



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO DE PUNO
FACULTAD DE INGENIERIA CIVIL Y ARQUITECTURA
ESCUELA PROFESIONAL DE ARQUITECTURA Y URBANISMO



**ESPACIO DE REFUGIO, RECUPERACION Y CONFORT PARA
EL ADULTO MAYOR EN EL DISTRITO DE ARAPA.**

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. ARTETA MORANTE SILENIA STEPHANY.

Bach. HUERTA ESPINOZA MARIA DEL PILAR.

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

ARQUITECTO

PUNO – PERÚ

2020



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE INGENIERIA CIVIL Y ARQUITECTURA

ESCUELA PROFESIONAL DE ARQUITECTURA Y URBANISMO

ESPACIO DE REFUGIO, RECUPERACION Y CONFORT PARA EL ADULTO

MAYOR EN EL DISTRITO DE ARAPA

TESIS PRESENTADA POR:

ARTETA MORANTE SILENIA STEPHANY.

HUERTA ESPINOZA MARIA DEL PILAR.

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:

ARQUITECTO

APROBADO POR EL JURADO REVISOR CONFORMADO POR:

PRESIDENTE:

Dr. SC. ELIE RAUL CHARAJA LOZA.

PRIMER MIEMBRO:

ARQ. YONNY WALTER CHAVEZ PEREA.

SEGUNDO MIEMBRO:

ARQ. ROSA MARIA TOVAR VASQUEZ.

DIRECTOR / ASESOR:

Mg. SC. JUAN HERNANDO E. LINARES APARICIO.

Tema : Infraestructura Social.

Área : Diseño Arquitectónico.

Línea de investigación: Teoría y crítica de la Arquitectura Social

Fecha de sustentación: 16 de Enero del 2020.



FIRMA
DIGITAL

Firmado digitalmente por:
CCAMA CONDORI Hugo
Anselmo FAU 20145406170 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 09/07/2020 15:32:03-0500





DEDICATORIA

A mis pequeños hijos Czar Adriel y Antoanela Ariella Vaiiolet por ser mis motivos de vida, a mi pareja Cesar por ser mi compañero de vida el que me ayuda aprender el significado de familia. Ustedes hacen que se llene mi corazón de amor y alegría.

A mis padres Julio Cesar y María del Pilar por el apoyo incondicional en mi formación como persona y profesional depositando su confianza en cada reto que se presenta sin dudar de mi inteligencia y mi capacidad.

A mis hermanas María Alejandra, Anguie y Milagros por el apoyo incondicional que me brindan día a día en este camino llamado vida.

Silena Stephany Arteta Morante.



DEDICATORIA

A mis padres Ricardo y Amparo por ser el gran ejemplo a seguir y apoyo incondicional en mi formación como persona y profesional.

Su ejemplo de amor y bondad lo guardaré para toda la vida. A mis hermanos, Ricardo, milagros, Yameli y mi sobrina Arleth, Vania, por darme todo su apoyo.

A mi pareja Yancarlo Daniel que siempre está acompañándome en las buenas y malas gracias por tu gran apoyo te amo.

Mi gran motivación durante estos años universitarios.

María del Pilar Huerta Espinoza.



AGRADECIMIENTOS

A Dios por guiar siempre nuestros caminos.

A nuestros padres, que son nuestra fuerza moral, sus perseverantes apoyos que nos ayudó a culminar esta meta de manera satisfactoria.

A nuestros hermanos, hermanas, parejas e hijos. Gracias por estar siempre a nuestro lado, por ayudarnos a continuar en los momentos de difíciles y por enseñarnos a ser unas mejores personas.

A Renne Duverly Vargas Montes de Oca, gracias ingeniero por el asesoramiento incondicional en la elaboración de nuestra tesis.

Al párroco de la prelatura de Arapa, gracias padre Marcos Degen Dublín por la ayuda que nos brindó en el bienestar del adulto mayor.

A nuestros grandes amigos y amigas por el apoyo durante la culminación de esta tesis, en especial a cesar (pollo), Marvin, Alex, Celso, Ivi, Erika, Silvia, Vanessa, yessica, Maribel, nieves, flor y yubissa, Y a todas las personas que de una u otra manera fueron parte de nuestra formación académica y universitaria, gracias, por tanto, A nuestra querida universidad y a nuestros docentes por brindarnos las herramientas necesarias para forjarnos como profesionales.

María del Pilar Huerta Espinoza.

Silenia Stephany Arteta Morante.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

RESUMEN22

ABSTRACT.....23

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN26

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA27

1.2.1 Problema General:28

1.2.2. Problemas Específicos:28

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....29

1.4. HIPÓTESIS:.....29

1.5. JUSTIFICACIÓN.....30

1.6. CONCLUSIÓN DEL CAPÍTULO I31

CAPITULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. MARCO HISTÓRICO32

2.1.1. Origen Y Desarrollo De La Geriatria32

2.1.2. Historia De La Geriatria Y Gerontología En El Perú.....36

2.2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL40

2.2.1. Teoría De La Arquitectura:40

2.2.2. Arquitectura Y Funcionalismo:42

2.2.3. Concepto Generador:53

2.2.4. El Paisaje:.....57

2.2.5.- Paisaje e Identidad Cultural:58

2.2.6.- Percibir el Paisaje:62

2.2.7.- Comprender el Paisaje:64



2.2.8. El Adulto Mayor:.....	67
2.2.9. Gerontología:.....	82
2.2.10. Geriatría:.....	83
2.2.11. La Vejez:	85
2.2.12. El Envejecimiento:.....	89
2.2.13. Teorías Psicosociales Del Envejecimiento:.....	99
2.2.14. Discapacidad:.....	104
2.2.15. Población Adulta Mayor Según Nivel Educativo:	111
2.2.16. Recuperación	124
2.2.17. Residencia - Refugio:.....	132
2.2.18. Confort:	143
2.2.19. Calidad De Vida:	147
2.2.20. Actividad Física:.....	164
2.2.21. Recreación:.....	168
2.3. MARCO REFERENCIAL	174
2.3.1. Referente Internacional.....	174
2.3.2.- Referente Nacional:	184
2.3.3. Referente Local:.....	190
2.4. MARCO NORMATIVO	193
2.4.1. Marco Normativo a Nivel Internacional:.....	193
2.4.2. Marco normativo a nivel nacional:	198
2.4.3. Normas Ambientales:.....	213
2.4.4. Reglamento Nacional de Edificaciones (Rne).....	214

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. UBICACIÓN POLÍTICA	252
3.1.1. Ubicación Geográfica:	252
3.1.2. Límites:	253
3.1.3. Extensión:.....	253
3.1.4. Aspectos Físicos Geográficos:	254
3.1.5. Aspectos Hidrográficos:.....	258
3.1.6. Ecosistema Biológico Del Lago:	260
3.2 MATERIALES Y MÉTODOS.....	266



3.2.1. Metodología de la investigación:	266
3.3. ESQUEMA METODOLOGICO DEL ESTUDIO	268
3.4. DISEÑO DE INVESTIGACION	269
3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	269

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. ANÁLISIS DE LA ENCUESTA I.....	276
4.2. ANÁLISIS DE LA ENCUESTA II	286
4.3. PROPUESTA TERRITORIAL:	297
4.3.1. Ubicación:	297
4.3.2. Limites:	298
4.3.3. Plano De Ubicación:	299
4.3.4. Justificación:.....	300
4.3.5. Accesibilidad:	301
4.4. PARÁMETROS URBANÍSTICOS:	303
4.4.1. Topografía:	303
4.4.2. Clima:	307
4.5. PREMISAS DE DISEÑO	309
4.5.1. Premisas Ambientales.....	309
4.5.2. Premisas Funcionales.....	310
4.5.3. Premisas Formales	312
4.5.4. Premisas Tecnológicas.....	312
4.5.5. Premisas Espaciales:	313
4.6. PROPUESTA A NIVEL CONCEPTUAL:	315
4.6.1. Toma de Partido Arquitectónico:	315
4.6.2. Concepto Arquitectónico:	315
4.6.3. Conceptualización Grafica Del Carnaval De Arapa.....	321
4.6.4. Geometrización	322
4.6.5. Función:	324
4.6.6. Diagrama De Relaciones:	328
4.6.7. Diagrama Funcional:	329
4.6.8. Diagrama De Flujos:.....	330
4.6.9. Programa Arquitectónico:	332



4.7. PROYECTO ARQUITECTONICO:	335
4.7.1. Definición De La Planta General:	335
4.7.2. Zonificación En Planta:	335
4.7.3. Sistema Constructivo:	336
4.7.4. Presupuesto:	338
V. CONCLUSIONES	339
VI. RECOMENDACIONES	340
VII. REFERENCIAS	341
ANEXOS	348
PLANOS: (SE PRESENTARÁ EN DIGITAL)	348



ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1: Fabrica Fagus, Walter Gropius, 1911.</i>	46
<i>Figura 2: Bauhaus Edificio Dessaus Desde El Noroeste, Walter Gropius, 1926.</i>	47
<i>Figura 3: Bauhaus, Walter Gropius 1925-1926.</i>	48
<i>Figura 4: Silla Barcelona Mies van der Rohe, 1928.</i>	51
<i>Figura 5: El Modulor.</i>	53
<i>Figura 6: El Paisaje.</i>	57
<i>Figura 7: El Paisaje como identidad cultural.</i>	61
<i>Figura 8: Metáfora visual de la naturaleza en lugares.</i>	63
<i>Figura 9: Comprender el paisaje.</i>	67
<i>Figura 10: Pirámide poblacional de 1950.</i>	70
<i>Figura 11: Pirámide Poblacional del 2016.</i>	71
<i>Figura 12: Hogares Con Algún Miembro Adulto/A Mayor, Según Área De Residencia</i>	71
<i>Figura 13: Hogares Jefaturados Por Adultos Mayores, Según área De Residencia Y Sexo</i>	72
<i>Figura 14: Población De 60 Y Más Años De Edad, Según Lengua Aprendida En La Niñez.</i>	76
<i>Figura 15: Adulto Mayor- Mujer.</i>	93
<i>Figura 16: Incidencia De La Discapacidad En Las Personas Adultas Mayores.</i>	109
<i>Figura 17: Población Fem. Y Mascu. Adulta Mayor Con Alguna Discapacidad Por Grupo 2012.</i>	110
<i>Figura 18: Incidencia De La Discapacidad De La Provincia Adulta Mayor.</i>	111
<i>Figura 19: Población Femenina Y Masculina Adulta Mayor Con Alguna Discapacidad 2012.</i>	113
<i>Figura 20: Discapacidad De La Población Adulta Mayor Por Número De Limitaciones 2012</i>	114
<i>Figura 21: Discapacidad De La Población Adulta Mayor Por Número De Limitaciones 2012</i>	115
<i>Figura 22: Población Adulta Mayor Con Discapacidad Por Tipo 2012.</i>	116
<i>Figura 23: Población Adulta Mayor Con Discapacidad Por Tipo De Limitación 2012.</i>	117
<i>Figura 24: Población Adulta Mayor Con Discapacidad Por Tipo 2012.</i>	120



<i>Figura 25:Población Adulta Mayor Con Discapacidad Por Tipo 2012.....</i>	<i>120</i>
<i>Figura 26:Población Adulta Mayor Con Discapacidad Por Tip 2012.....</i>	<i>122</i>
<i>Figura 27:Población Adulta Mayor Con Discapacidad Por Tipo De Limitación Permanente.</i>	<i>123</i>
<i>Figura 28:Población Adulta Mayor Con Discapacidad Por Tipo2012.....</i>	<i>124</i>
<i>Figura 29:Recreación Motriz En Centros Municipales Para El Adulto Mayor.....</i>	<i>169</i>
<i>Figura 30:Actividad Pasiva Del Adulto Mayor.....</i>	<i>169</i>
<i>Figura 31:Centro Geriátrico Santa Rita.....</i>	<i>175</i>
<i>Figura 32:Centro Geriátrico Santa Rita.....</i>	<i>175</i>
<i>Figura 33:Implantación Urbana.</i>	<i>176</i>
<i>Figura 34:Distribución de los espacios.</i>	<i>177</i>
<i>Figura 35:Circulación Interior.</i>	<i>177</i>
<i>Figura 36:Sistema compositivo formal y estructural.....</i>	<i>178</i>
<i>Figura 37:Piscina.....</i>	<i>178</i>
<i>Figura 38:Vista interior desde las áreas verdes.....</i>	<i>179</i>
<i>Figura 39:Vista interior.....</i>	<i>179</i>
<i>Figura 40:Vista exterior a las áreas verdes.....</i>	<i>180</i>
<i>Figura 41:Vista exterior a las áreas verdes.....</i>	<i>181</i>
<i>Figura 42:Implantación urbana.....</i>	<i>181</i>
<i>Figura 43:Distribución de los espacios.....</i>	<i>182</i>
<i>Figura 44:Distribución de los espacios.....</i>	<i>182</i>
<i>Figura 45:Sistema compositivo formal y estructural.....</i>	<i>183</i>
<i>Figura 46:Vista exterior a las áreas verdes.....</i>	<i>184</i>
<i>Figura 47:Espacio Exterior.</i>	<i>184</i>
<i>Figura 48:Hogar Geriátrico San Pedro De Tacna.....</i>	<i>185</i>
<i>Figura 49:Hogar Geriátrico en Vista Satelital.</i>	<i>187</i>
<i>Figura 50:Grupo de Adulto Mayores.</i>	<i>188</i>
<i>Figura 51:Figura 51: Sala De Estar</i>	<i>188</i>



<i>Figura 52:Ss.hh.</i>	189
<i>Figura 53:Circulación y Áreas Verdes.</i>	190
<i>Figura 54:grupo sinfónico del Adulto Mayor.</i>	191
<i>Figura 55:Orientación socio jurídica.</i>	191
<i>Figura 56:Ruta Accesibles.</i>	219
<i>Figura 57:Pasos y Contrapasos.</i>	220
<i>Figura 58:Radio de Rondeo de Canto.</i>	220
<i>Figura 59:Longitud de Rampa.</i>	221
<i>Figura 60:Rejilla Colocada en la acera o Vereda.</i>	221
<i>Figura 61:Ingreso principales escaleras y rampas.</i>	222
<i>Figura 62:Ingreso Principales Accesibles.</i>	222
<i>Figura 63:Puertas y Mamparas.</i>	223
<i>Figura 64:Espacio libre de puertas.</i>	224
<i>Figura 65:Ancho mínimo de Rampa.</i>	224
<i>Figura 66:Escaleras y medios mecánicos.</i>	225
<i>Figura 67:descanso entre tramos de rampa</i>	226
<i>Figura 68:Dimensiones de escaleras.</i>	226
<i>Figura 69:lavatorios.</i>	227
<i>Figura 70:Maniobra de movimiento.</i>	228
<i>Figura 71:Altura del lavatorio.</i>	229
<i>Figura 72:dimensiones de cubículo para Inodoro.</i>	230
<i>Figura 73:Corte de espacio de ss.hh.</i>	230
<i>Figura 74:Urinario.</i>	231
<i>Figura 75:Barras Tubulares verticales.</i>	232
<i>Figura 76:Separadores.</i>	232
<i>Figura 77:Dimensiones de la Tina.</i>	233
<i>Figura 78:Alturas de ubicación de accesorios.</i>	234
<i>Figura 79:Planta de la ducha.</i>	235



<i>Figura 80:Dimensiones Mínimas De La Ducha.....</i>	<i>235</i>
<i>Figura 81:barras de apoyo en grifería.</i>	<i>236</i>
<i>Figura 82:Diseño Interior Del Ss.hh.</i>	<i>236</i>
<i>Figura 83:Corte vertical de SS.HH.</i>	<i>237</i>
<i>Figura 84:Ubicación de Espejo.....</i>	<i>238</i>
<i>Figura 85:Dimensiones Para Estacionamiento.</i>	<i>239</i>
<i>Figura 86:Espacio de Comedor.</i>	<i>240</i>
<i>Figura 87:Sala De Espera.</i>	<i>241</i>
<i>Figura 88:Circulación En Silla De Ruedas.</i>	<i>244</i>
<i>Figura 89:Recorrido 1.</i>	<i>245</i>
<i>Figura 90:Recorrido 2.</i>	<i>245</i>
<i>Figura 91:Tipología de Circulación.....</i>	<i>247</i>
<i>Figura 92:Mapa de Ubicación.</i>	<i>252</i>
<i>Figura 93:Limitaciones de Arapa.....</i>	<i>253</i>
<i>Figura 94:Temperatura Anual de Arapa.</i>	<i>255</i>
<i>Figura 95:Temperatura Anual de Arapa.</i>	<i>256</i>
<i>Figura 96:Cielo nublado, sol y días de precipitación.</i>	<i>256</i>
<i>Figura 97:Temperaturas Máximas.</i>	<i>257</i>
<i>Figura 98:Velocidad de Viento.</i>	<i>257</i>
<i>Figura 99:Rosa de los vientos.</i>	<i>258</i>
<i>Figura 100:Hidrografía de Arapa.</i>	<i>259</i>
<i>Figura 101:lago del distrito de Arapa.</i>	<i>260</i>
<i>Figura 102:Vista desde el Lago de Arapa.</i>	<i>260</i>
<i>Figura 103:formación de Totorales.....</i>	<i>261</i>
<i>Figura 104:Vista desde el lago de Arapa.....</i>	<i>262</i>
<i>Figura 105:Actividades De La Población Del Distrito De Arapa.</i>	<i>264</i>
<i>Figura 106:Esquema Metodológico.</i>	<i>268</i>
<i>Figura 107:Pirámide De La Población Peruana 1950-2018.....</i>	<i>270</i>



<i>Figura 108:Hogares Con Algún Miembro Adulto/A Mayor.</i>	<i>271</i>
<i>Figura 109:Adulto Mayor Por Provincias 2017.</i>	<i>272</i>
<i>Figura 110:Adulto mayo 65-69 Años 2015.</i>	<i>272</i>
<i>Figura 111:Población censada adulta mayor Arapa-2015.....</i>	<i>272</i>
<i>Figura 112:Hogares Conducido Por El Adulto/A Mayor.....</i>	<i>273</i>
<i>Figura 113:Resultado De La Pregunta 1.....</i>	<i>276</i>
<i>Figura 114: Resultado De La Pregunta 2.....</i>	<i>277</i>
<i>Figura 115:Resultado De la Pregunta 3.....</i>	<i>278</i>
<i>Figura 116:Pregunta 4 De La Encuesta A la Población De Distrito De Arapa.</i>	<i>279</i>
<i>Figura 117:Resultado de la pregunta 4.</i>	<i>279</i>
<i>Figura 118:Pregunta 5 De La Encuesta A la Población De Distrito De Arapa.</i>	<i>280</i>
<i>Figura 119:Resultados de la pregunta 5.....</i>	<i>280</i>
<i>Figura 120:Resultados de la pregunta 6.....</i>	<i>281</i>
<i>Figura 121:Pregunta 7 De La Encuesta A la Población De Distrito De Arapa.</i>	<i>282</i>
<i>Figura 122:Resultados de la pregunta 7.....</i>	<i>282</i>
<i>Figura 123:Resultados De La Pregunta 8.</i>	<i>283</i>
<i>Figura 124:Resultados de la pregunta 9.....</i>	<i>284</i>
<i>Figura 125:Resultados de la pregunta 10.....</i>	<i>284</i>
<i>Figura 126:Resultados de la pregunta 11.....</i>	<i>285</i>
<i>Figura 127:Resultados de la pregunta 12.....</i>	<i>286</i>
<i>Figura 128:Resultados de la pregunta 1.....</i>	<i>287</i>
<i>Figura 129:Resultado De La Figura 2</i>	<i>288</i>
<i>Figura 130:Resultados de la pregunta 3.....</i>	<i>289</i>
<i>Figura 131:Resultados de la pregunta 4.....</i>	<i>290</i>
<i>Figura 132:Resultados de la pregunta 5.....</i>	<i>291</i>
<i>Figura 133:Resultados de la pregunta 6.....</i>	<i>292</i>
<i>Figura 134:Resultados de la pregunta 7.....</i>	<i>292</i>
<i>Figura 135:Resultados de la pregunta 8.....</i>	<i>293</i>



<i>Figura 136:Resultados de la pregunta 9.....</i>	<i>294</i>
<i>Figura 137:Resultados de la pregunta 10.....</i>	<i>295</i>
<i>Figura 138:Resultados de la pregunta 11.....</i>	<i>296</i>
<i>Figura 139:Vista De Ubicación.</i>	<i>298</i>
<i>Figura 140:Plano de los límites del terreno.</i>	<i>299</i>
<i>Figura 141:Accesibilidad al Terreno.....</i>	<i>301</i>
<i>Figura 142:Análisis del terreno.</i>	<i>302</i>
<i>Figura 143:Vista de ejes de circulación general del terreno.....</i>	<i>302</i>
<i>Figura 144:Análisis Del Sitio: Ambiental.....</i>	<i>308</i>
<i>Figura 145:Análisis Del Sitio: Vientos.....</i>	<i>309</i>
<i>Figura 146:Concepto Carnaval de Arapa.....</i>	<i>316</i>
<i>Figura 147:Dibujo De las Chuspas.....</i>	<i>318</i>
<i>Figura 148:Dibujo del Sombrero.</i>	<i>318</i>
<i>Figura 149:Dibujo De las Madejas.....</i>	<i>319</i>
<i>Figura 150:Dibujo De La Pollera.....</i>	<i>319</i>
<i>Figura 151:Dibujo De Madejas De Los Hombres.....</i>	<i>320</i>
<i>Figura 152:Boceto carnaval de Arapa.....</i>	<i>321</i>
<i>Figura 153:Depuración A.....</i>	<i>322</i>
<i>Figura 154:Depurado B.....</i>	<i>322</i>
<i>Figura 155:Depuración C.....</i>	<i>323</i>
<i>Figura 156:GEOMETRIZACION.....</i>	<i>323</i>
<i>Figura 157:Fluxograma General.....</i>	<i>324</i>
<i>Figura 158:Fluxograma Zona Administrativa.....</i>	<i>325</i>
<i>Figura 159:Zona De Talleres.....</i>	<i>325</i>
<i>Figura 160:Zona De Residencia Visitas.....</i>	<i>326</i>
<i>Figura 161:Zona De Recuperación.....</i>	<i>326</i>
<i>Figura 162:Zona De Residencia Del Adulto Mayor.....</i>	<i>327</i>
<i>Figura 163:Zona De Servicio.....</i>	<i>327</i>



<i>Figura 164:Diagrama De Circulación de Flujos.....</i>	<i>328</i>
<i>Figura 165:Diagrama Funcional.....</i>	<i>329</i>
<i>Figura 166:Diagrama de Circulación por intensidad.....</i>	<i>330</i>
<i>Figura 167:Diagrama De Flujos por Frecuencia.....</i>	<i>331</i>
<i>Figura 168:Propuesta Arquitectónica.....</i>	<i>335</i>
<i>Figura 169:Zonificación de Planta.....</i>	<i>335</i>
<i>Figura 170:vista frontal de la planta.....</i>	<i>336</i>



ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1:Hogares Jefaturados Por Adultos Mayores, Según Área De Residencia Y Sexo.</i>	<i>73</i>
<i>Tabla 2:Hogares Jefaturados Por Adultos Mayores, Según Composición.....</i>	<i>73</i>
<i>Tabla 3:Población Adulta Mayor, Según Nivel Educativo A Y Residencia 2014-2015.....</i>	<i>75</i>
<i>Tabla 4:Población Adulta Mayor, Según Condición De Alfabetismo Y Área De Residencia.....</i>	<i>75</i>
<i>Tabla 5:población adulta mayor por sexo, según nivel educativo 2012 (porcentaje).....</i>	<i>111</i>
<i>Tabla 6:Población Adulta Mayor Con Discapacidad Por Tipo De Limitación Permanente, Según Área De Residencia, 2012 (Porcentaje).</i>	<i>117</i>
<i>Tabla 7:Instituto Nacional De Estadística E Informática – Encuesta Nacional Especializada Sobre Discapacidad 2012.</i>	<i>118</i>
<i>Tabla 8:Población Adulta Mayor Con Discapacidad Por Sexo, Según Tipo De Enfermedad Crónica, 2012 (Porcentaje).....</i>	<i>121</i>
<i>Tabla 9: Modalidades usadas en fisioterapia.</i>	<i>130</i>
<i>Tabla 10:Clasificación Y Tipo De Residencia De La Tercera Edad.</i>	<i>143</i>
<i>Tabla 11:Diferentes Enfoques Teóricos Sobre La Calidad De Vida.</i>	<i>153</i>
<i>Tabla 12:Diferentes Enfoques Teóricos De La Cvrs.</i>	<i>158</i>
<i>Tabla 13:Paradigmas Teóricos Sobre La Medición De Calidad De Vida En Personas Mayores</i>	<i>164</i>
<i>Tabla 14:Cuadro de Rangos de Pendiente Máxima.</i>	<i>225</i>
<i>Tabla 15:Espacio De Estacionamiento Para Vehículos.</i>	<i>238</i>
<i>Tabla 16:Relación De Veredas Y Pendiente.</i>	<i>242</i>
<i>Tabla 17:Dimensión De Escaleras Según Residencia.</i>	<i>243</i>
<i>Tabla 18:Cálculo De Salida De Emergencia Por Clase.....</i>	<i>244</i>
<i>Tabla 19:Número De Ocupantes De Una Edificación De Salud.....</i>	<i>246</i>
<i>Tabla 20:Edificaciones Para Oficinas.</i>	<i>249</i>
<i>Tabla 21:Salida De Emergencia.....</i>	<i>250</i>
<i>Tabla 22:Número De Ocupantes Para Recreación.</i>	<i>250</i>



<i>Tabla 23:Recreación Y Deportes.....</i>	<i>251</i>
<i>Tabla 24:Extensión del Territorio.</i>	<i>254</i>
<i>Tabla 25:Tabla Climática.</i>	<i>255</i>
<i>Tabla 26:Pregunta 1 De La Encuesta A la Población Del Distrito De Arapa.....</i>	<i>276</i>
<i>Tabla 27:Pregunta 2 De La Encuesta A la Población De Distrito De Arapa.....</i>	<i>277</i>
<i>Tabla 28:Pregunta 3 De La Encuesta A la Población De Distrito De Arapa.....</i>	<i>278</i>
<i>Tabla 29:Pregunta 6 De La Encuesta A la Población De Distrito De Arapa.....</i>	<i>281</i>
<i>Tabla 30:Pregunta 8 De La Encuesta A la Población De Distrito De Arapa.....</i>	<i>282</i>
<i>Tabla 31:Pregunta 9 De La Encuesta A la Población De Distrito De Arapa.....</i>	<i>283</i>
<i>Tabla 32:Pregunta 10 De La Encuesta A la Población De Distrito De Arapa.....</i>	<i>284</i>
<i>Tabla 33:Pregunta 11 De La Encuesta A la Población De Distrito De Arapa.....</i>	<i>285</i>
<i>Tabla 34:Pregunta 12 De La Encuesta A la Población De Distrito De Arapa.....</i>	<i>285</i>
<i>Tabla 35:Pregunta 1 De La Encuesta Al Adulto Mayor Del Distrito De Arapa.....</i>	<i>287</i>
<i>Tabla 36:pregunta 2 De La Encuesta Al Adulto Mayor Del Distrito De Arapa</i>	<i>287</i>
<i>Tabla 37:Pregunta 3 De La Encuesta Al Adulto Mayor Del Distrito De Arapa.....</i>	<i>288</i>
<i>Tabla 38:Pregunta 4 De La Encuesta Al Adulto Mayor Del Distrito De Arapa.....</i>	<i>289</i>
<i>Tabla 39:Pregunta 5 De La Encuesta Al Adulto Mayor Del Distrito De Arapa.....</i>	<i>290</i>
<i>Tabla 40:Pregunta 6 De La Encuesta Al Adulto Mayor Del Distrito De Arapa.</i>	<i>291</i>
<i>Tabla 41:Pregunta 7 De La Encuesta Al Adulto Mayor Del Distrito De Arapa.</i>	<i>292</i>
<i>Tabla 42:Pregunta 8 De La Encuesta Al Adulto Mayor Del Distrito De Arapa.....</i>	<i>293</i>
<i>Tabla 43:Pregunta 9 De La Encuesta Al Adulto Mayor Del Distrito De Arapa.....</i>	<i>294</i>
<i>Tabla 44:Pregunta 10 De La Encuesta Al Adulto Mayor Del Distrito De Arapa.</i>	<i>295</i>
<i>Tabla 45:Pregunta 11 De La Encuesta Al Adulto Mayor Del Distrito De Arapa.</i>	<i>296</i>
<i>Tabla 46:Cuadro De Datos Técnicos.</i>	<i>300</i>
<i>Tabla 47:Características De Las Plantas Nativas.</i>	<i>304</i>
<i>Tabla 48:Características De Las Algunas Flores De La Zona.</i>	<i>306</i>
<i>Tabla 49:Programa General.....</i>	<i>332</i>
<i>Tabla 50: Zona talleres.....</i>	<i>332</i>



<i>Tabla 51: Residencia de visitas-personal.....</i>	<i>333</i>
<i>Tabla 52: Recuperacion y residencia.</i>	<i>333</i>
<i>Tabla 53: Servicios.</i>	<i>334</i>
<i>Tabla 54: Espiritual-recreación-complementarios.....</i>	<i>334</i>
<i>Tabla 55: Presupuesto del proyecto.</i>	<i>338</i>



ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

- INEI Instituto Nacional De Estadística E Informática.
- CENECAPE Centro No Estatal De Capacitación Para El Empleo.
- INABIF Instituto Nacional De Bienestar Familiar.
- UCI Unidad De Cuidados Intensivos.
- CAM Centro Del Adulto Mayor.
- CEDAW Convención Sobre La Eliminación De Todas Las Formas De Discriminación Contra La Mujer.
- CIAM Centros Integrales De Atención A La Persona Adulta Mayor.
- MINDES El Ministerio De La Mujer Y Desarrollo Social.
- MIMP El Ministerio De La Mujer Y Poblaciones Vulnerables.
- RNE Reglamento Nacional De Edificaciones.
- PLANPAM Plan Nacional De Personas Adultas Mayores.
- OMS Organización Mundial De La Salud
- CIAM Centro Integral De Atención De La Persona Adulta Mayor.
- CONADIS Consejo Nacional Para La Integración De La Persona Discapacidad
- SIS Sistema Integral De Salud.
- CIDEG Centro De Investigación Y Desarrollo Gerontológico.



