueva, Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa, Inclán, Pachia, Palca, Pocollay y Sama.

Tabla N° 7

Tacna: Población Adulto Mayor



Fuente: INEI – Censos Nacionales 2007 XI Población y VI de Vivienda.

La población Adulta Mayor en esta provincia está representada por 26,182. Habitantes, representando el 85.09% de Adultos Mayores.

- **Nivel educativo alcanzado por la población adulta mayor.**

El 18,8% de la población adulta mayor no cuenta con un nivel educativo o solo tiene nivel inicial, el 41,9% alcanzó estudiar primaria; el 23,9% secundaria y el 15,4%, nivel superior (9,6% superior universitaria y 5,8% superior no universitaria).

Tabla N° 8

Población adulta mayor, según nivel educativo alcanzado y área de residencia

Nivel Educativo / Área de residencia	Jul-Ago-Set 2015			Jul-Ago-Set 2016 P/		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Sin nivel / inicial	18,1	6,8	28,2	18,8	6,6	30,2
Primaria	43,0	46,5	39,9	41,9	45,2	38,8
Secundaria	23,1	28,4	18,5	23,9	30,1	18,1
Superior no universitaria	4,8	5,1	4,5	5,8	5,9	5,8
Superior universitaria	11,0	13,2	9,1	9,6	12,2	7,2
Área Urbana	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Sin nivel / inicial	11,5	3,7 a/	18,4	12,3	4,0 a/	20,0
Primaria	39,2	37,6	40,6	37,6	35,5	39,6
Secundaria	28,8	35,0	23,4	29,9	37,1	23,4
Superior no universitaria	6,0	6,4	5,7	7,5	7,6	7,5
Superior universitaria	14,4	17,3	11,9	12,6	15,8	9,6
Área Rural	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Sin nivel / inicial	37,4	15,6	57,1	36,9	13,7	58,7
Primaria	54,1	72,3	37,7	53,6	71,6	36,6
Secundaria	6,5	9,4	3,9 a/	7,1	11,1	3,3 a/
Superior no universitaria	1,0 a/	1,4 a/	0,7 a/	1,1 a/	1,4 a/	0,8 a/
Superior universitaria	0,9 a/	1,2 a/	0,6 a/	1,4 a/	2,3 a/	0,5 a/

Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares.

Existen grandes brechas en los niveles alcanzados entre hombres y mujeres adultos/as mayores; así, mientras el 30,2% de las mujeres no tienen nivel alguno de educación, los hombres en la misma situación

representan el 6,6%, siendo la brecha 23,6 puntos porcentuales.

Se observa que conforme el nivel educativo alcanzado es mayor la brecha va disminuyendo, así, en educación superior la brecha es 5,1%, donde el 18,1% de los hombres tienen educación superior (universitaria y no universitaria), y las mujeres de este grupo etario con este nivel equivalen al 13,0%.

2.3.2.2. Dimensión Económica

a) Actividad económica del Adulto Mayor.

Los/as adultos/as mayores que están incluidos en la Población Económicamente Activa (PEA) representan el 56,8%, siendo mayor el porcentaje de hombres que de mujeres, 69,4% y 45,4%, respectivamente. Los adultos mayores que no forman parte de la Población Económicamente Activa (NO PEA), representan el 43,2%, donde el porcentaje de mujeres es mayor al de los hombres en 24,0%.

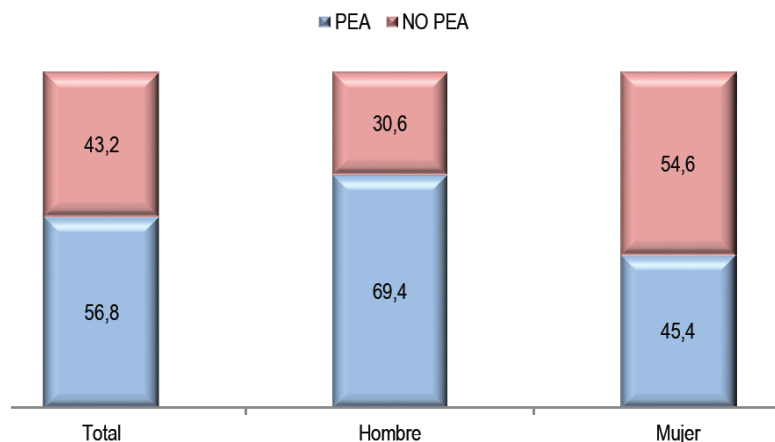
Tabla N° 9

Población adulta mayor por condición de actividad.

Condición de actividad	Jul-Ago-Set 2015			Jul-Ago-Set 2016 P/			Variación (Puntos porcentuales)		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Población de 60 a más	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
PEA	56,5	69,1	45,4	56,8	69,4	45,4	0,3	0,3	0,0
NO PEA	43,5	30,9	54,6	43,2	30,6	54,6	-0,3	-0,3	0,0

Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares.

Tabla N° 10
Población adulta mayor por condición de actividad,
según sexo.



Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares.

Se observa en el siguiente cuadro, la tasa de la actividad económica de la población adulta mayor desde el 2008 es de 56%, en el año 2009 es de 55.45% y en el año 2010 es de 48.78%, como se observa la actividad económica está disminuyendo debido a factores como la edad.

Tabla N° 11
Actividad Económica del Adulto Mayor.

TASA	2008	2009	2010
ACTIVIDAD	56.79	55.45%	48.78%
INACTIVIDAD	43.21	44.55	51.22

Fuente: INEI – Censos Nacionales 2007 XI Población y VI de Vivienda.

b) Actividad económica del Adulto Mayor.

• Ramas de actividad

De cada 100 adultos/as mayores ocupados/as del área urbana del país, 29 trabajan en la rama de Comercio, 20 en Agricultura/Pesca/Minería, 19 en Otros Servicios y 9 en

Manufactura. Los trabajadores dedicados a Agricultura/Pesca/Minería se han incrementado en 3,0 puntos porcentuales, respecto a similar trimestre del 2015.

Tabla N° 12
Población adulta mayor económicamente activa ocupada,
según ramas de actividad.

Ramas de actividad	Jul-Ago-Set 2015			Jul-Ago-Set 2016 P/			Variación (Puntos porcentuales)		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
Agricultura/Pesca/Minería	16,7	18,9	13,4 a/	19,7	21,5	17,0 a/	3,0	2,6	3,6
Manufactura	9,2	11,2	6,3 a/	8,9	10,3 a/	6,9 a/	-0,3	-0,9	0,6
Construcción	5,4 a/	9,1 a/	0,0	4,7 a/	7,4 a/	0,6 a/	-0,7	-1,7	0,6
Comercio	28,3	20,4	40,0	28,5	21,0	39,8	0,2	0,6	-0,2
Transporte y Comunicaciones	7,0 a/	11,5 a/	0,5 a/	7,9	12,2	1,5 a/	0,9	0,7	1,0
Alojamiento y Servicios de Comida	7,5	3,4 a/	13,5	6,9	3,3 a/	12,2	-0,6	-0,1	-1,3
Enseñanza	5,4 a/	6,0 a/	4,5 a/	4,7 a/	3,9 a/	6,1 a/	-0,7	-2,1	1,6
Otros Servicios 1/	20,4	19,5	21,8 a/	18,7	20,5	16,0	-1,7	1,0	-5,8

1/ Comprende Intermediación Financiera, Actividad Inmobiliaria, Empresariales y de alquiler, Actividades de Servicios Sociales y de salud.

a/ Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales.

P/ Preliminar.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares.

- **Tasa de Desempleo**

Se observa en el siguiente cuadro la tasa de desempleo de la población adulta mayor desde el 2008 es de 2.8%, en el año 2009 es de 8.52% y en el año 2010 es de 2.05%, como se observa la tasa de desempleo aumento en un 2.055 para el año 2010 y en el año 2009 tuvo un incremento lato de 8.52 % debido a la falta de nuevas oportunidades de trabajo por ya pertenecer a la edad del Adulto Mayor.

Tabla N° 13

Tasa de Desempleo de la Población Adulta Mayor.

AÑOS	2008	2009	2010
TASA	2.8	8.52	2.05

Fuente: INEI – Censos Nacionales 2007 XI Población y VI de Vivienda.

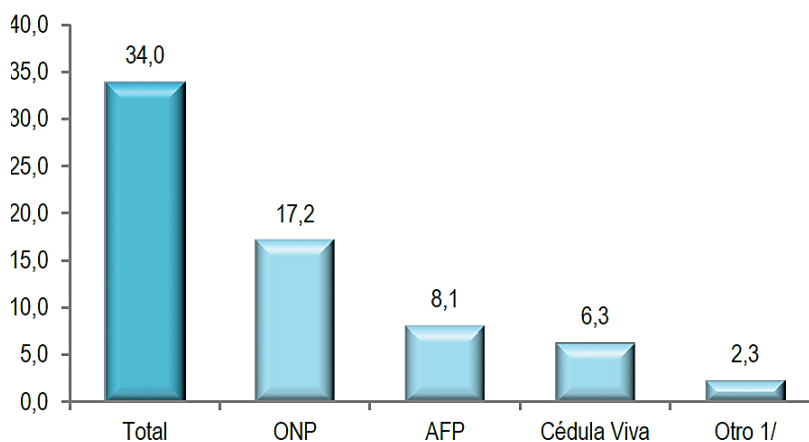
c) Actividad económica del Adulto Mayor que cuenta con pensión

- Afiliación a sistema de pensión**

De la población adulta mayor, el 34,0% está afiliado a un sistema de pensión. En el trimestre Julio Agosto-Setiembre 2016, el 17,2% está afiliado a la Oficina de Normalización Previsional (ONP), seguido por el 8,1% de afiliados a las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) y el 6,3% a la Cédula viva.

Tabla N° 14

Población Adulta Mayor que tiene Sistema de Pensión



Comprende Caja de Pensiones del pescador / estibador, Caja de Pensiones Militar / Policial, etc.
Preliminar.

Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares.

Se puede observar que las personas Adultas Mayores que cuentan con pensión en la ONP es de un total de 2784 personas Adultas Mayores y no cuentan con ninguna pensión es de 19237 personas adultas mayores, otros servicios 2446 personas adultas sumando un total de 24467 personas adultas Mayores.

Tabla N° 15

Actividad Economica del Adulto mayor que cuenta con pensión.

ONP	OTROS	NINGUNO	TOTAL
2784	2446	19237	24467

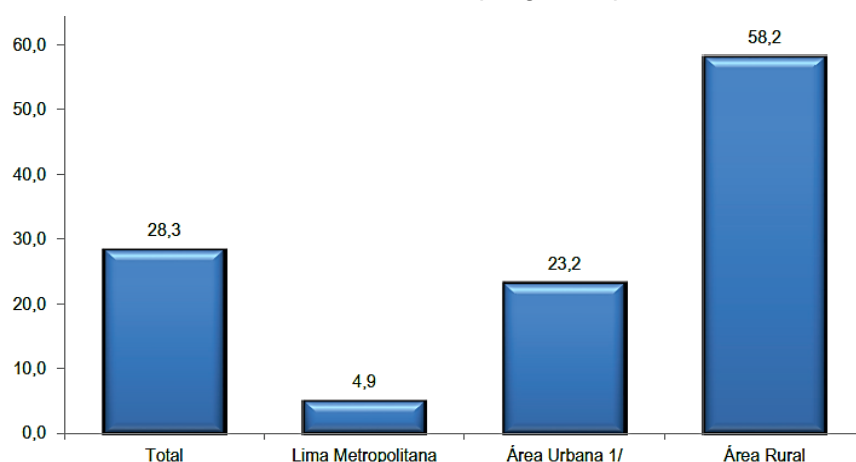
Fuente: INEI – Censos Nacionales 2007 XI Población y VI de Vivienda.

d) Adulto Mayores con acceso a servicio de Salud (SIS, ESSALUD)

- **Acceso a programa social Pensión 65.**

El 28,3% de la población de 65 años y más, se beneficia del programa social Pensión 65. Comparado con similar trimestre del 2015, la proporción de la población beneficiaria aumentó en 2,8 puntos porcentuales. Según área de residencia, el 58,2% de los/as adultos/as mayores del área rural acceden a este programa social, mientras en el área urbana (excluye Lima Metropolitana) el 23,2%.

Tabla N° 16
Población beneficiaria del programa pensión 65.



Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares.

- **Población con algún problema de salud crónico**

El 82,1% de la población adulta mayor femenina presentó algún problema de salud Crónico.

En la población masculina, este problema de salud afecta al 70,6%, habiendo 11,5 puntos porcentuales de diferencia entre ambos. Por otro lado, las mujeres del área urbana (84,1%) y de Lima Metropolitana (83,6%) son las que más padecen de problemas de salud crónica, en tanto que en el área rural son el 77,1%. En todos los ámbitos geográficos, menor proporción de hombres que de mujeres adultas mayores padecen de problemas de salud crónicos.

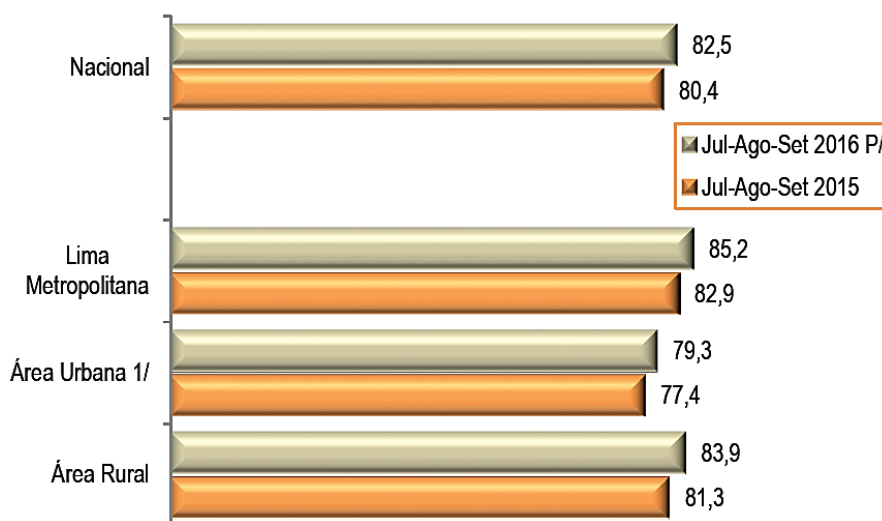
- **Afiliación a algún seguro de salud**

Del total de la población adulta mayor de 60 y más años de edad, el 82,5% tiene algún seguro de salud, sea público o privado. Destaca la cobertura de afiliación a

algún seguro de salud de los residentes en Lima Metropolitana con el 85,2%, ubicándose luego el área rural con el 83,9%, seguida del área urbana con el 79,3%.

Tabla N° 17

Población adulta mayor con afiliación de salud, según área de residencia



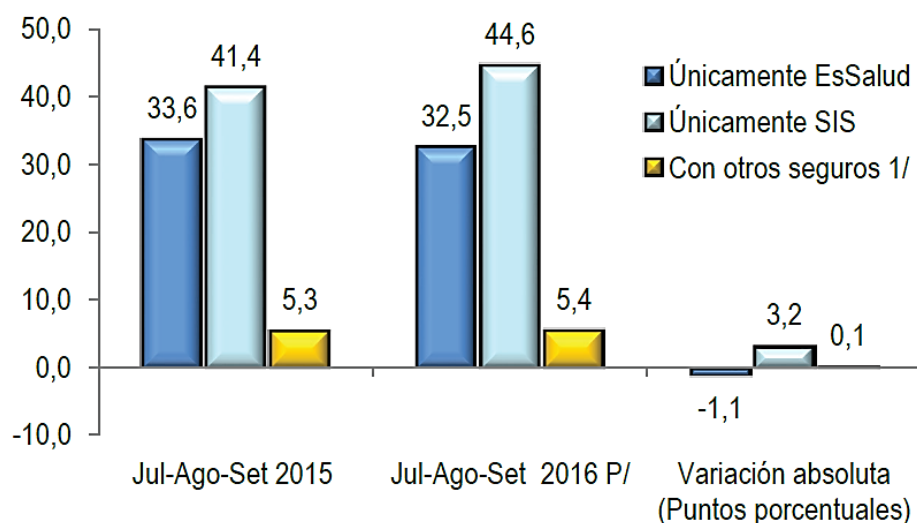
Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares.

Tipo de seguro de salud Según tipo de seguro de salud, el 44,6% de los/as adultos/as mayores acceden solo al Seguro Integral de Salud (SIS) y el 32,5%, a EsSalud.

Comparado con similar trimestre del año anterior, la proporción de asegurados con el SIS se incrementó en 3,2 puntos porcentuales, mientras que entre los asegurados a EsSalud disminuyó en 1,1 puntos porcentuales.

Tabla N° 18

Población adulta mayor, por tipo de seguro de salud.



Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares.

Se puede observar en el cuadro, que es mayor la cantidad de adultos mayores que no cuentan con ningún servicio de salud, con un subtotal de 172,64 y los que tienen atención de salud en ESSALUD es de 539 adultos mayores en menor cantidad.

Tabla N° 19

Adulto Mayores con Acceso a Servicio de SALUD.

ESSALUD	SIS	OTROS	NINGUNO	TOTAL
539	5441	1223	17264	24467

Fuente: EsSalud.

e) Residencias para atención de personas Adultas Mayores en Estado de Abandono

Se puede observar que en la Región de Tacna solo existen 2 Centros de atención para las personas adultas mayores coberturando solo a 45 adultos mayores en

abandono, siendo estos muchos más en la Región de Tacna.

Tabla N° 20

Tacna: Atención de Personas Adultas Mayores en Estado de Abandono.

INSTITUCION	FEMENINO	MASCULINO	Total
Hogar Geriatrico San Pedro de Tacna	11	21	32
Hogar San Jose Hermanas de los pobles	7	10	17

Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares.

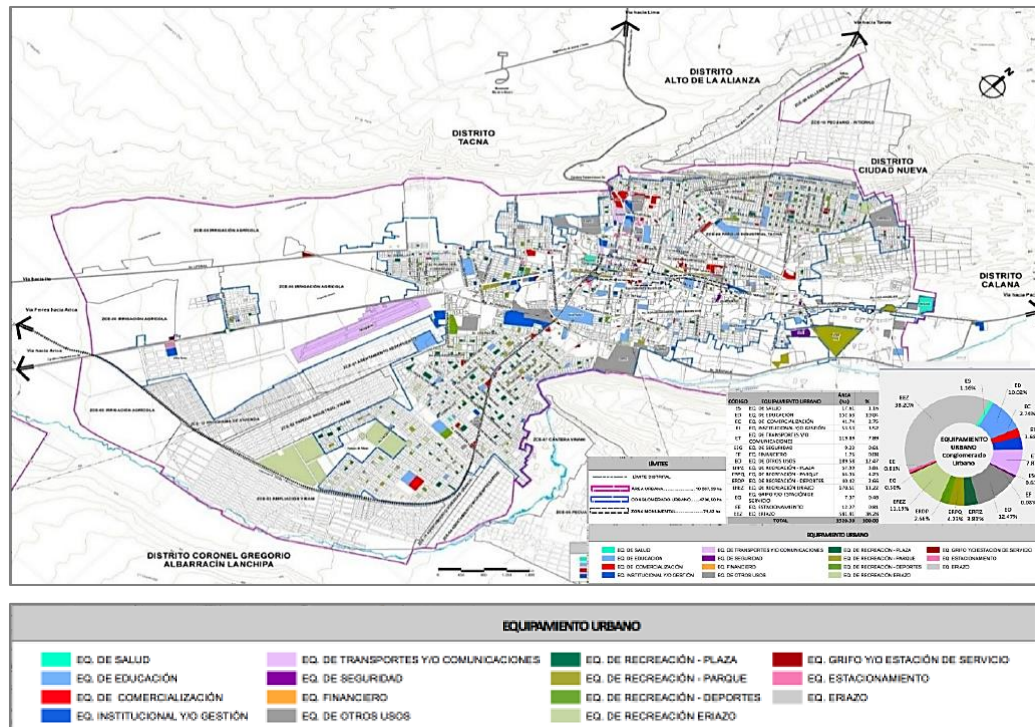
2.3.2.3. Dimensión Urbano Ambiental

a) Equipamientos Existentes

En el conglomerado urbano se encuentran un total de 1 244,31 ha, destinadas a zonas de recreación pública, usos especiales y servicios públicos complementarios.

Del total el 40,25 % (513,35 ha) cuenta solo con asignación de uso de suelo pero no cuentan con infraestructura implementada (la mayor parte del área de equipamiento disponible se ubica en la periferia al aeropuerto cuyo fin se desarrolla en el Plan Maestro del mismo).

Gráfico N° 55
Equipamientos Existentes



Fuente: PDU de la Provincia de Tacna 2015 – 2025.

Como se observa en la imagen superior, Tacna tiene un sistema de equipamientos bastante descentralizado, pudiendo encontrar equipamientos de educación, recreación, salud y demás distribuidos de forma uniforme dentro de la totalidad del conglomerado urbano.

En el cuadro inferior se logra apreciar que destacan las áreas destinadas a equipamientos:

Tabla N° 21
Equipamientos Existentes según el uso de suelo.

Uso de Suelo	Uso Específico	Área (ha)	Porcentaje
Comercial (C)	Comercialización	41,74	2,75%
Zona de Recreación Pública (ZRP)	Recreativo Deportes	40,42	2,66%
	Recreativo Parque	64,36	4,23%
	Recreativo Plaza	57,99	3,81%
Usos Especiales (OU)	Estacionamiento	12,27	0,81%
	Financiero	1,26	0,08%
	Grifo / Estación de Servicio	7,37	0,48%
	Institucional	53,53	3,52%
	Otros Usos	189,58	12,47%
	Seguridad	9,23	0,61%
	Transportes y Comunicaciones	119,89	7,89%
Servicios Públicos Complementarios	Educación	152,63	10,04%
	Salud	17,61	1,16%
Terreno Vacante	Equipamiento Eriazo	581,91	38,28%
	Recreativo Eriazo	170,51	11,22%
Total de Usos		1520,30	100,00%
Total Conglomerado Urbano		4700,50	100,00%

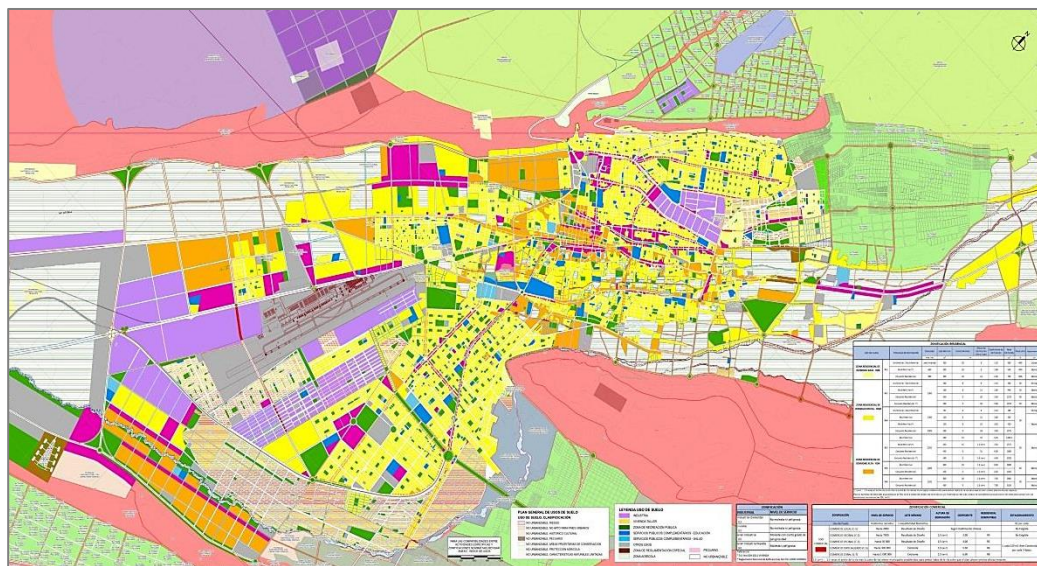
Fuente: PDU de la Provincia de Tacna 2015 – 2025.

b) Equipamientos propuestos en el plan de desarrollo urbano provincia de Tacna 2015 - 2025

La población urbana de la ciudad actualmente es de 271 826 habitantes y se estima un crecimiento dentro de los horizontes del plan de 67 531 habitantes logrando al 2024 un total de 339 357 hab.