- FUPATE Fundación Peruana De Ayuda A La Tercera Edad

- APEG Asociación Peruana De Estudios Gerontológicos

- ANCIJE Asociación Nacional De Cesantes Y Jubilados De Educación

- ESSALUD Seguro Social De Salud

- CIAM Centro Integral De Atención De La Persona Adulta Mayor.

- OMS Las Organización Mundial De La Salud.

- ENEDIS Encuesta Nacional Especializada Sobre Discapacidad.

- SISFOH Sistema De Focalización De Hogares.



RESUMEN

El Desarrollo del Tema de investigación fue motivada gracias a las inexistencias de espacios de integración orientados a partir del significado del término gerontología que interviene claramente en mejorar las condiciones de vida de las personas mayores donde son más frecuentes las enfermedades que producen incapacidad y por tanto dependencia. Así se asume el planteamiento de espacios que proporcionen seguridad física y evite restricciones de accesibilidad en los diferentes espacios para que sus usuarios puedan seguir formando parte activa de la sociedad, donde puedan seguir implementando sus conocimientos, propagándolos y adquiriendo nuevos saberes sin perder su valor en la sociedad en la que habitan. El tema del adulto mayor es un tema que nos compete a todos, ya que la vejez es una realidad que tarde o temprano a todos nos tocara vivir, en nuestro país aún no estamos preparados para el aumento de personas pertenecientes a la tercera edad y por lo tanto existen pocos servicios para satisfacer las necesidades que ellos requieren. En nuestro caso en específico, al realizar la investigación y/o encuestas para poder afrontar la realidad del longevo mayor, nos encontramos con un resultado poco alentador, teniendo como principal problema el completo abandono y la indolencia que sufre el adulto mayor por nuestra sociedad, haciéndose así necesaria la loable y factible realización de nuestro proyecto. Es por ello que al crear un centro de refugio, rehabilitación física y recreación estaríamos abriendo nuevas posibilidades a las personas que llegan a esta etapa de su vida, mejorando su calidad de vida. De esta manera poco a poco se va dando la motivación de conocer y al mismo tiempo analizar aspectos más profundos que la integración del adulto mayor, El ser humano debería tomar conciencia que todos llegaremos a la vejez y deberíamos enfrentar esta realidad preparándonos con seriedad para esta etapa de vida.

PALABRAS CLAVES: Adulto mayor, Rehabilitación física, Refugio, Recreación.



ABSTRACT

The Development of the Research Theme was motivated thanks to the lack of integration spaces oriented based on the meaning of the term gerontology that clearly intervenes in improving the living conditions of older people where diseases that produce disability and therefore dependence are more frequent. This assumes the approach of spaces that provide physical security and avoids accessibility restrictions in the different spaces so that its users can continue to be an active part of society, where they can continue to implement their knowledge, propagate them and acquire new knowledge without losing their value in the society in which they live. The issue of the elderly is a matter that belongs to all of us, since old age is a reality that sooner or later we all have to live, in our country we are not yet prepared for the increase of people belonging to the elderly and for Therefore, there are few services to meet the needs they require. In our specific case, when carrying out the research and / or surveys in order to face the reality of the long-lived major, we find a little encouraging result, having as main problem the complete abandonment and indolence that the elderly suffers for our society, thus making the commendable and feasible realization of our project necessary. That is why by creating a refuge, physical rehabilitation and recreation center we would be opening new possibilities to people who reach this stage of their life, improving their quality of life. In this way, the motivation to know and at the same time analyze deeper aspects than the integration of the elderly is gradually being given. The human being should become aware that we will all reach old age and we should face this reality by preparing seriously for this life stage.

KEYWORDS: Older adult, Physical rehabilitation, Refuge, Recreation.



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Llegar a ser adulto mayor es una realidad, es la última etapa final del ciclo de vida del ser humano; en esta etapa se ve a mayor escala el proceso de envejecimiento y deterioro, pero ¿acaso el envejecer es sinónimo de dependencia, nulidad o enfermedad?; en la actualidad vivimos en una sociedad que limita y excluye a estas personas. El diseño de espacios no está pensado para ellos, incluso los pocos espacios públicos que poseemos tienen actividades determinadas que siguen relegando a este sector.

Actualmente, se consideran a mayor escala las necesidades del adulto mayor; sin embargo, el problema es el espacio donde habita, es decir, en el interior de una edificación más no hacia el entorno, de tal manera, que se sigue limitando su participación o colaboración; por tal motivo, la problemática de este proyecto radica principalmente en ello.

A continuación, se tratarán diversos capítulos, donde se comenzará por explicar las motivaciones de elección del tema, las problemáticas y objetivos de ella. Seguidamente se tratará el tema del envejecimiento para involucrarnos de esta manera con el usuario y los cambios que presenta, también se tendrán en cuenta el estudio de la evolución arquitectónica de centros de atención al adulto mayor, los espacios y su función; es así, que, teniendo bases más sólidas respecto a este proyecto, se pasará a explicar la selección del lugar. Dicho esto, se proseguirá relacionar la sensibilidad del adulto mayor y la relación que tendría con la arquitectura y cómo está lograría orientarlo. Además, se tratarán temas reglamentarios y proyectos referenciales, los cuales, en su conjunto permiten tener un mejor acercamiento a lo que se quiere lograr y permitirán hacer



comparaciones y/o análisis de espacios concebidos, áreas, usuarios, relación con el entorno para la calidad de vida del adulto mayor.

De esta forma, esperamos contribuir no sólo con extender los conocimientos de los profesionales en esta rama de la arquitectura, sino, que buscamos hacer un aporte pequeño y útil que pueda ser manejado como un documento que contribuya para la región Puno y el distrito de Arapa, en el cual, se ayudara específicamente a uno de los sectores más vulnerables de la actualidad.

Silena Stephany Arteta Morante.

María del Pilar Huerta Espinoza.



1. PROBLEMÁTICA DE INVESTIGACIÓN

1.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Si bien existe una preocupación por el adulto mayor esto se da de forma interna, en espacios privados que no mantienen relación con el entorno. No basta con brindarles actividades recreativas, terapias, buena nutrición, una vivienda digna, entre otras cosas, sino los mantenemos activos; es decir fomentamos un vínculo más estrecho con la sociedad.

Se ha comenzado a reconocer el rol y la importancia del adulto mayor ante la sociedad, ya que todos de una u otra forma llegaremos a ser también adulto mayor.

El sentido del Espacio de Refugio, Recuperación Y Confort Para El Adulto Mayor En El Distrito De Arapa, se basa principalmente en brindar los siguientes servicios:

- ❖ Rehabilitación física.
- ❖ Recreación pasiva y activa a través de actividades socio-culturales y físicas de confort para el adulto mayor.
- ❖ Refugio (Residencia).

Según el INEI (Instituto Nacional De Estadística e Informática)¹ en la encuesta del 2016, en el Perú 47 de 100 personas que tienen alguna discapacidad son adultos mayores, también según el informe presentado en octubre del 2018 por el INEI muestra que puno es el departamento con más tasa poblacional de adultos mayores unipersonales (que viven solos) llegando al 72.7% esto nos da una alarma peligrosa en cuanto al cuidado y a la atención que tomamos referente al adulto mayor.

¹ FUENTE: *Adultos mayores más de 70 y más años de edad que viven solos. (INEI, 2018)*



La carencia actual de este espacio es sumamente importante puesto que solo pueden optar con un espacio adecuado las personas con un nivel económico alto.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El envejecimiento puede analizarse desde tres puntos específicos. Desde lo biológico, psicológico y social. Desde el punto de vista biológico, el envejecimiento es un proceso creciente, donde existe una disminución de la capacidad funcional de los sistemas corporales provocada en parte por el deterioro de los tejidos y sistemas reguladores. Desde el punto de vista psicológico y social, el envejecimiento es un proceso individual de adaptación a condiciones cambiantes provenientes del propio organismo, del medio social o de ambos.

La indiferencia de nuestra Sociedad y el no actuar del gobierno ante los problemas existentes del adulto mayor, se ve reflejada claramente en la baja calidad de vida de este grupo poblacional, es por ello que el INEI en sus estadísticas del 2015 nos muestra que el 37.6% de hogares en el Perú tiene entre sus miembros al menos una persona adulta mayor, se presenta con mayor incidencia en el ámbito rural que de cada 100 hogares 39 tiene un adulto mayo. Lo más preocupante es la estadística que nos muestra en el 2018 en el que indica que el 25.1% de hogares en el Perú tiene como jefe de hogar a un adulto mayor.

La salud emocional en los adultos mayores debe tener un progreso constante. Se debe tomar conciencia que este grupo poblacional se tornarán vulnerables con el pasar el tiempo y en ese proceso requerirán mayor atención, es en realidad que por ese motivo tan importante es que surge a necesidad de contar con un personal capacitado en el cuidado del adulto mayor y que además este cuente con los implementos y espacios adecuados e implementados para la necesidad que requiera ser atendida.



Las políticas existentes empleadas hasta ahora en la atención y/o trato del adulto mayor, no permiten una integración y protagonismo de este grupo ante la sociedad, así como en la estructura urbana. Los espacios brindados donde se desarrollan las actividades que le ofrecen al adulto mayor no cuentan con las garantías en cuanto a los espacios, confort ambiental y normas técnicas que les permitirían desarrollar sus actividades en plenitud y satisfacción.

Es por ello que llegamos a plantear el problema de la siguiente manera:

1.2.1 Problema General:

¿A PARTIR DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y CULTURALES, QUE CRITERIOS ARQUITECTÓNICOS DEBE REUNIR EL DISEÑO DE UNA PROPUESTA ARQUITECTÓNICA QUE PERMITA EL DESARROLLO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR?

1.2.2. Problemas Específicos:

1. ¿Se toma en cuenta las características propias del envejecimiento para mejorar la calidad de vida del adulto mayor en el distrito de arapa?
2. ¿Cuáles son las características paisajísticas de Arapa que contribuirán al diseño arquitectónico, logrando un vínculo entre el adulto mayor y la naturaleza?
3. ¿Qué configuración funcional y formal nos ayudara al ordenamiento y distribución de los espacios para tener un diseño arquitectónico optimo y así satisfacer las necesidades del adulto mayor?



1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo General:

Plantear una propuesta de diseño de un “Espacio De Refugio, Recuperación Y Confort Para El Adulto Mayor En El Distrito De Arapa” con criterios arquitectónicos, siendo este el resultado del análisis de los aspectos sociales y culturales, en el que se pueda desarrollar actividades a la elección de la población a la cual está dirigida el proyecto.

1.3.2. Objetivo Específico:

- 1.- Identificar los lineamientos del envejecimiento activo y comprender la situación de la situación actual del adulto mayor.
- 2.- Crear espacios que tengan armonía con la naturaleza en el “Espacio De Refugio, Recuperación Y Confort Para El Adulto Mayor En El Distrito De Arapa.”.
- 3.- Generar y explicar la respuesta formal arquitectónica del proyecto, resolviendo las características culturales del adulto mayor.

1.4. HIPÓTESIS:

1.4.1. Hipótesis General:

Planteando una propuesta de diseño de un “Espacio De Refugio, Recuperación Y Confort Para El Adulto Mayor En El Distrito De Arapa.”, se brindarán mejores condiciones de calidad de vida que permitirá el desarrollo integral del adulto mayor.



1.4.2. Hipótesis Específicas:

1. La función y forma arquitectónica está definida por las características sociales de la población a servir.
2. Si se toma en cuenta las características propias del envejecimiento del adulto mayor se atenderá a sus necesidades.
3. Si se cuenta con espacios de refugio, recuperación y confort para la atención del adulto mayor, tendrá relación armónica con la naturaleza.

1.5. JUSTIFICACIÓN

En nuestro país y sociedad no consideraban útil a los adultos mayores, para las familias resulta una gran carga económica, social y de salud a diferencias de la sociedades europeas donde al adulto mayor se le brinda los servicios y espacios apropiados para una calidad de vida duradera; es así como extraen al máximo la experiencia vivida y se interrelacionan generacionalmente para transmitir el conocimiento y experiencias del adulto mayor a las nuevas generaciones, haciendo de ello una costumbre saludable.

En la última década el Perú empezó a entender la importancia de adulto mayor en nuestra sociedad, distinguiendo nuevas ideas que apuntan al manejo de nuevas políticas sectoriales y programas de actividades que involucran al adulto mayor de modo que se sientan reconocidos en una sociedad donde ellos fueron protagonistas como entes activos.

Los censos, programas sociales, y presupuestos designados para este grupo poblacional son indicadores de que el país empieza a considerarlos parte vital de la sociedad.

Por consiguiente, se plantea dar solución a la problemática del adulto mayor, que sufre una gran carencia de calidad de vida y con este proyecto: **ESPACIO DE REFUGIO, RECUPERACIÓN Y CONFORT PARA EL ADULTO MAYOR EN EL DISTRITO DE ARAPA**, se diseñará un espacio arquitectónico resultado de las



características sociales y culturales donde pueda desarrollar actividades a su elección de la población adulta.

1.6. CONCLUSIÓN DEL CAPÍTULO I

El análisis del crecimiento poblacional del adulto mayor y la poca demanda de infraestructuras acorde a las necesidades asistenciales básicas para una mejor calidad de vida del adulto mayor en la última etapa terrenal, demarca la urgente intervención en este sector para viabilizar proyectos de esta categoría que hoy denominados “ESPACIO DE REFUGIO, RECUPERACIÓN Y CONFORT PARA EL ADULTO MAYOR EN EL DISTRITO DE ARAPA”.

Se elabora un diagnóstico que viabiliza la concepción genérica del proyecto y brinda la solución acorde a las alternativas propuestas, dentro de los parámetro y reglamentos estipulados en nuestras normas. Tomamos como punto de inicio la identificación de las características para poder realizar un diagnóstico que nos ayude ver la realidad de Arapa para así poder plantear una propuesta conforme las necesidades de la población de la adulta mayor a servir.



CAPITULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. MARCO HISTÓRICO

2.1.1. Origen Y Desarrollo De La Geriatria

La palabra “Geriatria” se introdujo a principios del siglo XX, cuando Ignatius Leo Nascher acuñó dicho término “para cubrir en el adulto anciano el mismo terreno que en los niños cubre la palabra Pediatría y, de ese modo, hacer énfasis en la necesidad de considerar la senilidad y sus enfermedades como algo aparte de la madurez y asignarle un lugar autónomo en la Medicina². Poco antes, en el año 1901, (Metchnikoff, 1901) había acuñado la palabra Gerontología englobando en ella “cualquier tipo de estudio en relación con el envejecimiento, desde los más directamente centrados en la Biología (Biogerontología) hasta aquellos cuyo enfoque del tema procede de otras perspectivas³” (Masson & E, 1903).

En este sentido Metchnikoff entiende que estudiar el envejecimiento va más allá que lo que cubre una mera concepción biomédica convirtiéndose así en el primer promotor de la interdisciplinariedad académica. La geriatria formaría una parte de la gerontología, en concreto aquella que hace referencia a la salud de las personas mayores en cualquiera de sus formas la creación del cuerpo doctrinal y la constatación de su eficacia tuvo lugar en los años treinta, cuando la inglesa Marjorie Warren objetivó la mejoría (en términos de mortalidad, morbilidad y recuperación) de los adultos mayores con problemas crónicos con distintas intervenciones, incluyendo la motivación del paciente, la importancia del mantenimiento o recuperación de las capacidades necesarias para realizar las actividades

² FUENTE: (Metchnikoff, 1901)

³ FUENTE: (Masson & E, 1903)



básicas de la vida diaria y la adaptación del medio incluyendo la importancia de una domiciliación idónea. Esta autora dio a conocer sus experiencias a través de distintos artículos⁴, siendo pionera en proponer la necesidad de la práctica clínica en geriatría y la investigación en hospitales generales para un correcto manejo diagnóstico y terapéutico de determinados ancianos⁵.

El nacimiento y desarrollo de la geriatría británica, descrito por distintos autores, pusieron los cimientos de esta especialidad a nivel mundial. Tras las primeras publicaciones de Marjorie Warren, se unieron otros autores en el desarrollo de la misma, entre los que cabe destacar a Lord Amulree y Lawrence Sturdee quienes realizaron una propuesta formal en defensa del manejo del enfermo mayor con patología crónica por profesionales especializados (geriatras) a las autoridades sanitarias. En 1948, se creó el National Health Service, incorporándose desde entonces la geriatría al sistema asistencial británico en un plano de igualdad con el resto de especialidades clínicas. El compromiso incluía la incorporación de unidades de geriatría en todos los hospitales del país y la creación de la figura del consultor en geriatría. Se puede afirmar por tanto que el desarrollo en Inglaterra de la Geriatría consistió en un modelo de organización asistencial que sería exportado a distintos países.

En la década de los cuarenta y cincuenta, el cirujano ortopédico inglés Lionel Cosin, desarrolló los siguientes conceptos: la rehabilitación precoz tras la cirugía de fractura de cadera con el famoso lema de “bed is bad”, el trabajo interdisciplinar en el que distintos

⁴ FUENTE: Warren MW. Care of chronic sick. A case for treating chronic sick in blocks in a general hospital. *Br Med J.* 1943;822-3. / Warren MW. Care of the chronic aged sick. *Lancet.* 1946; 247:841-3.

⁵ FUENTE: Gammark JK, Caplan GA, Gosh K. Systems of health care: The United Kingdom, the United States and the Australia. En: Pathy J, Synclair A, Morley JE, editores. *Principles and Practice of Geriatric Medicine.* 4th ed. Chichester: Wiley & Sons; 2006. p. 1889-906.



especialistas trabajan de forma coordinada y el hospital de día geriátrico, un nuevo nivel asistencial.

El desarrollo de la geriatría en gran bretaña fue clave por demostrar las ventajas médicas y económicas de este sistema. Por ejemplo, Lord Amulree demostró los beneficios de una organización hospitalaria geriátrica con niveles asistenciales⁶, concepto clave de la especialidad. Posteriormente el profesor Norman Exton Smith, incorporó los hospitales de apoyo a los niveles asistenciales, potenció el concepto de atención continuada del paciente mayor desde las unidades hospitalarias de agudos hasta la atención domiciliaria y propuso la puesta en marcha de las unidades de memoria.

Posteriormente, tuvo lugar el desarrollo de la geriatría en Estados Unidos, con un elevado interés por la formación tal y como menciona el profesor Lybow⁷. El profesor Robert Butler, pionero en dicho país, recuperó el concepto propuesto por Warren de la exclusión de los ancianos de los cuidados médicos acuñando el término de ageismo, concepto clave para la especialidad.

En los años setenta, el geriatra Bernard Isaacs introdujo el concepto de los gigantes de la geriatría entendidos como “situaciones muy habituales en el sujeto de edad avanzada que, fueran o no enfermedades en sentido estricto, generaban y generan problemas de salud de primer nivel, con altas tasas de morbilidad e incluso de mortalidad.

Desde el inicio de esta rama de la medicina se consideró necesario evaluar al paciente mayor con una sistemática diferente, surgiendo a partir de los años sesenta distintas escalas de valoración geriátrica, las cuales fueron aglutinadas y sistematizadas por el

⁶ FUENTE: Barton A, Mulley G. *History of the development of Geriatric Medicine in the UK. Postgrad Med J.* 2003; 79:229-35.

⁷ FUENTE: González CA, Ham-Chande R. *Funcionalidad y salud: Tipología del envejecimiento en México. Salud Pública Mex;* 49 supl 4: S448-S458.



geriatra norteamericano Lawrence Rubenstein, quien definió la valoración geriátrica integral como “proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar problemas médicos, evaluar capacidades funcionales y psicosociales, en orden a alcanzar un plan de tratamiento global, optimizar la utilización de recursos asistenciales y Por último, se ha discutido de forma reiterada sobre los criterios que definen la población geriátrica centrándose en dos premisas: la necesidad de seleccionar a aquellos con mayores posibilidades de beneficio en términos de salud y evitar el uso de un criterio único basado en la edad. Destacando el consenso americano del 2008 que incluye los siguientes criterios: edad, pluripatología, polifarmacia, deterioro funcional, presencia de síndromes geriátricos, deterioro inexplicado de su salud, patología mental (demencia, depresión), problemática sociofamiliar e institucionalización.

La geriatría es una especialidad joven comparada con otras, aunque no tanto como pudiera parecer. El término geriatría se usa por primera vez a comienzos de siglo, en la literatura médica, para hacer referencia a las enfermedades que padecían los ancianos y sus tratamientos. Se comienza así a tener conciencia de esta particularidad. Sin embargo, la práctica geriátrica moderna, nace en los años 40 en el Reino Unido gracias a la intuición de Marjorie Warren. Enfermera supervisora y posteriormente graduada en medicina. Warren observó en las salas de crónicos de los hospitales donde trabajó, como existían muchos ancianos con enfermedades no diagnosticadas ni tratadas.

Demostró como muchos de estos ancianos crónicos e inválidos, tras una correcta valoración y unos cuidados clínicos y de rehabilitación adecuada, obtenían grandes recuperaciones que les permitían integrarse de nuevo con su familia o en la comunidad.

Este proceso iniciado por la Dra. Warren culmina con la creación de la especialidad en el Reino Unido en 1946. En España, en contra de lo que pudiera parecer y de forma pionera,



nace muy poco después la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología presidida por el profesor Beltrán Báguena. Cuenta en su fundación con los auspicios de grandes figuras de la medicina española como Marañón y Teófilo Hernando entre otros.

2.1.2. Historia De La Geriatría Y Gerontología En El Perú.

Oficialmente estas disciplinas adquieren carta de ciudadanía en el Perú a partir del 27 de agosto de 1953, en que diez médicos fundan la Sociedad Peruana de Geriatría y Gerontología en la sala Odriozola del Hospital Dos de Mayo. El primer presidente fue el Dr. Eduardo Valdivia Ponce antes de esta fecha se conocían casos aislados de publicaciones de médicos peruanos. El Dr. Ernesto Odriozola editó en 1888 en París su tesis de doctorado titulada "Corazón del Anciano" (en 1921, los Anales de la Facultad de Medicina de Lima publicaron, en francés, el capítulo "Degeneración grasosa del corazón"). El Dr. Augusto Cadenas ejercía en Piura. Algunos médicos, incidentalmente, se ocupaban del anciano en relación con algún caso patológico, pero más por la enfermedad que por el anciano mismo.

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 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.

En la Colonia la sociedad clasista incaica 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 Hospicio de San Vicente de Paúl, 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 (Centro No Estatal de Capacitación para el Empleo) "Saturnino repez 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. - En 1961 el autor de estas líneas publica el libro "Introducción a la Geriátrica", el primero de esta clase entre nosotros.