El plan ha desarrollado acciones y coordinaciones con las entidades pertinentes, con la finalidad de recoger los aspectos más controversiales referidos a la infraestructura y la localización de equipamientos como hospitales, parques urbanos y otros, que influyen en el planeamiento urbano de la ciudad

Gráfico N° 56
Equipamientos propuestos PDU Tacna 2015 - 2025



LEYENDA USO DE SUELO

 INDUSTRIA	 VIVIENDA TALLER
 ZONA DE RECREACIÓN PÚBLICA	 SERVICIOS PÚBLICOS COMPLEMENTARIOS - EDUCACIÓN
 SERVICIOS PÚBLICOS COMPLEMENTARIOS - SALUD	 OTROS USOS
 ZONA DE REGLAMENTACIÓN ESPECIAL	 PECUARIO
 ZONA AGRÍCOLA	 NO URBANIZABLE

Fuente: PDU de la Provincia de Tacna 2015 – 2025.

Terrenos Vacantes destinados a Equipamiento Urbano

Sin embargo, el aparente desarrollo del equipamiento urbano en la ciudad, es contrastado con 752,42 ha destinadas a diversos equipamientos (sobre todo al crecimiento y desarrollo del aeropuerto) que por diversas razones no han logrado consolidarse ni ejecutarse, entre los cuales podríamos encontrar el mercado mayorista de la ciudad, el terminal de carga, el hospital de nivel regional, los parques zonales de Viñani, la nueva estación ferroviaria, etc. (ver plano de usos de suelo)

c) Análisis de equipamiento Geriátrico actual

La ciudad de Tacna posee una oferta de establecimientos de servicios; de carácter turísticos eventuales, mas no se registran centros de residencia geriátrica privada consolidados.

Sin embargo se cuenta con el denominado Hogar Geriátrico San Pedro, cuya misión es Brindar una atención integral permanente con calidad eficiencia, promoviendo el desarrollo del adulto mayor en situación de pobreza y riesgo social.

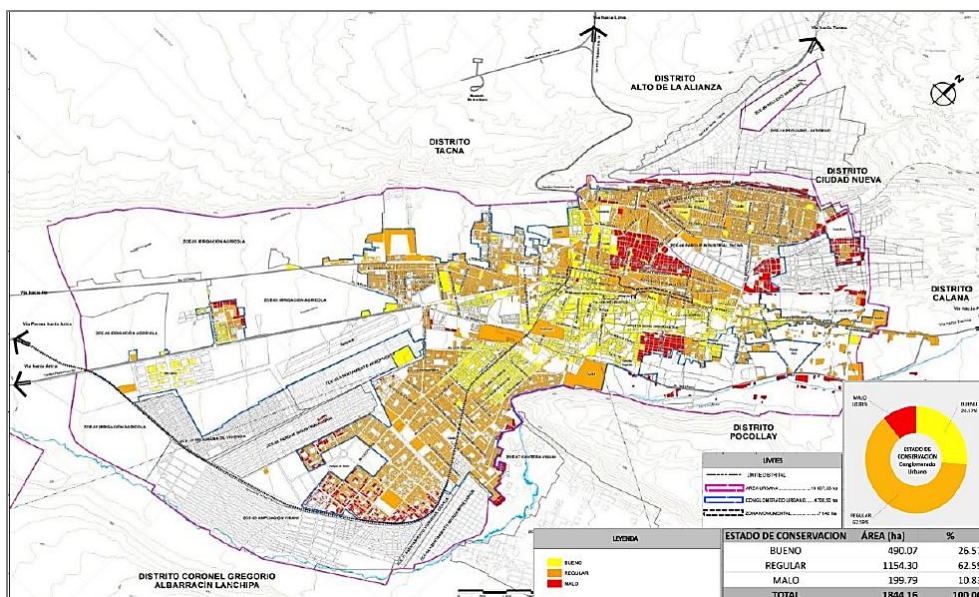
Entre los servicios que brinda el hogar geriátrico San Pedro realizan las siguientes actividades que realizan los adultos mayores de acuerdo a su estado emocional y locomotora son las siguientes:

- Fisioterapias
- Recreación Y El Adecuado Uso Del Tiempo Libre De Adulto Mayor
- Soporte Emocional

d) Estado de Conservación

Encontramos el estado de conservación de las edificaciones de equipamiento, siendo los barrios conformados en su mayoría por bloques de concreto los sectores en mal estado de conservación.

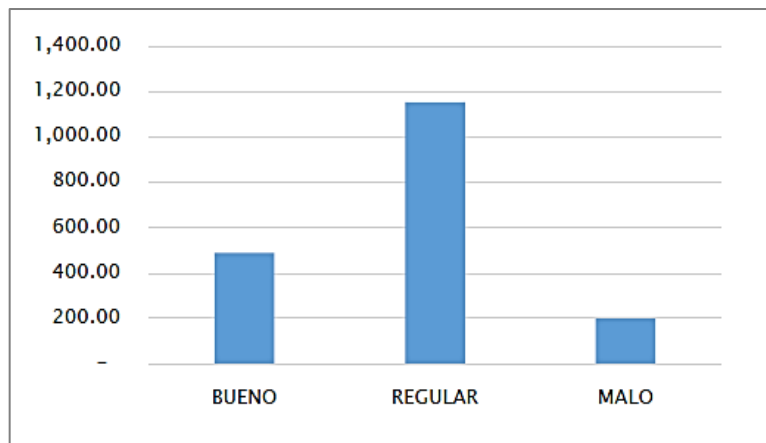
Gráfico N° 57
Estado de Conservación PDU Tacna 2015 - 2025



Fuente: PDU de la Provincia de Tacna 2015 – 2025.

El estado de conservación es regular con un 62,59%, seguido del estado de conservación malo con un 10,83% y un 26,57%, en estado de conservación bueno. Algunas de las zonas donde se han encontrado estado de conservación regular se deben principalmente a que fueron afectadas por el sismo del 23 de Junio del 2001, y a esto se suma, la zona donde han sido construidas.

Tabla N° 22
Estado de Conservación de la infraestructura.



Fuente: PDU de la Provincia de Tacna 2015 – 2025.

En el caso del equipamiento geriátrico en la provincia de Tacna el estado de conservación es regular al no estar consolidado debido a los limitados recursos de los que dispone.

2.4. Antecedentes Normativos

Se tomara en cuenta diversas normas, reglamentos y leyes, que nos ayudaran a solucionar problemas de diseño y criterio en el proyecto arquitectónico siendo las siguientes:

2.4.1. Reglamento Nacional De Edificaciones

Reglamento Nacional de Edificaciones (RNE); donde se contemplan las medidas mínimas para desarrollar el proyecto arquitectónico, donde se tendrá en cuenta la Norma A.020 Vivienda; la Norma A.050 Salud y la Norma A.120 Accesibilidad para personas con discapacidad.

a) Norma A.120**Accesibilidad para Personas con Discapacidad.**

Artículo 4.- Se deberán crear ambientes y rutas accesibles que permitan el desplazamiento y la atención de las personas con discapacidad, en las mismas condiciones que el público en general. Las disposiciones de esta Norma se aplican para dichos ambientes y rutas accesibles.

Artículo 5.- En las áreas de acceso a las edificaciones deberá cumplirse lo siguiente:

- a. Los pisos de los accesos deberán estar fijos y tener una superficie con materiales antideslizantes.
- b. Los pasos y contrapasos de las gradas de escaleras, tendrán dimensiones uniformes.
- c. El radio del redondeo de los cantos de las gradas no será mayor de 13mm.
- d. Los cambios de nivel hasta de 6mm, pueden ser verticales y sin tratamiento de bordes;
- e. entre 6mm y 13mm deberán ser biselados, con una pendiente no mayor de 1:2, y los superiores a 13mm deberán ser resueltos mediante rampas.
- f. Las rejillas de ventilación de ambientes bajo el piso y que se encuentren al nivel de tránsito de las personas, deberán resolverse con materiales cuyo espaciamiento impida el paso de una esfera de 15 mm.
- g. Los pisos con alfombras deberán ser fijos, confinados entre paredes y/o con platinas en sus bordes.

Artículo 6.- En los ingresos y circulaciones de uso público deberá cumplirse lo siguiente:

- a. El ingreso a la edificación deberá ser accesible desde la acera correspondiente. En caso de existir diferencia de nivel, además de la escalera de acceso debe existir una rampa.
- b. b) En las edificaciones nuevas, el ingreso principal será necesariamente accesible, entendiéndose como tal al utilizado por el público en general. En las edificaciones existentes cuyas instalaciones se adapten a la presente Norma, por lo menos uno de sus ingresos deberá ser accesible.
- c. Los pasadizos de ancho menor a 1.50 m deberán contar con espacios de giro de una silla de ruedas de 1.50 m x 1.50 m, cada 25 m. En pasadizos con longitudes menores debe existir un espacio de giro. Artículo 7.- Las circulaciones de uso público deberán permitir el tránsito de personas en sillas de ruedas.

Artículo 8.- Las dimensiones y características de puertas y mamparas deberán cumplir lo siguiente:

- a. El ancho mínimo del vano con una hoja de puerta será de 0.90 mts.
- b. De utilizarse puertas giratorias o similares, deberá preverse otra que permita el acceso de las personas en sillas de ruedas.
- c. El espacio libre mínimo entre dos puertas batientes consecutivas abiertas será de 1.20m.

Artículo 9.- Las condiciones de diseño de rampas son las siguientes:

- a. El ancho libre mínimo de una rampa será de 90cm. entre los muros que la limitan y deberá mantener los siguientes rangos de pendientes máximas:
Diferencias de nivel de hasta 0.25 mts. 12% de pendiente

Diferencias de nivel de 0.26 hasta 0.75 mts 10% de pendiente

Diferencias de nivel de 0.76 hasta 1.20 mts 8% de pendiente

Diferencias de nivel de 1.21 hasta 1.80 mts 6% de pendiente

Diferencias de nivel de 1.81 hasta 2.00 mts 4% de pendiente

Diferencias de nivel mayores 2% de pendiente

- b. b) Los descansos entre tramos de rampa consecutivos, y los espacios horizontales de llegada, tendrán una longitud mínima de 1.20m medida sobre el eje de la rampa.
- c. c) En el caso de tramos paralelos, el descanso abarcará ambos tramos más el ojo o muro intermedio, y su profundidad mínima será de 1.20m.

Artículo 10.- Las rampas de longitud mayor de 3.00m, así como las escaleras, deberán tener parapetos o barandas en los lados libres y pasamanos en los lados confinados por paredes y deberán cumplir lo siguiente:

- a. Los pasamanos de las rampas y escaleras, ya sean sobre parapetos o barandas, o adosados a paredes, estarán a una altura de 80 cm., medida verticalmente desde la rampa o el borde de los pasos, según sea el caso.
- b. La sección de los pasamanos será uniforme y permitirá una fácil y segura sujeción; debiendo los pasamanos adosados a paredes mantener una separación mínima de 3.5 cm. con la superficie de las mismas.
- c. Los pasamanos serán continuos, incluyendo los descansos intermedios, interrumpidos en caso de accesos o puertas y se prolongarán horizontalmente sobre los planos horizontales de arranque y entrega, y sobre los descansos, salvo el caso de los tramos de pasamanos adyacentes al ojo de la escalera que podrán mantener continuidad.

- d. Los bordes de un piso transitable, abiertos o vidriados hacia un plano inferior con una diferencia de nivel mayor de 30 cm., deberán estar provistos de parapetos o barandas de seguridad con una altura no menor de 80 cm. Las barandas llevarán un elemento corrido horizontal de protección a 15 cm. sobre el nivel del piso, o un sardinel de la misma dimensión.

Artículo 11.- Los ascensores deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- a. Las dimensiones interiores mínimas de la cabina del ascensor serán: 1.50m de ancho y 1.40m de profundidad.
- b. Los pasamanos estarán a una altura de 80cm; tendrán una sección uniforme que permita una fácil y segura sujeción, y estarán separados por lo menos 5cm de la cara interior de la cabina.
- c. Las botoneras se ubicarán en cualquiera de las caras laterales de la cabina, entre 90cm y 1.35m de altura. Todas las indicaciones de las botoneras deberán tener su equivalente en Braille.
- d. Las puertas de la cabina y del piso deben ser automáticas, y de un ancho mínimo de 90cm. con sensor de paso. Delante de las puertas deberá existir un espacio que permita el giro de una persona en silla de ruedas.
- e. Señales audibles deben ser ubicadas en los lugares de llamada para indicar cuando el elevador se encuentra en el piso de llamada.

Artículo 12.- El mobiliario de las zonas de atención cumplirá con los siguientes requisitos:

- a. Se habilitará por lo menos una ventanilla de atención al público con un ancho de 80 cm. y una altura máxima de 80cm.
- b. Los asientos para espera tendrán una altura no mayor de 45cm y una profundidad no menor a 50 cm.
- c. Los interruptores y timbres de llamada, deberán estar a una altura máxima de 1.35 mts.
- d. Se deberán incorporar señales visuales luminosas al sistema de alarma de la edificación.

Artículo 13.- Los teléfonos públicos deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- a. El 10 % de los teléfonos públicos o al menos uno de cada batería de cuatro, debe ser accesible. La altura al elemento manipulable más alto deberá estar ubicado a 1.30 mts.
- b. Los teléfonos accesibles permitirán la conexión de audífonos personales y contarán con controles capaces de proporcionar un aumento de volumen de entre 12 y 18 decibeles por encima del volumen normal.
- c. El cable que va desde el aparato telefónico hasta el auricular de mano deberá tener por lo menos 75cm de largo.
- d. Delante de los teléfonos colgados en las paredes deberá existir un espacio libre de 75cm de ancho por 1.20 m de profundidad, que permita la aproximación frontal o paralela al teléfono de una persona en silla de ruedas.

Artículo 14.- En las edificaciones cuyo número de ocupantes demande servicios higiénicos en los que se requiera un número de aparatos igual o mayor a tres, deberá existir al menos un aparato de cada tipo para personas con discapacidad, el mismo que deberá cumplir con los siguientes requisitos:

a. Lavatorios

- Los lavatorios deben instalarse adosados a la pared o empotrados en un tablero individualmente.
- El distanciamiento entre lavatorios será de 90cm entre ejes.
- Deberá existir un espacio libre de 75cm x 1.20 m al frente del lavatorio para permitir la aproximación de una persona en silla de ruedas.
- Se instalará con el borde externo superior o, de ser empotrado, con la superficie superior del tablero a 85cm del suelo.
- El espacio inferior quedará libre de obstáculos, con excepción del desagüe, y tendrá una altura de 75cm desde el piso hasta el borde inferior del mandil o fondo del tablero de ser el caso. La trampa del desagüe se instalará lo más cerca al fondo del lavatorio que permita su instalación, y el tubo de bajada será empotrado. No deberá existir ninguna superficie abrasiva ni aristas filosas debajo del lavatorio.
- Se instalará grifería con comando electrónico o mecánica de botón, con mecanismo de cierre automático que permita que el caño permanezca abierto, por lo menos, 10 segundos. En su defecto, la grifería podrá ser de aleta.

b. Inodoros

- El cubículo para inodoro tendrá dimensiones mínimas de 1.50m por 2m, con una puerta de ancho no menor de 90cm y barras de apoyo tubulares adecuadamente instaladas.
- Los inodoros se instalarán con la tapa del asiento entre 45 y 50cm sobre el nivel del piso.
- La papelera deberá ubicarse de modo que permita su fácil uso. No deberá utilizarse dispensadores que controlen el suministro.

c. Urinarios

- Los urinarios serán del tipo pesebre o colgados de la pared. Estarán provistos de un borde proyectado hacia el frente a no más de 40 cm de altura sobre el piso.
- Deberá existir un espacio libre de 75cm por 1.20m al frente del urinario para permitir la aproximación de una persona en silla de ruedas.
- Deberán instalarse barras de apoyos tubulares verticales, en ambos lados del urinario y a 30cm de su eje, fijados en la pared posterior.
- Se podrán instalar separadores, siempre que el espacio libre entre ellos sea mayor de 75 cm.

d. Accesorios

- Los toalleros, jaboneras, papeleras y secadores de mano deberán colocarse a una altura entre 50 cm. y 1m.
- Las barras de apoyo, en general, deberán ser antideslizantes, tener un diámetro exterior entre 3cm y 4cm., y estar separadas de la pared por una distancia entre 3.5cm y 4cm.
- Las barras de apoyo, asientos y cualquier otro accesorio, así como la superficie de las paredes adyacentes, deberán estar libres de elementos abrasivos y/o filosos.
- Se colocarán ganchos de 12cm de longitud para colgar muletas, a 1.60m de altura, en ambos lados de los lavatorios y urinarios, así como en los cubículos de inodoros y en las paredes adyacentes a las tinas y duchas.
- Los espejos se instalarán en la parte superior de los lavatorios a una altura no mayor de 1m del piso y con una inclinación de 10°. No se permitirá la colocación de espejos en otros lugares.

Artículo 15.- Los estacionamientos de uso público deberán cumplir las siguientes condiciones:

- a. Se reservará espacios de estacionamiento para los vehículos que transportan o son conducidos por personas con discapacidad, en proporción a la cantidad total de espacios dentro del predio, de acuerdo con el siguiente cuadro:
 - De 0 a 5 estacionamientos ninguno
 - De 6 a 20 estacionamientos 01
 - De 21 a 50 estacionamientos 02
 - De 51 a 400 estacionamientos 02 por cada 50
 - Más de 400 estacionamientos 16 más 1 por cada 100 adicionales
- b. Los estacionamientos accesibles se ubicarán lo más cerca que sea posible a algún ingreso accesible a la edificación, de preferencia en el mismo nivel que éste; debiendo acondicionarse una ruta accesible entre dichos espacios e ingreso. De desarrollarse la ruta accesible al frente de espacios de estacionamiento, se deberá prever la colocación de topes para las llantas, con el fin de que los vehículos, al estacionarse, no invadan esa ruta.
- c. Las dimensiones mínimas de los espacios de estacionamiento accesibles, serán de 3.80 m x 5.00 m.
- d. Los espacios de estacionamiento accesibles estarán identificados mediante avisos individuales en el piso y, además, un aviso adicional soportado por poste o colgado, según sea el caso, que permita identificar, a distancia, la zona de estacionamientos accesibles.

2.4.2. Resolución Ministerial N°1379-78-VC-3500 del 21/08/78; NTE. A-060 Aprueba las siguientes Normas. Técnicas de Edificación con los Códigos y nombres que se indican:

- U.- 190 "Adecuación Urbanística para Limitados Físicos".
- E - 060 "Adecuación Arquitectónica para Limitados Físicos"

a) NTE. U. 190.- Adecuación Urbanística para limitados físicos

1. Objeto

El objeto de esta norma es establecer requisitos mínimos de diseño en obras urbanas con el fin de que puedan ser utilizadas adecuadamente por personas limitadas.

2. Alcances

Esta norma será de aplicación obligatoria en toda construcción o remodelación de obras urbanas que se realicen en el Territorio Nacional.

3. Requisitos de Diseño

3.1.- En las esquinas e intersecciones de vías en donde exista cruce peatonal a nivel, las veredas deberán salvar su desnivel con el de las pistas mediante rampas, interrumpiendo las bermas laterales centrales y sardineles; o cuando no existieran éstos, dentro de la vereda misma, en ningún caso ocupando la pista.

3.2.- Las veredas con pendientes menores a 10%, deberán salvar su desnivel por medio de planos inclinados o planos horizontales y rampas.

En caso de optarse por soluciones mediante planos inclinados, éstos deberán tener descansos de 1.20 M. de largo mínimo cada desarrollo vertical de 1.50 m. o cada 50 m. de longitud.

3.3.- No se permitirán avisos, toldos y otros elementos salientes sobre la vereda a una altura menor de 2.20 m. ni la ubicación errática en la misma de postes, árboles, buzones, grifos u otros elementos que puedan ocasionar accidentes personales, los cuales deberán estar confinados a los bordes de la vereda o estarán provistos de algún medio de aviso o protección.

NTE. A. 060.- Adecuación Arquitectónica para limitados físicos

1. Objeto

El objeto de esta norma es establecer requisitos mínimos de seguridad y funcionalidad en las edificaciones o partes de ellas que se designen expresamente, regulando y controlando su diseño, construcción y mantenimiento, con el fin de que las mismas puedan ser utilizadas adecuadamente por personas limitadas.

2. Alcances

Esta norma regirá toda construcción, ampliación, remodelación, o cambio de uso de las edificaciones mencionadas específicamente, que se realicen en todo el territorio nacional.

Su aplicación en las ya existentes será determinada por la autoridad correspondiente.

3. Definiciones

3.1 Área de uso general.- Toda área o ambiente a la que, el público tenga necesidad de acceso en las edificaciones.

Incluye salas de ingreso, salas y oficinas de atención pública, salas de reuniones, baños y otros ambientes,

así como los medios de circulación que sirven y comunican tales áreas.

3.2 Barreras Arquitectónicas.- Impedimentos que presentan determinadas obras urbanísticas y; .edificaciones que imposibilitan su utilización total o parcial al limitado, o atentan contra su seguridad física y bienestar.

3.3 Limitado.- Persona que en forma congénita, o adquirida, permanentemente o temporal, sufre deficiencia en sus facultades motrices, sensoriales, mentales o de otra naturaleza y que se encuentra apta para realizar actividades cotidianas en forma limitada, a veces con la ayuda de silla de ruedas, aparatos protéticos, artéticos u otros aditamentos.

Incluye a la persona de edad avanzada, así como la que sufre defectos circulatorios, respiratorios u otro estado patológico.

3.4.-Símbolo de Acceso.- Diseño adoptado internacionalmente y utilizado para señalar edificaciones y facilidades que permitan su uso o sean accesibles a los limitados (Ver gráfico I).

4. Requisitos de Accesibilidad, Circulaciones Y Seguridad

4.1. Ingresos.- La puerta de ingreso principal u otra complementaria deberá ser fácilmente accesible a nivel de la vereda correspondiente, o provista de rampa cuando el ambiente de ingreso se halle a desnivel con dicha vereda.

4.2. Rampas

4.2.1 Cuando exista desnivel entre dos áreas de uso público, adyacente y funcionalmente

relacionadas, éstas deberán estar comunicadas entre sí mediante una rampa, siendo opcional cuando exista ascensor o montacarga que tenga la misma función.

4.2.2. La pendiente de la rampa no debe ser mayor a 10%.

4.2.3. El ancho libre será de 0.90 m. como mínimo.

4.2.4. El largo de los tramos no deberá exceder de 15 m.

4.2.5. Las llegadas serán de 1.50 m. de largo mínimo y por lo menos de igual ancho libre al de la rampa. En los casos en que la circulación requiera un giro de 90°, dicha, llegada será de 1.50. m. de ancho libre como mínimo.