A fines de los setenta, otro grupo de médicos creyó necesario formar una sociedad de la especialidad, fundando la Sociedad de Gerontología y Geriátrica del Perú en 1978. Su primer presidente fue el Dr. Miguel LLadó. Esta sociedad, reconocida por el Colegio Médico del Perú, viene desempeñándose a través de cursos de educación médica continua de la especialidad. Cuenta con filiales en Arequipa, Trujillo, Cusco y Piura. Su órgano oficial es la Revista Geronto, cuyo primer número apareció en 1982.

A fines de la década del 60 la Sociedad Peruana de Geriátrica y Gerontología comienza a decaer, a perder el paso, y la ruptura 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 1978 se funda la Sociedad de Gerontología y Geriatría 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. Fue reconocida por el Colegio Médico del Perú, por Resolución No. 031-82. La nueva Directiva juramentó en el local central del Colegio Médico el 13 de mayo de 1983.

En la ciudad de Arequipa la Universidad Nacional de San Agustín, a través del Centro Universitario de Salud Pedro P. Díaz, creado en 1979, desarrolla, entre sus actividades, programas del adulto y del adulto mayor y en proyección social, campañas psicológicas de atención a niños, adultos y adultos mayores. En la Universidad Católica Santa María, el Programa de Enfermería incluye, entre sus objetivos, orientar sus acciones al cuidado de las necesidades humanas de la mujer, del recién nacido, del niño, adolescente, adulto joven y adulto mayor en estados agudos, crónicos y críticos.

Personas que pasan de los 40 años se unen espontáneamente para aprender a envejecer, asesoradas por geriatras casi siempre. Un ejemplo digno de relevarse es "Horizontes de la Tercera Edad", de Isabel Hurtado, que incluso realiza su Primer Seminario Nacional en setiembre de 1982.

Antes, en julio de 1982, INABIF (Instituto Nacional de Bienestar Familiar), a cargo de la Dra. Matilde Pérez Palacio, realiza en Chaclacayo el Primer Seminario Nacional "Situación de la Tercera Edad en el Perú".

En 1982 fue inaugurado el Albergue Ignacia Rodulfo vda. de Canevaro, en el Paseo de Aguas, moderno edificio para 670 asilados.



En los últimos años el Colegio Médico reconoce la especialidad de geriatría, nombrándose las Comisiones respectivas.

En el consenso socio-político nunca el anciano había sido considerado como un grupo etéreo aparte, hasta que diversas presiones han obligado a las autoridades a reconocer a las personas llamadas de la tercera edad como un grupo potencialmente activo.

Es inexacto, como se sostiene en los manuales de los Censos, que los ancianos constituyan un grupo económicamente pasivo. La jubilación no les ha venido por gracia de nadie, sino en reconocimiento a su trabajo. Los hospitales de la seguridad social, por ejemplo, en parte se deben a la cotización por años de los ancianos actuales.

En el campo docente y formativo, desde hace más de 10 años se ha integrado en los currículos de pregrado el curso de geriatría en algunas universidades. También se ha establecido la especialidad de geriatría escolarizada en el programa de residentado médico. Recientemente se han instituido programas de maestría y gerontología en diversas universidades. En 1989, la Universidad Peruana Cayetano Heredia creó el Instituto de Gerontología cuya misión es fomentar y realizar investigaciones en los campos de la geriatría y gerontología en el Perú.

2.2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.2.1. Teoría De La Arquitectura:

la teoría de la arquitectura comprende todo lo que se muestra en los manuales de los arquitectos ya sea legislación, normas y estándares de edificios. Todos ellos pretenden que pueden ayudar en el trabajo del arquitecto para que mejoren su producto. la calidad de los edificios, la intención es así la misma que en la tecnología y la producción en general.



las teorías comprobadas ayudan a los diseñadores a hacer su trabajo mejor y más eficientemente. Esto ocasionalmente incluso ayuda a hacer cosas que se creían imposibles en tiempos pasados. Como reza un viejo dicho, no hay nada más práctico que una buena teoría.

La teoría de la arquitectura consiste en todo el conocimiento que el arquitecto usa en su trabajo, incluyendo cómo seleccionar el sitio mejor y los materiales de construcción más adecuados.

Por otra parte, hay consejos sobre cómo diseñar construcciones prácticas, incluso la facilidad de mantenimiento y reparaciones. Podemos descubrir que esto incluye el estudiar empíricamente que material usan de hecho como fuente los arquitectos en su trabajo. Este estudio revela que, además de las normas y métodos motivados racionalmente, este material incluye elementos más bien heterogéneos y "acientíficos"; prejuicios de los clientes, caprichos de la moda, decisiones de ahorro de costos por parte de las compañías constructoras y manejos de los políticos.

Alguna gente dice que el arquitecto es un artista y que, a diferencia de los ingenieros, no puede basar su trabajo en una teoría. Esto es verdad, desde luego: el plan del arquitecto no llega a hacerse solamente por seguir las normas de los manuales ni por proceder de una forma totalmente racional a partir de la información inicial que tiene. Pero incluso un artista tiene que tener su técnica. En el arte, como en cualquier otro trabajo, se necesitan habilidades profesionales y esto es lo mismo que saber lo que se tiene que hacer, ¿no? Esto era al menos lo que el erudito arquitecto Jean Mignot pensó al inspeccionar las inquietantes bóvedas resquebrajadas en las obras de la catedral de Milán en 1400: "Ars sine scientia nihil est" (La habilidad sin conocimiento no es nada.)



A causa del gran número de ensayos publicados acerca la arquitectura es conveniente primero clasificar ellos a unos pocos grupos. Una posibilidad sería utilizar la clasificación normal de la biblioteca, basada en áreas geográficas o en tipos de edificios (casas, escuelas etc.). Sin embargo, en la práctica una división mucho más útil de la investigación y de la teoría se basa en el blanco principal del estudio, como sigue:

Los estudios **descriptivos** tienen como objetivo el divulgar el actual (o el pasado) estado del objeto que en estudios arquitectónicos puede ser o un edificio o una clase o serie definido de edificios, así como la gente relacionada con estos edificios. Las monografías de edificios pertenecen a menudo a esta categoría, así como una mayor parte de las historias de la arquitectura.

Los estudios **explicativos** intentan descubrir por qué cada edificio ha tomado la forma que tienen. Las razones se pueden tomar o del pasado o del contexto concurrente, o alternativamente del futuro (es decir de las intenciones de los constructores).

Los estudios **normativos** procuran precisar en qué conexiones podría ser mejorado el objeto del estudio, y el método de hacerlo. Cuando el resultado de estudios normativos es generalizable a objetos similares más últimos, podemos llamarlo **teoría del diseño** (Pentti, 2014)

2.2.2. Arquitectura Y Funcionalismo:

La arquitectura funcionalista es aquella que desde su diseño y creación recurre a la predilección por las formas geométricas simples, logra una racionalidad en su solución que le da a la obra arquitectónica un carácter propio y definido. Esta arquitectura se destaca por el concepto de sistemas industrializados, con el uso de sistemas constructivos mecanizados y de montaje, ya que en su concepción todas las medidas tienen un estándar y se crea, en la obra misma, una modulación que le da un equilibrio de valor estético,



rompe con los grandes esquemas de la arquitectura artesanal, ya que ésta es concebida con el esfuerzo del hombre, y por consecuencia al realizarse será más cara, y al producirse en forma industrial y modulada será más económica y más rápida en construirse en el valor total de la obra finalizada.

Parte fundamental del diseño del arquitecto es satisfacer las necesidades del usuario y que los espacios arquitectónicos y su función sean proyectados adecuadamente. Esta arquitectura logra dos principios fundamentales en su creación y es el de tener la habilidad en el diseño del proyecto y la audacia de utilizar el plan libre, así mismo la libertad de dar en su forma arquitectónica el uso de grandes paramentos acristalados como el muro cortina creado por Walter Gropius y Mies van der Rohe.

Existe una concepción dinámica en el espacio arquitectónico, como un empleo del color y de los detalles constructivos con sencillez en los conceptos del diseño estructural y un correcto empleo de la técnica; así mismo en diseño arquitectónico, el arquitecto debe tener una disposición con una amplia visión de innovación en donde el usuario, al que va destinado el proyecto, tenga un ambiente correcto tanto interior como exterior, lógica en el concepto psicológico, así como también el confort que es lo primordial y vital en el diseño para satisfacer su función y su belleza de la obra arquitectónica.

En el siglo XX surge la arquitectura funcionalista, donde se pondera un principio que lo etiqueta con un valor estético racionalista. El racionalismo arquitectónico es la depuración de lo ya sobresaturado, dejando solamente lo esencial, lo práctico y lo funcional, para cualquier propuesta arquitectónica en su diseño. Para el surgimiento del funcionalismo se retoman los valores de la arquitectura griega establecidos por Marco Lucio Vitruvio Polion en su triada:



- Utilitas, confort, comodidad y utilidad⁸.
- Venustas, belleza o valor estético en la obra arquitectónica.
- Firmitas, solidez y estabilidad en el objeto arquitectónico.

Estas tres metas de la arquitectura clásica le dan origen a los principios, preceptos y conceptos del funcionalismo.

El funcionalismo es soportado y justificado por el progreso técnico y los métodos constructivos nuevos, como la utilización del acero y el hormigón donde lo primordial en el diseño de una obra arquitectónica debe estar fundamentado con el propósito primordial para lo cual va a ser proyectada y diseñada (González, 2010).

2.2.2.1.- Las Características de Una Obra Funcionalista:

- a) En los elementos arquitectónicos se diseña con modulación y estandarización.
- b) En la obra arquitectónica hay un predominio de líneas rectas.
- c) En el diseño no se utiliza frecuentemente la simetría, la obra arquitectónica está organizada en una malla (cuadrícula) que respeta en forma simétrica los elementos estructurales que la componen; así mismo, rechaza toda decoración arbitraria o superflua, en donde el edificio, por su diseño, debe expresar la función para lo que fue diseñado y creado.
- d) En la arquitectura funcionalista el arquitecto le da a su creación un carácter de originalidad e imprime en el diseño de sus obras un sello personal, lo que da origen a una gran variedad de formas.

⁸ FUENTE: (<https://repositoriodigital.ipn.mx/bitstream/123456789/25270/1/8-Funcionalismo.pdf>, s.f.)



- e) Aparece el muro cortina, que es liberar de toda la obra arquitectónica en la fachada y dejarla acristalada de piso a techo y de lado a lado creando un gran cubo acristalado en algunas obras.

2.2.2.2.- Principios de Una Obra Funcionalista:

La composición a partir de volúmenes masivos, pero articulados libremente. La absoluta libertad en el planteo de los acontecimientos desvinculando a las ventanas de toda relación proporcional con las fachadas y atendiendo sólo a la expresión de las funciones interiores.

El funcionalismo es una tendencia arquitectónica que une líneas con una pureza geométrica básica con colores neutros en un ambiente de equilibrio y armonía; para Gropius da una visión hacia el futuro de su creatividad lograda bajo postulados y mediante ciertas reglas de racionamiento en donde él siempre fue capaz de que el diseño fuera todo un proceso previo de configuración, “prefiguración en la búsqueda de una solución funcional en toda obra que él diseñó”.

2.2.2.3.- Walter Gropius 1883-1969:

La obra de Gropius es creada y diseñada con un concepto visionario y está basada en los postulados del ARTS AND CRAFTS, en donde se busca conjugar la teoría y la práctica mediante el contacto con la realidad del trabajo, por lo tanto, el trabajo artístico ya no tiene un objetivo de inventar formas nuevas porque sí, sino contribuir con esta tarea a la vida cotidiana en forma funcional⁹. Con este parámetro Gropius forma a sus alumnos de la Bauhaus en el conocimiento de las artes aplicadas, industriales y artesanales, para crear obras producibles en serie, industrialmente y accesibles a la población. Gropius, en su propuesta de diseño, propone en la Bauhaus Dessau darle un valor arquitectónico a su

⁹ “la creación y el amor por la belleza son elementos primordiales para la felicidad. Cualquier persona o civilización que niegue esta verdad básica, que articule el alfabeto visual no tendrá perfiles claros y sus manifestaciones no llegara a deleitarnos.” WALTER GROPIUS.

creatividad, y dice que simboliza una nueva esperanza, una vitalidad recuperada, y que será una de las construcciones más famosas en la historia del siglo XX. El significado de la Bauhaus es “el arte de construir”, porque reconcilia el arte y la artesanía para crear una nueva estética industrial, a la que él define “diseño”. Un manifiesto que encierra la filosofía de la Bauhaus es el siguiente: “EL OBJETIVO SUPREMO DE TODA ACTIVIDAD CREADORA ES LA ARQUITECTURA”. Gropius crea el diseño de la Bauhaus y opta por un sistema integrado el cual une todos los elementos de una forma asimétrica, ya que une a la escuela y la integra en forma de los edificios unidos unos entre otros, cada espacio proyectado tiene coherencia en su concepción específica, ya sea en su forma, sentido y movimiento, su disposición espacial es evidente, y da respuesta a la Bauhaus que es la imagen de la arquitectura moderna.



Figura 1: Fabrica Fagus, Walter Gropius, 1911.

Fuente: <https://www.metalocus.es/es/noticias/walter-gropius>.



Figura

Edificio Dessaus Desde El Noroeste, Walter Gropius, 1926.

2: Bauhaus

Fuente: <https://repositoriodigital.ipn.mx/bitstream/123456789/25270/1/8-Funcionalismo.pdf>.

2.2.2.4.-Descripción de la Bauhaus:

- 1.- La escuela superior de creación con sus oficinas: Espacios sobrios y funcionales con todas las posibilidades de expansión, sin las limitaciones de una pared o muro divisorio.
- 2.- Una escuela técnica municipal para formar jóvenes aprendices, con sus salones de clases. Paredes de vidrio, en el interior paredes y pasillos dividen las áreas de trabajo.
- 3.- Un área colectiva con teatro y comedor. La escuela técnica recibe a los alumnos de la escuela de arte y a los profesores, integra estas áreas entre el concreto y el vidrio.
- 4.- Alojamiento para alumnos, apartamentos para profesores. En los apartamentos de los profesores utiliza los balcones de los cuartos como una extensión del mismo para intercomunicarse al exterior, y como un espacio de convivencia entre los alumnos, integra una fachada color blanco con elementos color negro como parte de su expresión formal.
- 5.- Administración de la escuela, y la sala del director, y taller de arquitectura. Centro de gravedad de la escuela, edificio levantado tipo puente ya que se encuentra sobre pilotes en donde queda liberada la parte baja del mismo para la circulación peatonal, así mismo integra la parte de los edificios de la escuela y su alrededor, además sirve como nexo entre las dos escuelas.



Figura 3: Bauhaus, Walter Gropius 1925-1926.

Fuente: <https://www.metalocus.es/es/noticias/walter-gropius>.

Gropius no descuida la orientación del edificio, sus fachadas están propuestas de Este-Oeste, propone ventanearía de acero, sus fachadas son independientes de la estructura del edificio y ésta se sostiene por su propio peso sin nexos con las losas, esto es llamado una fachada cortina, que es una pared que no desempeña el papel de punto de apoyo dejando esa tarea a los pilares colocados detrás de la fachada propiamente.

Gropius, siete años antes, había probado “la cortina de vidrio” en uno de sus primeros trabajos (la industria Fagus hecha con Adolf Mayer), lleva su idea hasta el final suprimiendo todas las paredes y todo el concreto para hacer una superficie completamente de vidrio. La transparencia es omnipotente ya que uno puede ser visto desde el interior y, así mismo, uno ve a los demás al exterior, a los espacios les da una libertad o es un lugar de opresión, donde se elimina toda intimidad y lo colectivo impera sobre lo privado, en el diseño de la dirección él puede vigilar como un contra maestre el conjunto de su obra, solamente él con una increíble creatividad, la Bauhaus es un proyecto esencialmente pragmático, demostrándole a los industriales hasta qué punto sus ideas son racionales, todos sus espacios creados en sus edificios donde las divisiones son modulares, los pilares de apoyo son diseñados (acartelados).



Los espacios están ligados y comunicados entre sí, las escaleras están diseñadas con grandes ventanales, se vuelven amplias, luminosas y dan transparencia al exterior y se puede ver a la gente trabajando o descansando (esto es un gran logro al quitar los grandes muros). El tejado plano es una terraza y un punto de encuentro, en su diseño cada espacio es autosuficiente, un deseo de Gropius es la limpieza, claridad y libertad, establecidas en cada una de sus áreas en su proyecto. La labor de investigación teórico-práctica en los campos de la forma, la técnica y la economía, establece una nueva forma de hacer la arquitectura.

La decoración es concebida y diseñada por los alumnos ya que el taller de metalurgia diseña y fabrica todas las lámparas de los edificios. Los colores indican los pisos y las funciones de cada área, ya sea taller o aula, los conceptos que utiliza para la pintura tienen un objetivo arquitectónico, ya que variando los colores se estructuran las salas y se evidencian algunas superficies. Walter Gropius reflexiona que en cualquier momento la arquitectura es maleable, en donde puede surgir un nuevo concepto y así mismo para probar conceptos nuevos.

Le Corbusier es su primer defensor ante la arquitectura industrial. La Bauhaus fue diseñada y construida en un año, es poco tiempo, pero hay que garantizar que es una obra de excelencia, ya que Gropius adopta las teorías de Henry Ford para los autos al introducir la cadena de ensamblaje en la construcción.

2.2.2.5.- Ludwig Mies Van Der Rohe 1886-1969

También como director de la Bauhaus, Ludwig Mies van der Rohe establece que la arquitectura moderna contiene sus conceptos en sus edificios y siempre fueron diseñados con fachadas acristaladas de líneas claras y sobrias (técnica-muro cortina) que consiste en una fachada sin función de sustentación, la cual recae en pilares situados detrás de ésta.



Luchó por una arquitectura de carácter universal y simple que fuese honesta en el empleo y manejo de los materiales, así como en las estructuras, esto debe ser funcional tomando como concepto sus frases célebres LESS IS MORE (menos, es más) y GOD IS IN DETAILS (Dios está en los detalles), es en donde establece que los diseños deben de ser con un carácter simple, elegante y sencillo. Las frases anteriores se convirtieron en lemas de la arquitectura vanguardista de la primera mitad del siglo XX y al mismo tiempo en uno de los conceptos más discutidos en la teoría arquitectónica. Fue un destacado diseñador, ya que creó la famosa línea de muebles Barcelona que han sido trascendentales y que hoy en día son considerados hitos del diseño, tal como es la “Silla Barcelona”.



Figura 4: Silla Barcelona Mies van der Rohe, 1928.

Fuente: <https://repositoriodigital.ipn.mx/bitstream/123456789/25270/1/8-Funcionalismo.pdf>.

2.2.2.6.- Le Corbusier 1887-1965

Así mismo, Charles Édouard Jeanneret Gris llamado Le Corbusier, es un arquitecto funcionalista por excelencia, lo cual le permite tener una visión de la arquitectura y darle un significado, ya que valiéndose de su creatividad y de ideas visionarias da soluciones innovadoras en su propuesta de la arquitectura funcionalista, con una clara adecuación de lo ya existente sumando e implementando su intuición en cada uno de sus diseños con inspiración, abstracción, síntesis y orden en la creatividad de su obra arquitectónica apoyándose de sus cinco puntos de la nueva arquitectura que él propone:

1. Los pilotes en la obra arquitectónica son los que soportan a toda la construcción y le dan una estabilidad y solidez con las columnas a la obra, por lo tanto, la planta queda libre, y se puede integrar al paisaje y circular libremente por debajo del edificio al incorporarse a este mismo.
2. La terraza jardín o quinta fachada del edificio (losa o cubierta del edificio) se acondiciona a un jardín, lo cual puede utilizarse como un espacio de convivencia o esparcimiento con jardineras integradas dentro de su diseño, así mismo la azotea funge como un aislante térmico.



3. La planta libre queda liberada de todo elemento estructural, por lo tanto, al espacio se le puede dar cualquier solución en su interior, ya que, al estar la obra construida y soportada con pilares de hormigón armado, el espacio interno es más funcional ya que no se utilizan muros portantes.
4. La ventana longitudinal tiene la función principal de otorgar iluminación natural al interior del edificio, este diseño de ventanería logra un encuentro entre el interior y el exterior y viceversa, se libera de muros, mochetas, elementos estructurales como columnas o castillos liberando lo anterior, se pueden colocar ventanas a lo largo de toda la fachada.
5. La fachada libre, en la propuesta de Le Corbusier la fachada queda liberada de los elementos estructurales en la fachada, por lo tanto, no queda condicionada, ya que utiliza conceptos lineales muy limpios y depurados y su arquitectura resulta ser racionalista. Le Corbusier hace reflexionar sobre la responsabilidad de un arquitecto al hacer cualquier diseño en la creación de una obra arquitectónica y dice que piensen como ingenieros, es decir, que resuelvan racionalmente los espacios sin recurrir a la copia de las formas del pasado y les recomienda que proyecten la arquitectura como los ingenieros proyectan las máquinas, analizando el problema funcional, proponiendo la solución sin interesarse por las soluciones plásticas del pasado, es de ahí donde surge su frase “la casa es una máquina para vivir”. Y así mismo define “la arquitectura es el juego maestro, correcto y magnífico de los volúmenes bajo la luz”. Preocupado Le Corbusier en el ordenamiento y armonía de las obras arquitectónicas, establece que el punto principal de la arquitectura es dominar la geometría y las formas geométricas, complementando lo anterior con el dominio de la

sección áurea, esto expuesto le permite definir con el estudio del hombre, en su antropometría crea “el Modulor”¹⁰.

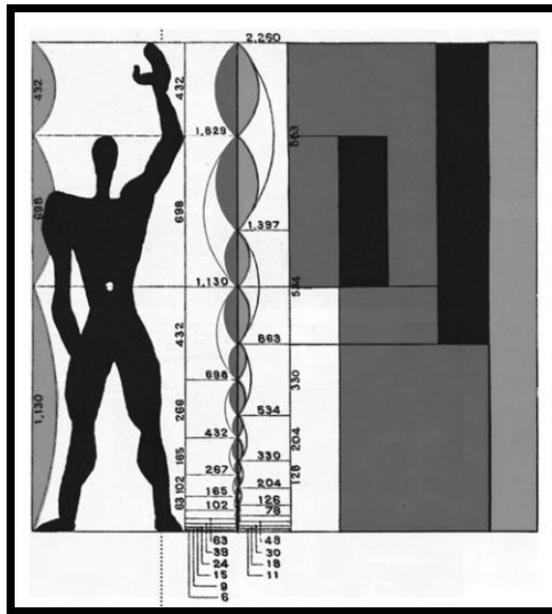


Figura 5:El Modulor.

FUENTE: <https://repositoriodigital.ipn.mx/bitstream/123456789/25270/1/8-Funcionalismo.pdf>

2.2.3. Concepto Generador:

El concepto generador se basa en la primera idea real, corregible, pero sin poderse alterar su principio básico de un diseño, ya sea de un edificio, una plaza, una catedral, una mesa, etc... La idea principal hay que respetarla, esa que te hace dar el primer trazado con el lápiz y que cuando ya lo remarcas visualizas el resultado final de la obra, ese es el principio, el que genera todo diseño, el famoso "concepto generador"¹¹.

El concepto es la esencia del diseño arquitectónico, se entiende como la transición de una idea subjetiva y materialización de la misma o bien, como una metáfora proyectada en un espacio que da sentido al hacer arquitectónico. Un concepto claro guía la función y el

¹⁰ “Con el Modulor le Corbusier retoma el antiguo ideal de establecer una relación directa entre las proporciones de os edificios y las del hombre” (González, 2010)

¹¹ FUENTE: *Concepto Generador* (Pereira, 2013)



valor estético de cualquier diseño, evitando caer en caprichos formales. La elección del concepto suele ser un dolor de cabeza para el arquitecto o estudiante, muchos habrán pasado por la “crisis del papel en blanco”, el primer paso para aterrizar las ideas quizá sea el más difícil en el proceso del diseño, y es que la creatividad se desarrolla ejercitando la expresión gráfica como cualidad fundamental en el proceso de composición. El dibujo es la herramienta básica del arquitecto que le permite expresar su percepción del espacio y la forma. Un buen ejercicio para todo arquitecto es llevar consigo una libreta de dibujo para registrar de manera gráfica cada idea, algún croquis, perspectivas y todo tipo bocetos, nunca se sabe cuándo puede llegar la inspiración.¹²

En realidad, no existen buenos ni malos conceptos, sino un mal planteamiento y desarrollo de conceptualización. Para ello, se requiere un previo conocimiento de variables que pueden interpretarse por una o varias cualidades. La concepción de la idea debe ser estudiada y entender que es lo que se quiere expresar, tener claro a donde se pretende llegar y como se quiere llegar.

El proceso de conceptualización consiste primeramente en un acopio de información y analogías, en la búsqueda de puntos clave para estructurar una propuesta arquitectónica que cumpla de manera integral las necesidades planteadas.

Por lo tanto, el "sistema proyectual" meramente compositivo conlleva el riesgo de carecer de significado, al resultar una composición de equilibrios generalmente en el plano que no incorpora las múltiples dimensiones del espacio tiempo limitando las posibilidades

¹² FUENTE: (Revista ENLACE Arquitectura, 2017)



creativas. Resulta claro que la forma afecta al contenido, pero forma - espacio, forma - contenido resultan una realidad irrefutable¹³.

Existen dos métodos que nos pueden ayudar, a lograr mejor intención en el diseño:

MÉTODO COMPOSITIVO. – Consiste en la utilización de elementos de composición, relación de partes, estructuración de componentes relativamente autónomos, que se agregan unos a otros sin una idea clara del resultado final buscado.

MÉTODO GENERATIVO. - La idea surge de un concepto y las partes componentes nacen subordinadas a la misma, hay una fuerte cohesión y continuidad topológica de la forma y el espacio; el contenido es algo inherente a la forma. Forma y espacio se conciben a partir de un gen, que crece y se desarrolla. Pensemos en una semilla, que crece y se hace árbol.

Las primeras ideas del Arquitecto acerca de la morfología del edificio. Requieren y deben facilitar modificaciones posteriores. Los Conceptos provienen del análisis del problema, o por lo menos, este los pone en marcha. Por tradición, los Conceptos arquitectónicos constituyen la manera en que el proyectista responde a la situación de diseño expuesta en el programa. Son los medios para traducir el enunciado no físico del problema en el proyecto físico final del edificio. El proyectista debe de dividir el proyecto en cierto número de partes manejables, estudiarlas individualmente y sintetizarlas los aspectos y cuestiones de que se compone un edificio¹⁴.