4.2.6 Toda rampa cuya longitud sea mayor de 130 m. llevará por lo menos una baranda o pasamano.

4.2.7 La rampa será de construcción segura y de materiales resistentes, 1a superficie de la misma, dura y antideslizante

4.2.8 Los pasamanos de las rampas serán continuos en toda la extensión del desarrollo, prolongándose sobre cada llegada o descanso 0.45 m. horizontalmente.

Los extremos serán curvados, fijados a parantes o provistos de terminales de seguridad.

4.2.9 La altura del pasamano será de 0.80 m. a 0.90 m., deberá estar firmemente asegurado.

En caso de encontrarse adyacente a un muro deberá mantener una luz de 5 cm. por lo menos con la superficie del mismo.

4.2.10 La sección de los pasamanos deberá ser tal que se amolde a la mano, permitiendo la sujeción fácil y segura.

4.3 Barandas de Seguridad

4.3.1 Los lados expuestos o confinados mediante mamparas de vidrios, de una plataforma o piso transitable que se hallen a 0.60 m o más sobre el nivel del suelo o piso próximo inferior deberán ser protegidos con barandas de seguridad.

4.3.2 La altura de las barandas no será menor de 0.80 m.

4.3.3 En caso de ser caladas y no exista mampara de vidrio, las aberturas de las barandas no permitirán el paso de una esfera de 12 cm. de diámetro.

4.4 Puertas

4.4.1 El ancho libre será de 0.80 m. como mínimo.

4.4.2 En caso de utilizarse puertas giratorias, deberá acondicionarse otra de tipo convencional cercana a ella.

5. Requisitos Especiales en Servicios Higiénicos

5.1 Las puertas de los baños y de los cubículos para inodoros y duchas especiales en baños múltiples, serán de 0.80 m. de ancho libre como mínimo y llevarán en sus caras exteriores el símbolo de acceso en forma clara y visible. Las puertas de los cubículos de inodoros y duchas se abrirán hacia fuera.

5.2 Las dimensiones mínimas de los espacios interiores de baños y cubículos serán las establecidas en los gráficos adjuntos.

5.3 Deberá proveerse algún medio de apoyo a sujeción en inodoros y duchas que permitan su utilización en forma segura.

5.4 El lavatorio no deberá tener en su parte inferior, elementos u obstáculos además de la tubería correspondiente.

6. Aplicación De la Norma en Edificaciones

6.1 Grupo 1. Administración y Comercio.

6.1.1 Tipo de Locales:

- Edificios del gobierno central, regional o local.
- Edificios de tipo Institucional.
- Locales de servicios públicos en general.
- Edificios de la banca, crédito, cooperativas, asociaciones, etc.
- Edificios comerciales (Oficinas) que cuenten con la instalación de ascensor.
- Locales comerciales con áreas de venta mayores a 600 m².
- Terminales de transporte.

6.1.2 Requisitos que deberán cumplir:

- Las áreas de uso general cumplirán los requisitos de accesibilidad, circulación y seguridad (numeral 4).
- De existir baños públicos, éstos y por lo menos un inodoro y un lavatorio cumplirán con lo indicado en el numeral 5.

6.2 Grupo 2. Centros de Reunión

6.2.1 Tipo de locales:

- Cines, teatros, auditorios, iglesias y locales con capacidad superior a 500 asistentes.
- Museos y locales públicos de exposición y exhibición con capacidad mayor a 300 asistentes.

6.2.2 Se dispondrán espacios para espectadores con sillas de ruedas en un número igual al 0.5% total de localidades. El acceso a estos espacios cumplirá lo establecido en el numeral 4, y los espacios se ubicarán en zonas cercanas a las salidas.

- En los baños de uso público por lo menos un inodoro y un lavatorio en cada baño, cumplirán con lo indicado en el numeral 5.

6.3 Grupo 3. Hospedaje

6.3.1 Tipos de locales:

- Locales de hospedaje transitorio, hoteles, hostales y similares con capacidad superior a 30 habitaciones.

6.3.2 Requisitos que deberán cumplir:

- Las normas del sector correspondiente.
- Las áreas de uso general, cumplirán con el numeral 4.
- El 1% de las habitaciones y por lo menos una deberá contar con baño que reúna los requisitos del numeral 5.

6.4 Grupo 4. Educación

6.4.1 Tipo de locales:

- Centros educativos CEI, CEB, ESEP, Educación Superior y otros.
- 6.4.2 Requisitos que deberán cumplir:
- Las normas del sector correspondiente áreas y espacios exteriores e interiores que se ubiquen en

un primer nivel, y los servicios complementarios tales como bibliotecas, auditorios, comedores, etc., cumplirán con el requisito del numeral 4.

- Los baños de uso público y por lo menos un inodoro y un lavatorio en cada baño, cumplirán con lo indicado en el numeral 5. En caso de contar con duchas por lo menos una en cada baño cumplirá dichas condiciones.

6.5 Grupo 5. Salud

6. 5. 1 Tipo de locales:

- Hospitales, clínicas, postas médicas y similares.
- Edificios especializados para consultorios.
- Centros de rehabilitación física y similar.
- Hospicios, Hogares públicos, Asilos, etc.

6. 5.2 Requisitos que deberán cumplir:

- Las normas del sector correspondiente.
- Todas las áreas de uso general y aquellas en donde se tenga acceso permanente de pacientes y usuarios, cumplirán los requisitos de accesibilidad, circulación y seguridad.
- Los baños de uso público y por lo menos, un inodoro y un lavatorio en cada baño, cumplirán con todo lo indicado en el numeral 5.
- Los baños en las habitaciones personales, bipersonales o múltiples cumplirán todos los requisitos especiales para servicios higiénicos.

6.6 Grupo 6. Deportes Y Recreación.

6.6. 1. -Tipo de. locales:

- Áreas dedicadas a la práctica de deportes, campos, canchas, piscinas, gimnasios, etc.

- Locales de espectáculos deportivos, estadios, coliseos.
- Locales y áreas de recreación pública, parques, ferias, etc.

6.6.2. -Requisitos que deberán cumplir:

- Las normas del sector correspondiente.
- Cumplirán los requisitos de accesibilidad, circulación y seguridad (numeral 4).
- Dispondrán de áreas para espectadores en sillas de ruedas, en un número igual al 0.5% por las primeras 1,000 localidades más una por cada 1,000 localidades adicionales. El acceso a estas áreas cumplirá lo establecido en el numeral 4.
- Los baños para practicantes y por lo menos un inodoro, una ducha Y un lavatorio en cada baño cumplirán lo indicado en el numeral 5.
- Los baños de uso público más próximo a los espacios para espectadores en sillas de ruedas, y por lo menos un inodoro y un lavatorio en cada baño cumplirán lo indicado en el numeral 5.

2.4.3. Normas Complementarias

a) Norma A.020 Vivienda

Capítulo III: condiciones especiales para personas con discapacidad

Rampas teniendo en cuenta a los discapacitados tendrán un ancho de 1.20m con bordes laterales de 0.05m de altura; además de pasamanos a diferentes alturas a 75 y 90 cm y separados 0.05 m de la pared, longitud no mayor a 6 metros (si pasa el descanso

será de 1.5*1.8) y pendiente no mayor a 8.33%, Piso firme, uniforme y antideslizante.

Escaleras de 1.20m con pasamanos a 75 y 90 cm Puerta del ascensor mínimo de 1 m, los controles de llamada a 1.20 y los interiores 1.40m además de barandas interiores Circulación 1.5 mínimo Vestidores para pacientes con discapacidad deberán tener las siguientes medidas: 1.80*1.80m puerta 1m de ancho mínimo barras de apoyo horizontales y verticales a 1.50m

Duchas de 1.10*1.10 con barras de apoyo de 80 a 1.50 cm de altura, el inodoro tendrá 1.10 de ancho.

Estacionamiento cada 25 y con medidas de 5*3.80 m

b) Norma A.080 Oficinas

Iluminación natural o artificial al igual que la ventilación sii es ventilación natural el vano deberá ser superior al 10% del área a ventilar. Altura mínima 2.40 Distancia entre servicios no mayor a 40m

c) Norma A.090 Servicios Comunales

Plantas mayores a 500m² y con tres pisos a más deberán contar con escalera de emergencia. Salidas de emergencia, pasajes de circulación, ascensores y ancho y números de escaleras será de 6m² por personas (asilos)

2.4.4. Leyes de Referencia

- a) **LEY N° 28683 Que modifica la Ley N° 27408, Ley que establece la atención preferente a las mujeres embarazadas, las niñas, niños, los adultos mayores, en lugares de atención al público.**

Dispónese que en los lugares de atención al público las mujeres embarazadas, las niñas, niños, las personas adultas mayores y con discapacidad, deben ser atendidas y atendidos preferentemente. Asimismo, los servicios y establecimientos de uso público de carácter estatal o privado deben implementar medidas para facilitar el uso y/o acceso adecuado para las mismas.

Ley que establece la atención preferente a las mujeres embarazadas, las niñas, niños, los **adultos mayores**, en lugares de atención al público, los que quedan redactados con el siguiente texto:

Obligaciones

Las entidades públicas y privadas de uso público deben:

1. Consignar en lugar visible de fácil acceso y con caracteres legibles el texto de la presente Ley.
2. Emitir directivas para el adecuado cumplimiento de la Ley, las que deben ser publicadas en su portal electrónico.
3. Adecuar su infraestructura arquitectónica cuando corresponda.
4. Capacitar al personal de atención al público.
5. Exonerar de turnos o cualquier otro mecanismo de espera a los beneficiarios de la presente Ley.
6. Implementar un mecanismo de presentación de quejas contra funcionarios públicos, servidores o empleados, que

incumplan su obligación de otorgar atención preferente. Así como llevar un registro de control de las sanciones que impongan, las cuales deben poner en conocimiento de la municipalidad correspondiente.

7. Otras que establezca el reglamento.

Vida digna

Programas de educación y capacitación que le permitan seguir siendo productivos.

La protección contra toda forma de explotación y respeto a su integridad física y psicoemocional.

Por otro lado, este centro busca incentivar a los adultos autovalentes a generarse ingresos ellos mismos, sintiéndose útiles con lo aprendido en el centro. La Dirección de Personas Adultas Mayores del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MINDES), en coordinación con las municipalidades y los demás organismos de la Administración Pública, desarrollan programas de educación dirigidos a capacitar a las personas adultas mayores en actividades laborales y culturales de manera que puedan obtener empleos y formar microempresas caseras, que los beneficien económicamente y les generen satisfacción personal; estas entidades serían el respaldo para lograr el objetivo del centro.

Según el artículo 14 se va a buscar dar asistencia social a personas en caso de situación de riesgo o indigencia, ingresando al centro sólo si no cuentan con las condiciones y/o recursos económicos y que se encuentren en estado de abandono.

b) Otras Publicaciones**Requisitos mínimos para el funcionamiento de residencias para personas adultas mayores/casas de reposo**

Fueron ejecutadas por la Sociedad de Gerontología y Geriátrica del Perú esta debe contar con la autorización sectorial MINDES y obtener licencia municipal de funcionamiento expedida por el gobierno local.

Se busca garantizar la calidad de los servicios y privacidad de los residentes. Además, se deberá contar como mínimo con los siguientes elementos:

Sala de visitas Señalización escrita o por símbolos que les permita una mejor y seguridad. Si el local tiene más de un piso, deberá contar con un sistema seguro para el traslado de los residentes entre un piso y otro (circulación vertical) que permita el desplazamiento de silla de ruedas o camilla.

Zonas de circulación iluminadas, sin desniveles, con rampas que permitan desplazamiento de silla de ruedas o camilla, Los pasillos deberán tener pasamanos al menos en uno de sus lados. Si el local tiene escaleras, éstas no podrán ser de tipo caracol ni tener peldaños en abanico y deberán tener un ancho que permita el paso de dos personas al mismo tiempo, con pasamanos en ambos lados y peldaños evidenciados, aplicándose en este caso, las disposiciones vigentes en materia de construcción y edificaciones expedidas por el Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento.

Zonas exteriores para recreación: patio, terraza o jardín.

Comedor o comedores suficientes para recibir como mínimo al 50% de los residentes simultáneamente.

2.4.5. Diagnóstico de la Normatividad mencionada.

- a. Se puede concluir que existen varias determinantes al tener en cuenta en la ejecución de un centro gerontológico público para beneficiar al adulto mayor y ofrecerle un envejecimiento activo.
- b. Las consideraciones más importantes a tener en cuenta son el uso de rampas y circulación vertical adecuada para acceder a diferentes niveles, aunque se prefiere el uso de un solo nivel,
- c. Se deben de realizar los espacios de manera universal teniendo en cuenta a los discapacitados, organizar talleres de autoestima, recreación y terapias físicas para evitar enfermedades, buena iluminación y pisos antideslizantes,
- d. Personal administrativo y de servicio entre los cuales las auxiliares de enfermería, cuidadores diurnos y nocturnos tienen que haber cada 20 residentes, áreas libres recreativas, comedor al menos para el 50% de los usuarios, el alojamiento no mayor a cuatro camas,
- e. Además de contar con servicios de asistencia de salud, servicio social, examen médico general anual, examen psicológico anual y lavandería.

CAPITULO III:
PROPUESTA ARQUITECTÓNICA

CAPITULO III: PROPUESTA ARQUITECTÓNICA

3.1. Análisis de Lugar

3.1.1 Aspectos Físicos Ambientales

a) Ubicación Geográfica

El terreno se encuentra ubicado en el distrito de Pocollay, siendo este distrito el ideal para el emplazamiento de este tipo de proyecto, ya que sus características eco - turísticas se enmarcan en el contexto requerido para el desarrollo del mismo.

La zona de estudio se localiza en la zona de expansión agrícola del sector.

Departamento	:	Tacna
Provincia	:	Tacna
Distrito	:	Pocollay
Sector	:	Capanique
Nombre de la vía	:	Calle las Bugamvillas

Gráfico N° 58

Extensión del Terreno



Fuente: Recopilación Propia.

Gráfico N° 59

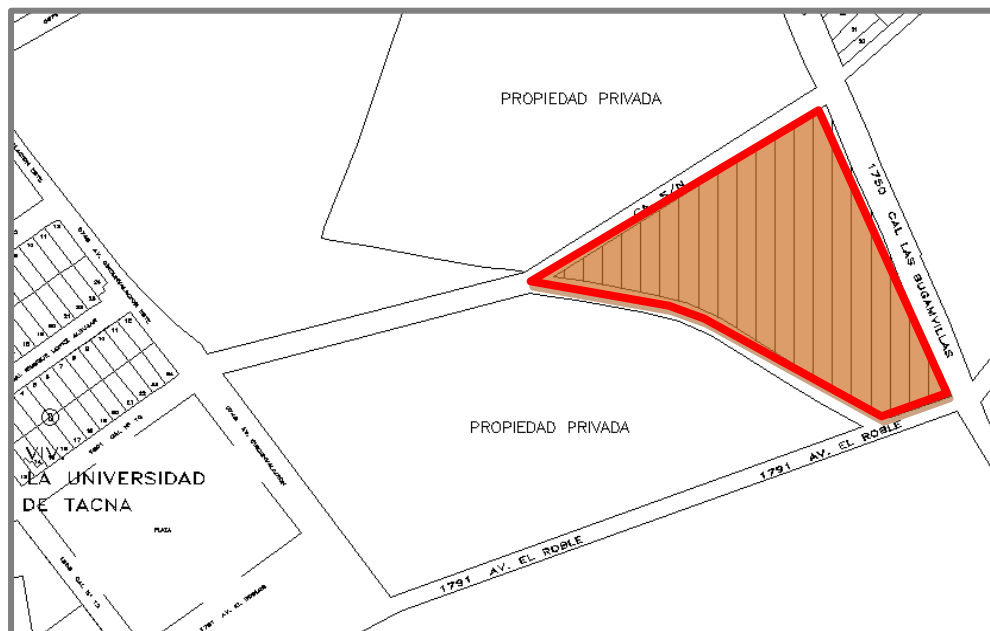
Foto Satelital - Ubicación Geográfica del Terreno



Fuente: Google Earth.

Gráfico N° 60

Ubicación Geográfica del Terreno



Fuente: Elaboración Propia.

El sector en donde se ubica el terreno actualmente se encuentra en un nivel de consolidación urbano-rural, reflejando una paisaje rustico paisajista.

El terreno materia de emplazamiento del proyecto es de propiedad privada, los propietarios son Sr. Franco Tenorio Agapito Santos Sra. Tapia de Franco Julia

Premisa de diseño:

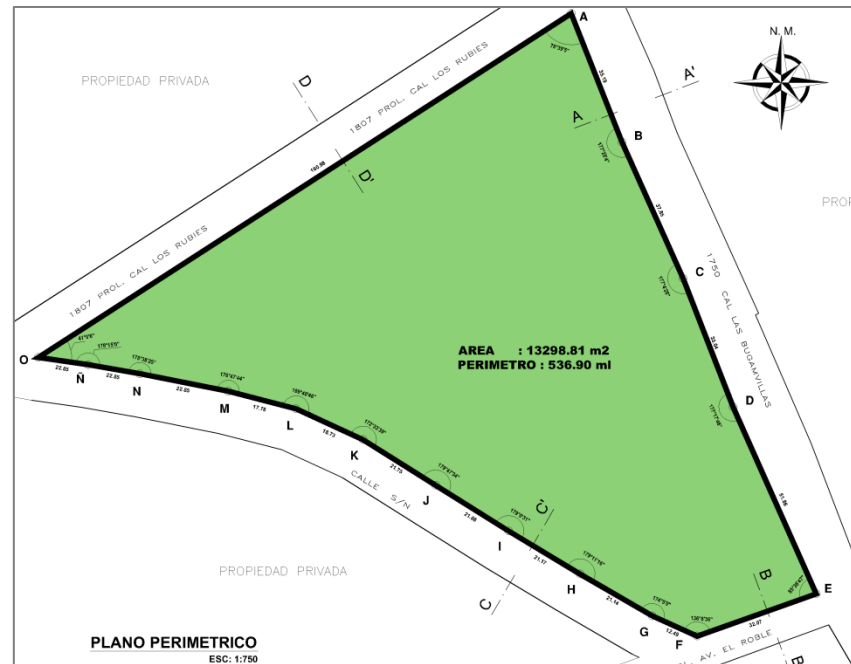
- ✓ Aplicar un diseño arquitectónico con criterios ecológicos (colchones verdes)
- ✓ Utilizar la condición ecológica del terreno debido a la ubicación del predio.

b) Límites

El área del terreno tiene una superficie de 1.32 has (13,298.81 m²) y Perímetro de 536.90 ml sus linderos son los siguientes:

- Por el Frente** : Calle las Bugamvillas, en línea quebrada de 04 tramos de 159.94 m.l. en total.
- Por el Lado Derecho** : Con Prolongación Calle Los Rubíes, en línea recta de 160.98 m.l.
- Por el Lado Izquierdo** : con Prolongación av. Los Robles, en línea recta de 30.07 m.l.
- Por el Fondo** : Con Calle Sin Número, en línea quebrada de 10 tramos de 203.49 m.l. en total.

Gráfico N° 61
Plano Perimétrico



Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico N° 62
Cuadro Técnico de Vértices, Distancias y Coordenadas del Terreno.

CUADRO DATOS TECNICOS

VERTICE	LADO	DISTANCIA	ANG. INTERNO	ESTE (X)	NORTE (Y)
A	A-B	35.19	78°39'5"	371247.2762	8009236.2342
B	B-C	37.85	177°20'4"	371260.1809	8009203.4909
C	C-D	35.04	177°4'28"	371275.6831	8009168.9580
D	D-E	51.86	177°17'46"	371288.3816	8009136.3043
E	E-F	32.07	85°36'47"	371303.9663	8009100.6418
F	F-G	12.49	136°8'36"	371279.2206	8009078.1662
G	G-H	21.14	174°5'0"	371267.8332	8009083.3052
H	H-I	21.17	179°11'16"	371249.5603	8009093.9429
I	I-J	21.88	179°0'31"	371231.4195	8009104.8509
J	J-K	21.75	179°47'34"	371212.8663	8009116.4486
K	K-L	18.73	172°33'39"	371194.4616	8009128.0463
L	L-M	17.78	169°40'46"	371177.4588	8009135.8946
M	M-N	22.85	176°47'44"	371160.2414	8009140.3336
N	N-Ñ	142.62	178°38'25"	371137.8291	8009144.7928
Ñ	Ñ-O	12.78	178°15'0"	371124.7019	8009147.0822
O	O-A	160.98	41°0'6"	371112.0527	8009148.8921

Fuente: Elaboración Propia.

c) Topografía

El terreno es de una forma irregular y su conformación topográfica presenta pendiente mínima suave ondulada en toda su extensión topográfica, lo que no será determinante para la concepción del proyecto.

Premisa de diseño:

- ✓ En el diseño estructural del proyecto se empleara una estructura especial la cual permita contrarrestar la poca capacidad portante que encontramos en el terreno
- ✓ Trabajar el terreno mediante terrazas

d) Edafología

El terreno se puede enmarcar de acuerdo a sus características se puede determinar los criterios para el aprovechamiento de las características edafológicas en el uso urbano³⁵:

Suelo : Limoso

Características : Resistencia aceptable, no instalar sistemas sépticos, no se restringe para la construcción, problemas con la erosión.

Uso recomendable: construcción de densidades medias.

e) Geomorfología

El medio en el cual se encuentra la ciudad de Tacna, presenta un escenario dominado por la morfología de la repisa costanera, formado por planicies y valles desérticos.

³⁵ PLAN DESARROLLO URBANO DE LA CIUDAD DE TACNA 2015 – 2025.

En el marco del terreno materia del proyecto presenta las siguientes características³⁶:

Sistema : Antrópico
 Unidad : Medio Agro Urbano

Según la clasificación dada en el distrito de Pocollay el terreno se clasifica en unidad: optimo, sistema: medio urbano.³⁷

Gráfico N° 63

Plano de Geomorfología del Terreno



LEYENDA:		
COD.	UNIDAD	SISTEMA
UO.	OPTIMO	MEDIO URBANO
UAL.	ALTA	
UME.	MEDIA	
UBA.	BAJA	
UMA.	MALA	
UIH.	INFRAHUMANA	
TB.	BUENA	TERRAZAS ARIDAS
PB.	BUENA	PAMPAS ARIDAS
TA.	BUENA	TALUDES ARIDOS

Fuente: Plan Urbano Distrital de Pocollay 2009 - 2016

³⁶ Municipalidad Provincia de Tacna, Plan Director de la Ciudad de Tacna 2001-2010

³⁷ Plan Urbano Distrital de Pocollay 2009 - 2016

f) Vegetación

La vegetación existente responde a las áreas de cultivo no consolidadas de plántones de hortalizas entre otros. Crear en la propuesta arquitectónica áreas verdes, externas a la infraestructura con arborización protectora de vientos e incidencia excesiva de rayos solares para modificar el clima desértico.

Referido a la flora en el área de estudio, por sus características de suelo, se tiene libertad en la variedad de especies arbóreas a usar. Considerándose lo siguiente:

- ✓ Condiciones climáticas y ecológicas favorables.
- ✓ Acuerdos locales e internacionales para la gestión ambiental de ciudades sostenibles
- ✓ Sistema de agua y desagüe insuficiente.
- ✓ Falta de tratamiento ecológico y áreas verdes urbanas
- ✓ Falta de normatividad ambiental- urbana

Gráfico N° 64

Especies arbóreas a considerar

Vilcas



Ficus



Fuente: Recopilación propia.