- Zonificación funcional.
- Espacio arquitectónico.

¹³ FUENTE: *Proceso de la conceptualización* (Hegel, 1976)

¹⁴ FUENTE: *Los Aspectos Y Cuestiones De Que Se Compone Un Edificio* (Vásquez, 2014)



- Circulación y forma del edificio.
- Respuesta dada al contexto.
- Cubierta del edificio.

“Zonificación Funcional” y “Respuesta dada al Concepto” indican una condición existente. “Espacio”, “Circulación y Forma” y “envoltura del edificio”, son los medios que le permiten al proyectista responder a los elementos dados y transformar el proyecto en edificio. Relacionando el concepto con el proceso de diseño.

En Arquitectura los conceptos suelen considerarse parte de la fase de diseño. En esta etapa es donde el proyectista genera sus “grandes ideas” para el diseño. Los Conceptos tienen características que sirven para generarlos o identificarlos. ESCALA DE LOS CONCEPTOS. En el diseño de un edificio los Conceptos tocan varios aspectos de la instalación y de su localización.

Es esencial generar Conceptos para cada aspecto del edificio que el proyectista considere importante. Esto ayuda a resolver el problema de diseño, descomponerlo en un número adecuado de partes a las que el proyectista puede prestar atención. Es preciso definir toda la situación de diseño antes de generar los conceptos que permitirán resolver el problema. La situación de diseño incluye siempre “temas centrales” y “temas tangenciales” o “circundantes”. Los primeros tocan aspectos esenciales del proyecto, que afectan directamente al diseño. Las cuestiones tangenciales son importantes para que se tenga buen éxito con el proyecto, pero no influyen directamente en el diseño del edificio aspectos legales, juntas de aprobación, aspectos generales relacionados con la comunidad. Las cuestiones centrales incluyen la función, el espacio, la circulación, la forma, el

contexto y la envoltura. En cada uno de estos aspectos del edificio pueden presentarse conceptos en una amplia gama de escalas¹⁵.

2.2.4. El Paisaje:

Es la disciplina comprometida con la configuración consiente, del ambiente externo a la especie humana. Involucra planificación, diseño y administración del paisaje para crear, mantener, proteger y enriquecer los lugares para que sean funcionales, bellos y sostenibles (en todo el sentido de la palabra), y apropiados ante las diversas necesidades ecológicas y humanas. La multifacética naturaleza del paisaje y de la interacción humana con él, significa que esta área del conocimiento es de una amplitud poco común, que acoge e integra conceptos y aproximaciones, no solo de las dos vertientes en las que tradicionalmente se divide el saber, entre las artes creativas y las ciencias naturales, sino que incorpora también muchos aspectos de las humanidades y la tecnología¹⁶.



Figura 6:El Paisaje.

FUENTE: Fuente especificada no válida..

¹⁵ FUENTE: *Los Aspectos Y Cuestiones De Que Se Compone Un Edificio* (Vásquez, 2014)

¹⁶ FUENTE: (G. BARETO SOCIEDAD COLOMBIANA DE ARQUITECTOS PAISAJISTAS, s.f.)



2.2.5.- Paisaje e Identidad Cultural:

El ser humano es en general un desprevenido perceptor del paisaje. Es decir, un involuntario receptor de los múltiples y variados estímulos provenientes del lugar que habita. No obstante,

es precisamente aquello que penetra al espíritu sin pasar por la razón, tocando las fibras más sensibles de los sentidos, lo que puede lograr ese nexo aparentemente inexplicable, entre el individuo y su espacio vital, que llamamos Identidad.

Dice (Garret) “buscamos dos valores en cada paisaje, uno la expresión de las calidades inherentes, nativas del paisaje, la otra el desarrollo de la máxima vitalidad humana”. La identidad del paisaje natural, en sí mismo, reside en la coherencia de sus elementos sabiamente entretejidos por la naturaleza¹⁷.

La identidad del paisaje cultural es más compleja, pues se construye no solamente con la relación de elementos entre sí, sino primordialmente con la manera como los efectos de la acción humana se superponen o entrelazan con el medio primigenio.

La primera idea se refiere a IDENTIDADES-PERSE que es lo mismo que señala Eckbol como el primer valor, mientras que en la segunda y como una de las expresiones de vitalidad humana, se incluye la IDENTIDAD – NEXO, es decir la relación espontánea del hombre con su entorno. Una relación tan estrecha que aún sin afecto evidente, la mayoría de las veces marca de manera indeleble el alma de las personas. Caballero Calderón ilustra claramente este hecho cuando dice: *“La sencillez de las costumbres, la melancolía que se transparenta en los cantos, el amor celoso de la libertad, el culto por el valor personal y hasta la nostalgia que se apodera de unos y otros, lejos de sus pampas*

¹⁷ FUENTE: (estadounidense, Arquitecto Paisajista El paisaje que vemos, 1969)



y sus llanos, son comunes a gauchos y llaneros” (Caballero Holguín, Es el Cuerpo lo Que yo Quiero Decir., 1995).

Resaltando así la semejanza psicológica de dos grupos humanos tan desconocidos los unos de los otros, tan distantes geográficamente y racialmente tan distintos atribuyéndola explícita y sintéticamente “al paisaje horizontal” que unos y otros habitan. Es decir, el paisaje forma al individuo, define el carácter de quienes cotidiana e ineludiblemente lo perciben, lo cual es válido no solo en relación con el paisaje natural sino también con el paisaje construido pues primero las personas construyen la ciudad y los edificios; luego la ciudad construye a las personas, vale decir, determina su manera de pensar, sentir y actuar (Corraliza, 2002).

Para enlazar los dos escenarios natural y ciudadano viene muy a propósito la afirmación del geógrafo paisajista británico Jay Appleton: *“El paisaje es lo que la gente hace de su entorno después de que la naturaleza lo ha puesto en sus manos” (Jay, 1986)* Sobre un paisaje natural que inicialmente ha modelado el carácter de su gente, ésta interviene, modifica y recompone el lugar con la materialización de una mezcla de necesidades, aspiraciones, anhelos y experiencias propias y ajenas, en una composición aleatoria cuya nueva fisonomía, o mejor, cuyo nuevo paisaje moldeará el carácter de la siguiente generación. Betancur y Sarmiento (Lucelena & Sarmiento, 1996) lo sintetizan de la siguiente manera: *“El ser humano es cultura. El individuo y el colectivo humano crean y recrean la cultura que los produce y reproduce abierta, diversa y continuamente”. En esta “producción y reproducción” del individuo y del colectivo, el paisaje tiene una importancia fundamental aún no completamente reconocida. Teniendo en cuenta que el paisaje es un compuesto en donde tiene cabida un amplio rango de elementos heterogéneos, vivos e inertes, naturales y antrópicos, es más dinámico y a la vez más*



vulnerable que otros “objetos de identidad” como la música, la arquitectura o la literatura.

Por otra parte, su variabilidad se acrecienta, en razón de su dependencia de la percepción humana, que es a la vez diversa y circunstancial. Nuestra sociedad de hoy, particularmente la urbana - usuaria por excelencia del paisaje cultural, parece asumir que el paisaje armónico ocurre por sí mismo sin esfuerzo humano y que el paisaje debe permanecer gratuitamente, sobreponiéndose a los efectos negativos, progresivos, acumulativos y generalizados de la actividad cotidiana. Al no ser así, y ante la ausencia de preocupación por su calidad, el paisaje se va deteriorando a extremos casi irreversibles, en parte como manifestación directa de desórdenes ambientales subyacentes y en otra buena parte por el debilitamiento de su debido vínculo y fusión con las bondades del territorio.

En el proceso de formación del individuo en el que el paisaje tiene papel fundamental, se adquiere la costumbre de convivir con lo inconveniente, lo desagradable y lo incómodo. Paulatinamente, se llega a acostumbrarse a paisajes de baja calidad, transmisores de mensajes perjudiciales, o mudos cuando menos; sin valorar el efecto de su reiteración sobre el espíritu y sobre las actitudes humanas, con la idea totalmente equivocada de que la armonía y la belleza del entorno son cuestión superflua y de que el requerimiento de arraigo a lo propio es capricho de soñadores. Vemos desaparecer de nuestro espacio vivencial objetos, hechos e imágenes que apreciábamos en etapas anteriores de nuestras vidas o que nos proporcionaron alegría y les dieron sabor y albergue a momentos importantes de nuestra evolución.

Aceptamos y nos resignamos a estas pérdidas, con el espejismo del desarrollo. Pues, según se dice somos un país en desarrollo, de manera que parecemos a los llamados

desarrollados seguramente justifica la imitación, no importando que la similitud se entienda solamente en lo superficial y sus resultados no sean lo más conveniente para el alma del pueblo ni para alimentar su identidad. En la medida de la valoración subconsciente que les otorga, el ser humano establece grados variables de compenetración con sus entornos natural y cultural; como consecuencia, la identidad con el paisaje que habita será estrecha o no, duradera y firme o fácilmente precedera. Casos de identidades profundas con el paisaje gradualmente culturizado son, a manera de ejemplo, las de los pueblos japonés e inglés entre otros.

América Latina es un caso particular en éste sentido, ya que la relación ser humano-entorno, como también el medio natural sufrieron, por primera vez cientos de años atrás, los traumatismos de la colonización ibérica, y así, al haberse debilitado la identidad primitiva el territorio y el pueblo han sido más vulnerables y susceptibles a dar la bienvenida a influencias foráneas de uno y otro lado, de una y otra condición, a la manera de nuevas colonizaciones, menos violentas sí, pero no menos contundentes.

“Enajenados de nuestro propio contexto vital nos sumergimos en otro que no nos pertenece, a costa de nuestra reafirmación cultural, ya que no nos representa, ya que en él no nos reconocemos”. (Hernando, 2002).



Figura 7: El Paisaje como identidad cultural.

Fuente: <https://repositoriodigital.ipn.mx/bitstream/123456789/25270/1/8-Funcionalismo.pdf>.



Al respecto dice María Eugenia Corvalán, refiriéndose a América en general, que aprendimos a negar nuestra historia porque no tenía lugar dentro de la historia de Europa y por ello aprendimos a despreciar todas aquellas manifestaciones propias y a reconstruir nuestras sociedades bajo los principios europeos sin haber alcanzado a asimilarlos. Y concluye afirmando, que el aspecto más dramático de nuestra historia es haber aprendido a negarnos y a subestimarnos como cultura y como civilización. (Eugenia, 1999) Como resultado reciente, ya para hoy, hemos admitido la estandarización de nuestros lugares, copiando modelos, desdibujando nuestro propio paisaje y perdiendo la oportunidad de inspiración en nuestra propia geografía. Ya no resulta tan válida o por lo menos no lo es ampliamente la afirmación de Caballero Calderón en el sentido de que: *“detrás del alma del suramericano, de sus ciudades y sus pueblos, está siempre el paisaje”* (Caballero Holguín, Es el Cuerpo lo Que yo Quiero Decir., 1995) La percepción, la apreciación, el análisis y el conocimiento de la naturaleza de los lugares, juegan papeles fundamentales en la concreción de una identidad, pues es necesario conocer y comprender el propio entorno para apropiárselo y finalmente llegar a identificarse con él¹⁸.

2.2.6.- Percibir el Paisaje:

Existen múltiples definiciones de PAISAJE, de diverso origen y propósito, cuyo análisis merecería extensas consideraciones que no se van a acometer en este escrito. Entre dichas definiciones, tal vez la que mejor se ajusta al tema en desarrollo es la siguiente: *“El paisaje es la percepción plurisensorial de un sistema de relaciones ecológicas”*. Podemos decir de manera más sencilla, que la noción de paisaje se genera a partir de la percepción sensorial del lugar. El lugar, descrito por David Canter se define como la superposición integrada de: Concepciones, actividades y atributos físicos. (Ver Figura 8). Al respecto es pertinente anotar que, desde el punto de vista paisajístico, entendemos “atributos

¹⁸ (G. BARETO SOCIEDAD COLOMBIANA DE ARQUITECTOS PAISAJISTAS, s.f.)

físicos” no sólo como el espacio geográfico o urbano, sino como la manifestación tangible, o mejor perceptible, tanto de las concepciones como de las actividades.

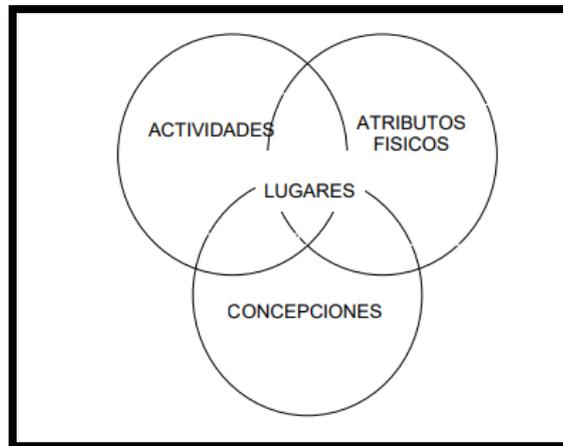


Figura 8: Metáfora en lugares.

visual de la naturaleza

FUENTE: <https://repositoriodigital.ipn.mx/bitstream/123456789/25270/1/8-Funcionalismo.pdf>

Es este el momento apropiado para lanzar una hipótesis de relación de los componentes del lugar establecidos por Canter, con las partes del cerebro en que cada uno de ellos puede ubicarse. (Hipótesis que deberá pasar por el filtro y eventual validación por parte de profesionales idóneos en la materia). De acuerdo con (Gregori, 2002) al analizar la formación de los tres cerebros, es decir, el cultivo de los tres procesos mentales en el lóbulo izquierdo se ubica la racionalidad, la teoría, el intelecto; en la parte central inferior, la práctica y en el lóbulo derecho el arte, la lúdica. La ubicación de las concepciones en el espacio cerebral de la teoría es sencilla, así como apenas obvia la relación de las actividades con el espacio cerebral de la práctica. Quedaría entonces el espacio cerebral de la lúdica para albergar a los atributos físicos, es decir a la manifestación tangible del lugar, en una palabra, al paisaje. Convirtiéndolo en inspirador de manifestaciones estéticas y en buena parte responsable de la “emoción del yo”. (Arciniegas, 1972)¹⁹.

¹⁹“Jamás un paisaje podrá ser idéntico a través de varios temperamentos de músicos, de pintor, de poeta. Cada paisaje se compone de una multitud de elementos esenciales, sin contar con los detalles más insignificantes, que, a veces, son los más significativos”.
(Juan Ramón Jiménez)



Aceptar en principio, la relación planteada aporta a la argumentación de la importancia de la armonía del paisaje en la formación del carácter del individuo, particularmente en sus primeros siete años de vida, y más adelante al cultivo del cerebro, en particular a uno de los tres procesos mentales el de las operaciones intuitivo-sintéticas (Gregori, 2002) . Retomando el tema de la identidad se puede afirmar que el lugar natural, que percibido se convierte en paisaje natural, es lo más local y la riqueza más particularmente propia, de que pueda disponer un conglomerado humano sedentario. Sin embargo, no es fácil rescatar tales rasgos característicos pues el medio natural inicial se ha modificado tanto como consecuencia de un desarrollo carente de respeto hacia él, que ya es la mano humana, con o sin intención, la que ha creado el nuevo paisaje en el que hoy habitamos. “Profundos cambios en el significado del tiempo y del espacio nos condenan a habitar un mundo de representaciones cartesianas en el cual la vida se desliga de la naturaleza y de la sociedad” (Hernando, 2002).

El paisaje, quiérase o no, está lleno de significados y por lo mismo posee un alto potencial de simbolismo, A manera de ejemplo: *“Para los indígenas andinos, la naturaleza no es un objeto de la codicia humana, es un sujeto sagrado con el que se dialoga permanentemente”* (Aponte, 1990-1991). Vale la pena preguntarse sobre el valor simbólico de nuestro paisaje cotidiano, sobre los significados a él asignados y en él percibidos. Es decir, preguntarse sobre qué concepción de nuestro paisaje habitual y cómo solemos percibirlo; esto como punto de partida en el recorrido hacia la búsqueda de identidad cultural a través del paisaje.

2.2.7.- Comprender el Paisaje:

“...Contrario a lo que nuestra egocéntrica actitud de conocimiento nos dicta, nunca llegamos a descifrar las claves de un territorio, sino es el territorio y la dinámica oculta



a nosotros lo que nos permite interactuar con él y algunas veces hasta creer que lo entendemos...” (Hernando, 2002). Esta aseveración de Hernando Gómez indica cómo hay algo más allá del simple 2+2 en la relación del ser humano con los lugares, pero no debe desanimarnos en el intento. Seguramente no logremos comprender el paisaje en su plenitud, pero si no lo intentamos estaremos mucho más lejos de sus significados, de percibir y asimilar sus mensajes. “El paisaje general funciona como un gran sistema de memoria para la retención de la historia y de los ideales de un grupo” (Granada, 2002).

Adicionalmente los autores de temas relacionados con el paisaje, frecuentemente hablan de las lecciones de geografía, historia y de muchas otras ciencias, de las cuales el paisaje es maestro, si nos proponemos observarlo y atenderle. Aproximaciones como la geografía del paisaje o la ecología del paisaje son bases científicas de gran ayuda para una aproximación paisajística a la relación “ser humano-entorno”. Tal aproximación, desde el punto de vista verdaderamente paisajístico va más allá de una acepción estadística, social o económica, de satisfacción de necesidades físicas básicas; pues involucra muy particularmente las necesidades anímicas del ser humano, que pueden ser satisfechas a través de esa relación. Es lo que Germán Arciniegas denomina “la emoción del yo”²⁰, cuando junto con el espacio y el tiempo, la propone como una de las tres dimensiones a través de las cuales se puede mirar la vida. La aproximación al paisaje es posible desde diferentes escalas y parámetros, los cuales son interdependientes, y muchas veces superpuestos. Según la cobertura espacial gran escala o paisaje símbolo del país o la región.

- Paisaje territorial.

- Paisaje local.

²⁰ Fuente especificada no válida.



- Paisaje cotidiano, según una valoración temporal.
- Paisaje patrimonial.
- Paisaje contemporáneo.
- Paisaje testimonio de constante transformación.
- Paisaje joven ó paisaje maduro.
- Paisaje efímero, según el uso predominante.
- Paisaje silvestre.
- Paisaje rural.
- Paisaje urbano

Tal vez por una intuitiva evasión a los factores negativos que le aquejan, se nos ha atrofiado la capacidad de relación con el paisaje, no obstante, su presencia y calidad continúan influenciándonos.

La misma negación a detenerse en su observación e intento de comprensión es ya una respuesta a la naturaleza de sus estímulos. Dificultándose así la apreciación espontánea del paisaje, tendrá que inducirse a través de la educación y de la formación. Consecuentemente, hacia allá deben encaminarse esfuerzos tanto en la pedagogía social como en la educación formal. Una alternativa en tal sentido es el establecimiento de un sistema o metodología de exploración, apreciación y valoración del potencial escénico del paisaje, de manera que se comparta y se difunda el valor identificador que posee, como hecho real y como recurso proyectual. Simultáneamente habrá de convenirse un acuerdo entre todas las disciplinas del diseño en la búsqueda de un propósito común con aportes mutuos, encaminados al perfilamiento de una IDENTIDAD.



Figura 9: Comprender el paisaje.

Fuente: https://es.wikipedia.org/wiki/Paisaje#/media/File:Cuesta_del_obispo_01.jpg.

2.2.8. El Adulto Mayor:

2.2.8.1. Definición Adulto Mayor:

Este es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etario que comprende personas que tienen más de 65 años de edad. Por lo general, se considera que los adultos mayores, solo por haber alcanzado este rango de edad, son lo que conocen como pertenecientes a la tercera edad o ancianos. El adulto mayor pasa por una etapa de la vida que se considera como la última, en la que los proyectos de vida ya se han consumado siendo posible poder disfrutar de lo que queda de vida con mayor tranquilidad. Usualmente las personas de la tercera edad han dejado de trabajar, o bien jubilan, por lo que su nivel de ingresos decrece en forma considerable, lo que junto con otros problemas de salud asociados a la edad pueden traer consecuencias en todos los ámbitos de su vida. Esta situación hace que las personas de la tercera edad muchas veces sean consideradas como un estorbo para sus familias²¹.

²¹ FUENTE: “Albergue Taller Para El Adulto Mayor De La Ciudad De Acora” (WILFREDO, 2017)



(CONWAY, 2009), define: “Se dice que son aquellas personas que alcanzan una edad en la que deben abandonar formalmente el trabajo; esto hace referencia a aquella parte de la población que ha dedicado su vida a trabajar y al cabo de un tiempo debe jubilarse”.

(GOMEZ, 2002)manifiesta: “El adulto mayor ha sido parte fundamental de la sociedad por siglos, en algunas eran considerados como sabios debido a su experiencia, se considera a partir de los 65 años”.

Con las anteriores afirmaciones de (CONWAY, 2009) , pone énfasis a aquella parte de la población que ha dedicado su vida a trabajar y al cabo de un tiempo debe jubilarse; mientras que (GOMEZ, 2002) , recalca que el “Adulto Mayor” ha sido parte fundamental de la sociedad por siglos.

La vejez es el crisol de la virtud, la sabiduría de la vida, la fuente de la experiencia y el testimonio vivo de valores y virtudes vividas en plenitud. La satisfacción de las necesidades de la especie humana, es lo que condiciona la llamada "Calidad de Vida" y esta es, a su vez el fundamento concreto de bienestar social.

Según la OMS (Organización mundial de la Salud), las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamara de forma indistinta persona de la “Tercera Edad”²².

2.2.8.2. Características del Adulto Mayor:

El envejecimiento de una persona es el resultado de una compleja alteración de los procesos biológicos, psicológicos, sociales y ambientales. Al llegar los 60 o 65 años,

²² FUENTE TESIS “Centro De Rehabilitación Y Residencia Geriátrica En La Ciudad De Puno” (BRETT DANITZA SALAS HINOJOSA, TESIS “CENTRO DE REHABILITACIÓN Y RESIDENCIA GERIÁTRICA EN LA CIUDAD DE PUNO”, 2018)



dependiendo según el sexo, las personas comienzan una etapa marcada por la jubilación, que significa el término de su actividad productiva y que mantiene el estigma de la pasividad, dependencia y marginación.

Este cambio de clasificación conlleva variadas alteraciones desde cambios físicos, mentales y sociales, en los cambios físicos se presenta la disminución de movimientos y capacidad respiratoria, lo que implica un ritmo más pausado.

Una disminución del sentido como, problemas a la vista, sordera y alteraciones al metabolismo.

Los cambios sociales se manifiestan por la pérdida del papel productivo y de importancia familiar, además de una desconexión en las redes sociales, como amigos y espacios públicos adecuados implicando una auto marginación y aumento de las inseguridades. Tanto los cambios sociales como mentales pueden derivar en patologías depresivas y angustiosas (WILFREDO, 2017).

2.2.8.3. Situación Poblacional Adulta Mayor:

El Instituto Nacional de Estadística e Informática presenta “Situación de la Población Adulta Mayor”. Se describen algunos rasgos demográficos, sociales y económicos de la población de 60 y más años de edad; así como sus condiciones de vida. El objetivo establecer a partir de la información estadística disponible, un entorno de referencia que permita ubicar el contexto y las dimensiones del proceso de envejecimiento de la población. Este Informe técnico contiene indicadores de hogares con presencia de adulto mayor, educación, salud, cobertura de programas sociales, acceso a la identidad, servicios básicos y actividad económica; que caracterizan a los adultos mayores según sexo y ámbito geográfico.

2.2.8.4. Indicadores del Envejecimiento de la Población:

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. 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 9,7% en el año 2016.

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.

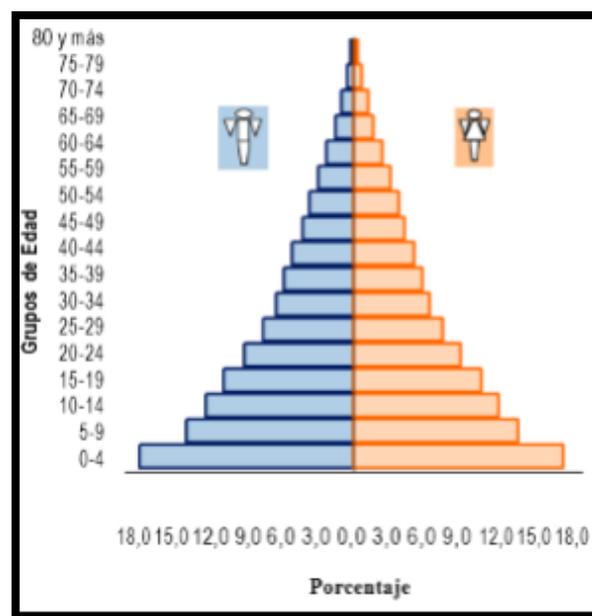


Figura 10: Pirámide poblacional de 1950.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

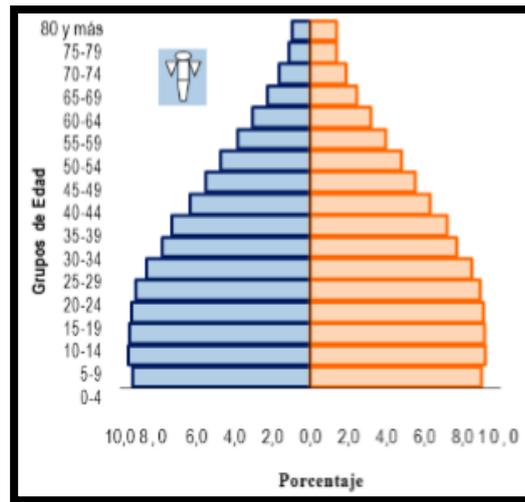


Figura 11: Pirámide Poblacional del 2016.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

2.2.8.5. Hogares con Algún Miembro Adulto/A Mayor:

Al IV trimestre del año 2015, el 37,6% de los hogares del país tenía entre sus miembros al menos una persona de 60 y más años de edad. En Lima Metropolitana se observa la mayor proporción de hogares con algún miembro adulto/a mayor, donde de cada 100 hogares en 41 existe al menos una persona adulta mayor. Le siguen los hogares del área rural, en este ámbito de cada 100 hogares en 39 hay un/a adulto/a mayor.

En tanto en el área urbana (no incluye Lima Metropolitana) en 34 de cada 100, existe una persona de este grupo etario.

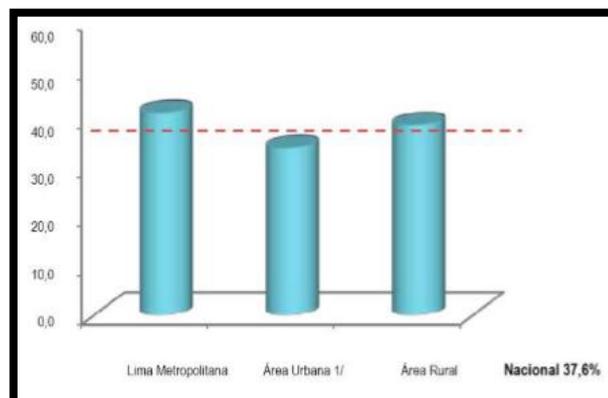


Figura 12: Hogares Con Algún Miembro Adulto/A Mayor, Según Área De Residencia

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

2.2.8.6. Hogares Conducidos Por Adultos/As Mayores:

Del total de hogares del país, el 25,1% 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 33,6% son adultas mayores, en el caso de los hogares con jefe hombre el 22,2% son adultos mayores. Esto resalta más en el área rural, donde el 46,2% de los hogares conducidos por mujeres son adultas mayores, en el caso de los hombres es el 21,7%. En el área urbana, la diferencia es de 8,4 puntos porcentuales, las mujeres adultas mayores jefas de hogar significan el 30,8% frente a 22,4% de los hombres.

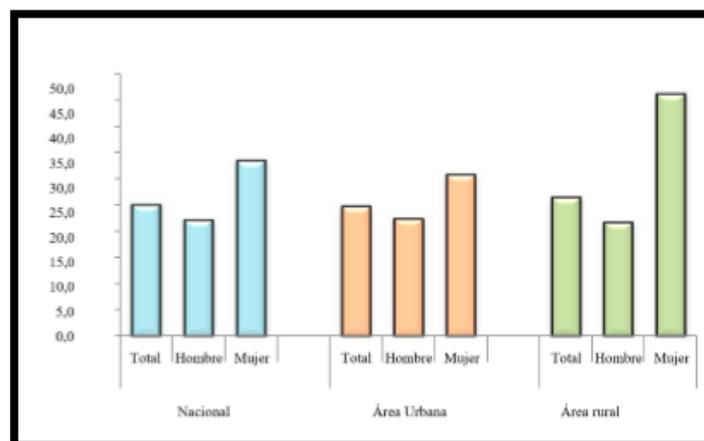


Figura 13:: Hogares Jefaturados Por Adultos Mayores, Según área De Residencia Y Sexo

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

2.2.8.7. Tipo De Hogar:

Del total de hogares Jefaturados por adultos/as mayores, el 46,7% son hogares de tipo nuclear, es decir, están constituidos por una pareja y sus hijas e hijos o sin estas/os. El 25,5% de hogares son extendidos, es decir, al hogar nuclear se suman otros parientes. El 20,7% de hogares de los adultos/as mayores son unipersonales (compuestos sólo por el/la adulto/a mayor). El 5,5% son hogares sin núcleo (conformado por un jefe/a sin cónyuge

ni hijos, que vive con otras personas con las que puede o no tener relaciones de parentesco) y el 1,7% son hogares compuestos, es decir existen dentro del hogar además de los parientes, otros miembros que no son familiares.

De acuerdo al sexo, el 57,8% de los hogares nucleares de los adultos mayores son Jefaturados por hombres, siendo más del doble que los Jefaturados por mujeres (26,3%).

En tanto, los hogares unipersonales con jefa mujer representan el 36,7% siendo más de tres veces que los constituidos por hombres (12,0%).

Tabla 1: Hogares Jefaturados Por Adultos Mayores, Según Área De Residencia Y Sexo.

<i>TRIMESTRE: OCTUBRE- NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2014 - 2015 P/ (PORCENTAJE)</i>		
GRUPOS DE EDAD/ SEXO	OCT-NOV-DIC 2014	OCT-NOV-DIC 2015 P/
<i>Nacional</i>	25,2	25,1
<i>Hombre</i>	21,7	22,2
<i>Mujer</i>	35,4	33,6
<i>Área Urbana</i>	24,0	24,7
<i>Hombre</i>	21,0	22,4
<i>Mujer</i>	32,0	30,8
<i>Área Rural</i>	28,7	26,4
<i>Hombre</i>	23,6	21,7
<i>Mujer</i>	51,3	46,2

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

Tabla 2: Hogares Jefaturados Por Adultos Mayores, Según Composición

TRIMESTRE: OCTUBRE-NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2014 - 2015 P/ (% RESPECTO DEL TOTAL DE HOGARES)

TIPO DE AHOGAR	OCT-NOV-DIC 2014			OCT-NOV-DIC 2015		
	TOTAL	HOMBRE	MUJER	TOTAL	HOMBRE	MUJER
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Nuclear	45.1	57.7	26.0	46.7	57.8	26.3
<i>Con conyugue</i>	17.9	26.3	3.2	17.4	25.2	3.1
<i>Con conyugue e hijos</i>	17.7	27.6	0.7	18.8	28.4	1.2
<i>Solo con hijos</i>	10.5	3.8	22.1	10.5	4.3	22.0
Extendido						
<i>Con conyugue y otros parientes</i>	25.8	26.3	24.8	25.5	26.	24.1
<i>Con conyugue hijos y otros parientes</i>	2.4	3.2	1.2	2.1	2.8	0.9
<i>Con hijos y otros parientes</i>	13.1	19.2	13.9	13.9	19.1	1.6
<i>Unipersonal</i>	10.2	3.9	21.1	10.4	4.3	21.6
Unipersonal	20.5	12.0	35.3	20.7	12.0	36.7
<i>Sin núcleo</i>	5.6	1.7	12.3	5.5	2.4	11.1
Compuesto	2.1	2.3	1.7	1.7	1.6	1.8

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

2.2.8.8. Educación:

- Nivel Educativo Alcanzado Por La Población Adulta Mayor:

El 17,7% de la población adulta mayor no cuenta con un nivel educativo o solo tiene nivel inicial, el 43,9% alcanzó estudiar primaria; el 21,4% secundaria y el 17,0%, nivel superior (11,0% superior universitaria y 6,0% superior no universitaria). Existen grandes brechas en los niveles alcanzados entre hombres y mujeres adultos/as mayores; así, mientras el 27,6% de las mujeres no tienen nivel alguno de educación, los hombres en la misma situación representan el 6,6%.

Caso contrario se observa en educación superior, mientras el 21,3% de los hombres tienen educación superior (universitaria y no universitaria), las mujeres de este grupo etario con este nivel equivalen al 13,1%. Esta situación se observa tanto en el área urbana como en el área rural.

Tabla 3: Población Adulta Mayor, Según Nivel Educativo A Y Residencia 2014-2015.

TIPO DE AHOGAR	TRIMESTRE: OCTUBRE-NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2014 - 2015 P/ (PORCENTAJE)					
	OCT-NOV-DIC 2014			OCT-NOV-DIC 2015		
	TOTAL	HOMBRE	MUJER	TOTAL	HOMBRE	MUJER
Total						
Sin nivel / inicial	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Primaria	18.5	7.8	27.8	17.7	6.6	27.6
Secundaria	44.0	47.4	41.2	43.9	45.5	42.4
Superior no universitaria	22.0	26.0	18.5	21.4	26.6	16.8
Superior universitaria	4.9	4.5	5.3	6.0	7.1	5.0
Urbanas	10.5	14.2	7.2	11.0	14.2	8.1
Urbanas						
Sin nivel inicial	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Primaria	11.3	3.9	17.6	11.5	3.7	18.4
Secundaria	41.4	40.2	42.4	40.2	37.2	42.9
Superior no universitaria	27.2	31.6	23.4	26.3	31.8	21.4
Superior universitaria	6.3	5.6	6.9	7.6	8.8	6.5
Rurales	13.8	18.7	9.6	14.4	18.4	10.8
Rurales						
Sin nivel inicial	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Primaria	39.0	18.6	57.8	36.5	15.5	55.1
Secundaria	51.6	66.9	37.5	54.9	70.6	41.0
Superior no universitaria	7.3	10.9	4.0	6.8	10.9	3.1
Superior universitaria	1.0	1.6	0.4	1.1	1.7	0.6
Superior universitaria	1.1	2.1	0.3	0.7	1.2	0.2

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

Tabla 4: Población Adulta Mayor, Según Condición De Alfabetismo Y Área De Residencia.

AMBITO GEOGRÁFICO/CONDICIÓN DE ALFABETISMO	TRIMESTRE: OCTUBRE-NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2014 - 2015 P/ (PORCENTAJE RESPECTO DEL TOTAL DE LA POBLACIÓN DE CADA ÁREA DE RESIDENCIA)					
	OCT-NOV-DIC 2014			OCT-NOV-DIC 2015		
	TOTAL	HOMBR	MUJE	TOTAL	HOMBR	MUJE
Nacional						
Alfabeto	76.9	89.3	66.1	78.6	90.7	67.7
Analfabeto	23.1	10.7	33.9	21.4	9.3	32.3
Área urbana						
Alfabeto	85.5	95.3	77.1	86.8	95.3	79.1
Analfabeto	14.5	4.7	22.9	13.2	4.7	20.9
Área rural						
Alfabeto	52.4	73.0	33.5	54.0	76.9	33.8
Analfabeto	47.6	27.0	66.5	46.0	23.1	66.2

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.

- LENGUA APRENDIDA EN LA NIÑEZ:

El 68,6% de la población de 60 y más años de edad tiene como lengua materna el castellano y el 31,2% el quechua, aimara u otra lengua nativa.

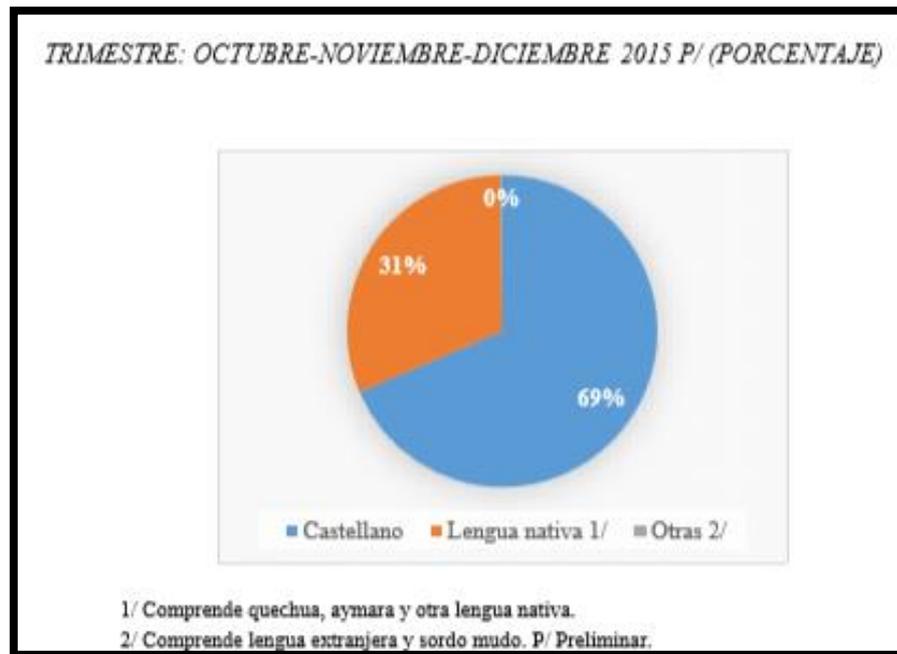


Figura 14: Población De 60 Y Más Años De Edad, Según Lengua Aprendida En La Niñez.

Fuente: instituto nacional de estadística e informática – encuesta nacional de hogares

2.2.8.9. Acceso a la Identidad y Programas Sociales:

- ACCESO A LA IDENTIDAD:

El 99,1% de los/as adultos/as mayores cuenta con el Documento Nacional de Identidad. Por sexo, el 99,5% de la población masculina y 98,8% de la población femenina de 60 y más años de edad tienen DNI (Documento Nacional de Identidad). Al comparar con el mismo trimestre de análisis del año pasado, la tenencia del referido documento de identidad se mantuvo en similar proporción en hombres y mujeres.

Según área de residencia, el acceso a la identidad de la población adulta mayor es mayoritario tanto en el área urbana como rural.



- ACCESO A PROGRAMA SOCIAL PENSIÓN 65:

El 27,0% de la población mayor de 65 años se beneficia del programa social Pensión 65. Comparado con el año 2014, la proporción de la población beneficiaria aumentó en 3,8 puntos porcentuales. Según área de residencia, el 58,5% de los/as adultos/as mayores del área rural acceden a este programa social, mientras en el área urbana el 26,9%.

MANRIQUE DE LARA, Guillermo, director del Instituto de Gerontología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. 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 60 años o más cuya proyección al año 2025 será del 12%.

Sin embargo, esta estructura demográfica ya ha empezado a variar en las últimas décadas y se agudizan tales cambios debido principalmente a la declinación de las tasas de mortalidad y fecundidad. Esta última según la Encuesta Demográfica y Salud Familiar (ENDES) señala un promedio de hijos por mujer de 4.1 para el período 1984- 1986, frente a 5.2 del censo de 1981 y al 6.1 del censo de 1972.

La alta mortalidad infantil 116/mil en menores de 5 años, y de 82/mil de 0 a 1 años, crea la dramática situación de tener que priorizar la atención de los problemas de acuerdo con su magnitud y la presión ejercida socialmente.

Los adultos mayores, componentes de un grupo minoritario, no han sido mayormente considerados dentro de esas prioridades. 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.



Según el ministerio de desarrollo e inclusión social, la unidad central de focalización (SISFOH) nos muestra que en el distrito de arapa, el 2018 de 1050 adultos mayores solo 755 cuentan con pensión 65 los cuales se les da un aporte de 125 soles mensuales que esto equivale al 71.6% del total de la población del distrito de arapa. De los cuales nos indica que el 28.4% del adulto mayor está en total abandono.

Aproximadamente sólo 25% del total de Geronto están amparados por la Seguridad Social, 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 (Hermanitas de los Ancianos Desamparados).

La Seguridad Social se ha limitado a un programa de actividades culturales y sociales, por ejemplo, pasajes reducidos en el transporte urbano. Cuenta con algunos consultorios en los centros de salud periféricos para la atención de los ancianos, a cargo de médicos generales sin formación en geriatría a pesar de contar en la capital con hospitales de 1000 a 800 camas y de 400 en otras ciudades del país.

El Ministerio de Salud que ha señalado los problemas de salud de la población peruana, simplemente ha eludido a los adultos mayores. No ha habilitado ni un servicio, ni un consultorio de geriatría en los hospitales generales del país, ni en los centros de salud repartidos en la red de atención a la población. Esta situación no es achacable a las autoridades actuales, pues viene de muchos años atrás.



La Fuerza Armada y la Policía Nacional cuentan con unidades geriátricas en sus hospitales generales y la Marina de Guerra posee un moderno centro geriátrico anexo al hospital general.

- SALUD Y BIENESTAR SOCIAL:

Las instituciones no gubernamentales son grupos muy motivados, con gran sensibilidad social, pero tienen severas limitaciones financieras, teniendo en cuenta el escenario social y político del país, la provisión de servicios de salud para dicho sector está constituido por dos ámbitos:

- El sector público, conformado por:

- CIAM, Centro Integral de Atención de la Persona Adulta Mayor.
- CONADIS, Consejo Nacional Para La Integración De La Persona Con Discapacidad.
- SIS, sistema integral de salud.
- Asociación Horizontes de la Tercera Edad, Posee un consultorio en un sector de Lima.
- Centro de Investigación y Desarrollo Gerontológico. (CIDEG). Cuenta con consultorios en parroquias en distritos de Lima.
- Fundación Peruana de Ayuda a la Tercera Edad (FUPATE). Tiene consultorios externos de atención médica, odontológica y talleres ocupacionales.
- PRO – VIDA – PERU Trabaja en asentamientos precaristas en el puerto del Callao (atención médica, psicológica y social).
- Asociación Peruana de Estudios Gerontológicos (APEG). Ha realizado un trabajo de investigación sobre el estado de la memoria en 04 ciudades del país, auspiciado



por la “Sociedad Memoria y Vida” de París (Francia), dirigido por el Profesor Ives Ledan Seurs.

- La Asociación de Empleados Jubilados del Sector Público, así como la Asociación Nacional de Cesantes y Jubilados de Educación (ANCIJE) poseen clubes de jubilados y esta última un policlínico afiliado a la seguridad social.
- Club de Jubilados del Instituto Peruano de Seguridad Social.
- El Colegio Médico reconoce la especialidad de Geriatria.

-El sector privado, conformado por:

- ESSALUD, seguro social de salud
- CIAM, Centro Integral de Atención de la Persona Adulta Mayor
- Casas de reposo
- APEG, Asociación Peruana de Estudios Gerontológicos
- CIDEG, Centro de Investigación y Desarrollo Gerontológico.

Las medidas para mejorar la situación de los adultos mayores en nuestro país, no se podrían realizar, aunque existieran los recursos financieros necesarios, por la falta de información confiable y la falta del perfil del envejecimiento en el Perú, así como de políticas y programas, de modo tal que sería imposible tomar decisiones responsables y calificadas²³.

Según el ministerio de salud en el distrito de arapa existen 1055 adultos mayores, de los cuales 639 son mujeres que equivale al 60.5% del total y existen 416 varones que

²³ Fuente: Tesis “Centro De Rehabilitación Y Residencia Geriátrica En La Ciudad De Puno” (BRETT DANITZA SALAS HINOJOSA, TESIS “CENTRO DE REHABILITACIÓN Y RESIDENCIA GERIÁTRICA EN LA CIUDAD DE PUNO”, 2018)



equivalen al 39.5%, al no contar con un programa especial para el adulto mayor según el ministerio de salud las enfermedades predominantes por el adulto mayor son:

- ❖ Desnutrición proteico calórica: 182 adultos mayores entre hombres y mujeres padecen de esta enfermedad.
- ❖ Faringitis aguda: 82 adultos mayores entre hombres y mujeres padecen de esta enfermedad
- ❖ Infección a las vías urinarias: 31 adultos mayores entre hombres y mujeres padecen de esta enfermedad.
- ❖ Gastritis aguda: 68 adultos mayores entre hombres y mujeres padecen de esta enfermedad.
- ❖ Bronquitis aguda o crónica: 103 adultos mayores entre y mujeres padecen de esta enfermedad.
- ❖ Lumbago: 106 adultos mayores entre hombres y mujeres padecen de esta enfermedad.
- ❖ Artritis reumatoide: 59 adultos mayores entre hombres y mujeres padecen de esta enfermedad.
- ❖ Hipertensión arterial: 22 adultos mayores entre hombres y mujeres padecen de esta enfermedad.
- ❖ Anemia: 48 adultos mayores entre hombres y mujeres padece de esta enfermedad.
- ❖ Cefalea de debido a la atención: 38 adultos mayores entre hombres y mujeres padecen de esta enfermedad.



- ❖ Discapacidad visual: 174 adultos mayores entre hombres y mujeres padecen de esta enfermedad.
- ❖ Dolor agudo: 40 adultos mayores entre hombres y mujeres padecen de esta enfermedad.

2.2.9. Gerontología:

2.2.9.1. Definición de Gerontología:

Etimológicamente, proviene de los vocablos griegos “GERAS” (VEJEZ) y “LOGOS” (CIENCIA). Rama de la ciencia que se encarga del estudio del proceso de envejecimiento desde sus aspectos: biológicos, psicológicos, socioeconómicos y culturales.

Según la OMS es el estudio de los aspectos relacionados con el envejecimiento de la población y sus manifestaciones sociológicas, biológicas, psicológicas, ambientales y especialmente sanitarias. (Metchnikoff, 1901) Utiliza por primera vez el término de gerontología, en su libro “La naturaleza del hombre: estudios de una filosofía optimista, para referirse al estudio del proceso de envejecimiento en todos sus aspectos. Puede, por tanto, decirse que desde sus inicios se considera una ciencia de carácter multidisciplinar, con clara influencia de factores sociales, económicos, psicológicos y ambientales.

La gerontología hoy, constituye el estudio del envejecimiento en todas sus dimensiones, abarcando desde investigaciones en biología molecular hasta estudios de carácter socioeconómico. Es por tanto una ciencia de interés para muchas disciplinas, estando implicadas en su estudio distintos tipos de profesionales que intentan dar solución o mejorar la variedad de problemas que se derivan del proceso de envejecer.

La gerontología es considerada la ciencia madre, y se divide en:

A. GERONTOLOGÍA BIOLÓGICA O EXPERIMENTAL:



Es una ciencia multidisciplinar que pretende conocer tanto los íntimos mecanismos del envejecimiento como su etiopatogenia. Su desarrollo como ciencia pasó por des fases: la primera meramente empírica y especulativa, sacaba conclusiones deductivas y la segunda, es experimental, ligada a la demostración de sus teorías²⁴.

B. GERONTOLOGÍA CLÍNICA O GERIATRÍA:

Ciencia médica cuyo fin es la prevención, diagnóstico de las enfermedades de la vejez, su curación, rehabilitación y reinserción del enfermo en su casa o institución.

2.2.10. Geriatria:

2.2.10.1. Definición de Geriatria:

Etimológicamente proviene de los vocablos griegos ‘GERAS’ (VEJEZ) e ‘IATROS’ (MEDICO), rama de la medicina que se ocupa no solo de la prevención y asistencia de las de las enfermedades que presentan las personas mayores, sino también de su recuperación funcional y de su reinserción en la comunidad (RIBERA & GUILLEN, 2008).

Esta especialidad médica está implantada en al menos 14 países: España, Finlandia, Irlanda, Islandia, Liechtenstein, Noruega, Países Bajos, Rusia, Suecia, México, Argentina, Uruguay, Perú, Colombia y Venezuela.

Para la OMS es la rama de la medicina que estudia la sintomatología, el tratamiento y la readaptación en todos los procesos patológicos, donde las alteraciones debidas a la edad contribuyen de una manera decisiva.

²⁴ Fuente: Tesis (BRETT DANITZA SALAS HINOJOSA, TESIS “CENTRO DE REHABILITACIÓN Y RESIDENCIA GERIÁTRICA EN LA CIUDAD DE PUNO”, 2018)



La geriatría tiene un desarrollo y aplicación muy reciente, ya que en la antigüedad todas las sociedades se han ocupado del cuidado de sus ancianos, este ha estado generalmente asociado a instituciones religiosas o de carácter benéfico que tenían como único objetivo: Techo y comida para los ancianos abandonados y enfermos. No es hasta principios del siglo XX cuando aparece por primera vez el término de GERIATRIA, en el libro "Geriatrics: the diseases of old age and their treatment" (NASCHER, 1909), es considerado el padre de la geriatría.

(NASCHER, 1909), nació en Viena y vivió desde su infancia en New York donde estudio medicina. de regreso a Viena, visito una residencia de ancianos y le sorprendió su longevidad y buena salud, preguntando cual era el secreto, le respondieron que el motivo era que trataban a los ancianos como los pediatras tratan a los niños. Esta vivencia lo llevo a especializarse en esta rama de la medicina a la que denomino geriatría, publicada en su libro.

En aquel momento hablar de Geriatría significaba atender a los ancianos enfermos, crónico e inválidos. Posteriormente, el hecho de que la OMS, tras la II guerra mundial, definiera la salud como el complemento bienestar físico, psíquico y social y no solo la ausencia de enfermedad, permitió que las orientaciones de las ciencias de la salud no fueran únicamente curativas, sino que estas contemplasen los aspectos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

En este sentido también, en la II Asamblea mundial sobre el envejecimiento, celebrada en Madrid en abril del 2002, se ha presentado el documento elaborado por la OMS "Salud y envejecimiento", cuyo concepto clave para el debate de esta asamblea era el envejecimiento activo. Concepto que alude a la necesidad de ir modificando los estereotipos ligados a una concepción anacrónica de las personas mayores como viejos,



pobres y enfermos, poniendo en valor la idea de envejecimiento como conquista de la humanidad que debe ser celebrada. El envejecimiento activo se refiere al proceso de optimización del potencial de bienestar tanto social como físico y mental de las personas a lo largo de su vida, de manera que puedan vivir de una forma activa y autónoma un periodo de edad mayor cada vez más largo²⁵.

2.2.11. La Vejez:

2.2.11.1. Definición de la Vejez:

Tanto en la ciencia como en la sociedad han existido algunas dimensiones importantes que se han utilizado para definir la vejez. En particular pueden identificarse tres vertientes más comunes:

- LA BIOLÓGICA:

Incluye una definición de la vejez desde dos dimensiones principalmente:

a) La función del patrón de referencia cronológica.

b) A partir de los cambios morfofuncionales de cuya declinación depende el grado de envejecimiento (GARCIA, 2003)

-LA PSICOLÓGICA:

Esta incluye también, por lo menos, dos dimensiones más sobresalientes de estudio: Primera, la de los cambios en los procesos psicológicos básicos, y el desarrollo que estos presentan, dimensión que podríamos llamar psicobiológica; y, segunda, la que refiere al estudio de la personalidad y sus cambios, que denominamos psicológica estructural.

²⁵Fuente: Tesis (BRETT DANITZA SALAS HINOJOSA, TESIS "CENTRO DE REHABILITACIÓN Y RESIDENCIA GERIÁTRICA EN LA CIUDAD DE PUNO", 2018)



-LA SOCIAL:

Esta dimensión parte del estudio de 3 dimensiones: La sociodemográfica, que implica el crecimiento poblacional y sus efectos endógenos y exógenos; la sociopolítica, que implica el nivel de participación y de integración social de los viejos, y; la económica política, que incluye el estudio de los recursos y condiciones socioeconómicas de las personas en la vejez.

A partir de estas dimensiones pueden encontrarse diversas aproximaciones sobre el concepto de vejez que constituyen una referencia básica de los libros que hablan sobre esta edad cuyo estilo es como una especie de manual de estudio o intervención y que comienzan a abundar en los últimos años. En muchos de los textos no existe propiamente una definición de la vejez por la complejidad y dificultad que plantea.