Premisa de diseño:

- ✓ Considerar las plantas típicas del distrito
- ✓ Considerar las plantas de mantenimiento rentable
- ✓ Se propondrá un sistema de riego tecnificado para cada sector de áreas verdes en la propuesta.

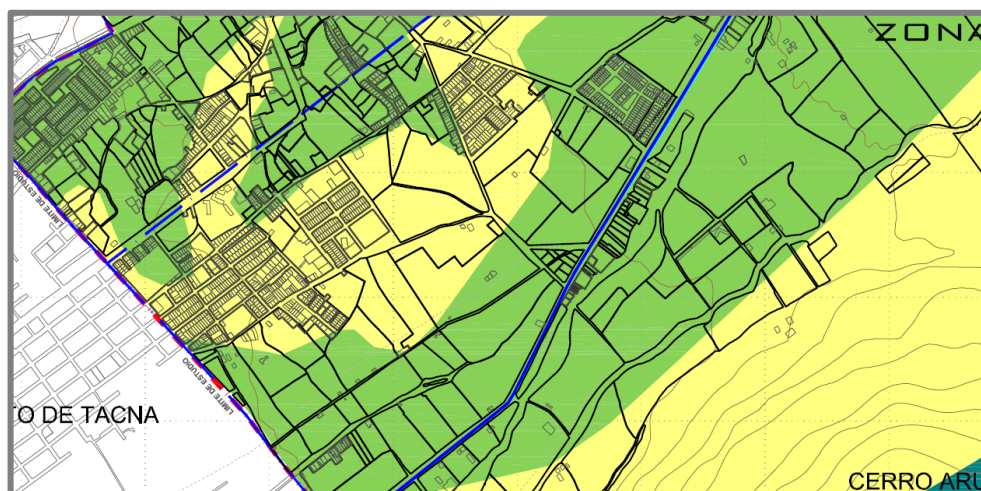
g) Resistencia del Terreno

Respecto a las características mecánicas del suelo, el terreno se encuentra ubicado en una zona geotectónica ZONA I.

Correspondiente a suelos de clasificación arena limosa SM de origen cenizas volcánicas, que poseen valores de microtemores promedio de 0,15 Hz, presiones admisibles del suelo que varían de 2,54 kg/cm² a 2,90 kg/cm²; el potencial de colapso varía de 0,21% a 0,50 %, presenta asentamientos mínimos de 1,50 cm y máximo de 1,52 cm³⁸.





Gráfico N° 65

Plano Geotectónico del Terreno



Fuente: Plan Urbano Distrital de Pocollay 2009 - 2016

³⁸ Plan urbano Distrital de Pocollay 2009 - 2016

LEYENDA:	
	ZONA I T = + 3 KG /CM ²
	ZONA II T = 2.0 A 3.0 KG /CM ²
	ZONA IV T = 1.0 A 1.5 KG /CM ²
	ZONA V T = 0.5 A 1.5 KG /CM ²

h) Morfología del Terreno

El terreno posee una forma regular, que asemeja aun triangulo, con ángulos internos variados, condicionando el trazo y emplazamiento de la edilicia.

Sin embargo permite plantear un recorrido peatonal a lo largo del terreno, diferenciando de forma clara cada una de las zonas del proyecto, así como aprovechar la esquina principal para una fachada imponente.

El lado longitudinal del terreno es hacia la calle las Bugamvillas, siendo así idóneo para puntos focales de conjunto hacia la edificación, en recorrido lineal peatonal se ve dificultado por tan extensa distancia.

Al ser tan extensa la longitud del terreno, la composición dentro del diseño puede desarrollarse de manera desintegrada.

Premisa de diseño:

- ✓ La fachada principal será por la esquina Calle Bugamvillas con Prol. Av. El Roble.

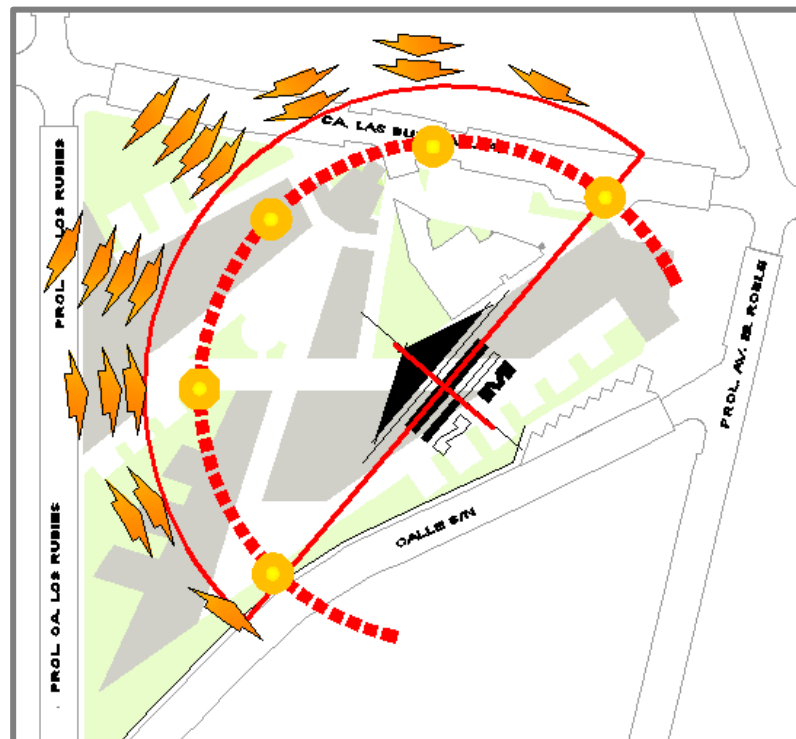
- ✓ Los accesos deben estar estratégicamente ubicados, creando circulaciones limpias y de fácil tránsito
- ✓ Aplicar tratamiento de articulación

i) Iluminación

El distrito de Pocollay es característico de un excelente tiempo climatológico a lo largo del año, el asoleamiento en una ventaja determinada, y la forma del terreno permite tener gran exposición solar a lo largo de toda la infraestructura.

Gráfico N° 66

Esquema de incidencia de iluminación en el terreno.



Fuente: Elaboración Propia.

De estar correctamente ubicado los vanos, se podrá ahorrar cuantitativamente en energía eléctrica, priorizando la iluminación natural.

Los niveles de radiación solar en el distrito de Pocollay son altos, ya que el departamento de Tacna se ubica en el Sur del Perú, y es en este sector en donde la Capa de Ozono está gravemente debilitada.

Distintas enfermedades dermatológicas, así como en deterioro de elementos expuestos al sol.

Gráfico N° 67

Soluciones para evitar el deslumbramiento



Fuente: <http://www.energysa.es>

Premisa de diseño:

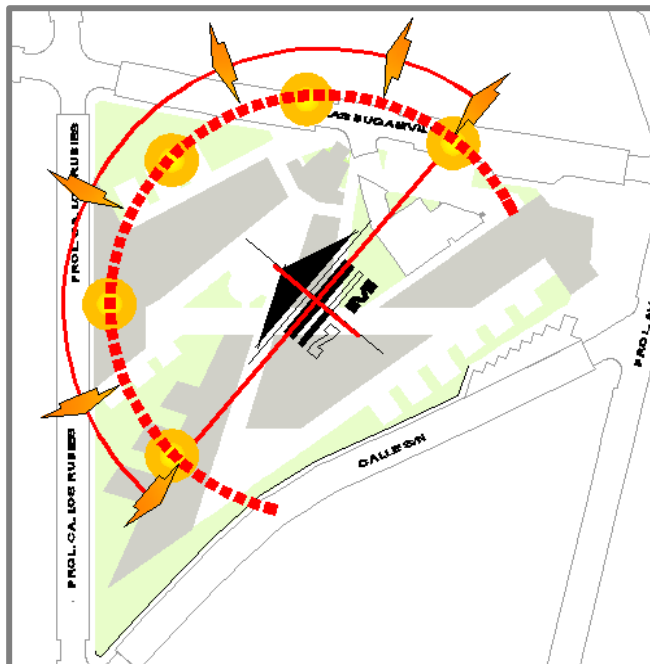
- ✓ La mayor cantidad de vanos deben estar orientados de E-O o dentro del rango.
- ✓ Aplicar elementos de control solar.
- ✓ Para uniformizar la incidencia de la luz y no crear el deslumbramiento se utilizarán vidrios tintados o láminas de control solar, etc.
- ✓ Se utilizarán persianas para controlar la fuente de luz natural en áreas de poco de luz como los archivos, servicios y pasillos.

j) Asoleamiento

En Arquitectura se habla de asoleamiento o soleamiento cuando se trate de la necesidad de permitir el ingreso del sol en ambientes interiores o espacios exteriores donde se busque alcanzar el confort higrotérmico.

Gráfico N° 68

Recorrido de asoleamiento



Fuente: Elaboración Propia.

El calentamiento global ha aumentado en los últimos años por lo que las temperaturas medias son:

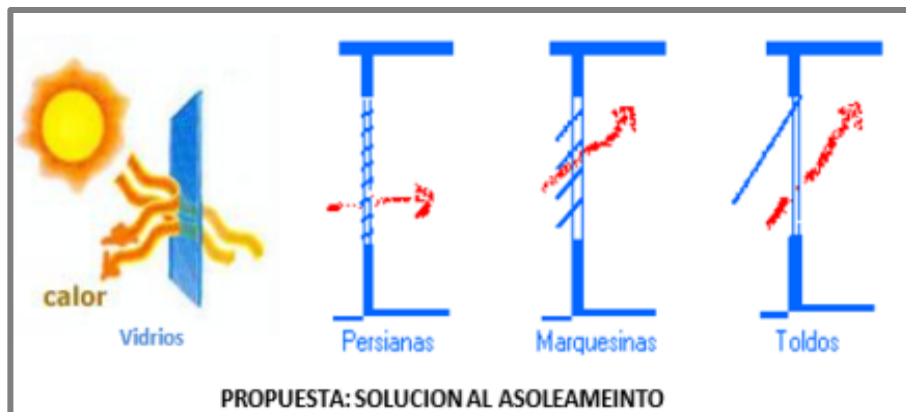
- ✓ La máxima de 27.2°C en verano (Febrero)
- ✓ La mínima de 9.5°C en invierno (Julio) Tal como lo señalan los registros de la Estación Climática– Tacna en el año 2007

Protección Solar para Ventanas:

Los Vidrios Reflectantes: Los vidrios con tratamientos que evitan la entrada de la radiación solar. Su protección es permanente, con lo cual en invierno no dejan entrar la radiación y por tanto no permiten aprovechar la calefacción natural que nos proporciona el sol.

Gráfico N° 69

Soluciones para evitar el asoleamiento



Fuente: <http://www.energysa.es>

Las Persianas. Las persianas enrollables de lamas fijas no se pueden considerar protecciones solares, porque al bajar la persiana bloqueamos la radiación, pero también la iluminación y la ventilación naturales. Solo las persianas enrollables con lamas de inclinación regulable son buenas protecciones solares.

Premisa de diseño:

- ✓ Para los meses de enero, febrero (verano) se considerara el uso de dispositivos para mantener una temperatura adecuado en el interior del edificio.
- ✓ También se utilizarán barreras físicas (arborización) para evitar una incidencia directa en ciertos espacios. Para el control solar se puede usar sistemas de parasoles, árelos , celosías etc

k) Ventilación

En arquitectura se denomina ventilación a la renovación del aire del interior de una edificación mediante extracción o inyección de aire.

La finalidad de la ventilación es:

- ✓ Asegurar la limpieza en del aire respirable.
- ✓ Asegurar la salubridad del aire, tanto el control de la humedad, concentraciones de gases o partículas en suspensión.
- ✓ Colaborar en el acondicionamiento térmico del edificio.
- ✓ Luchar contra los humos en caso de incendio.
- ✓ Disminuir las concentraciones de gases o partículas a niveles adecuados para el funcionamiento de maquinaria o instalaciones.
- ✓ Proteger determinadas áreas de patógenos que puedan penetrar vía aire.

VENTILACIÓN NATURAL:

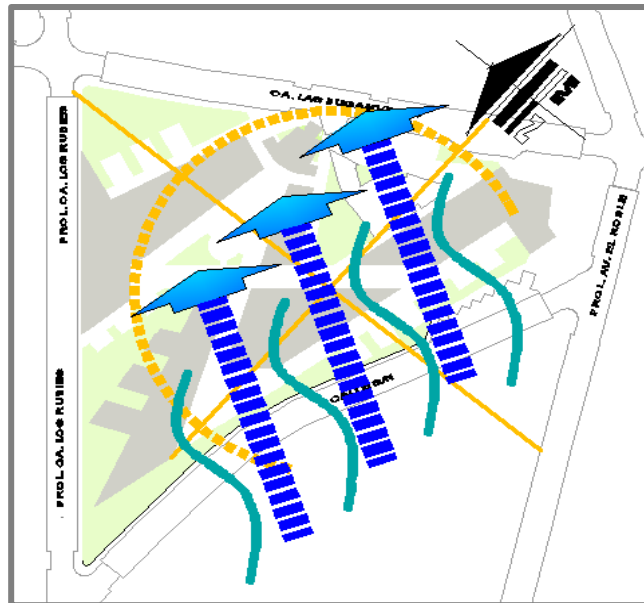
Es la que se realiza mediante la adecuada ubicación de superficies, pasos o conductos aprovechando las depresiones o sobrepresiones creadas en el edificio por el viento, humedad, sol, convección térmica del aire o cualquier otro fenómeno sin que sea

necesario aportar energía al sistema en forma de trabajo mecánico. Tanto la ventilación natural como la forzada se pueden especializar más y dividir de la siguiente forma:

- ✓ Ventilación por capas.
- ✓ Ventilación cruzada.
- ✓ Ventilación por inyección de aire o sobrepresión.
- ✓ Ventilación por extracción de aire o presión negativa.
- ✓ Ventilación localizada o puntual.

Gráfico N° 70

Dirección de la incidencia del viento sobre el terreno



Fuente: Elaboración Propia.

Vientos

La Estación Tacna - Corpac señala la predominancia de vientos de dirección sur en el verano y de suroeste en el resto del año, persistiendo esta direccionalidad del viento hasta la fecha, con una fuerza máxima de 10 m/seg. Teniendo como velocidad promedio el último año de 3 m/seg.

Premisa de diseño:

- ✓ La ubicación de los volúmenes deben permitir el ingreso y salida de viento
- ✓ Los vanos de preferencia deben tener una disposición de ventilación cruzada

3.1.2 Aspectos Urbanísticos

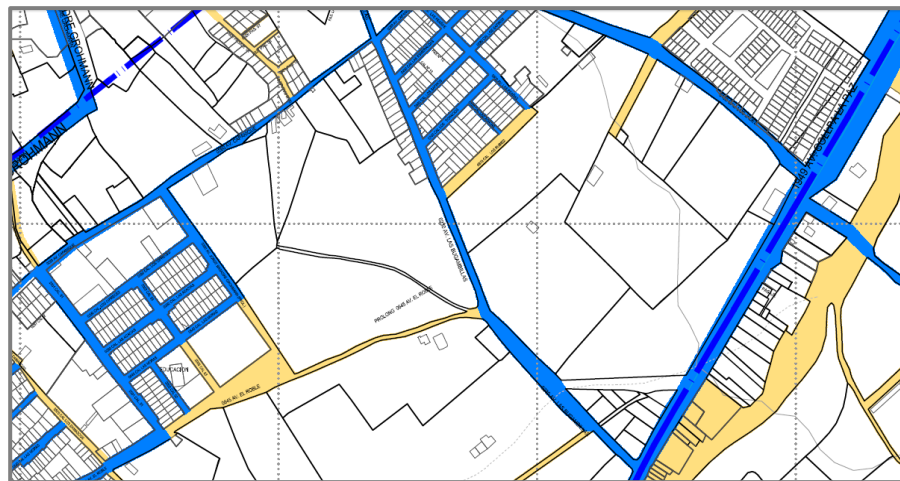
a) Accesos peatonales y vehiculares

Al terreno se puede acceder fácilmente desde la calle las Bugamvillas con av. El Roble, el cual se configura como un ingreso principal (peatonal).




Se decidió plantear la acceso vehicular hacia la calle las Bugamvillas visto su estado de consolidación, y generar bolsas de estacionamientos hacia la misma a fin de optimizar su jerarquía, del mismo modo al ser una vía de carácter mayor se planteara utilizarlo como acceso secundario peatonal, utilizando la premisa de bolsas de estacionamiento.

Gráfico N° 71

Consolidación de vías en el sector.



Fuente: Plan Urbano Distrital de Pocollay 2009 - 2016

PARAMETROS:	
CONSOLIDADO:	
TRAMO VIAL CON LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS:	
- CALZADA TERMINADA (ASFALTADO CON CONCRETO U OTRO)	
- VEREDAS, BERMAS Y OTROS TERMINADO (BUEN ESTADO)	
POR CONSOLIDARSE:	
TRAMO VIAL CON LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS:	
- SECCION VIAL PARCIALMENTE TERMINADO, VEREDA, PISTA, BERMA, ESTACIONAMIENTO U OTRO, AL MENOS UNA DE ELLAS INCONCLUSA	
EN PRINCIPIOS DE CONSOLIDARSE:	
TRAMO VIAL CON LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS:	
- EN TROCHA CARROZABLE Y NO CARROZABLE	
- SECCION VIAL SIN TRATAMIENTO ALGUNO	
LEYENDA: GRADO DE CONSOLIDACION VIAL	
	01 CONSOLIDADO
	02 POR CONSOLIDARSE
	03 EN PRINCIPIOS DE CONSOLIDACION

Del mismo modo la calle las Bugamvillas a nivel de jerarquía según el plan de desarrollo del distrito de Pocollay se denominan como una vía urbana secundaria

Gráfico N° 72

Jerarquía de vías en el sector.

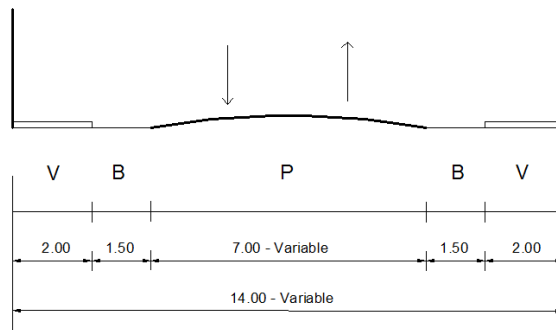


Fuente: Plan Urbano Distrital de Pocollay 2009 - 2016

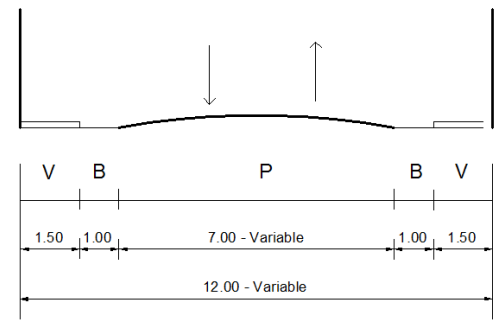
LEYENDA:		
SIN CONSOLIDAR	CONSOLIDADO	VIAS
		VIAS INTERURBANAS
		VIAS URBANAS PRINCIPALES
		VIAS URBANAS SECUNDARIAS
		INTERSECCION VIAL CRITICA

Gráfico N° 73

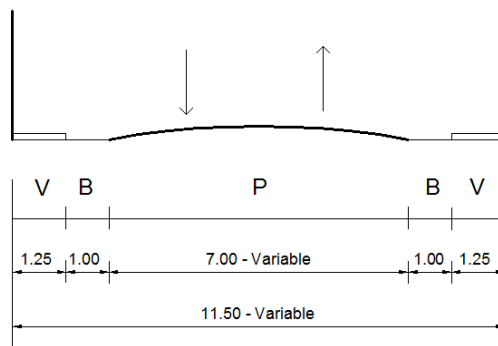
Sección vial Calle las Bugamillas, Av. El Roble, calle S/N y calle los Rubíes.



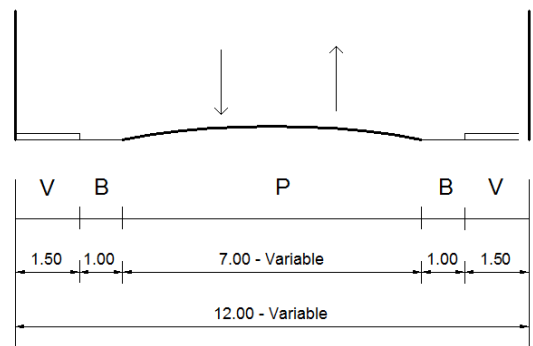
SECCION A - A' / ESCALA: 1/200
CALLE LAS BUGAMILLAS



SECCION B - B' / ESCALA: 1/200
PROL. AV. EL ROBLE



SECCION C - C' / ESCALA: 1/200
CALLE S/N



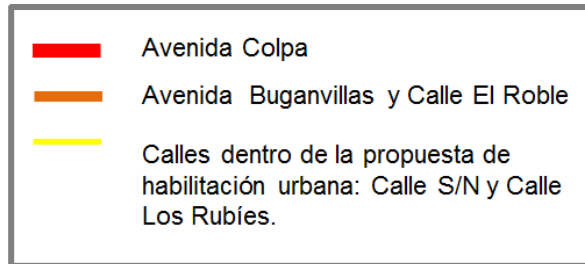
SECCION D - D' / ESCALA: 1/200
PROL. CALLE LOS RUBIES

Fuente: Elaboración Propia.

Con los antecedentes mencionados, considerando la Consolidación de vías en el sector y Jerarquía de vías en el sector podemos definir los parámetros para accesos peatonales y vehiculares al terreno.

Gráfico N° 74

Accesos peatonales y vehiculares al terreno.



Fuente: Google Earth.

Premisa de diseño:

- ✓ Se debe pavimentar todas las vías existentes y proyectadas
- ✓ Se tiene que incluir franjas ecológicas en las vías
- ✓ Implementar nuevas rutas de transporte público para aumentar la cobertura de las existentes
- ✓ Identificar las áreas a intervenir para iniciar el proceso correspondiente.

b) Perfil Urbano

No se tiene restricciones establecidas en cuanto a Perfil Urbano, ya que esta zona responde a un perfil de carácter residencial de entre 1 a 2 pisos de altura promedio, es homogénea.

Al ser una zona en proceso de consolidación en cuanto a una imagen urbana, podemos mediante el diseño imponer a partir de tal, parámetros urbanos.

El distrito está desarrollándose heterogéneamente y sin una articulación clara.

El perfil pasivo existente en el sector, puede provocar que nuestra infraestructura se torne visualmente agresiva.

Gráfico N° 75

Plano de altura de edificación del sector.



LEYENDA:	
ALTURA DE EDIFICACION	
01	SOLO SERCO PERIMETRICO
02	1 NIVEL
03	2 NIVER
04	3 NIVEL
05	4 NIVEL
06	SIN ALTURA
07	TERRENO SIN CONST.
08	T.S.C. - EQUIPAMIENTO

Fuente: Plan Urbano Distrital de Pocollay 2009 – 2016

El perfil urbano inmediato al terreno esta denotado por construcciones rusticas, como se observa en las siguientes fotografías.

Gráfico N° 76

Perfil hacia la Avenida Bugarvillas



Fuente: Recopilación Propia.

Gráfico N° 77

Perfil hacia la Calle El Roble



Fuente: Recopilación Propia.

Gráfico N° 78

Perfil hacia la Calle los Rubés



Fuente: Recopilación Propia.

Gráfico N° 79
Perfil hacia la Calle S/N



Fuente: Recopilación Propia.