Existe también una diversidad de formas conceptuales a las que se recurren como: Vejez, senectud, ancianidad, tercera edad, adultez tardía. La utilización de estos términos remite a esta edad generalmente como un producto, mientras que términos como envejecimiento o senilidad refieren, aparentemente, a la idea de un proceso (Revista de Educación y Desarrollo, Octubre-diciembre de 2009)

2.2.11.2. Distinción Entre Vejez y Envejecimiento:

Existe una distinción muy marcada entre vejez y envejecimiento. Algunos autores consideran que el término vejez hace referencia a un estado o situación relacionado con la edad cronológica y el estado físico, mientras que envejecimiento remite a un proceso que integra otros elementos. Sin embargo, creemos que esta distinción no es del todo correcta; al contrario, asumir el envejecimiento como proceso ha llevado a considerar que este inicia biológicamente a edades cercanas a las 25 o 30 años o psicológicamente al momento en que la persona asume determinados roles o cambios de la personalidad



(cómo la muerte o la viudez). En el ámbito social se ha considerado su relación con cambios sociales como la jubilación; sin embargo, esto ha generado aún más ambigüedad o dificultad para comprender realmente a la vejez o al envejecimiento. También la distinción ha sido vista en relación a estos términos señalando a la vejez como producto y al envejecimiento como un proceso. Pero creemos que tal consideración, debería integrar a ambos conceptos como parte de una misma situación en lugar de separarlos. Hasta ahora, el manejo que se da es la división entre ambos términos, lo que conlleva soslayar una división en cuanto a contenidos: Biología y salud contra psicología y sociedad. Sin embargo, es un error hacer una separación tanto en los términos como en los contenidos.

Sabemos que el interés de diversos autores por remarcar la diferencia entre ambos términos tanto en el terreno de la ciencia como en el de la sociedad ha sido siempre buscando plantear la relatividad de los cambios y características de esta edad, en oposición a posturas más rígidas. De este modo, hemos considerado utilizar preferentemente el término de vejez, sin distinguirlo del término envejecimiento, desde una perspectiva diferente considerando algunas características importantes.

a) La vejez es al mismo tiempo proceso y producto, Es decir, que no hay que hacer la distinción entre envejecimiento, cuya connotación se ha centrado principalmente en el ámbito biológico, sino asumir que la vejez implica ambas dimensiones. Si es vista como un concepto del campo de una epistemología construccionista, como el de las representaciones sociales, no puede más que asumirse una realidad dialéctica y relativa. Tanto producto como proceso constituyen dimensiones cambiantes y dinámicas de una misma situación: La vejez. Pensemos que si la vejez fuese solamente un producto ¿cómo podríamos estudiarla en un momento determinado de la historia y lograr una aproximación a su producción? Si la vejez es resultado de un proceso denominado



envejecimiento quiere decir que la vejez es envejecimiento tanto como el envejecimiento es vejez.

b) La vejez es una situación del ser humano, expresada a través de la edad, en la que se sitúan una serie de cambios psicosociales y físicos. Estos cambios son también relativos a las características en que la situación se presenta a nivel personal, en función de la cultura y de las especificaciones orgánicas. Lo importante es resaltar que, como situación, la vejez no es una experiencia individual, sino social. Los cambios biológicos solamente toman sentido en función de una sociedad determinada. En esta, en la capitalista, la lentitud, la pérdida de memoria, el cansancio, la pérdida del oído o del gusto, son construcciones sociales en un contexto de competitividad. En realidad, estos cambios les afectan en la medida en que dificultan la experiencia social tal y como es llevada a cabo en el propio contexto, la comparación con el mundo de los otros, mediante la interacción social, es la que permite reconocer a la vejez, tanto por el individuo como por los demás. La vejez es una situación social.

c) La vejez no es una etapa del desarrollo, desde el punto de vista causal y cronológico, pues constituye una situación que varía en función de la edad. La edad es relativa, no a los cambios biológicos exclusivamente, sino también a las percepciones y representaciones que se le atribuyen. Las personas pueden tener 70 años y no sentirse viejas o tener 30 y sentirse en esta edad. Es por ello que la vejez nunca ha podido ubicarse de forma certera a nivel biológico. Es muy difícil afirmar actualmente que una persona “envejece” por una programación genética o por deterioro celular. En cada persona se presenta de forma distinta y esto hace que lo biológico no constituya más que un factor que posiblemente puede afectar.



Como señalan (GERGEN & GERGEN, 2000) (FIERRO, 1994) no existe un proceso de envejecimiento en sí mismo, el discurso del envejecimiento nace de las relaciones en una cultura dada en un tiempo dado.

d) La vejez tiene implicaciones psicosociales y biológicas, que no dependen del sujeto que está situado en esta edad, sino de los cambios culturales y tecnológicos que enfrenta la sociedad en la que se vive. El sentido común juega un papel importante en la experiencia de la propia vejez.

Hemos visto en diversos momentos de nuestra experiencia de trabajo la forma en que las personas en esta edad recuperan de forma significativa los discursos que circulan sobre la vejez para definir la propia situación.

El peso que tiene es más fuerte de lo que creemos y da cuenta de la influencia de la comunicación en la sociedad. La sociedad está presente en esos discursos y representaciones sociales, da cuenta de lo que en la historia se dice de los viejos y esto mejora o empeora una situación. Considerar el papel de la historia de la vejez es importante antes de asumir cualquier posición al respecto, aunque nuestras intenciones sean las más positivas. Lo más importante entonces es reconocer estos elementos para intentar cambiar tales discursos cuando atentan contra la integridad de las personas en la vejez²⁶.

2.2.12. El Envejecimiento:

2.2.12.1. Definición de Envejecimiento:

Existen numerosas definiciones del proceso de envejecimiento, enfocadas desde distintos puntos de vista. Una de las más aceptadas es la que conceptúa al envejecimiento como el

²⁶FUENTE: (Revista de Educación y Desarrollo, Octubre-diciembre de 2009)



conjunto de cambios morfológicos, funcionales y psicológicos, que el paso del tiempo ocasiona de forma irreversible en los organismos vivos. Estas modificaciones no se presentan de forma repentina y conjunta en una persona por el mero hecho de alcanzar una determinada edad (viejo igual a persona de 65 años), o cambiar de situación laboral o administrativa (viejo igual a jubilado o pensionista).

De hecho, aunque el envejecimiento es un proceso universal (afecta ineludiblemente a todos los seres vivos), presenta una gran variabilidad individual (no todos envejecemos al mismo tiempo, ni de la misma forma).

Se debe entender la vejez como una fase más de nuestro ciclo vital (como la infancia, la adolescencia o la madurez), con sus características propias, unas más agradables y otras menos, que se irán presentando de forma progresiva, en función de factores intrínsecos individuales (genéticos, hereditarios), actitudes personales y circunstancias que han rodeado nuestra vida. Tiene, por tanto, mucho de verdad, la frase que dice que se envejece tal y como se vive.

El hecho fundamental del proceso de envejecimiento, y el que de alguna forma determina nuestra actitud profesional ante la persona mayor, es la pérdida progresiva de la capacidad de adaptación del organismo a circunstancias anómalas, internas o externas, debido a la disminución de la reserva funcional de los distintos órganos y sistemas. Esto supone que, en las condiciones habituales o basales, la persona mayor, con sus características físicas, psíquicas y funcionales, podrá tener un buen nivel de adaptación al medio que la rodea, pero será muy sensible a circunstancias (enfermedad, estrés de diverso tipo, etc.) que le exijan un sobreesfuerzo. Será la funcionalidad física y psíquica de la persona, la capacidad de ser autónoma y de vivir de forma independiente y adaptada a su entorno, la

característica fundamental de lo que llamamos envejecimiento fisiológico o satisfactorio²⁷.

2.2.12.2. Envejecimiento Físico:

Enumeraremos de forma superficial las modificaciones orgánicas que, de forma general, se producen en el envejecimiento. Haremos también referencia a las repercusiones funcionales que, a veces, acompañan a estas modificaciones. El envejecimiento es un proceso con una gran variabilidad individual y, por tanto, no debemos esperar encontrar en nuestros mayores las mismas características en todos. Además, el envejecimiento no es un proceso sincrónico o uniforme en un mismo organismo, es decir, no todos nuestros órganos o sistemas envejecen al mismo ritmo y, por consiguiente, en una misma persona, no aparecerán todas estas características de forma conjunta.

- APARIENCIA FÍSICA, POSTURA Y MARCHA:

En cuanto a la composición corporal, el envejecimiento condiciona una disminución de la masa muscular y del agua corporal total. Aumenta de forma relativa la grasa, cuya distribución se modifica también con los años (disminuye en cara y cuello, acumulándose en abdomen y caderas). Estos cambios, aparte de modificar la apariencia física, disminuyen de forma importante la fuerza muscular y suponen una menor resistencia frente a la deshidratación. La piel sufre un importante proceso de atrofia. Disminuyen el número de melanocitos (células con pigmento) y se atrofian estructuras anejas (folículos pilosos, glándulas sudoríparas y sebáceas). Disminuyen los capilares dérmicos encargados de la nutrición cutánea. Estas modificaciones determinan cambios importantes en la apariencia física (arrugas, laxitud cutánea, palidez, manchas, encanecimiento, pérdida del pelo, pérdidas del vello axilar y pubiano) y predisponen a la

²⁷Fuente: *Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (JM, 2003)*



aparición de diversos problemas (fragilidad capilar, mayor sensibilidad a lesiones por el sol, escaras por presión, etc.).

La talla disminuye debido, fundamentalmente, a cambios que acontecen en la columna vertebral (disminución de altura de los discos intervertebrales, lesiones osteoporóticas o artrósicas, prácticamente constantes a estas edades).

La pérdida de estatura se cuantifica en 5-6 cm para las mujeres y 3-5 cm para los hombres, y se ve favorecida por anomalías posturales frecuentes, como son el aumento de la cifosis dorsal (curvatura de la columna dorsal en forma de giba) y una ligera flexión de rodillas y caderas, que se da fundamentalmente en mujeres. La marcha se modifica debido a cambios en el sistema nervioso y muscular (pérdidas neuronales diversas, disminución de reflejos posturales, incoordinación de movimientos).

La persona mayor tiende a inclinarse hacia adelante, anda a pasos cortos, aumentando la separación de los dos pies y con pobre balanceo de brazos acompañante. Tiene dificultades para girar o modificar, en general, su actitud en la marcha. Cuando se dan todas estas características podemos hablar de marcha senil. La presentan un grupo de ancianos/as con alto riesgo de sufrir caídas.



Figura 15:Adulto Mayor- Mujer.

Fuente: <http://diariouno.pe>

- ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS:

Las modificaciones en los órganos de los sentidos favorecen la deprivación sensorial y suponen un riesgo importante de sufrir situaciones de alto poder invalidante (aislamiento social, confusión, caídas, etc.).

- **VISTA:**

Es uno de los sentidos más afectados por el envejecimiento y que más puede influir en la autonomía del mayor. Se producen alteraciones a nivel de retina, humor vítreo y cristalino, que pueden determinar disminución de la agudeza visual, presbicia (vista cansada), alta frecuencia de cataratas y glaucoma, disminución de la capacidad de adaptación al deslumbramiento. Alrededor del iris suele aparecer el llamado arco senil, sin repercusión funcional alguna.

- **OÍDO:**

Disminuye la función de las células sensoriales, apareciendo presbiacusia (disminución de la audición, especialmente para los ruidos más agudos o de alta frecuencia). Se ve favorecida la aparición de alteraciones del equilibrio.



- **GUSTO Y OLFATO:**

Disminuyen el número y la funcionalidad de las papilas gustativas y células sensoriales olfatorias. Estas modificaciones, junto a una producción de saliva disminuida, condicionan una menor satisfacción con la comida.

- **TACTO:**

Disminuye la agudeza táctil y la sensibilidad a la temperatura.

- **SISTEMA NERVIOSO:**

A nivel cerebral se produce una pérdida neuronal variable, disminuyen el riego sanguíneo cerebral, el número de conexiones interneuronales, los neurotransmisores, la velocidad de conducción nerviosa y los reflejos. Mecanismos de control como el de la sed, la temperatura o la regulación autonómica, están menoscabados.

- Estas modificaciones hacen a la persona mayor susceptible, en determinadas circunstancias, a la aparición de cuadros de confusión mental, lentitud en los movimientos y respuestas, incoordinación en la marcha, propensión a la aparición de hipotensión postural, aparición de tics o temblor senil, etc.

- **SISTEMA CARDIO-VASCULAR:**

A nivel cardíaco se produce una disminución de las células miocárdicas, con fibrosis moderada. Aumenta la resistencia al llenado ventricular. Disminuye la actividad del marcapasos aurículo-ventricular y la velocidad de conducción de los impulsos.

- Con frecuencia encontramos calcificación de las válvulas. Estas modificaciones determinan una disminución de la reserva cardíaca y una respuesta escasa a situaciones de estrés. Tendencia a disminución de la frecuencia cardíaca y mayor frecuencia de arritmias.



- El gasto cardíaco: Disminuye y, por tanto, la sangre que se distribuye a los distintos órganos. A nivel vascular se produce un fenómeno de engrosamiento y pérdida de elasticidad de la pared arterial, en la que se depositan con frecuencia calcio y grasa.
- La onda del pulso: es más perceptible, debido a la rigidez. Aumenta de forma progresiva la presión arterial, fundamentalmente la sistólica (máxima). Con frecuencia se producen dilataciones del sistema venoso, por pérdida de tono parietal e incompetencia de las válvulas, facilitando la aparición de varices y edemas en extremidades inferiores, sobre todo.
- APARATO RESPIRATORIO:

Disminuye la distensibilidad de la pared torácica por calcificación de los cartílagos costales y atrofia de los músculos respiratorios. También se produce una disminución de la distensibilidad pulmonar, el número de alveolos y la actividad de los cilios vibrátiles. Tendencia al cierre de pequeños bronquiolos. Disminuye el flujo sanguíneo que llega a los pulmones. Estas modificaciones determinan una disminución de la capacidad vital que se manifiesta, ante situaciones de estrés, con déficit de oxigenación. Hay una mayor propensión a infecciones y el mecanismo de la tos es menos efectivo.

- APARATO DIGESTIVO:

A nivel bucal, se produce disminución de la producción de saliva, lo que junto a la frecuencia de pérdida de piezas dentarias contribuye a una masticación deficiente. En general, hay una disminución del peristaltismo (movimientos de propulsión) a todo lo largo del tubo digestivo (esófago, estómago, intestino delgado y grueso). Esto condiciona un enlentecimiento del tránsito digestivo, facilitando la aparición de alteraciones como el



estreñimiento. En general, disminuye la secreción de sustancias necesarias para los procesos digestivos (ácido clorhídrico, pepsina, etc.), viéndose éstos dificultados.

- **APARATO GÉNICO-URINARIO**

Disminuye el peso y volumen de los riñones, reduciéndose, así mismo, el número de unidades funcionales (nefronas). Junto al menor aporte de sangre a los riñones y las propias alteraciones vasculares intrarrenales, estas modificaciones condicionan la pérdida de la capacidad de reserva funcional del riñón, hecho particularmente importante por el papel de este órgano en la eliminación de sustancias y mantenimiento del equilibrio de numerosas sustancias claves en el medio interno. La capacidad de la vejiga urinaria se encuentra disminuida, junto al tono de su musculatura y esfínteres de salida.

- El aumento de tamaño de la próstata en los hombres y la debilidad muscular del periné (suelo de la pelvis) en las mujeres, contribuye, junto a las modificaciones anteriores, a la aparición de alteraciones tan frecuentes como la incontinencia, la retención urinaria o la aparición de infecciones recidivantes. La disminución en la producción de hormonas sexuales condiciona modificaciones en los caracteres sexuales. Así, en la mujer disminuye el vello púbico, aumenta la flaccidez de los senos, se estrecha y acorta la vagina, disminuyen el tamaño de la vulva y clítoris. La mucosa vaginal se atrofia. En el hombre disminuye el tamaño del pene y testículos, distendiéndose la bolsa escrotal.
- **SISTEMA ENDOCRINO EN GENERAL:**
- hay una disminución en la producción de las diferentes hormonas y una menor respuesta a su acción. Habitualmente, estas modificaciones se detectan o tienen repercusión en circunstancias de sobrecarga.



- **SISTEMA INMUNITARIO Y HEMATOLÓGICO:**
- No existen modificaciones significativas en los valores hematológicos. A nivel inmunitario, la respuesta frente a estímulos está enlentecida y disminuida en intensidad. Aumenta por tanto la susceptibilidad a padecer infecciones.

2.2.12.3. Envejecimiento Psicológico:

Se ha definido el envejecimiento como un proceso natural que forma parte, como una etapa más, del ciclo vital. Las características psicológicas de la persona mayor van a ser congruentes con su historia personal previa y las modificaciones que ahora enumeraremos van a depender del propio envejecimiento, pero también, en gran medida, de mecanismos adaptativos que el mayor establece ante cambios en su situación física, funcional (pérdida de autonomía personal, dependencia) o sociofamiliar (jubilación, pérdida de seres queridos, etc.).

A nivel intelectual global, o cognitivo, suele haber una disminución de la actividad psicomotriz, disminuye la velocidad de procesamiento de información, existe dificultad para solucionar problemas abstractos o complejos y suele disminuir la memoria reciente.

En cuanto a la personalidad, suele aumentar el interés por lo propio, desdeñando lo extraño, se toma el pasado como referencia principal, no entendiéndose bien las actitudes de las nuevas generaciones. Se tiende a conservar y almacenar cosas, en un intento de asegurar el futuro. Hay una resistencia al cambio, a lo nuevo, cuesta trabajo decidir entre varias opciones²⁸.

²⁸ Fuente: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. (JM, 2003)



2.2.12.4. Envejecimiento Social:

Asistimos en nuestros días a un fenómeno desconocido hasta el momento, como es el del envejecimiento progresivo de nuestra sociedad. Se está produciendo un aumento del número de personas mayores, particularmente de las muy mayores (edad superior a 80 años, envejecimiento del envejecimiento), que cada vez tienen más peso relativo dentro del conjunto de la sociedad (más del 16% de los españoles tienen más de 65 años).

Para que se dé este fenómeno están influyendo una serie de factores. Por un lado, ha aumentado de forma importante la esperanza de vida, esto es, los años que alcanzan a vivir los españoles (para la mujer 84 años, para el hombre 82, al nacimiento). Este hecho, se ha producido por la mejora de las condiciones sanitarias y socioeconómicas en general, de las que nos beneficiamos. Por otro lado, se ha producido una reducción muy importante de las tasas de natalidad.

Sin embargo, la importancia creciente que las personas mayores tienen en la sociedad no se está traduciendo en un cambio de conductas, o comportamientos sociales, más comprensivos con ellas. De hecho, las circunstancias sociales en las que nos desenvolvemos no les son especialmente ventajosas.

En nuestra sociedad prima el valor de lo joven y productivo. Nuestro rol, o papel que se nos asigna, está ineludiblemente ligado a nuestro trabajo, y desaparece con la jubilación. Bruscamente, sin posibilidad de adaptación previa en la mayoría de los casos, la persona se convierte en un desocupado, improductivo. Por otro lado, esta situación se acompaña por lo general de una pérdida de poder económico y de relaciones sociales, la mayoría de las veces ligadas al mundo laboral.

Los cambios en el ámbito familiar son también importantes. Las familias amplias han dado paso a familias nucleares, compuestas por padres e hijos, dónde todos tienden a



trabajar, y donde el abuelo cuando se incorpora a ella, lo hace como un intruso, en relación de dependencia y no con un papel a cumplir.

Las frecuentes situaciones de pérdida que se dan a estas edades (cónyuge, amigos, familiares, etc.), contribuyen al aislamiento social del mayor.

Todas estas circunstancias tendrán una influencia importante en la forma de envejecer.

Por último, no debemos olvidar que nuestros mayores de hoy han desarrollado las etapas previas de una vida en circunstancias históricas difícilmente comparables a las actuales. Decíamos que se envejece tal como se vive y, por tanto, las peores condiciones económicas, sanitarias, culturales o sociales en general, han podido condicionar un envejecimiento especialmente agravado en las actuales generaciones de mayores (JM, 2003).

2.2.13. Teorías Psicosociales Del Envejecimiento:

2.2.13.1. Teoría de la Desvinculación:

En cuanto a la denominación, se enuncia también como “teoría del retraimiento”, aunque en la línea argumental bien podría ser denominada “teoría del desapego”, como indica (Salvarezza, 1988) Es esta una teoría psicosocial del envejecimiento porque afecta a las relaciones entre el individuo y la sociedad, así como a los procesos internos que experimenta una persona en su declinar de la vida.

(Henry, 1961). Publica el resultado de una investigación llevada a cabo por un equipo de investigadores pertenecientes al Comité de Desarrollo Humano de la Universidad de Chicago. El estudio se realiza en el medio ambiente natural donde viven las personas, en su comunidad en la que han establecido sus vínculos afectivos y sus desarrollos laborales y no en las instituciones que frecuentan las personas mayores. En este encuadre, se



observó cómo los individuos estudiados en edad madura con el paso de los años iban reduciendo el número de actividades y limitando los contactos sociales.

Esta realidad dio lugar a la formulación de la teoría de la desvinculación de las personas mayores con la sociedad, como proceso inevitable del envejecimiento que va acompañado de una disminución gradual del interés por las actividades y los acontecimientos sociales del entorno de las personas ancianas. Se produce una dinámica de desarraigo generada por la rotura o disolución del anciano a la red social de pertenencia, separándose de este grupo sin adscribirse a ningún otro.

Consecuentemente, esta actitud de desenganche del senescente va originando una cascada imparable de comportamientos y reacciones que le impulsan a la búsqueda del retiro social, como lugar óptimo deseado para conseguir la satisfacción personal en su vejez:

- Alejamiento de interacciones sociales.
- Desinterés por la vida de los demás.
- Reducción de compromisos sociales.
- Interés principal centrado en sí mismo, en su mundo interior y circunstancias personales.

A la par que el individuo se va desvinculando de la sociedad, también ésta va promoviendo acciones para favorecer este distanciamiento entre la sociedad y el individuo que envejece facilitando la exclusión del medio social:

- Cese de actividades laborales.
- Pérdida del rol social o familiar.

Según esta teoría, el distanciamiento que se produce entre el individuo y la sociedad es beneficioso para ambos:



Por una parte, la persona anciana no se verá sometida a situaciones de difícil solución que al no encontrar respuesta le provocaría sentimientos de incapacidad o de angustias. Por ejemplo, a mantener relaciones sexuales cuando siente que sus capacidades y sus atractivos físicos están disminuidos.

O, por ejemplo, no tendrá que verse obligado a adquirir nuevas herramientas en su actividad profesional, porque no le corresponde ya este aprendizaje, quedando relegada esta función a una persona joven.

De esta manera, la persona adulta se libera de cumplir con los compromisos y obligaciones sociales que se requieren en una vida activa.

Por otro lado, la sociedad también obtiene beneficios porque merced a esta actitud de distanciamiento o retirada de las personas que van envejeciendo se facilita la entrada en la vida social y económica de las generaciones más jóvenes.

Las premisas que sirven de soporte a esta teoría son las siguientes:

1º.- La desvinculación es un proceso universal, es decir, todas las personas mayores de cualquier cultura y momento histórico tienen tendencia a este desapego de la vida social.

2º.- La desconexión o ruptura de vínculos entre el individuo y la sociedad es un proceso inevitable en el envejecimiento.

3º.- El desarraigo es intrínseco a todos los individuos y no está condicionado por variables sociales.

Podría concluirse que la desvinculación del individuo y la sociedad y su tendencia al aislamiento es un proceso normal del envejecimiento. Por tanto, según este modelo, la actitud que deben aconsejar los familiares y los profesionales para favorecer un buen



envejecimiento es promover la retirada progresiva de las actividades sociales que el individuo venía realizando.

Además, la teoría de la desvinculación, se encuentra justificada por quienes conceptúan la vejez como un proceso de declinación o transformación fisiológica o biológica, repleto de pérdida de las funciones sensoriomotoras como consecuencia del deterioro progresivo de los distintos sistemas del cuerpo humano.

Las críticas a la teoría expuesta por (Henry, 1961), no se hicieron esperar. (Tobin, 1963), utilizando el mismo método redefinió la teoría del desapego como una forma posible de envejecer que afectaría a unos individuos de distinta manera, pero nunca a la totalidad. Existen aspectos de personalidad diferenciadores entre los sujetos estudiados que determinan maneras diferentes de afrontar el proceso de envejecimiento:

- Personas que están integradas en el entorno comunitario y su actitud extravertida les reportan contactos y participación social de manera natural.
- Otros individuos, cargados de energía vital promueven interacciones positivas con el medio.
- Un grupo lo compondrían los sujetos pasivos y dependientes de su entorno.
- Otro, personas no integradas, con escasas capacidades personales de relación.

Este mismo autor señala que en el proceso de envejecimiento se pudiera producir una disminución selectiva de actividades, de manera que en esta etapa de la vida se mantendría aquellas actividades que más reportan al individuo aspectos positivos para su satisfacción personal. Por tanto, más que una reducción cuantitativa de actividades²⁹, se trata de una

²⁹ FUENTE: *tesis/00000117-teorias-psicosociales-del-envejecimiento.pdf*



reformulación cualitativa de la misma. A este proceso lo denomina “desvinculación-vinculación selectiva”.

Por tanto, para finalizar podemos decir que la desvinculación entre la sociedad y el individuo es un fenómeno que experimentan algunos individuos en la edad madura, no todos, y es más la sociedad quien aleja al individuo.

No se puede afirmar que la desvinculación es un proceso universal, inevitable o natural, ni que es una estrategia vital positiva para concluir con una vejez satisfactoria.

La teoría fue modificada por el propio (Henry, 1961) , para resaltar la existencia de una gran variedad de estilos de vida individuales en la vejez.

2.2.13.2. Teoría de la Subcultura:

Teoría postulada por (Rose, 1965) Su fundamento estriba que las personas mayores coincidentes en una cierta edad, habitualmente personas de más de 65 años, comparten determinadas circunstancias biográficas como la pérdida de seres queridos, viven solos, u otras circunstancias comunes respecto a la necesidad o cuidados para la salud, situación económica, intereses culturales y sociales, etc. que les impulsa a reunirse e interrelacionarse entre sí con mayor frecuencia que con otras edades, generando así una “subcultura de la edad”.

Esta afinidad de rasgos comunes conlleva el presentimiento de encontrar mayor comprensión entre iguales a los problemas individuales porque también son vividos o experimentados en alguna dimensión por los otros.

Unos y otros depositan en este grupo la posibilidad de llevar a cabo un envejecimiento satisfactorio utilizando o aprendiendo de los recursos personales que sirven a otros para afrontar sus dificultades, y que por sí solos, en su aislamiento y soledad no podrían desarrollar.



De esta manera, se constituye un grupo social aparte y diferente a los clásicamente ligados al género o a la clase social, cohesionado por parámetros de afinidad positiva.