Premisa de diseño:

- ✓ La propuesta volumétrica será máximo 2 niveles
- ✓ El perfil de la edificación será horizontal, en correspondencia del entorno.
- ✓ No se aplicara el contraste rígido urbano

c) Volumetría

- ✓ Se proyectara un conjunto de volúmenes que muestren jerarquía
- ✓ Se propone fachadas modernas, que combinen los espacios abierto con los espacios construidos.
- ✓ Se propone volúmenes que jueguen con las alturas, para darle movimiento a la edificación

d) Flujos

El terreno presenta dos accesos por la calle las Bugamvillas y la avenida El Roble, de carácter vehicular y de carácter peatonal, las

cuales se configuran como las vías importantes del mismo; esta última resulta estrecha para un posible ingreso.

✓ **Flujo Peatonal - Ingresos**

Los flujos peatonales como accesos se darán desde la calle las Bugamvillas (para el ingreso primario y secundario); al interior se consideraran cominerías peatonales para recorrido y definición de envolventes edilicias, las mismas que se configuren en un circuito al interior del proyecto.

✓ **Flujo Peatonal - Central**

El flujo peatonal de alameda se caracterizará como un eje longitudinal al interior del proyecto, el cual defina un recorrido y escala orientado al usuario, atreves del cual se pueda tener acceso directo e indirecto a todas las zonas a plantear.

✓ **Flujo Peatonal - Alameda**

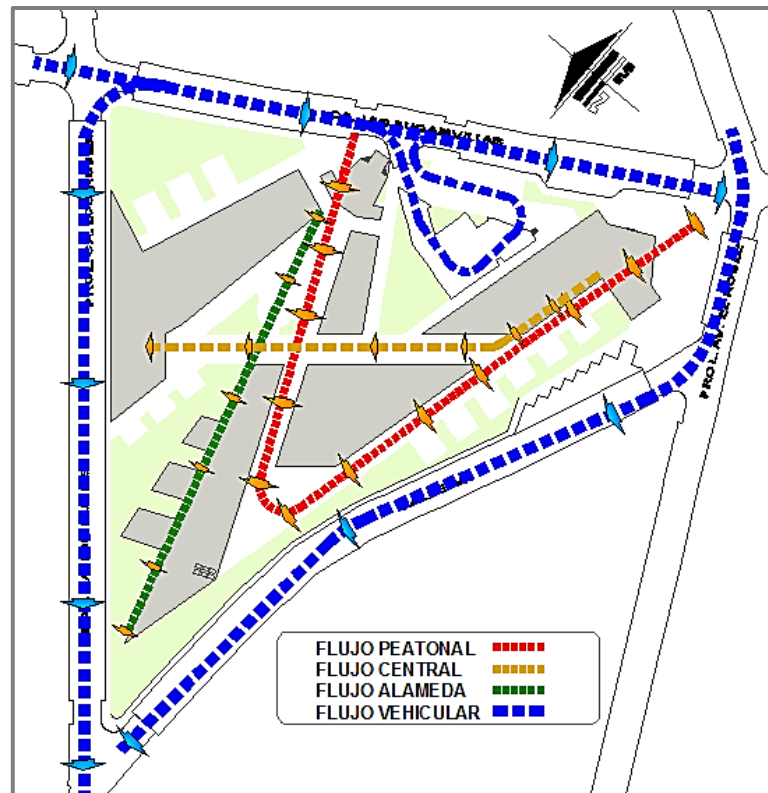
El flujo peatonal de alameda se caracterizará como un eje transversal al interior del proyecto, el cual está orientado al aprovechamiento del espacio abierto, y uso del mismo para interacción interna del usuario.

✓ **Flujo Vehicular**

Los flujos de carácter vehicular tendrán acceso hacia la calle las Bugamvillas por su jerarquía, del mismo modo se considerará plantear hacia esta vía la bolsa de estacionamiento a fin de un fácil acceso y salida de forma vehicular al terreno.

Gráfico N° 80

Flujos vehiculares y peatonales a considerar en el proyecto.



Fuente: Elaboración Propia.

e) Ángulos de mayor impacto visual

Al ser una edificación con un perfil de máximo dos pisos, el ingreso principal (ubicación en esquina) se configurará como punto visual principal y el ingreso vehicular - capilla como secundaria, manteniendo el concepto de tranquilidad y protección que deberá brindar el volumen.

El proyecto configurará un nuevo perfil urbano de características eco- urbano, por ende la infraestructura probablemente tenga un impacto de alto contraste.

3.1.3 Aspectos Tecnológicos – Constructivos

Se puede aplicar estéticamente materiales modernos para el distrito, manteniendo las características del sector, siendo ideales materiales como concreto, madera, así como cubiertas aligeradas o livianas.

3.1.3.1 La Domótica en la Infraestructura

De una manera general, un sistema domótico dispondrá de una red de comunicación y diálogo que permite la interconexión de una serie de equipos a fin de obtener información sobre el entorno doméstico y, basándose en ésta, realizar unas determinadas acciones sobre dicho entorno.

A continuación se detallan las diferentes definiciones que ha ido tomando el término:

- ✓ La nueva tecnología de los automatismos de maniobra, gestión y control de los diversos aparatos de una vivienda, que permiten aumentar el confort del usuario, su seguridad, y el ahorro en el consumo energético.
- ✓ Un conjunto de servicios en las viviendas, asegurados por sistemas que realizan varias funciones, pudiendo estar conectados, entre ellos, y a redes internas y externas de comunicación.
- ✓ La informática aplicada a la vivienda. Agrupa el conjunto de sistemas de seguridad y de la regulación de las tareas domésticas destinadas a facilitar la vida cotidiana automatizando sus operaciones y funciones.

Objetivos Arquitectónicos:

Los objetivos o finalidad de un edificio inteligente, son los siguientes:

- ✓ Satisfacer las necesidades presentes y futuras de los ocupantes, propietarios y operadores del edificio.
- ✓ La flexibilidad, tanto en la estructura como en los sistemas y servicios.
- ✓ El diseño arquitectónico adecuado y correcto.
- ✓ La funcionalidad del edificio.
- ✓ La modularidad de la estructura e instalaciones del edificio.
- ✓ Mayor confort para el usuario.
- ✓ La no interrupción del trabajo de terceros en los cambios o modificaciones.
- ✓ El incremento de la seguridad.
- ✓ El incremento de la estimulación en el trabajo.
- ✓ La humanización de la oficina.

3.1.3.2 Sistemas Constructivos

a) Concreto Armado

La técnica constructiva del hormigón armado consiste en la utilización de hormigón o concreto reforzado con barras o mallas de acero, llamadas armaduras.

También se puede armar con fibras, tales como fibras plásticas, fibra de vidrio, fibras de acero o combinaciones de barras de acero con fibras dependiendo de los requerimientos a los que estará sometido.

El hormigón armado será de utilidad a fin de garantizar la perdurabilidad del proyecto, así como la resistencia del mismo ante eventos naturales como sismos y otros.

b) Albañilería Confinada

Es la construcción con base en piezas de mampostería de perforación vertical o horizontal, unidas por medio de mortero, reforzada de manera principal con elementos de concreto reforzado construido alrededor del muro confinándolo, vaciados o fundidos posteriormente a la ejecución del muro y que actué monolíticamente con este. La construcción en mampostería es un sistema húmedo, el cual garantiza hermeticidad de los espacios, así como la perdurabilidad del proyecto

c) Sistema Aporticado.

Los elementos porticados, son estructuras de concreto armado con la misma dosificación columnas - vigas peraltadas, o chatas unidas en zonas de confinamiento donde forman Angulo de 90° en el fondo parte superior y lados laterales, es el sistema de los edificios porticados, los que soportan las cargas muertas, las ondas sísmicas por estar unidas como su nombre lo indica.

El porticado o tradicional consiste en el uso de columnas, losas y muros divisorios en ladrillo

Premisa de diseño:

- ✓ Consideraciones en la aplicación de materiales según las características ecológicas del distrito.
- ✓ Implementar sistemas subterráneos cableados.
- ✓ Domotizar los Ingresos.

3.1.4 Formulación de la Propuesta

3.1.4.1 Premisas de Diseño

A. Color

La escala cromática a utilizar en el proyecto estará definida por los siguientes elementos:

Gráfico N° 81

Color Blanco

(Paz y Tranquilidad)



Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico N° 82

Infraestructura Minimalista

(Claridad en las formas puras)



Fuente: <https://www.minimalismo.es>

B. Materiales

La estructura en general será de concreto armado, así como la alternativa de placas de concreto.

Las cubiertas serán de losas de concreto, los espacios de transición techados presentaran estructuras de cobertura de tipo metálicas con acabados translucidos tipo policarbonato, así como para claraboyas de menor escala.

Las divisiones internas en el área de administración serán de Sistema Drywall para asegurar su flexibilidad de uso a futuro.

Los acabados en piso primaran el parquet en dormitorios pro su calidez.

Gráfico N° 83

Piso Parquet (calidez)



Fuente: Elaboración Propia.

Los vanos en su mayoría se trabajarán de piso a techo para su extensión visual al exterior.

Gráfico N° 84

Vidrio – Mampara (vistas al exterior)



Fuente: <https://www.minimalismo.es>

C. Textura

Se aplicaran texturas en piso, de den sensación de recorrido y fricción en caminerías, así como calidez y color en ambientes interiores

Gráfico N° 85

Piso de piedra de rio

(Textura monocromas y sinuosidad en pisos)



Fuente: <https://www.minimalismo.es>

Gráfico N° 86

Piso Parquet (texturas tipo madera)

Fuente: <https://www.pisoslaminados.es>

D. Iluminación

La iluminación por el carácter del proyecto se trabajara de dos formas, las que se detallan a continuación:

Iluminación directa:

Se trabajara este concepto en base a la siguiente premisa:

Gráfico N° 87

Esperanza de vida



Fuente: Recopilación Propia.

Esperanza de vida

Es la expresión de brindar calidad de vida, representa armonía con los espacios, percibir y sentir el paisaje, (luz solar).

Iluminación directa:

Se trabajara este concepto en base a la siguiente premisa:

Sensibilidad

A través de la transparencia se visualiza las terrazas, en donde se articulan y comunican con el paisaje, también se percibe y siente la armonía, serenidad y tranquilidad de los espacios exteriores.

E. Icono

En el tratamiento de espacios de ocio, reunión y abiertos, se consideraran las siguientes premisas

Gráfico N° 88

Descanso - Serenidad



Fuente: <https://www.jardinzen.com>

Gráfico N° 89

Meditación



Fuente: <https://www.jardinzen.com>

3.1.4.2 Síntesis Programática

✓ **Fundamentación para la Selección del Área a Intervenir**

Se plantean los siguientes objetivos referidos al problema arquitectónico, basado en las necesidades que debe satisfacer el en la Residencia Geriátrica Privada:

- Diseñar espacio de encuentro e intercambio para mejorar la formación e integración del adulto mayor.
- Aplicar conceptos normativos según el reglamento nacional de edificación, así como de la normativa aplicable vigente.
- Diseñar espacios abiertos paisajistas y la utilización de materiales modernos que permitan ofrecer un confort entre las personas albergadas.

✓ **Identificación de Espacios, Uso y Nominación**

A partir de los objetivos mediante las siguientes tablas se determinan los espacios arquitectónicos, su uso y la nominación de los ambientes.

Tabla N° 23

Programación arquitectónica para la ZONA COMUN

ZONA COMUN												
SUB ZONA	AMBIENTES	N°	N° DE PERSONAL PROYECTO			AFORO	MEDIDAS DE LOS AMBIENTES	ÁREA		ÁREA SUBTOTAL M2	AREA TOTAL DE SUB ZONA M2	
			PERMAN.	TEMP.	TOTAL			PARCIAL	35% CIRC. Y MUROS			
Lobby	Recepción e Informes	1	2	0	2	4	4 x 2	8.00	0.00	8.00	338.75	
	Sala de Espera	1	0	0	0	15	8 x 6	48.00	16.80	64.80		
	Sala de Visitas	1	0	2	2	80	10 x 17	170.00	59.50	229.50		
	Control guarda ropa	1	0	1	1	1	3 x 4.7	14.00	4.90	18.90		
	Almacen	1	0	1	1	1	AREA	13.00	4.55	17.55		
	s.s.h.h. hombres	1	0	1	1	2	3 x 2.5	7.50	2.63	10.13		
s.s.h.h. mujeres	1	0	1	1	2	3 x 2.5	7.50	2.63	10.13			
SUB TOTAL ZONA COMUN											359.00	

Fuente: Elaboración Propia.

Tabla N° 24
Programación arquitectónica para la ZONA ATENCIÓN MEDICA

ZONA DE ATENCIÓN MEDICA											
SUB ZONA	AMBIENTES	N°	N° DE PERSONAL PROYECTO			AFORO	MEDIDAS DE LOS AMBIENTES	ÁREA		ÁREA SUBTOTAL M2	ÁREA TOTAL DE SUB ZONA M2
			PERMAN.	TEMP.	TOTAL			PARCIAL	35% CIRC. Y MUROS		
	estar sala de espera	1	0	15	15	25	AREA	100.00	35.00	135.00	465.75
	Sala de observación y recuperación	1	0	2	2	10	6 x 8	48.00	16.80	64.80	
	Almacén	1	0	0	0	2	3 x 4	12.00	4.20	16.20	
	Archivos	1	1	0	1	3	4 x 5	20.00	7.00	27.00	
	Fisioterapia	1	0	0	0	2	5 x 4	20.00	7.00	27.00	
	Consultorio medicina general	1	0	0	0	2	3 x 4	12.00	4.20	16.20	
	Consultorio Psicológico	1	1	1	2	2	3 x 4	12.00	4.20	16.20	
	Consultorio nutricional	1	0	0	0	2	3 x 4	12.00	4.20	16.20	
	Historial	1	2	2	4	6	4 x 4.5	18.00	6.30	24.30	
	Farmacia	1	2	2	4	6	AREA	27.00	9.45	36.45	
	Consultorio odontología	1	1	2	3	4	4 x 5	20.00	7.00	27.00	
	Luminoterapia	1	2	2	4	6	AREA	34.00	11.90	45.90	
	Dormitorio enfermería	1	0	2	2	2	3 x 3.3	10.00	3.50	13.50	
	s.s.h.h. hombres	1	0	0	0	2	3 x 2.5	7.50	2.63	10.13	
	s.s.h.h. mujeres	1	0	0	0	2	3 x 2.5	7.50	2.63	10.13	
SUB TOTAL ZONA ATENCIÓN MEDICA											486.00

Fuente: Elaboración Propia.

Tabla N° 25
Programación arquitectónica para la ZONA DE TALLERES

ZONA TALLERES											
SUB ZONA	AMBIENTES	N°	N° DE PERSONAL PROYECTO			AFORO	MEDIDAS DE LOS AMBIENTES	ÁREA		ÁREA SUBTOTAL M2	ÁREA TOTAL DE SUB ZONA M2
			PERMAN.	TEMP.	TOTAL			PARCIAL	35% CIRC. Y MUROS		
	Taller Computo	1	0	11	12	12	AREA	45.00	15.75	60.75	709.02
	Taller peluqueria y manicure	1	0	11	11	9	AREA	55.00	19.25	74.25	
	Taller musica y coro	1	0	11	11	12	AREA	65.00	22.75	87.75	
	Taller Manualidades	1	0	11	11	9	AREA	75.00	26.25	101.25	
	taller gimnasia aerobica	1	0	25	0	12	AREA	110.00	38.50	148.50	
	taller de yoga	1	0	20	20	11	AREA	85.00	29.75	114.75	
	terrazas abiertas	4	0	15	15	8	AREA	85.00	29.75	114.75	
	almacen	6	0	1	1	11	AREA	5.20	1.82	7.02	
	s.s.h.h. hombres	3	0	1	0	3	2.4 x 3.5	8.50	2.98	34.43	
	s.s.h.h. mujeres	3	0	1	0	3	2.4 x 3.5	8.50	2.98	34.43	
SUB TOTAL ZONA TALLERES											

Fuente: Elaboración Propia.

Tabla N° 26

Programación arquitectónica para la ZONA DE DORMITORIOS.

ZONA DORMITORIOS											
SUB ZONA	AMBIENTES	N°	N° DE PERSONAL PROYECTO			AFORO	MEDIDAS DE LOS AMBIENTES	ÁREA		ÁREA SUBTOTAL M2	AREA TOTAL DE SUB ZONA M2
			PERMAN.	TEMP.	TOTAL			PARCIAL	35% CIRC. Y MUROS		
Dormitorios	Dorm. matrimonial	12	0	2	2	3	6 x 4	30.00	10.50	486.00	1,588.95
	Dorm. doble	18	0	2	2	3	7 x 5	35.00	12.25	850.50	
	Dorm. enfermeria	2	0	2	2	2	AREA	28.00	9.80	75.60	
	Hall de ingreso	2	0	10	10	15	AREA	60.00	21.00	162.00	
	Almacen	2	0	1	1	1	1.9 x 2.9	5.50	1.93	14.85	
SUB TOTAL ZONA COMUN											1,588.95

Fuente: Elaboración Propia.

Tabla N° 27

Programación arquitectónica para la ZONA DE SERVICIOS GENERALES

ZONA DE SERVICIOS GENERALES											
SUB ZONA	AMBIENTES	N°	N° DE PERSONAL PROYECTO			AFORO	MEDIDAS DE LOS AMBIENTES	ÁREA		ÁREA SUBTOTAL M2	AREA TOTAL DE SUB ZONA M2
			PERMAN.	TEMP.	TOTAL			PARCIAL	35% CIRC. Y MUROS		
lavanderia	Lavado	1	1	4	5	5	5 x 6	30.00	10.50	40.50	97.20
	Secado	1	1	4	5	5	5 x 6	30.00	10.50	40.50	
	Planchado	1	1	4	5	5	3 x 4	12.00	4.20	16.20	
deposito de desechos	depositos solidos	1	0	0	0	1	2 x 2.5	5.00	1.75	5.00	18.50
	depositos organicos	1	0	0	0	1	2 x 2.5	5.00	1.75	6.75	
	depositos toxicos	1	0	0	0	1	2 x 2.5	5.00	1.75	6.75	
SUB TOTAL ZONA DE MANTENIMIENTO											115.70

Fuente: Elaboración Propia.

Tabla N° 28

Programación arquitectónica para la ZONA ADMINISTRATIVA

ZONA ADMINISTRATIVA											
SUB ZONA	AMBIENTES	N°	N° DE PERSONAL PROYECTO			AFORO	MEDIDAS DE LOS AMBIENTES	ÁREA		ÁREA SUBTOTAL M2	AREA TOTAL DE SUB ZONA M2
			PERMAN.	TEMP.	TOTAL			PARCIAL	35% CIRC. Y MUROS		
Lobby	Recepcion	1	1	0	1	1	3 x 2	6.00	2.10	8.10	35.10
	Sala de espera	1	0	12	12	12	5 x 4	20.00	7.00	27.00	
Oficinas Administrativas	Of. Direccion	1	1	0	1	1	3 x 5	15.00	5.25	20.25	147.15
	Of. Auxiliar de archivo	1	1	1	2	2	3 x 5	15.00	5.25	20.25	
	Of. Logistica	1	1	1	2	2	3 x 4	12.00	4.20	16.20	
	Of. Contabilidad	1	1	1	2	2	3 x 4	12.00	4.20	16.20	
	Of. Asistencia Social	1	1	1	2	2	3 x 4	12.00	4.20	16.20	
	Of. Tesoreria	1	1	1	2	2	3 x 4	12.00	4.20	16.20	
	Sala de Reuniones	1	0	8	8	8	5 x 5	25.00	8.75	33.75	
Of. Personal	1	1	0	1	1	3 x 2	6.00	2.10	8.10		
Servicios Higiénicos	s.s.h.h. hombres	1	0	2	2	2	3 x 4	12.00	4.20	16.20	39.15
	s.s.h.h. mujeres	1	0	2	2	2	3 x 4	12.00	4.20	16.20	
	s.s.h.h. discapacitados	1	0	2	2	2	2 x 2.5	5.00	1.75	6.75	
SUB TOTAL ZONA ADMINISTRATIVA											221.40

Fuente: Elaboración Propia.

Tabla N° 29
Programación arquitectónica para la ZONA DE ESTACIONAMIENTO

ESTACIONAMIENTO											
SUB ZONA	AMBIENTES	N°	N° DE PERSONAL PROYECTO			AFORO	MEDIDAS DE LOS AMBIENTES	ÁREA		ÁREA SUBTOTAL M2	AREA TOTAL DE SUB ZONA M2
			PERMAN.	TEMP.	TOTAL			PARCIAL	35% CIRC. Y MUROS		
Estacionamiento	discapitados	8	0	0	0	-	3.8 x 5	19.00	0.00	152.00	452.00
	publico en general	24	0	0	0	-	2.5 x 5	12.50	0.00	300.00	
SUB TOTAL ZONA DE ESTACIONAMIENTO											452.00

Fuente: Elaboración Propia.

Tabla N° 30
Programación arquitectónica para la ZONA DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

ZONA SERVICIOS COMPLEMENTARIOS											
SUB ZONA	AMBIENTES	N°	N° DE PERSONAL PROYECTO			AFORO	MEDIDAS DE LOS AMBIENTES	ÁREA		ÁREA SUBTOTAL M2	AREA TOTAL DE SUB ZONA M2
			PERMAN.	TEMP.	TOTAL			PARCIAL	35% CIRC. Y MUROS		
Capilla	Sala de Oración	1	0	0	0	50	AREA	100.00	35.00	135.00	282.02
	Altar	1	0	0	0	2	1.7 x 1.2	29.50	10.33	39.83	
	Control	1	0	0	0	6	3.3 x 2.8	9.40	3.29	12.69	
	Sacristía	1	0	0	0	5	3.3 x 4.2	14.00	4.90	18.90	
	Almacen	1	0	1	1	5	2.4 x 4.2	10.00	3.50	13.50	
	SH	2	0	2	2	5	2.4 x 5.8	14.00	4.90	18.90	
	Atrio	1	0	0	0	75	AREA	32.00	11.20	43.20	
Biblioteca	zona de libros	1	1	1	2	3	9 x 5	45.00	15.75	60.75	403.65
	sala de lectura	1	0	0	0	43	9 x 9.5	85.50	29.93	115.43	
	S.S.H.H. damas	1	0	0	0	3	6.5 x 4.5	29.25	10.24	39.49	
	S.S.H.H. caballeros	1	0	0	0	3	6.5 x 4.5	29.25	10.24	39.49	
Sala de TV	Sala de tv	1	0	50	50	3	AREA	100.00	35.00	135.00	
	Cabina de control	1	0	1	1	3	AREA	10.00	3.50	13.50	
SUM	hall de ingreso	1	0	0	0	20	AREA	15.00	5.25	20.25	305.51
	escenario	1	0	0	0	4	3.2 x 9.2	29.00	10.15	39.15	
	salón	1	0	0	0	100	AREA	150.00	52.50	202.50	
	almacen	1	0	0	0	10	2.1 x 2	4.30	1.51	5.81	
	S.S.H.H. damas	1	0	0	0	3	3.2 x 2.2	7.00	2.45	9.45	
	S.S.H.H. caballeros	1	0	0	0	3	3.2 x 2.2	7.00	2.45	9.45	
	S.S.H.H. discap.	1	0	0	0	3	3.2 x 4.4	14.00	4.90	18.90	
Cocina	Cocina	1	0	0	0	3	4 x 5	20.00	7.00	27.00	317.25
	Comedor	1	0	0	0	70	5 x 15	185.00	64.75	249.75	
	Dispensa caliente	2	0	0	0	2	3 x 2	6.00	2.10	8.10	
	Dispensa fria	2	0	0	0	2	3 x 2	6.00	2.10	8.10	
	Deposito de Basura	1	0	0	0	2	3 x 2	6.00	2.10	8.10	
	Deposito de Limpieza	1	0	0	0	2	3 x 2	6.00	2.10	8.10	
	S.S.H.H.	1	1	0	1	1	3 x 2	6.00	2.10	8.10	
SUB TOTAL ZONA DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS											1,308.42

Fuente: Elaboración Propia.

Tabla N° 31
Resumen de Áreas

RESUMEN DE AREAS	
ZONA COMUN	359.00
ZONA ADMINISTRATIVA	221.40
ZONA DE ATENCION MEDICA	1,308.42
ZONA DORMITORIOS	1,588.95
ZONA TALLERES	777.87
ZONA SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	1,308.42
ZONA DE SERVICIOS GENERALES	115.70
ESTACIONAMIENTO	452.00
TOTAL	5,679.76

Fuente: Elaboración Propia.

3.1.4.3 Estudio de Organización

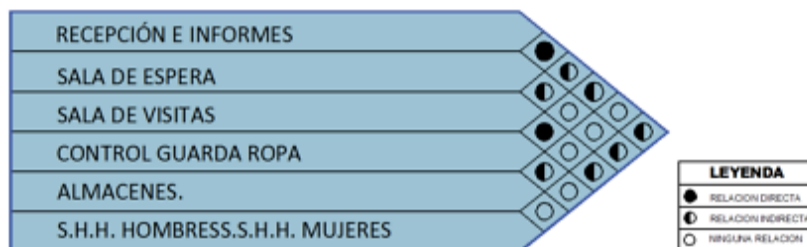
A. Diagramas de Interrelaciones

Gráfico N° 90
Diagrama General



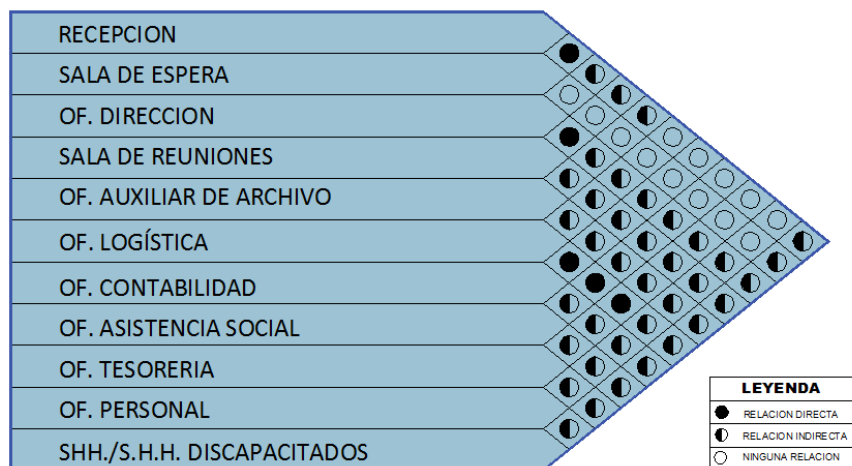
Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico N° 91
Zona Común



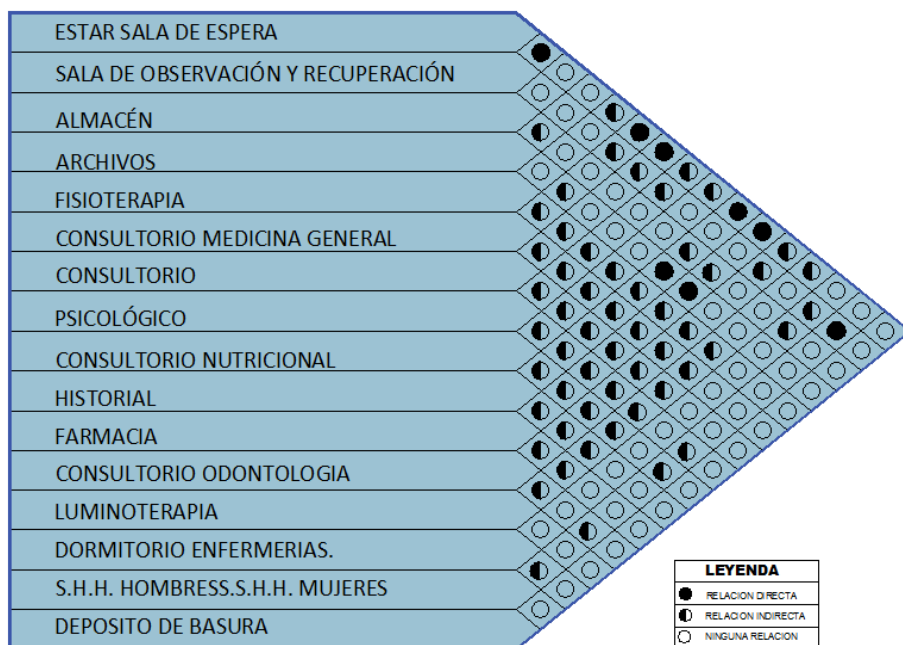
Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico N° 92
Zona de Administración



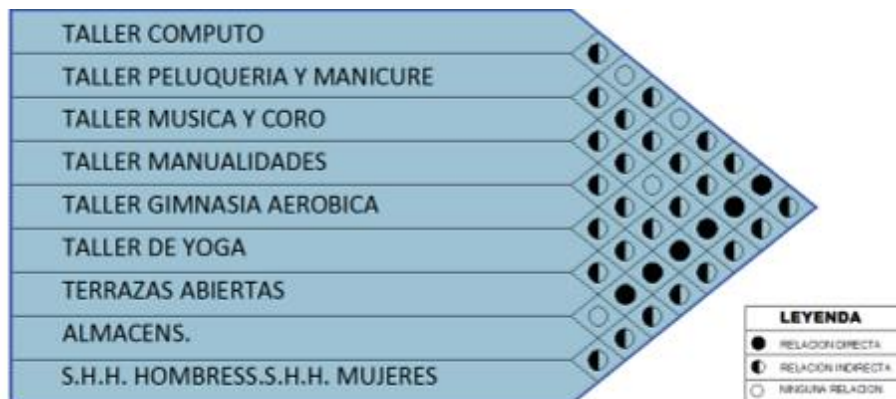
Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico N° 93
Zona de Atención Médica



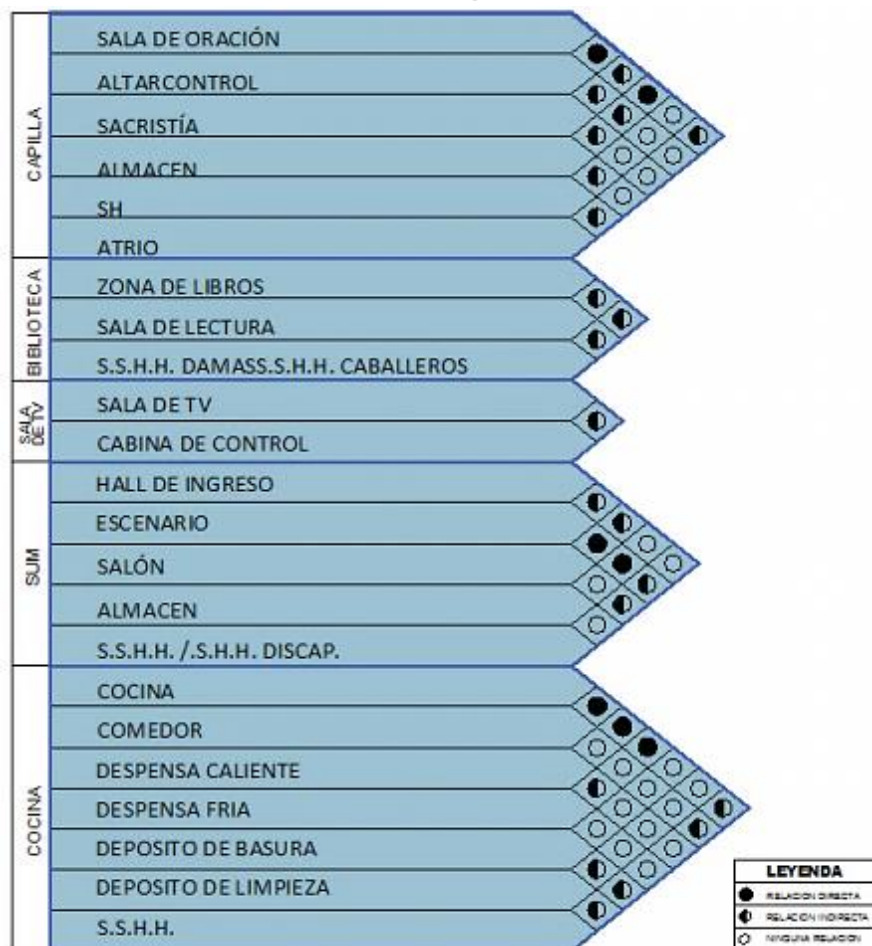
Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico N° 94
Zona de Talleres



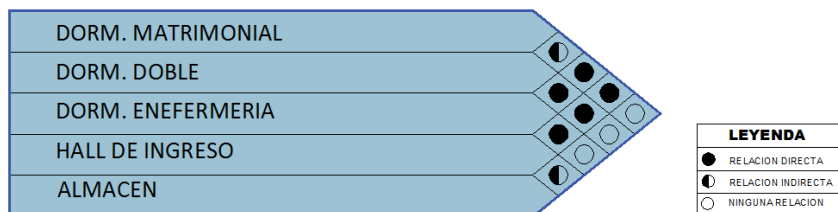
Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico N° 95
Zona de Servicios Complementarios



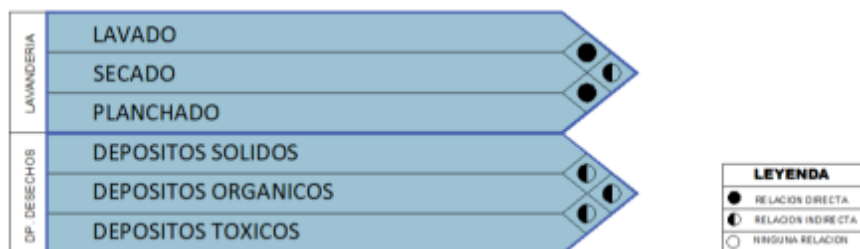
Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico N° 96
Zona Dormitorios



Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico N° 97
Zona de Servicios Generales

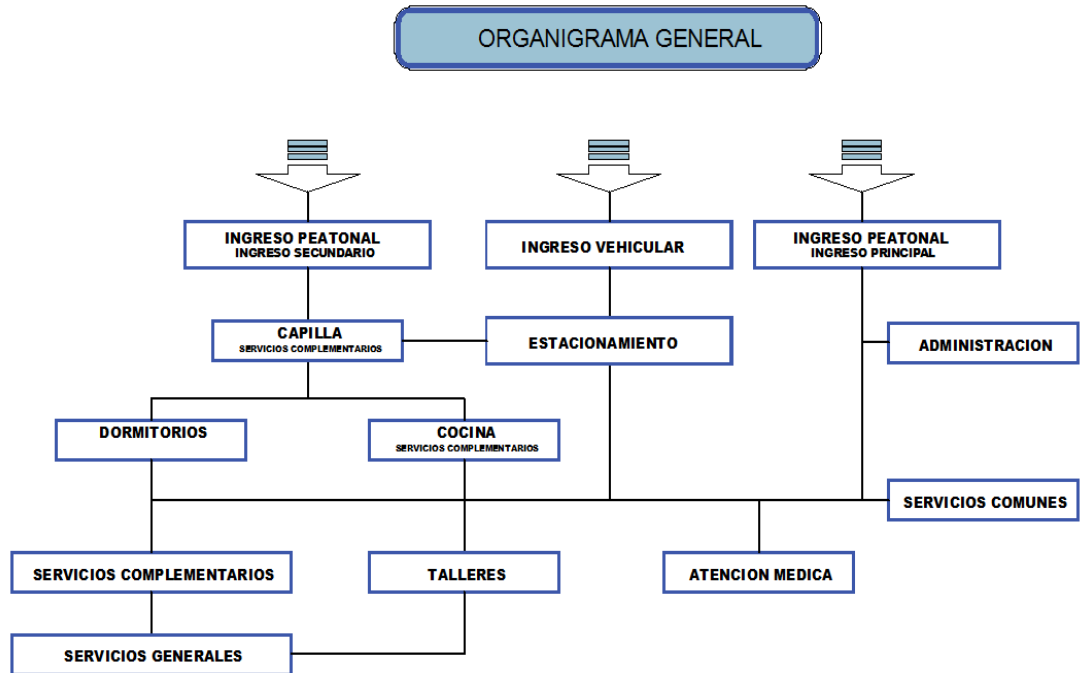


Fuente: Elaboración Propia.

B. Organigramas

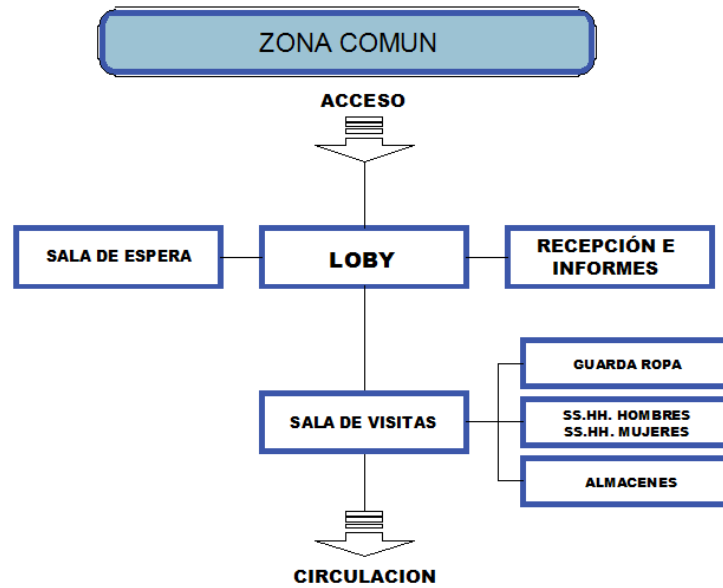
Se plantean una organización a partir de dos ingresos principal y secundario, espacio de ingresos vehiculares y a los espacios abiertos internos, definidos por diferentes zonas a considerar.

Gráfico N° 98
Organigrama General



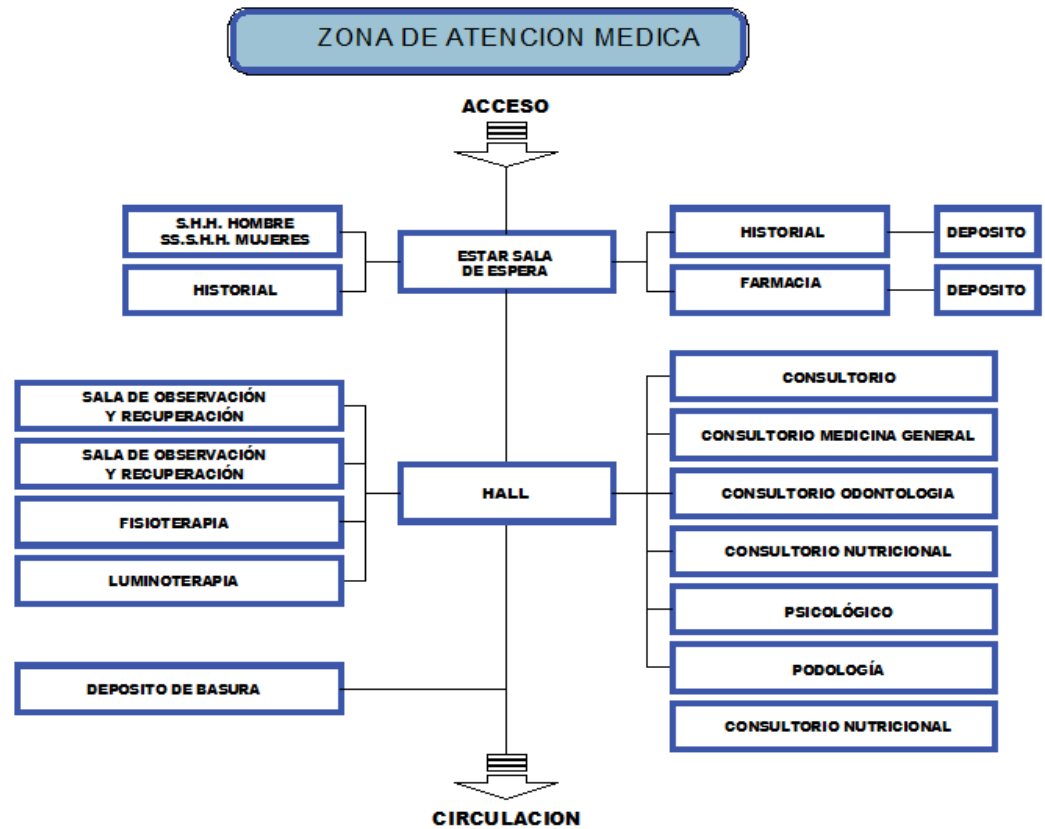
Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico N° 99



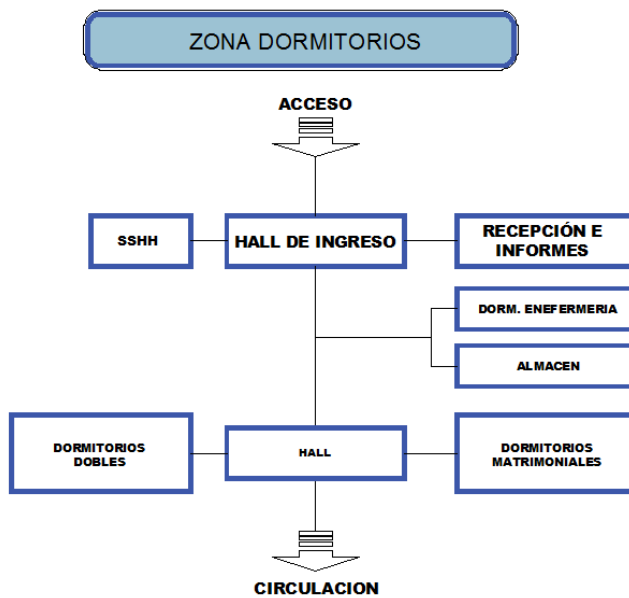
Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico N° 100



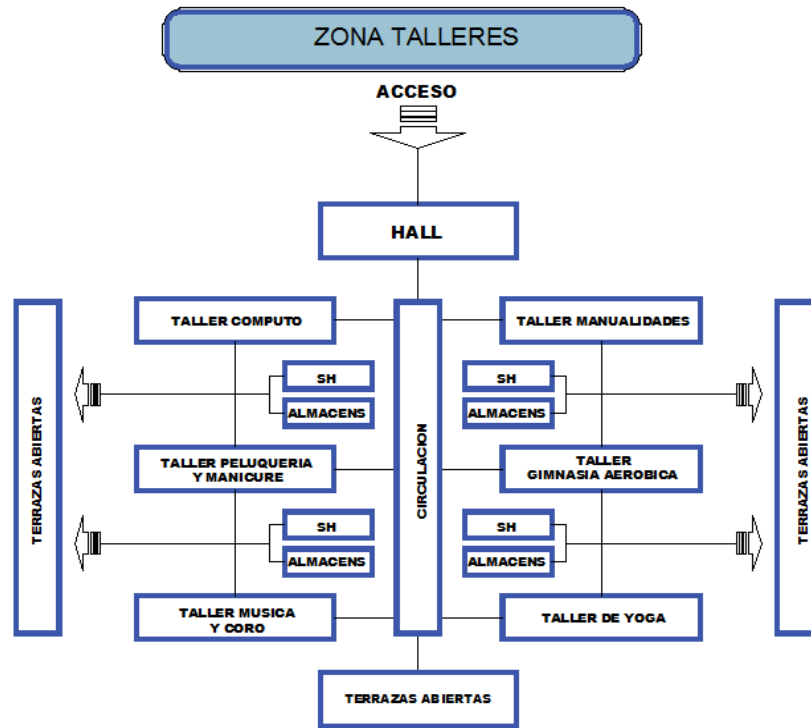
Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico N° 101



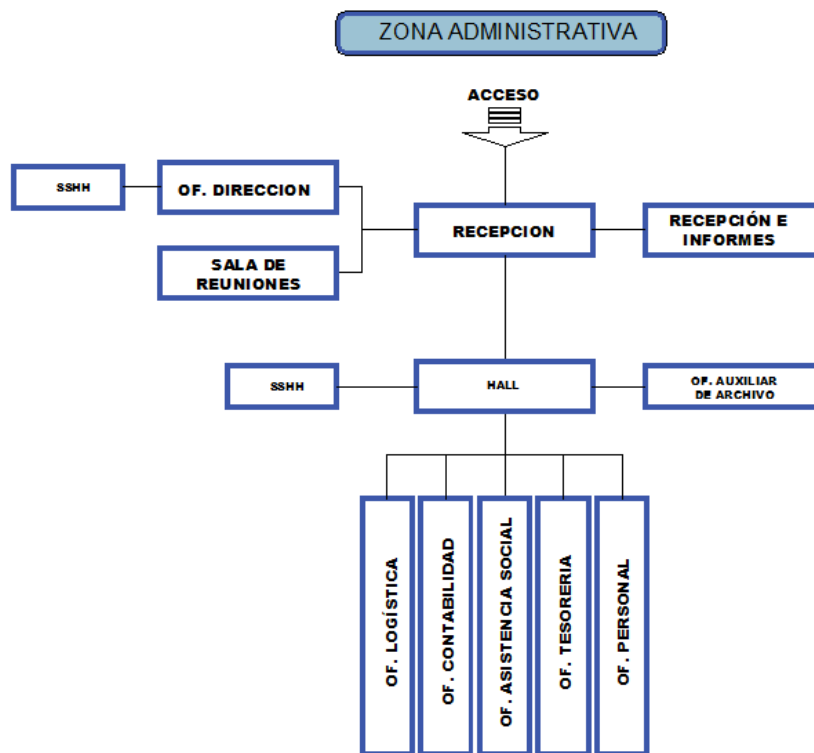
Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico N° 102



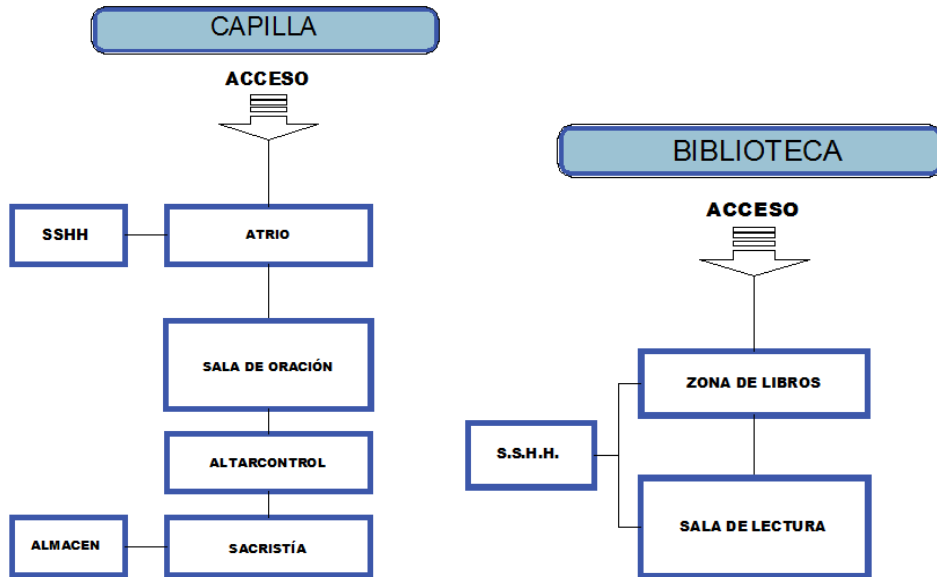
Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico N° 103