Algunas políticas sociales respecto a los mayores han tomado esta teoría como premisa justificativa de la creación de club sociales u hogares para jubilados u otros lugares de convivencia similares donde se prioriza la relación inter pares a la relación intergeneracional que es tanto como decir excluyendo de otras relaciones con otros grupos sociales³⁰.

2.2.14. Discapacidad:

2.2.14.1. Definición de Discapacidad:

La definición de discapacidad ha sufrido grandes cambios a lo largo de la historia.

Durante los últimos años, hemos visto como se ha ido abandonando una perspectiva paternalista y asistencial de la discapacidad, que miraba a la persona como un ser “dependiente y necesitado”, hacia un nuevo enfoque, que contempla a la persona con discapacidad como un individuo con habilidades, recursos y potencialidades.

La discapacidad es aquella condición bajo la cual ciertas personas presentan alguna deficiencia física, mental, intelectual o sensorial que a largo plazo afectan la forma de interactuar y participar plenamente en la sociedad.

Según la OMS, término genérico que incluye déficit, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un

³⁰ Fuente: tesis “teorías psicológicas del envejecimiento” (HURTADO, 2002.)



individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)³¹.

2.2.14.2. Discapacidad en el Adulto Mayor:

Se define a la discapacidad como la pérdida de habilidades para desarrollar cualquier tipo de actividad y de no prevenirse adecuadamente, genera incapacidad. En el anciano la discapacidad le genera dificultad para el desempeño de las actividades de la vida diaria, que tendrán como consecuencia la pérdida de la independencia, la autonomía física y mental, así como el rechazo social y el abandono familiar.

La incapacidad es el déficit funcional resultante de la acción de la enfermedad en un órgano, aparato o sistema. La invalidez es el resultado de la interacción de las incapacidades del individuo con el medio que lo rodea.

Cuando se habla de discapacidad, normalmente se piensa que esta es solamente física, pero realmente es un universo muy amplio; así por ejemplo se tiene la obligación de detectar a las familias disfuncionales que ante la probable discapacidad del anciano bloquearían acciones a seguir tan simples como: Mejorar su alimentación, quitar los tapetes alrededor de la cama, adecuar los baños, mejorar la iluminación en el hogar. La prevención oportuna tiene como objetivo evitar que se presente algún tipo de discapacidad.

La prevención se realiza evaluando de forma funcional – global al anciano, entendiendo por esto la valoración física, mental, social. Familiar y económica del mismo y como

³¹ Fuente: Tesis “Centro De Rehabilitación Y Residencia Geriátrica En La Ciudad De Puno” Fuente especificada no válida.



deben interactuar para prevenir o mejorar la discapacidad en esa forma, evitar al máximo la presentación de conflictos severos que pueden terminar con su vida.

Se deben prevenir:

- Caídas
- El riesgo de deterioro cognoscitivo
- Pérdida de autonomía económica
- Familia desintegrada
- Ámbito social.

2.2.14.3. Tipos de Discapacidad:

- DISCAPACIDAD NEUROLÓGICA:

Son aquellas que afectan las zonas cerebrales que coordinan actividades mentales importantes con la memoria, el aprendizaje, el hablar y también afectan actividades motoras y sensoriales. Entre las principales están: los accidentes cerebro vasculares, el Alzheimer, la Ataxia, la Corea de Huntington, la esclerosis múltiple y lateral, la lesión medular espinal, el Parkinson o el síndrome de Tourette.

- DISCAPACIDAD FÍSICA:

Se puede definir como una desventaja, resultante de una imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de la persona afectada. Esto significa que las partes afectadas son los brazos y/o las piernas. También pueden ser causadas por lesión medular en consecuencia de accidentes.

- DISCAPACIDAD VISUAL:

Es un estado de limitación o de menor eficiencia, debido a la interacción entre factores individuales (entre los que se encuentra la deficiencia visual) y los de un contexto menos



accesible. Se suele distinguir a las personas con discapacidad visual haciendo referencia a dos términos: ceguera (pérdida total de visión) y deficiencias visuales (pérdida parcial).

- DISCAPACIDAD PSÍQUICA:

Se considera que una persona tiene discapacidad psíquica cuando presenta trastornos en el comportamiento adaptativo, previsiblemente permanentes. La discapacidad psíquica puede ser provocada por diversos trastornos mentales, como la depresión mayor, la esquizofrenia, el trastorno bipolar; los trastornos de pánico, el trastorno esquizomorfo y el síndrome orgánico. También se produce por autismo o síndrome de Asperger.

- DISCAPACIDAD SENSORIAL:

La discapacidad sensorial corresponde a las personas con deficiencias visuales, a los sordos y a quienes presentan problemas en la comunicación y el lenguaje. Son patologías muy importantes de considerar dado que conllevan graves efectos psico-sociales. Producen problemas de comunicación del paciente con su entorno lo que lleva a una desconexión del medio y poca participación en eventos sociales.

- DISCAPACIDAD AUDITIVA:

Una persona con discapacidad auditiva es aquella que no puede escuchar normalmente debido a algún tipo de anormalidad en el órgano de la audición:

EL OÍDO:

La discapacidad auditiva se conoce como sordera, cuando existe ausencia total del sentido de la audición, o como hipoacusia, cuando la persona escucha solo un poco y puede mejorar su nivel de audición con un audífono.

Se puede determinar que la mayor discapacidad que presentan los Adultos Mayores es la discapacidad física producida por fracturas, esguinces, etc. que impiden la movilización normal y la realización de las actividades de la vida cotidiana; luego se ubica la



discapacidad auditiva conjuntamente con la discapacidad visual debido a que con el pasar de los años van perdiendo poco a poco el oído y la vista y llegan al límite de no escuchar ni ver absolutamente nada lo que dificulta la comunicación normal con sus familiares.

Seguidamente se muestra la enfermedad de Alzheimer que se relaciona con la Demencia Senil en las cuales el Adulto Mayor poco a poco va perdiendo la memoria y olvidándose de cosas básicas como: No reconocer a la familia, no saber su nombre, ni donde está; hasta llegar al estado de no saber nada de él y finalmente volverse agresivos con las personas que están en su entorno.

También en menor grado se presenta el Parkinson que es una enfermedad por la cual el Adulto Mayor presenta un cuadro de movimientos involuntarios en todo su cuerpo y cada vez va aumentando de manera progresiva hasta invalidar a la persona.

Discapacidad neurológica se da en muy pocos y son las relacionadas con el sistema nervioso central tales como: parálisis cerebral, trauma cráneo encefálico, etc. Y por último se presenta la Discapacidad Sensorial que es la que afecta a varios sentidos al mismo tiempo.

Para alcanzar una longevidad satisfactoria, debe lograrse un envejecimiento saludable, etapa esta última que comienza mucho antes de los 60 años. Esta solo puede obtenerse desarrollando desde edades tempranas hábitos y estilos de vida saludables, así como realizando prevención temprana de algunas enfermedades y discapacidades para de esta manera elevar la calidad de vida y facilitar la integración social de estas personas.

Las discapacidades si no son prevenidas a tiempo hay que tratar permanentemente e impulsar de forma integral las acciones de prevención de deficiencias de discapacidades para que el Adulto Mayor con Discapacidad logre adaptarse y vivir satisfactoriamente su última etapa de la vida que les queda.

- DISCAPACIDAD DEL ADULTO MAYOR EN EL PERÚ:

Las Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1984, establece como personas adultas mayores a aquellas personas de 60 y más años de edad. Los resultados de la Primera Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad (ENEDIS), realizada en el año 2012 por el Instituto Nacional de Estadística e Informática, constituye el insumo para una aproximación en el conocimiento de la situación de las personas adultas mayores en lo que concierne a sus características sociales: sexo, edad, nivel educativo, estado civil o conyugal, número de limitaciones, tipo de limitaciones, afiliación a seguro de salud y tipos de seguro, enfermedad crónica, tipo de enfermedad crónica que padecen, condición de ocupación y categoría de ocupación.

- CONSEJO NACIONAL PARA LA INTEGRACIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD (CONADIS):

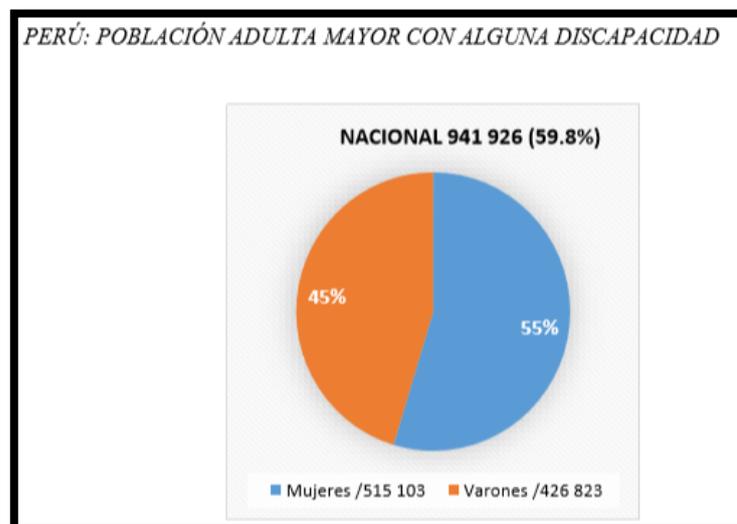


Figura 16: Incidencia De La Discapacidad En Las Personas Adultas Mayores.

Fuente: Instituto Nacional De Estadística E Informática – Encuesta Nacional Especializada Sobre Discapacidad 2012

- ADULTOS MAYORES POR SEXO POR GRUPO ETARIO:

De las personas adultas mayores con alguna discapacidad, son las mujeres las más afectadas que los hombres. Por sexo y grupo de edad, destaca las mujeres de 70 a 79 años con 24.5% versus los hombres del mismo grupo con 22.6%; también en el grupo 80 a más años de edad, la proporción de mujeres (16.5%) es un poco más que los hombres (15.1%).

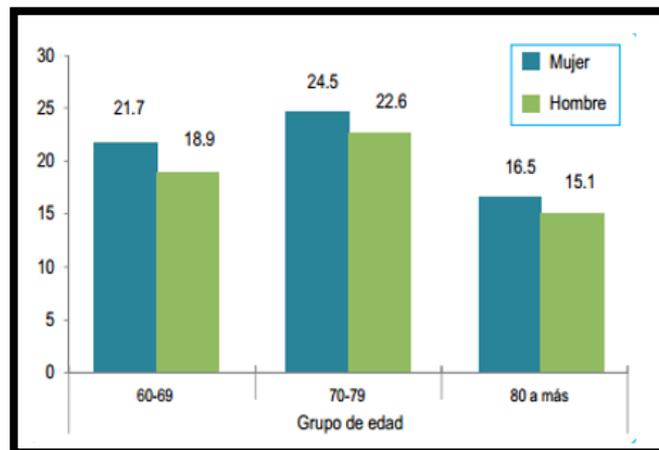


Figura 17: Población Fem. Y Mascu. Adulta Mayor Con Alguna Discapacidad Por Grupo 2012.

Fuente: Instituto Nacional De Estadística E Informática – Encuesta Nacional Especializada Sobre Discapacidad 2012

- DISCAPACIDAD EN LA POBLACION ADULTA MAYOR SEGÚN

DEPARTAMENTO:

La discapacidad en las personas adultas mayores según departamento, destaca Tacna, Lima y la Provincia Constitucional del Callao donde superan el 65% seguido de Moquegua con 64.3%, Puno 61.9%, Piura 61.5% y Ancash con 60.0% contrariamente, los departamentos que presentan menos de 50.0% de personas en esta situación son San Martín 49.2%, Cajamarca 44.8% y Amazonas con 34.9%. Los departamentos que pertenecen a la Selva Loreto, Madre de Dios y Ucayali, se ubican entre 51.2%, 52.0% y 55.5% respectivamente.

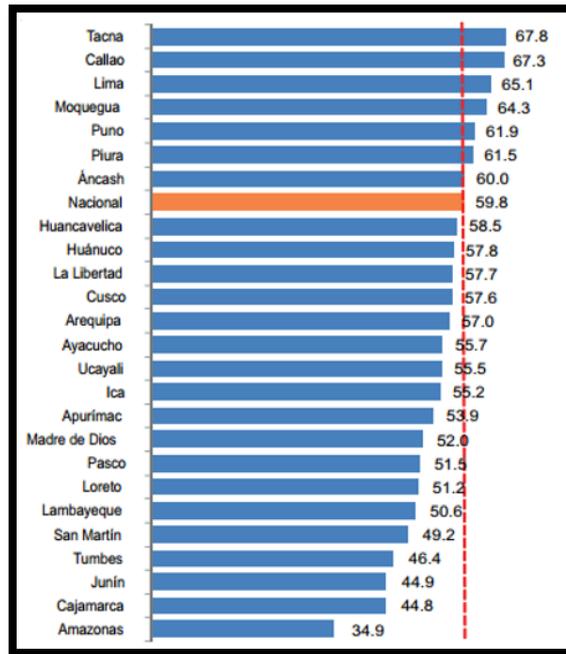


Figura 18: Incidencia De La Discapacidad De La Provincia Adulta Mayor.

FUENTE: Instituto Nacional De Estadística E Informática – Encuesta Nacional Especializada Sobre Discapacidad 2012.

2.2.15. Población Adulta Mayor Según Nivel Educativo:

Los resultados de la ENEDIS, señalan que, del total de personas adultas mayores con alguna discapacidad, el 71.1% estudio hasta la primaria, el 17.8% secundaria, el 7.0% superior universitaria, el 3.7% superior no universitaria y el 0.2% tiene educación básica especial.

Según sexo, se registra mayor proporción de mujeres (77.0%) adultas mayores con discapacidad que hombres (64.0%) que tienen educación primaria; mientras que, en los niveles de secundaria, superior universitaria y no universitaria, los hombres presentan porcentajes más altos que las mujeres.

Tabla 5: POBLACIÓN ADULTA MAYOR POR SEXO, SEGÚN NIVEL EDUCATIVO 2012 (PORCENTAJE)

NIEVEL EDUCATIVO	TOTAL	MUJER	HOMBRE
Total	100.0	100.0	100.0
Hasta primaria	71.1	77.0	64.0
Hasta secundaria	17.8	14.5	21.
Sup. No Universitaria	3.7	3.0	4.5
Sup. Universitaria	7.0	5.0	9.3
Educ. básica especial	0.2	0.2	0.1
No especificado	0.2	0.2	0.2

FUENTE: Instituto Nacional De Estadística E Informática – Encuesta Nacional Especializada Sobre Discapacidad 2012.

2.2.15.1. Población Femenina Y Masculina Adulta Mayor Con Alguna -

Discapacidad Según Estado Civil o Conyugal:

Desde las personas adultas mayores con alguna discapacidad y de acuerdo a su estado civil o conyugal y sexo, en los hombres el 66.9%, son casados, el 20.6% tiene la condición de viudo, el 6.3% son divorciados y/o separados, el 6.0% tiene la condición de solteros. En el caso de las mujeres se presenta de manera diferenciada, es así que las mujeres adultas mayores son más las viudas con 44.1%, seguida de las casadas o convivientes con 39.7%, el 8.5% son divorciadas y/o separadas y el 7.5% tiene la condición de solteras.

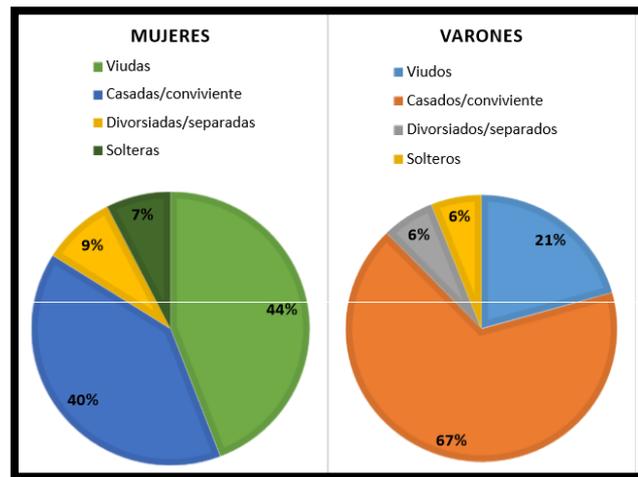


Figura 19::Población Femenina Y Masculina Adulta Mayor Con Alguna Discapacidad 2012.

FUENTE: Instituto Nacional De Estadística E Informática – Encuesta Nacional Especializada Sobre Discapacidad 2012.

2.2.15.2. Discapacidad de la Población Adulta Mayor por Número de

Limitaciones:

Entre la población adulta mayor que manifestó tener alguna discapacidad la mayor proporción se encuentra entre los que tienen al menos una limitación con el 32.7%, seguido del 30.8% con dos limitaciones, el 20.3% con 3 limitaciones, el 10.9% con 4 limitaciones la menor proporción la registran los que tienen 5 y más limitaciones con el 5.2%.

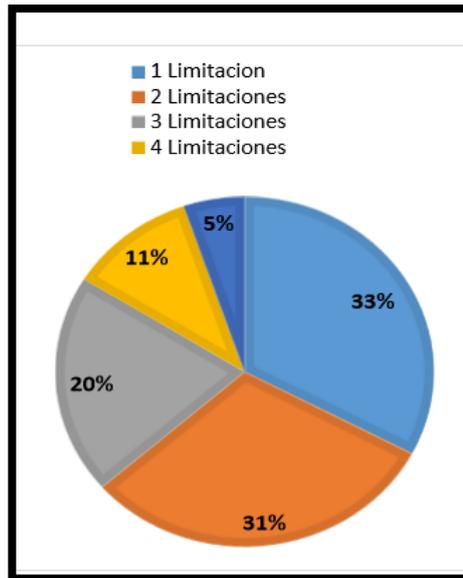


Figura 20: Discapacidad De La Población Adulta Mayor Por Número De Limitaciones 2012

FUENTE: Instituto Nacional De Estadística E Informática – Encuesta Nacional Especializada Sobre Discapacidad 2012.

2.2.15.3. Tipos de Limitaciones Permanentes en las Personas Adultas Mayores:

Las personas pueden presentar más de una limitación permanente. Según tipo de limitación, el 67.3% de las personas tiene limitación para moverse o caminar y/o para usar brazos o piernas, seguido de la limitación para ver 64.6%, el 44.9% tiene limitación para oír, el 28.8% para atender o aprender, el 12.7% para relacionarse con los demás y en menor proporción el 7.9% presenta limitaciones para hablar o comunicarse, observándose que las tres primeras limitaciones alcanzan proporciones altas debido a la edad de las personas.

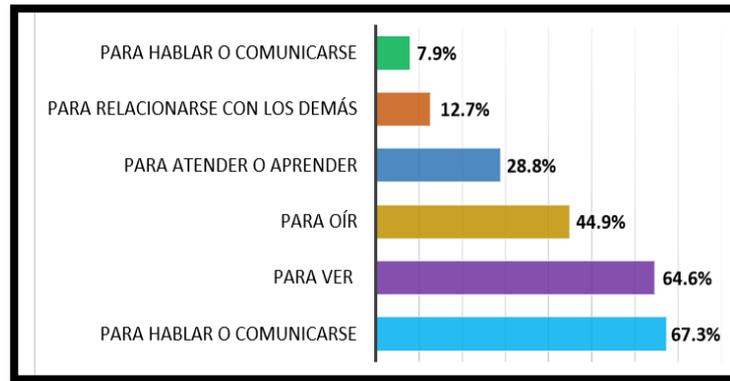


Figura 21: Discapacidad De La Población Adulta Mayor Por Número De Limitaciones 2012

FUENTE: Instituto Nacional De Estadística E Informática – Encuesta Nacional Especializada Sobre Discapacidad 2012.

2.2.15.4. Tipo de Limitación Permanente de la Población Adulta Mayor Según

Área de Residencia:

La población adulta mayor con discapacidad del área urbana (67.8%) y rural (65.0%), presentan alta proporción en la limitación para moverse o caminar y/o para usar brazos o piernas, así mismo la limitación para ver presenta alta proporción en la personas tanto del área urbana (65.1%) como rural (62.6%) seguida de la limitación donde la zona urbana alcanza 43.0% y la rural 52.9%, también para entender o aprender es otra de las limitaciones con porcentajes altos, destaca el área urbana (30.2%), respecto a la rural (22.8%). En menor proporción se encuentra para hablar o comunicarse y para relacionarse con los demás.

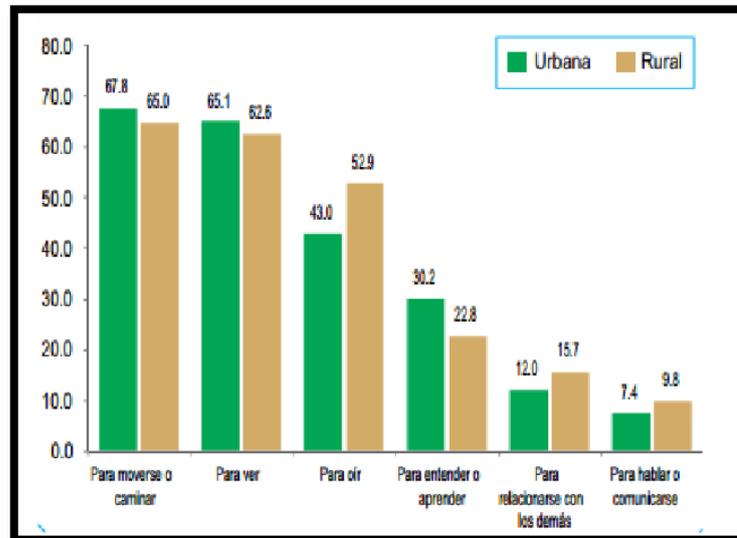


Figura 22: Población Adulta Mayor Con Discapacidad Por Tipo 2012.

FUENTE: Instituto Nacional De Estadística E Informática – Encuesta Nacional Especializada Sobre Discapacidad 2012

2.2.15.5. Población Adulta Mayor Afiliada a Algún Seguro de Salud:

De la población que manifestó tener alguna discapacidad el 65.4% se encuentra afiliada a algún seguro de salud, según sexo se observa diferencias, así más mujeres (53.1%) que hombres (46.9%) tienen acceso a algún seguro de salud.

Un 34.6% de la población adulta mayor con alguna discapacidad no estaría protegida por algún seguro de salud, evidenciándose que este grupo etario tendría una condición de mayor riesgo en atención a su salud.

Nota: incluye el seguro social de salud, seguro integral de salud y otros seguros (entidad prestadora de salud, seguro de las fuerzas armadas y policiales, seguro privado).

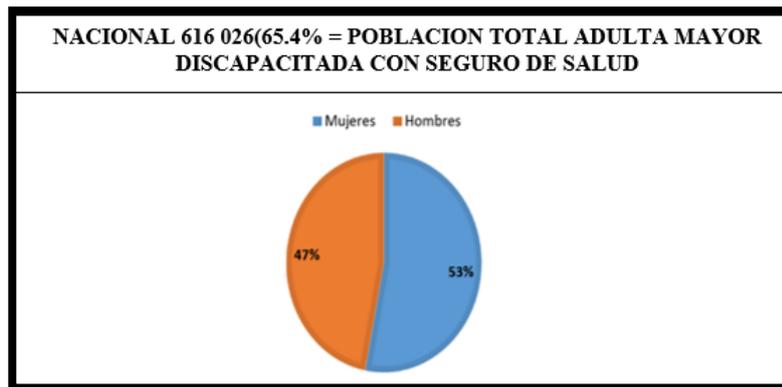


Figura 23: Población Adulta Mayor Con Discapacidad Por Tipo De Limitación 2012.

FUENTE: Instituto Nacional De Estadística E Informática – Encuesta Nacional Especializada Sobre Discapacidad 2012

2.2.15.6. Adultos Mayores con Seguro de Salud por Ámbito Geográfico:

Entre la población adulta mayor que presta alguna discapacidad, en Lima metropolitana 71 de cada 100 hombres y 66 de cada 100 mujeres tiene seguro de salud; así mismo en el resto del país 65 de cada 100 hombres y 62 de cada 100 mujeres acceden a un seguro de salud.

Según área de residencia se observa diferencias entre ambas áreas y sexos así en el área urbana 64 de cada 100 mujeres y 69 de cada 100 hombres están afiliados a algún seguro de salud, en el área rural es 62 de cada 100 mujeres y 64 de cada 100 hombres los asegurados.

Por región natural, en la costa y sierra los hombres muestran mayor proporción de asegurados que las mujeres, mientras en la selva no se registran diferencias significativas entre mujeres y hombres afiliados a seguros de salud.

Tabla 6: Población Adulta Mayor Con Discapacidad Por Tipo De Limitación Permanente, Según Área De Residencia, 2012 (Porcentaje).

ÁMBITO GEOGRÁFICO	TOTAL	MUJER	HOMBRE
Total	65.4	63.5	67.7
Lima/metropolitana	68.0	65.7	70.8
Resto del país	63.3	61.8	65.1
Área de residencia			
Urbana	66.1	64.0	68.6
rural	62.6	61.5	63.8
Región natural			
Costa	66.1	64.0	68.6
Sierra	65.4	63.4	67.9
Selva	59.1	59.4	58.7

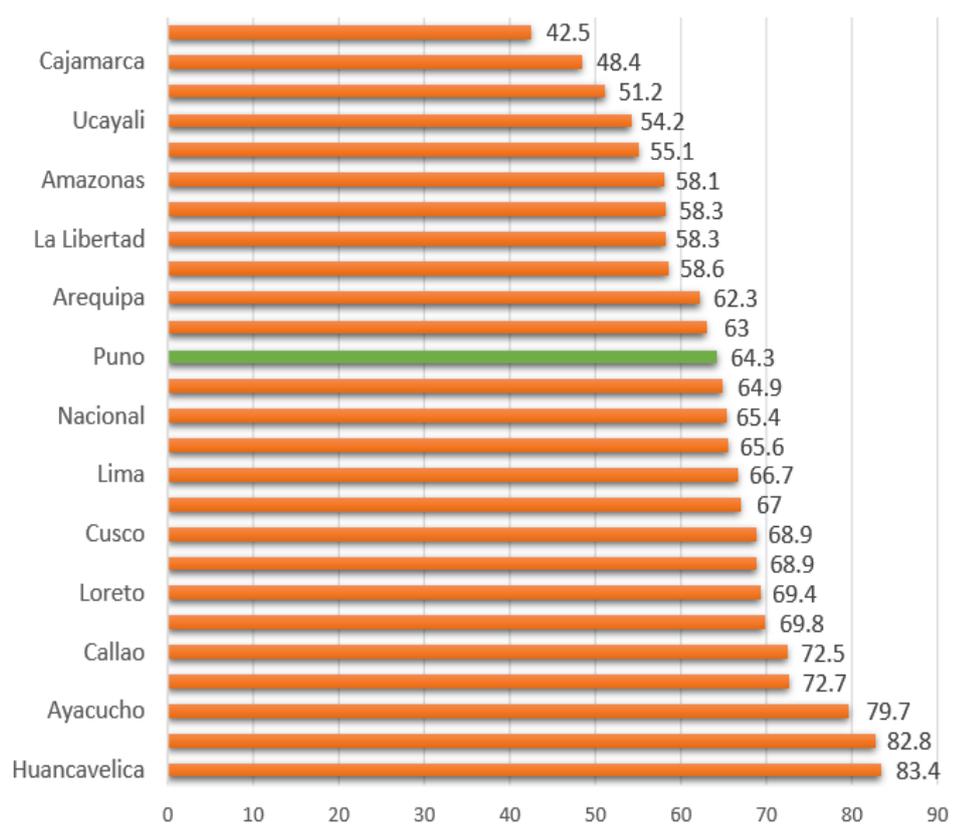
FUENTE: Instituto Nacional De Estadística E Informática – Encuesta Nacional Especializada Sobre Discapacidad 2012.