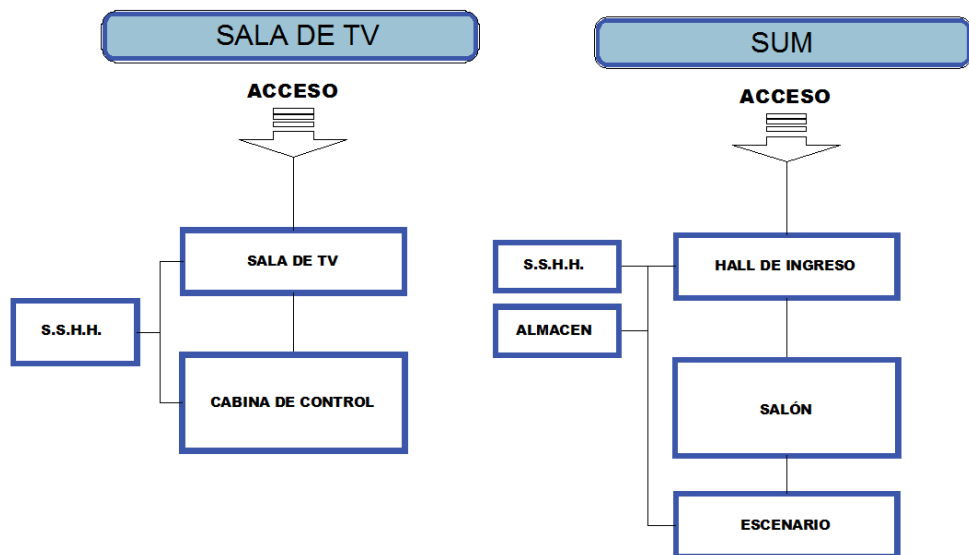
Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico N° 104
Zona Servicios Complementarios



Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico N° 105
Zona Servicios Complementarios



Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico N° 106
Zona Servicios Complementarios

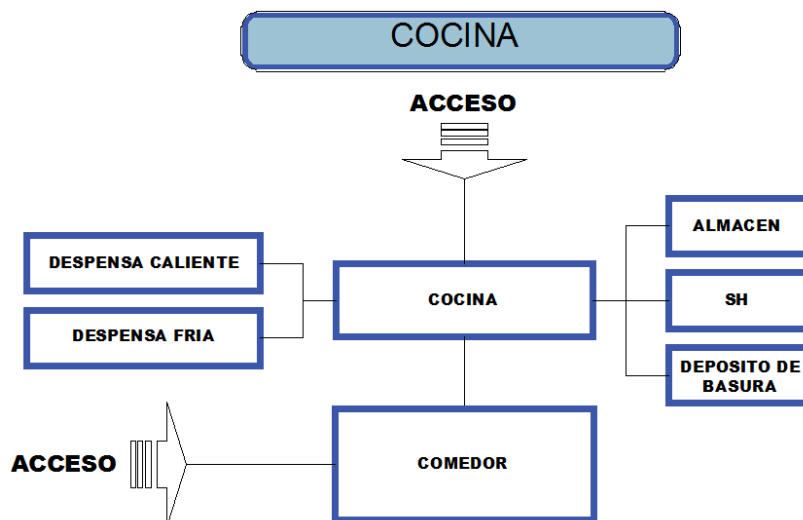
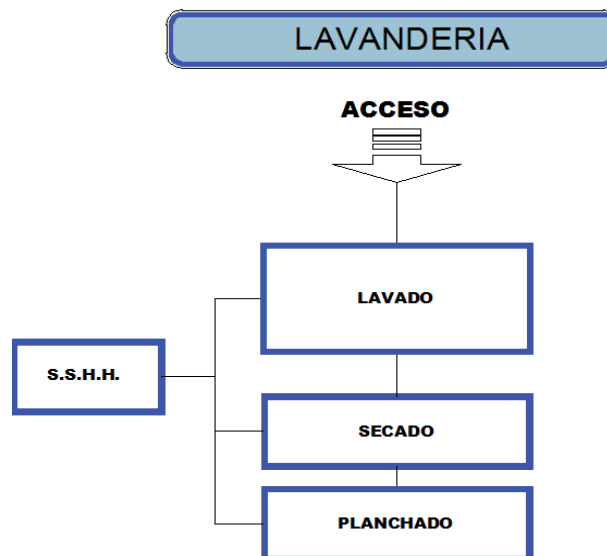


Gráfico N° 107
Zona Servicios Complementarios



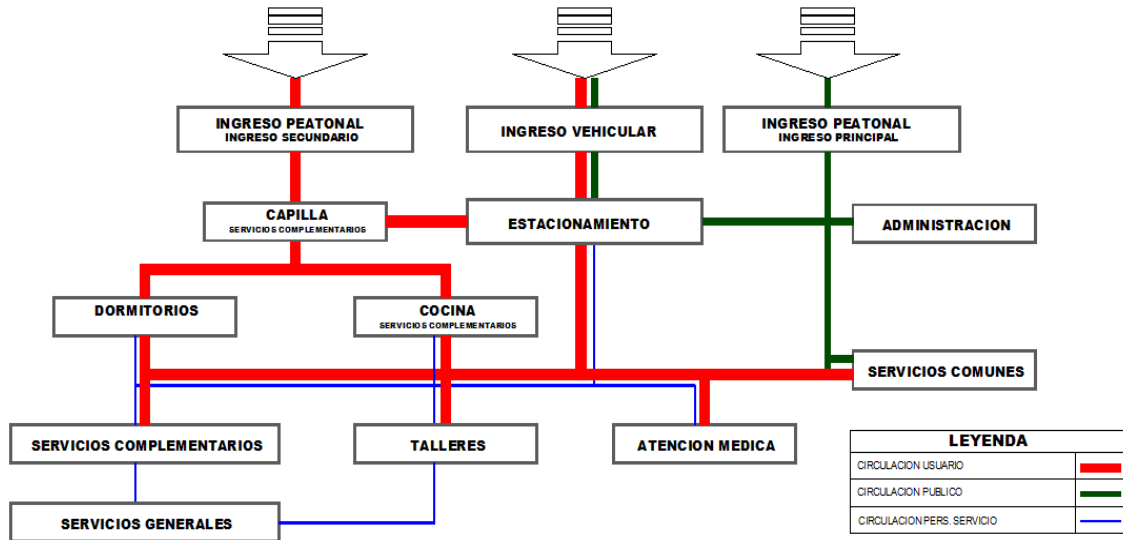
Fuente: Elaboración Propia.

Las zonas de servicios complementarios están inmersas en la organización general al estar dispersas trabajan como elementos independientes según la contabilidad de uso.

C. Flujogramas

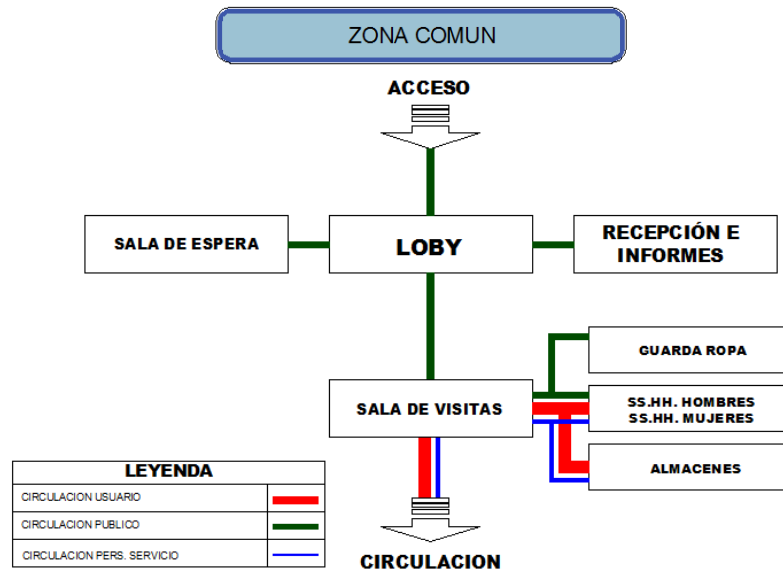
Se plantean tres tipos de flujos al interior del proyecto, flujo público desde los accesos determinados, flujo interno (usuario), flujo de servicio según la compatibilidad de uso.

Gráfico N° 108
Flujograma General



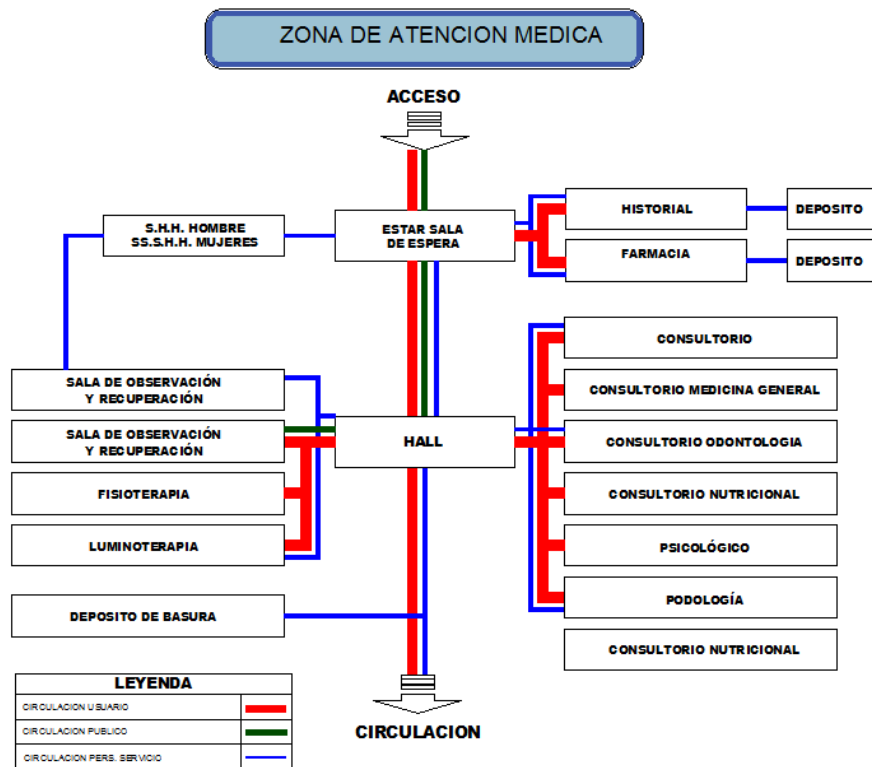
Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico N° 109



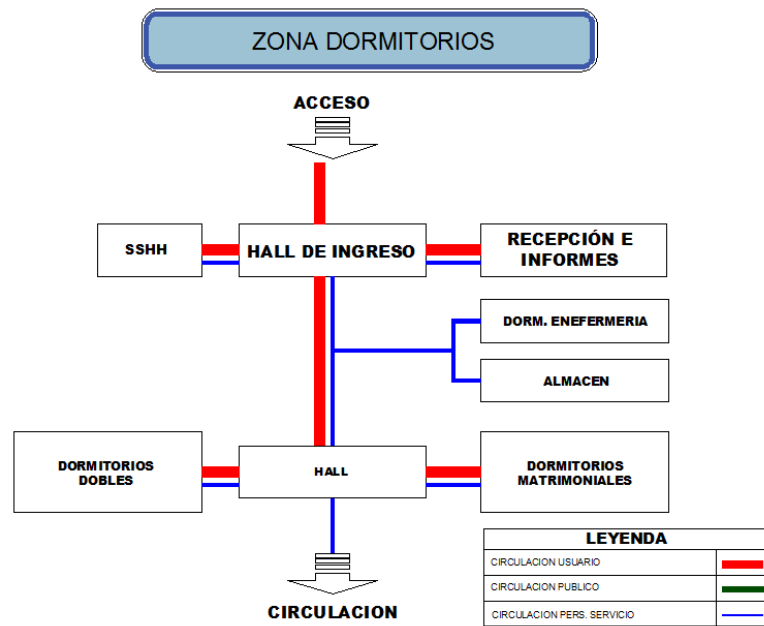
Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico N° 110



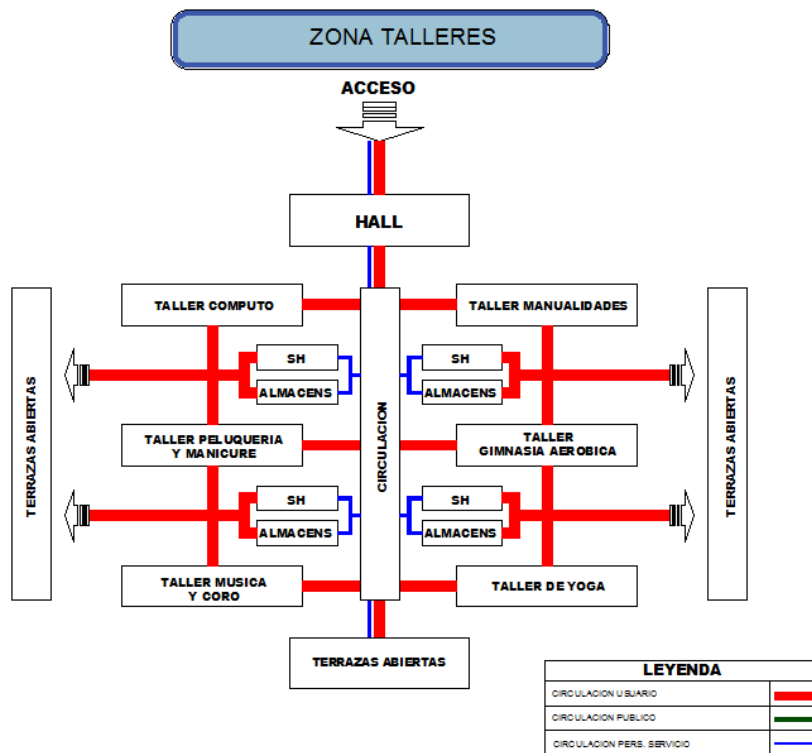
Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico N° 111



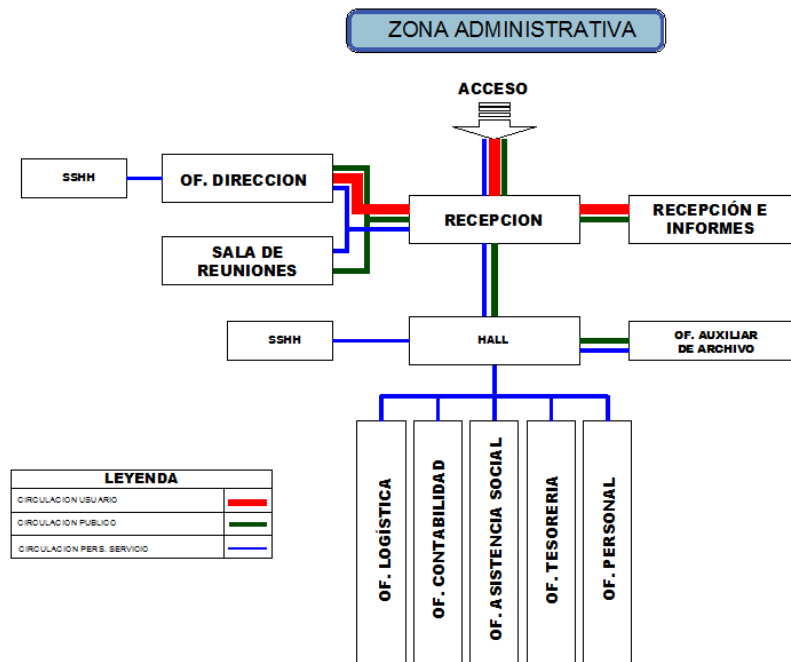
Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico N° 112



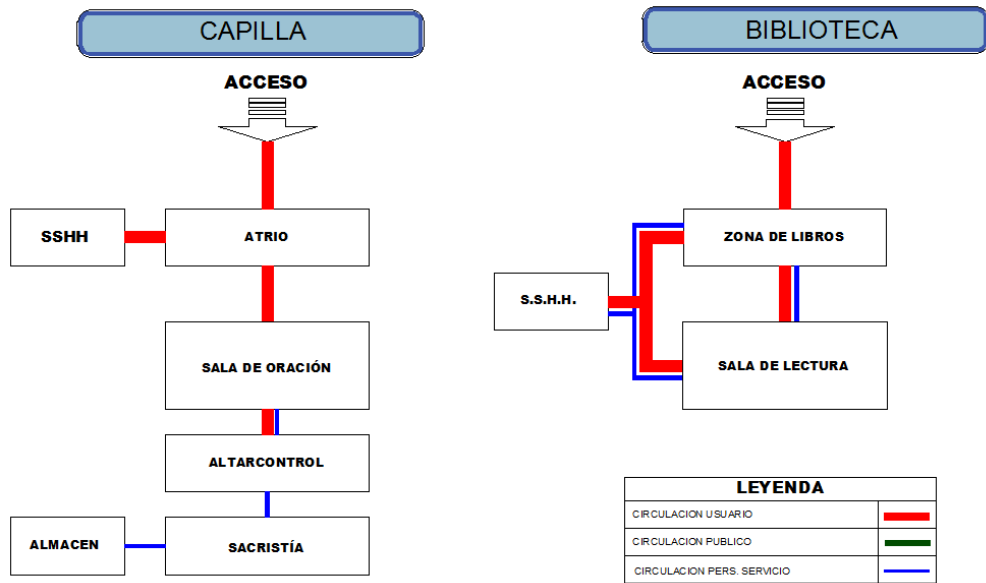
Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico N° 113
Zona de Servicios Complementarios



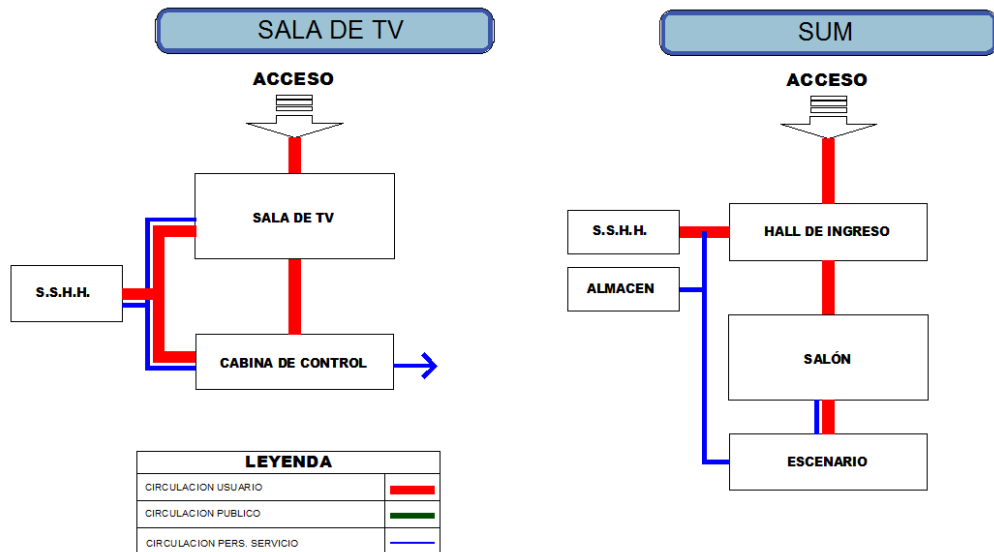
Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico N° 114
Zona de Servicios Complementarios



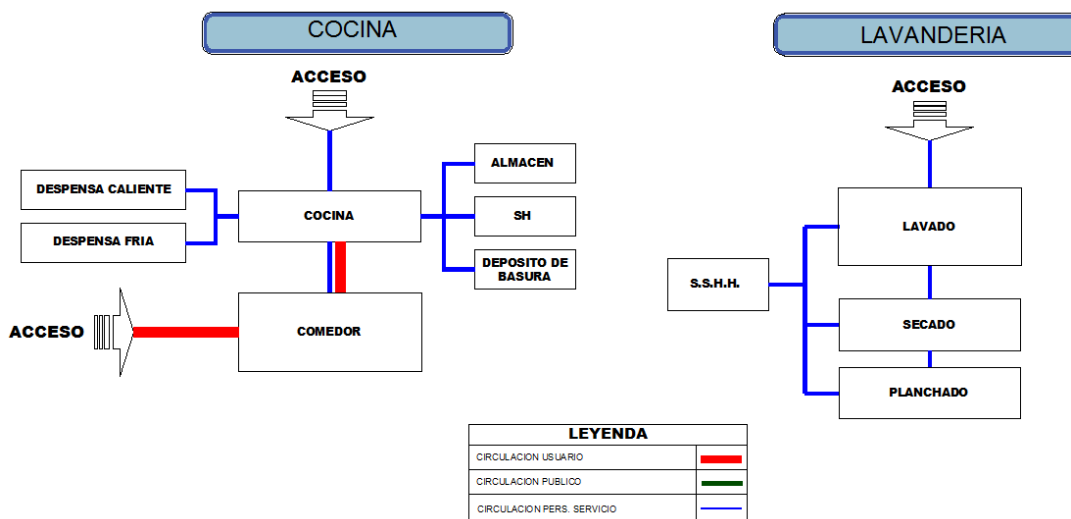
Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico N° 115
Zona de Servicios Complementarios



Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico N° 116
Zona de Generales.



Fuente: Elaboración Propia.

Las zonas de promoción del arte y de servicios complementarios están inmersas en la organización general al estar dispersas trabajan como elementos independientes.

3.1.4.4 Conceptualización

Gráfico N° 117

Simbología, la intensidad y el ritmo de los movimientos del corazón.



Fuente: Elaboración Propia.

La idea conceptual parte de la importancia del usuario principal que es el Adulto Mayor y por ende el proyecto, viene a ser la Residencia Geriátrica; La conceptualización está basado en un análisis del usuario directo, el cual se puede observar que son las personas que deben percibir y sentir la arquitectura en su vida cotidiana en lo interior de la edificación como en el exterior del paisaje.

Gráfico N° 118

“Que la diferencia no sea la indiferencia” Reflexión



Fuente:<http://www.arkadia.com>

**“DEPENDENCIA - SENSIBILIDAD –
ESPERANZA DE VIDA”**

De la representación gráfica extraemos elementos a considerar en la propuesta:

VOLUMEN, un volumen con quiebres que asemeje el ritmo cardiaco, que defina las envolventes internas y externas del proyecto.

JERARQUIA, de los volúmenes que contengan el principio del proyecto, esperanza de vida.

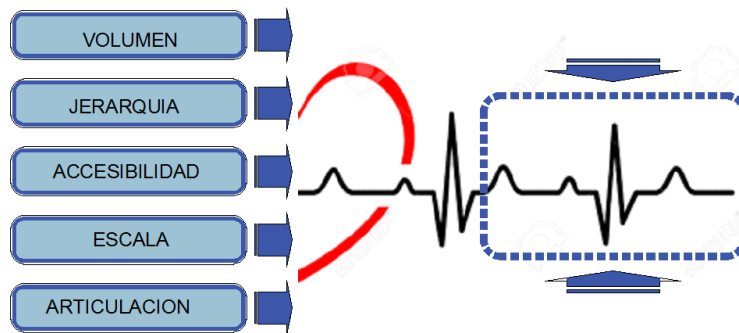
ACCESIBILIDAD, desde un volumen de recepción, direccionando un recorrido definido al interior.

ARTICULACION, entre todos los volúmenes planteados, mediante la exteriorización de sus ambientes.

ESCALA, que transmita acceso, recorrido y visualización de morfología del edificio.

Gráfico N° 119

ELEMENTOS

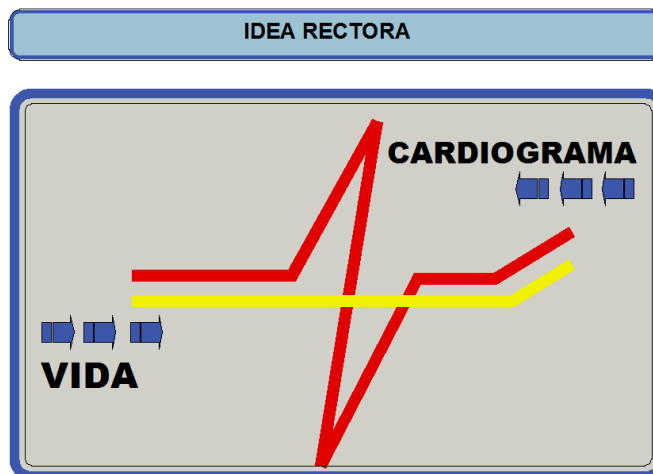


Fuente: Elaboración Propia.

3.1.4.5 Partido Arquitectónico

Para la generación del partido arquitectónico y considerando las premisas antes mencionadas, se esquematizara de la siguiente manera:

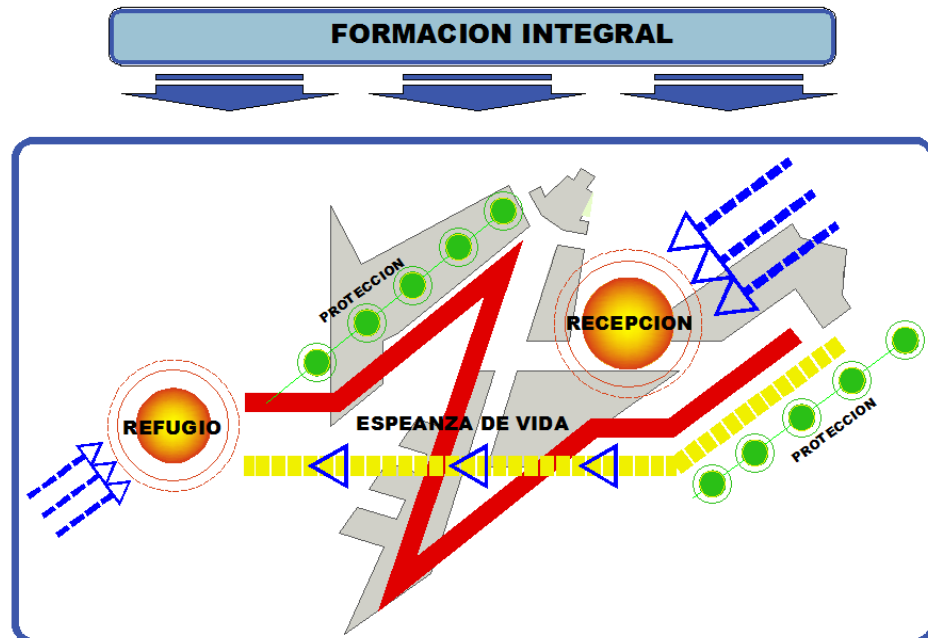
Gráfico N° 120



Fuente: Elaboración Propia.

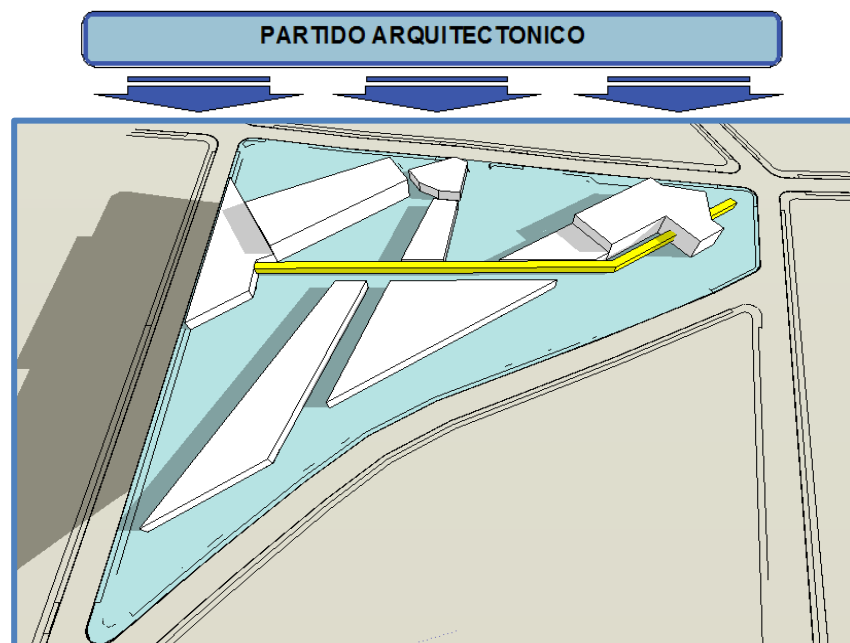
Gráfico N° 121

Replantación primaria de los elementos a considerar en la generatriz del partido arquitectónico.



Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico N° 122



Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico N° 123

PARTIDO ARQUITECTÓNICO – Volumetría y definición de espacios abiertos de carácter interno y externo.



Fuente: Elaboración Propia.

3.1.4.6 Zonificación

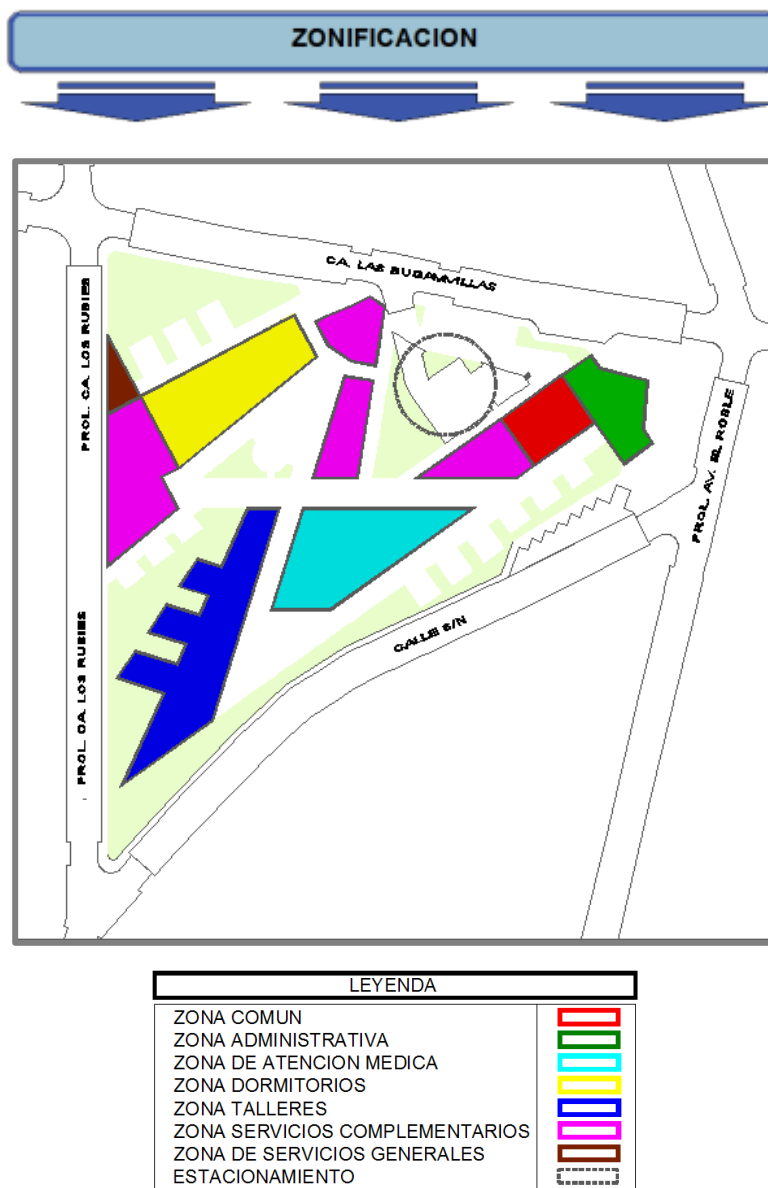
Según las zonas planteadas en la programación arquitectónica y la afinidad de función, se han agrupado en tres principales zonas, según se muestra en el siguiente gráfico:

- ✓ Zona Común
- ✓ Zona Administrativa
- ✓ Zona de Atención Medica
- ✓ Zona Dormitorios

- ✓ Zona Talleres
- ✓ Zona Servicios Complementarios
- ✓ Zona de Servicios Generales
- ✓ Estacionamiento.

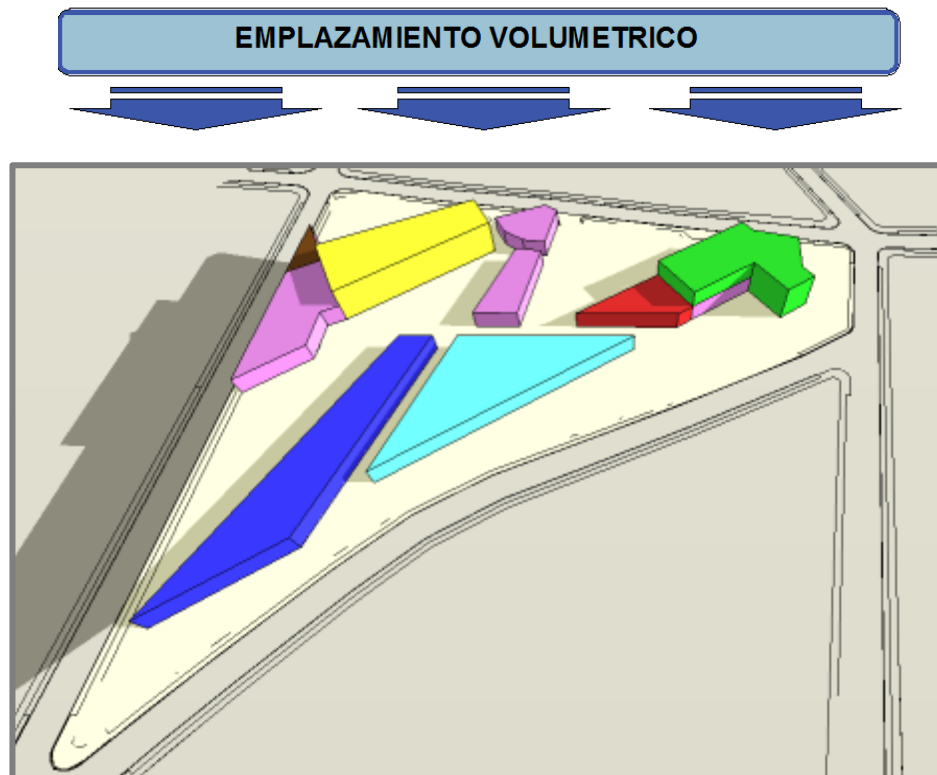
Gráfico N° 124

Emplazamiento de zonas en el terreno.



Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico N° 125
Emplazamiento de zonas en el terreno.



Fuente: Elaboración Propia.

Considerando los parámetros obtenidos anteriormente y teniendo definida la zonificación para el emplazamiento de las distintas zonas a desarrollar se trabajara el diseño arquitectónico por unidades, así como el tratamiento de las distintas áreas abiertas exteriores e internas para ocio, recreación y circulación.

3.2. DESARROLLO DEL ANTEPROYECTO (TOMO II)

- 3.2.1 Plano de Localización y Ubicación
- 3.2.2 Plano Perimétrico
- 3.2.3 Plano Topográfico
- 3.2.4 Plano de Plataformas

- 3.2.5 Planimetría General
- 3.2.6 Cortes del conjunto
- 3.2.7 Elevaciones del conjunto

3.3. DESARROLLO DEL PROYECTO (TOMO II)

- 3.3.1 Plano por bloque de Administración
- 3.3.2 Plano por bloque de Salud
- 3.3.3 Plano por bloque de Talleres
- 3.3.4 Plano por bloque de Restaurante
- 3.3.5 Plano por bloque de Capilla
- 3.3.6 Plano por bloque de Dormitorio
- 3.3.7 Plano por bloque de S.U.M.
- 3.3.8 Plano de Trazo
- 3.3.9 Plano de detalles arquitectónicos
- 3.3.10 Imágenes en 3D
- 3.3.11 Maqueta

3.4. Conclusiones y Recomendaciones

3.4.1. Conclusiones

Primera: Se ha diseñado una infraestructura de Residencia Geriátrica Privada para la Región de Tacna, a fin de mejorar la atención integral y calidad de vida del adulto mayor; basados en la formulación de objetivos, los mismos que se han evidenciado en la Propuesta Arquitectónica.

Segunda: Se promocionó el desarrollo de actividades sociales de encuentros tanto entre los adultos mayores, familias y la comunidad; con el propósito de integrar a la sociedad; creando espacios de encuentro e intercambio para mejorar la calidad de vida del adulto mayor, mediante un análisis de diagnóstico situacional del lugar donde se emplazó el proyecto, el cual sirvió para dar una respuesta espacial, funcional y formal en el lugar contextualizado en su entorno inmediato.

Tercera: Se aplicaron criterios paisajistas y se planifica que se utilice materiales modernos que permitan ofrecer un confort entre las personas que albergarán la infraestructura y mediante el análisis del lugar, el cual sirvió para fundamentar la propuesta del proyecto arquitectónico, se ha demostrado de manera real la posibilidad de establecer una propuesta con espacios adecuados para mejorar la calidad de vida del Adulto Mayor,

Cuarta: Se desarrolló una programación arquitectónica de acuerdo a las necesidades establecidas logrando una propuesta de proyecto arquitectónico de una Residencia Geriátrica Privada para la atención integral del Adulto Mayor en la Región de Tacna para el beneficio del 40.28% de la población de adultos mayores que se encuentran aparentemente sanos y que no cuentan con un centro especializado;

los resultados espaciales, funcionales y formales responden a las necesidades del usuario y a su vez mejoran la atención integral y calidad de vida del adulto mayor.

3.4.2. Recomendaciones

Primera: Considerando la carencia de Infraestructura Residencial Geriátrica en la Región de Tacna, se recomienda realizar las gestiones para llevar la presente propuesta a las instituciones privadas interesadas en realizar la inversión necesaria para la ejecución de la misma, a fin de consolidar la atención integral y mejorar la calidad de vida del adulto mayor en nuestra región.

Segunda: Se recomienda fomentar y culturizar nueva perspectiva de vida enfocado en los adultos mayores para poder integrarlos en una sociedad activa, mejorando salud integral y calidad de vida de esta población a nivel regional.

Tercera: Se recomienda adoptar los métodos y procesos de diseño en la edificación, comprendidos en los parámetros de la conservación del medio ambiente.

Cuarta: Visto que el diseño arquitectónico y la construcción de una Residencia Geriátrica no escapan al contexto del quehacer arquitectónico se recomienda el desarrollo de esta temática para el beneficio de la población del adulto mayor en la Región de Tacna.

3.5. Bibliografía y Referencias

3ERA EDAD, (s/f). SALUD, CULTURA Y OCIO/. Recuperado 27 de enero del 2017 de: <http://www.tercera-edad.org/salud/enfermedades.asp>

ANAMH-RENAMH, (s/f). Asociación Nacional del Adulto Mayor y Red Nacional del Adulto Mayor, Capítulo III, Derechos y Obligaciones.

BARDALES DEL ÁGUILA, C. (s/f). Proyecto Observatorio De La Salud, La Salud en el Perú.

CASADO, DEMETRIO Y GUILLEN, (1986). "Los servicios sociales en perspectiva histórica. Documentación Social nº 64, Madrid.

DIARIO PERU21, (2015). ¿Cuál es la situación del adulto mayor en el Perú?. Recuperado 16 de febrero del 2017 de; <http://peru21.pe/economia/inei-cual-situacion-adulto-mayor-peru-2215920>

ENCARTA (s/f). Enciclopedia Encarta 2000

ESCARTÍN CAPARRÓS, M. (s/f). Introducción al Trabajo Social II.

GOBIERNO REGIONAL TACNA, (s/f). Sistema Integral De Salud, Programa Regional De Poblaciones – Tacna.

GÓMEZ DÍAZ, F. (s/f). Centro de Atención Personas 3ª edad. Recuperado 27 de enero del 2017: <http://www.archdaily.pe/pe/773721/centro-de-atencion-personas-3a-edad-francisco-gomez-diaz-plus-baum-lab>

HERAS, (1985). De la beneficencia al bienestar social: cuatro siglos de acción social", La Cruz Roja en el bienestar social. Cruz Roja Española, Madrid.

IMERSO (2004). Informe 2004. Las personas mayores en España.

INEI, (2004). Perfil de Adulto Mayor INTRA II. Recuperado 16 de febrero del 2017 de:

<http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0044/C3-1.htm>

(s/f). Situación de la Población Adulta Mayor 2016, Informe Técnico No 4 - Diciembre 2016.

INSERSO. (2010). Las Residencias de Ancianos. 2014, de Saludalia. Recuperado el 17 de diciembre del 2016, de:

<http://www.saludalia.com/salud-del-anciano/residencias-ancianos>

KISNERMAN, N. (1998). Pensar en trabajo social. Recuperado 15 de febrero del 2017 de; <https://es.scribd.com/doc/130270214/Natalio-Kisnerman-Pensar-El-Trabajo-Social>

LOPEZ, A., CARMEN, (1986): Cuatro siglos de acción social de la beneficencia al bienestar social. Seminario de historia de la acción social, Memoria Introdutoria. Editorial Siglo XXI. Madrid.

LLADO, M. (s/f). Historia no comentada de la Geriatría en el Perú. Recuperado 03 de febrero del 2017 de;

<http://repebis.upch.edu.pe/articulos/Geronto/n1/a1.pdf>

MACIA TORRES, M. (2013), Factores que Condicionan la Violencia Intrafamiliar Al Adulto Mayor. Recuperado 10 de febrero del 2017 de; <http://www.eumed.net/libros-gratis/2013a/1298/1298.pdf>

MALAGÓN, J (1999). Fundamentos del trabajo social comunitario.

MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES, (2015). PLANPAM 2013-2017, Cuadernos sobre Poblaciones Vulnerables, N° 5, Año 1 – 2013.

MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE POCOLLAY, (s/f). Plan urbano Distrital de Pocolay 2009 – 2016.

NAVARRO, P. (s/f). DE LA CARIDAD AL ESTADO DE BIENESTAR, Recuperado el 22 de enero del 2017, de;
<http://www.iniciativasocial.net/historia.htm>

OLIVERA, J. y CLAUSEN J. (2014). Las características del adulto mayor peruano y las políticas de protección social.

PAZ SOLDÁN, C. (1914). La asistencia social en el Perú, TESIS para optar el Grado Académico de Doctor en Ciencias de la Salud.

POMA, G. (1615). Nueva Crónica y Buen Gobierno.

REGLAMENTO NACIONAL DE EDIFICACIONES
(2015). Recuperado 15 de enero del 2017.

VÍCTOR HUGO. (1802 - 1885). Biografías y Vidas, Recuperado el 10 de enero del 2017, de;
www.biografiasyvidas.com/biografia/h/hugo_victor.htm

WIKIPEDIA, (s/f). Residencia de personas mayores. Recuperado 06 de febrero del 2017 de:
https://es.wikipedia.org/wiki/Residencia_de_personas_mayores.

RODRÍGUEZ, P., IZAL, M., CASSINELO, A., SANCHO, M. & MARTÍNEZ, J. M. (1999), Residencias para personas mayores. Manual de orientación. Editorial Médica Panamericana. Madrid.

SALUDALIA (s/f). ¿Qué es geriatría?. Recuperado 06 de febrero del 2017 de:
<http://www.saludalia.com/salud-familiar/que-es-geriatria>.

3.6. Anexos

VISTAS TRIDIMENSIONALES DEL PROYECTO



VISTA AEREA FACHADA PRINCIPAL- AV. BUGANVILLAS



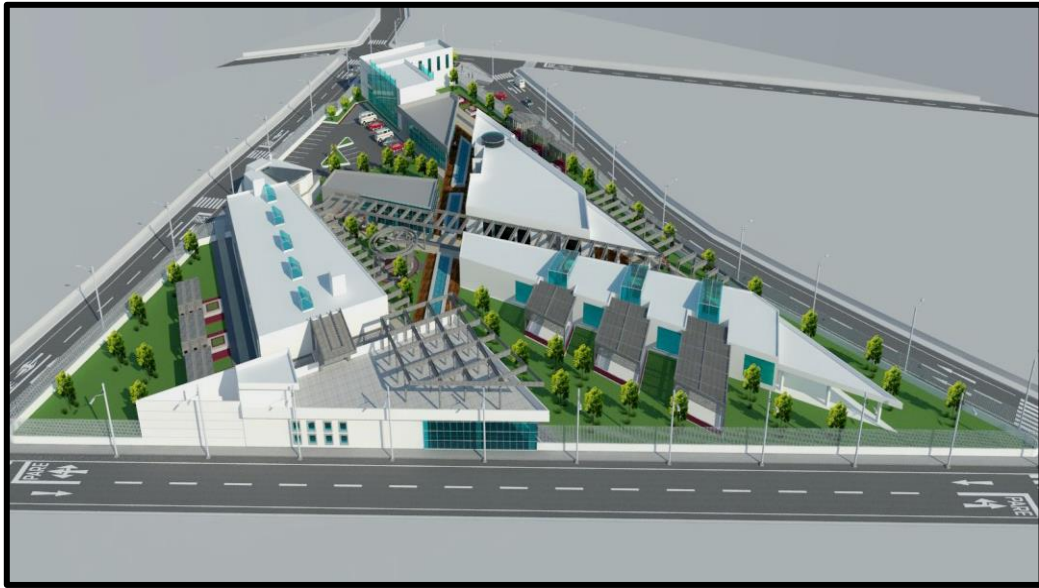
VISTA AEREA LADO CALLE LOS RUBIES CON CALLE S/N



VISTA AEREA LADO POSTERIOR- CALLE S/n



VISTA AEREA LADO PRINCIPAL-AV. LAS BUGANVILLAS



VISTA AEREA LADO CALLE LOS RUBIES



VISTA AEREA LADO AV. LAS BUGANVILLAS CON CALLE LOS RUBIES



INGRESO PRINCIPAL DE LA RESIDENCIA GERIATRICA



VISTA ALAMEDA LATERAL. ZONA DE SALUD, FUENTE DE AGUA Y JARDINERAS



VISTA ZONA DE COMEDOR



VISTA - ZONA DE CAPILLA



VISTA- LATERAL DERECHO ZONA DE S.U.M.



VISTA- INGRESO VEHICULAR, CABINA DE CONTROL Y ZONA DE ESTACIONAMIENTO



VISTA- ALAMEDA CENTRAL Y ZONA DE BIBLIOTECA Y SALUD



VISTA- ALAMEDA LATERAL, ZONA DE SALUD



VISTA- ALAMEDA CENTRAL, ZONA DE DORMITORIOS



VISTA- ALAMEDA ENTRE ZONA DE TALLERES Y SALUD