2.2.15.7. Población Adulta Mayor con Seguro de Salud Según Departamento:

A nivel de departamento, se observa que, entre la población adulta mayor con alguna discapacidad afiliada a seguro de salud, destaca Huancavelica (83.4%), Apurímac (82.8%), Ayacucho (79.7%), Ancash (72.7%) y la provincia Constitucional del Callao (72.5%).

Por otro lado, Madre de Dios (42.5%), Cajamarca (48.4%), Junín (51.2%), Ucayali (54.2%) y Tacna (55.1%), son los departamentos que presentan los menores porcentajes de adultos mayores afiliados a algún seguro de salud.

Tabla 7: Instituto Nacional De Estadística E Informática – Encuesta Nacional Especializada Sobre Discapacidad 2012.



FUENTE: Instituto Nacional De Estadística E Informática – Encuesta Nacional Especializada Sobre Discapacidad 2012.

2.2.15.8. Población Adulta Mayor Afiliada por Tipo de Seguro de Salud:

Según tipo de seguro de salud, los resultados muestran que del total de personas adultas mayores que manifestaron estar afiliadas a algún seguro de salud, el 54.3% se encuentra cubierta por el seguro social de salud (EsSalud), seguido de aquellos que acceden al Seguro Integral de Salud (SIS) con 41.2% y en menor proporción el 5.0% están cubiertos por otros seguros (Entidad prestadora de Salud, Seguro de Fuerzas Armadas y/o policiales y Seguro Privado).

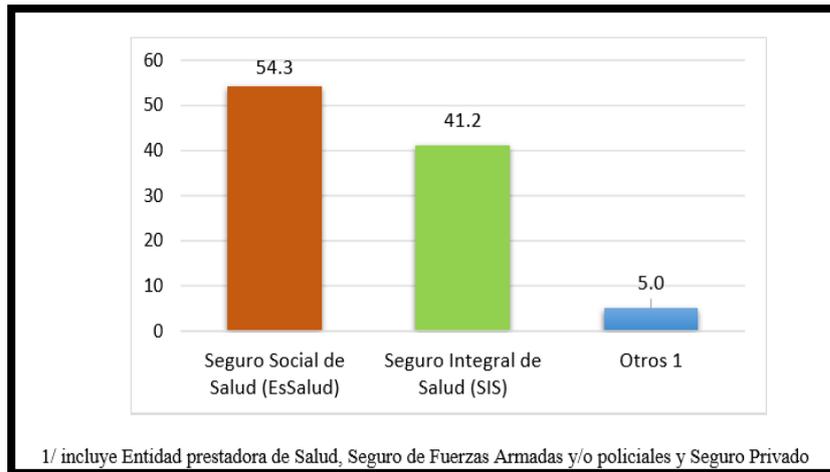


Figura 24: Población Adulta Mayor Con Discapacidad Por Tipo 2012.

FUENTE: Instituto Nacional De Estadística E Informática – Encuesta Nacional Especializada Sobre Discapacidad 2012.

2.2.15.9. Población Adulta Mayor Afiliada por Sexo y Tipo De Seguro de Salud:

Del total de personas adultas mayores afiliadas a algún seguro de salud, 52 de cada 100 mujeres se encuentran afiliadas al Seguro Social de Salud, por el seguro Integral de Salud, 43 de cada 100 y 5 de cada 100 por otros seguros; en tanto en el caso de los hombres 57 de cada 100 están afiliados al seguro Social de Salud, 39 de cada 100 por el Seguro Integral de Salud y 5 de cada 100 por otros seguros de salud.

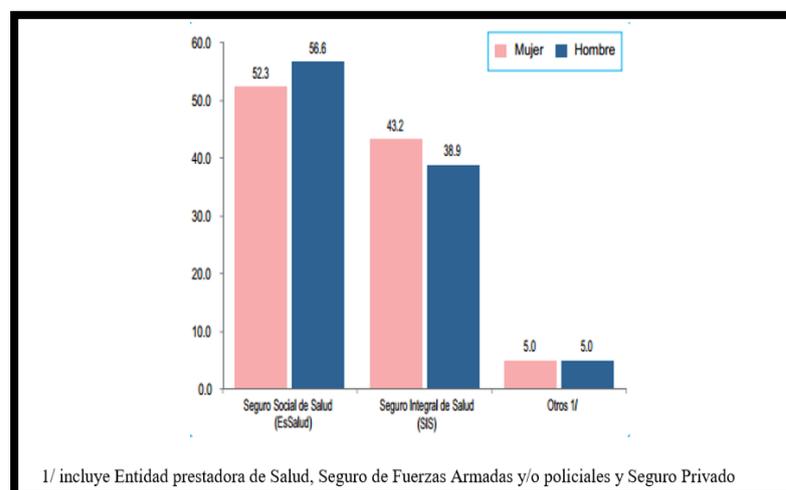


Figura 25: Población Adulta Mayor Con Discapacidad Por Tipo 2012.

FUENTE: Instituto Nacional De Estadística E Informática – Encuesta Nacional Especializada Sobre Discapacidad 2012.

2.2.15.10. Tipo de Enfermedades Crónicas en los Adultos Mayores:

De las personas adultas mayores que padecen de alguna enfermedad crónica que las limita, el 43.9% presenta taquicardia y otras alteraciones del sistema cardiovascular. El 21.8% padece de diabetes, obesidad, el 17.0% presenta problemas digestivos, el 16.8% dificultades urinarias, entre otros.

Según sexo se registra un comportamiento similar entre las enfermedades crónicas de mujeres y hombres a excepción de la artritis y reumatismo, que es más del doble en las mujeres que en los hombres, así mismo, la cifra de diabetes es un poco más en las mujeres respecto a los hombres, mientras que las enfermedades del sistema reproductor presentan mayor incidencia en los hombres.

Tabla 8: Población Adulta Mayor Con Discapacidad Por Sexo, Según Tipo De Enfermedad Crónica, 2012 (Porcentaje).

TIPO DE ENFERMEDAD CRÓNICA	TOTAL	MUJER	HOMBRE
<i>Taquicardia</i>	43.9	44.0	43.9
<i>Anemia severa</i>	4.6	4.6	4.6
<i>Asma, enfisema pulmonar</i>	9.6	10.1	8.8
<i>Diabetes, obesidad</i>	21.8	22.6	20.8
<i>Problemas digestivos/1</i>	17.0	17.3	16.5
<i>Problemas de la piel</i>	6.5	6.3	6.9
<i>Dificultades urinarias</i>	16.8	15.0	19.3
<i>Dificultades en el aparato reproductivo</i>	10.1	6.7	14.6
<i>Otra enfermedad crónica</i>	11.6	9.7	14.0
<i>Artritis, reumatismo</i>	19.8	25.4	12.4

Nota: pregunta con respuestas múltiples
1/ morder, masticar y digerir, obstrucción intestinal, bajo peso, etc.

FUENTE: Instituto Nacional De Estadística E Informática – Encuesta Nacional Especializada Sobre Discapacidad 2012.

2.2.15.11. Condición de Ocupación de la Población Adulta Mayor con

Discapacidad:

Respecto a la condición de ocupación de la población adulta mayor, los resultados indican que de cada 100 personas que presentan alguna discapacidad, 12 se encuentran trabajando o buscando trabajo, es decir son parte de la Población Económicamente Activa (PEA), mientras que el 88.1% corresponde a la población Económicamente Inactiva (PEI). Por otro lado, del total de la población adulta mayor con alguna discapacidad 11.0% se encuentran en condición de ocupada.

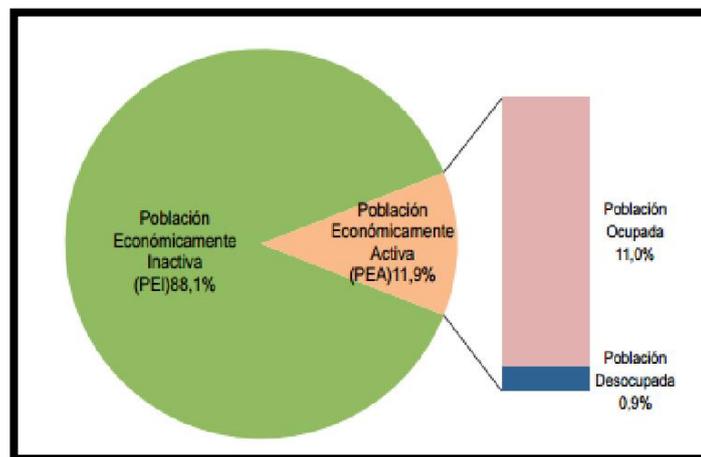


Figura 26: Población Adulta Mayor Con Discapacidad Por Tip 2012.

FUENTE: Instituto Nacional De Estadística E Informática – Encuesta Nacional Especializada Sobre Discapacidad 2012.

2.2.15.12. Categoría de Ocupación de la Población Adulta Mayor con

Discapacidad:

Por categoría de ocupación se observa que, entre las personas adultas mayores con discapacidad en condición de ocupada, el 68.5% son trabajadoras/es independientes, el 10.7% son empleadas/os, el 8.1%, el 7.7% empleadoras/es o patronas/es obreras/os, en menor proporción con el 3.2% se ubican las trabajadoras/es familiares no remunerados y con 1.2% las trabajadoras/es del hogar, entre otros.

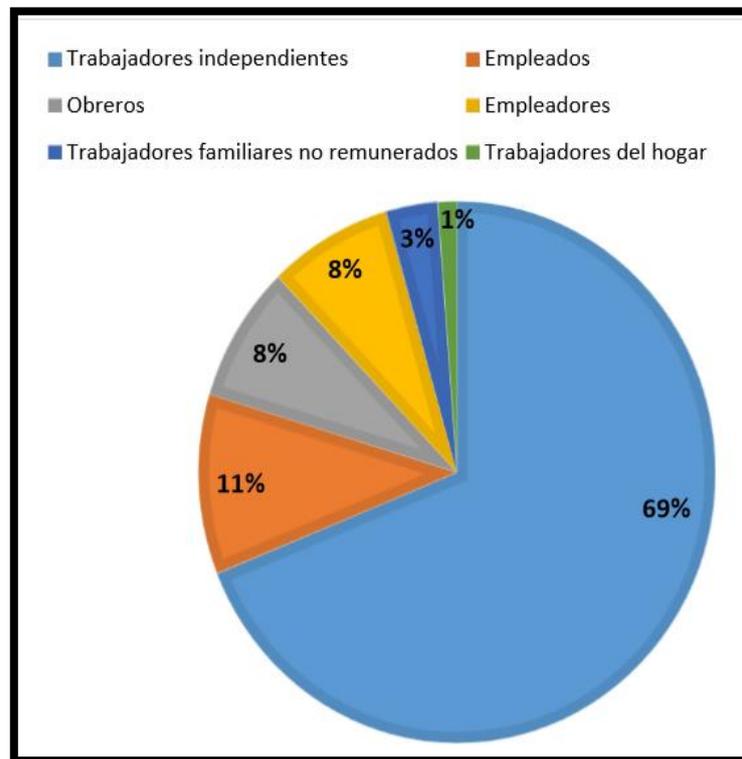


Figura 27: Población Adulta Mayor Con Discapacidad Por Tipo De Limitación Permanente.

FUENTE: Instituto Nacional De Estadística E Informática – Encuesta Nacional Especializada Sobre Discapacidad 2012.

2.2.15.13. Mujeres y Hombres Adultos Mayores por Categoría de ocupación con Discapacidad:

Entre la población femenina adulta mayor con alguna discapacidad, el 74.5% se desempeña como tratadoras independientes, 7.7% son empleadas, 5.6% son empleadoras, patronas, 5.4% trabajadoras familiares sin remuneración, el 3.5% trabajadoras de hogar, y el 2.6% obreras.

Mientras que entre los hombres el 65.6% se desempeñan como trabajadores independientes, 12.2% tiene la condición de empleados, el 10.7% obreros, el 8.6% empleadores o patronos y el 2.1% trabajador familiar no remunerado.

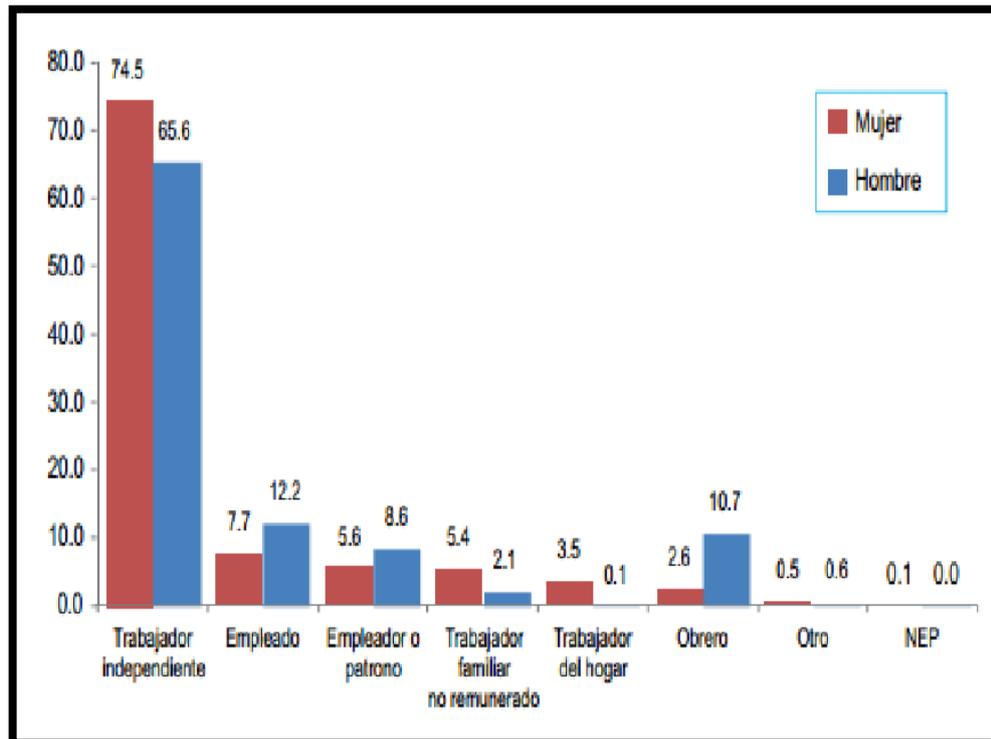


Figura 28: Población Adulta Mayor Con Discapacidad Por Tipo 2012.

FUENTE: Instituto Nacional De Estadística E Informática – Encuesta Nacional Especializada Sobre Discapacidad 2012.

2.2.16. RECUPERACIÓN:

2.2.16.1. Definición de Recuperación:

Está vinculada al proceso que debe llevar una persona tras una enfermedad o lesión para retornar a la normalidad. Durante su recuperación, el sujeto debe cumplir con las instrucciones médicas, que pueden incluir el reposo, la ingesta de medicamentos o el ejercicio físico, según el caso.

2.2.16.2. Rehabilitación:

La rehabilitación, de acuerdo a la Resolución 48/96 de 1994 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, “es un proceso encaminado a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que cuenten con medios para modificar su propia vida y ser más independientes.



La rehabilitación puede abarcar medidas para proporcionar o restablecer funciones o para compensar la pérdida o la falta de una función o una limitación funcional.

El proceso de rehabilitación no supone la prestación de atención médica preliminar. Abarca una amplia variedad de medidas y actividades, desde la rehabilitación más básica y general hasta las actividades de orientación específica, como por ejemplo la rehabilitación profesional”.

Re-habilitar significa volver a habilitar al ser, para mantener la unidad simbiótica hombre-medio ambiente. Los dos componentes de esta palabra claramente identificables:

- Prefijo que significa “nuevamente”, “volver a”, “otra vez”.
- Habilitación: “acción y efecto de habilitar”, nos dan los límites y alcances de este vocablo. Rehabilitar es pues, volver a dar habilidades.

En estos términos simples estamos definiendo el término, pero si entramos en el concepto y alcance de «la rehabilitación», esta supone el logro de la autonomía e independencia de la persona con discapacidad. Por lo tanto, no es el conjunto de técnicas y procedimientos que un equipo de profesionales entrega o da a tal persona, sino que es el proceso por el que ella logra construir internamente o desarrollar su verdadera autonomía personal y su independencia, haciendo uso de todos sus recursos intelectuales, físicos y materiales, y apropiándose de aquellas herramientas que le facilitan los profesionales, las instituciones y el medio ambiente. Por esto el proceso de rehabilitación va más allá de la definición y se identifica que la rehabilitación se logra cuando cambia el verbo dar por el verbo tener o lograr independencia, tener o lograr autonomía.

Desde este ámbito, la rehabilitación se centra en la persona con discapacidad como sujeto autor o protagonista de su propio proceso, y las instituciones, los profesionales, los programas, el medio ambiente y todo su entorno facilitan que logre o tenga su programa



de rehabilitación. De ahí que la rehabilitación integral pueda considerarse como el proceso por el cual la persona con discapacidad logra la mayor compensación posible de las desventajas de toda naturaleza que puede tener como consecuencia de una deficiencia o una limitación para el desempeño de los roles que le son propios por su edad, sexo y condiciones psico-socio-culturales. Debe tenerse en cuenta, por lo tanto, que:

La rehabilitación es relativa, no absoluta.

- No cura la enfermedad.
- Es individual y no colectiva.
- Los logros no son iguales.
- Se trabaja con las potencialidades reales de la persona.
- La duración del proceso es individual.
- Las técnicas grupales están dirigidas a fomentar la autonomía individual.

Los participantes del proceso de rehabilitación son:

- La persona con discapacidad.
- La familia.
- El equipo rehabilitador transdisciplinario.
- La sociedad.

2.2.16.3. Rehabilitación Médica:

Rehabilitación social: Es la parte del proceso de rehabilitación que trata de integrar o de reintegrar a una persona invalida en la sociedad ayudándole a adaptarse a las exigencias de la vida familiar, colectiva y profesional.



Fisioterapia: Arte y ciencia del tratamiento físico por medio de la gimnasia reeducativa, el calor, el frío, la luz, el masaje y la electricidad. Entre los objetivos del tratamiento figuran el alivio del dolor, el aumento de la circulación, la prevención y corrección de incapacidades y la recuperación máxima de la fuerza, la movilidad y la coordinación.

Ergoterapia: Tratamiento de incapacidades físicas y mentales, administrado bajo dirección médica a base de actividades constructivas concebidas y adaptadas por un ergoterapeuta profesional con objeto de favorecer la restauración funcional.

2.2.16.4. Tratamiento Integral en la Rehabilitación del Adulto Mayor:

- PREVENCIÓN:

En el proceso de rehabilitación física en geriatría, se deben identificar y modificar factores de riesgo que afecten al paciente. Se consideran factores de riesgo el sedentarismo, la obesidad, la inactividad, el hábito de fumar, el alcoholismo y los malos hábitos nutricionales, fundamentalmente. Para el trabajo en esta esfera, debe involucrarse el paciente, la familia y otros factores comunitarios. La rehabilitación incluye tres niveles de prevención.

El primer nivel incluye acciones dirigidas a prevenir la aparición del daño, detectar personas con discapacidad y realizar promoción de la salud.

El segundo nivel incluye las acciones dirigidas a evitar o minimizar los efectos de las deficiencias, de manera que no evolucione hacia la discapacidad; la vigilancia epidemiológica de la discapacidad y la atención temprana.

El tercer nivel incluye acciones para impedir o minimizar los efectos de la discapacidad en el ámbito político, económico, social y comunitario.

- TRATAMIENTO KINÉSICO:



Es el tratamiento postural que permite: Prevenir las alteraciones articulares y de partes blandas; obtener un raquis estable para minimizar la pérdida funcional; movilizaciones pasivas, activas o activas asistidas; cambios de posición, levantamiento, sedestación (sentarse) y bipedestación precoz; concientización del movimiento, estimulación del lado indemne; realización de ejercicios respiratorios, ejercicios de coordinación y para la postura, marcha funcional (no estética) y equilibrio; restaurar las alteraciones del esquema corporal y de lateralización marcada; así como el acondicionamiento general para el logro de las fases pre funcional y funcional que permitan la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

- ADITAMENTOS U ORTESIS:

En el paciente geriátrico con discapacidad, resulta importante minimizar la pérdida de funciones con la utilización de aditamentos, tanto ortesis como prótesis sencillas y de poco peso, que le proporcionen mayor estabilidad, seguridad e independencia, permitiendo con ello aumentar su funcionalidad.

Las ortesis o aditamentos se pueden utilizar tanto en el ámbito de la columna como en los miembros superiores e inferiores.

- OTROS COMPONENTES BÁSICOS DE LA REHABILITACIÓN:

La terapia ocupacional en el adulto mayor, está enfocada a proporcionar adaptaciones que faciliten las actividades de la vida diaria (AVD), técnicas que permitan simplificar la ejecución de las mismas, elementos para ejercicios, entrenamientos en AVD, ejercicios para miembros superiores y estimulación cognitiva; mediante un programa doméstico de actividades significativas y el asesoramiento al paciente respecto a las modificaciones de su entorno.



La fonoaudiología permite la evaluación de los niveles de la comunicación oral con el objetivo de rehabilitar las funciones dañadas en lenguaje, habla y voz, así como establecer y equilibrar los trastornos psicológicos presentes en estos pacientes e incorporarlos lo más tempranamente posible a su medio social. Esta terapéutica estará dirigida a mantener y restablecer funciones de órganos y músculos afectados, mediante realización de ejercicios funcionales y estimulación cognitiva (vocabulario), restableciendo los estereotipos fonemáticos del lenguaje y su simbolización, por lo que se resume que debe lograrse un lenguaje básico en el paciente.

La intervención psicológica y social, son elementos importantes en el proceso de rehabilitación, ya que el estado mental y afectivo del paciente incide positiva o negativamente en el tratamiento; de ahí la importancia de la evaluación con participación familiar, incorporación a talleres de trabajo y el fortalecimiento de redes sociales.

- FISIOTERAPIA GERIÁTRICA:

La fisioterapia geriátrica tratará con personas de la tercera edad, aplicando determinadas técnicas encaminadas a prevenir y tratar lesiones, junto con determinados agentes en los procesos continuos en la rehabilitación, estas personas desarrollan patologías que pueden llevar a la disminución de sus capacidades funcionales y el fisioterapeuta lo conducirá a la prevención y tratamiento de estas.

La fisioterapia ayudara a reducir el dolor, restaurar la movilidad, mejorar el equilibrio y la confianza, y autonomía del anciano reincorporándolo a sus actividades.

Los programas de psicomotricidad grupales o individuales ayudan al mantenimiento y mejora de las capacidades físicas y psicosociales de los ancianos.

Tabla 9: MODALIDADES USADAS EN FISIOTERAPIA.

AGENTE FÍSICO	PROPÓSITO O EFECTO	PRECAUCIONES	MÉTODOS DE AMPLIACIÓN
HIDROTERAPIA	Limpieza Reducción del edema y la espasticidad Relajación y sedación	Heridas abiertas Proceso infeccioso	Baños de remolinos y tina de Hubbard
TERMOTERAPIA	Analgesia Aumento del metabolismo basal Vasodilatación	Piel sensible Tiempos cortos Vigilancia constante	Ultrasonido Compresoras calientes Baños de parafina Amparas infrarrojas Diatermia
EJERCICIO	Acondicionamiento general Contrarrestar atrofia difusa y debilitamiento Mantener y aumentar arcos de movilidad, fuerza muscular, resistencia coordinación y balance muscular	Frecuencia cardiaca Fractura espontanea Evitar el dolor Evitar la fatiga	Activos Asistidos pasivos Resistidos Progresivos
ELECTROTERAPIA	Transferencia iónica para sedar o estimular Electro diagnostico Estimulación muscular Electromiografía Cronaxia	No usara en caso de osteosíntesis trastornos cardiacos o marcapasos	Generadores de bajo voltaje
CRIOTERAPIA	Analgésica Disminución del metabolismo basal Reducción del edema y la espasticidad Vasoconstricción	Piel sensible Tiempos cortos Vigilancia constante	Baños de remolino frio, compresas fría
MANIPULACIÓN	Aumento de los arcos de movimiento Evitar o reducir las contracturas	Fractura espontanea Evitar el dolor Evitar la fatiga	Manual o con pesas

MASAJE	Aumentar la circulación Disminuir la producción de tejido cicatrizal Reducir el edema Sedación o estimulación	No aplicar en tejidos abiertos e infectados, piel sensible	Fricción Palmeo Percusión Golpeo
TRACCIÓN	Reducir la presión	Osteoporosis	Manual o mecánica

FUENTE: Dr. Ariel Capote Cabrera, Dra. Yamile Margarita López Pérez, Dra. Tania Bravo Acosta- "AGENTES FIISCOS" – La Habana, 2009.

2.2.16.5. Ergoterapia en el Adulto Mayor:

La ergoterapia es una especialidad paramédica destinada a tratar a personas con discapacidades motoras o psicomotrices. El ergo terapeuta ayuda a los pacientes que han perdido la autonomía en la vida diaria a readaptarse a su condición. Para ello, el ergo terapeuta tiene que recurrir a diversas técnicas, recomendaciones y actividades educativas.

La ergoterapia está indicada en personas que sufren diversas patologías discapacitantes:

- Enfermedades crónicas (esclerosis en placas, Alzheimer, poli artritis reumatoide).
- Una discapacidad permanente o temporal (debido a un traumatismo o a un accidente).
- Trastornos psicomotrices en el adulto mayor (problemas en la comprensión).
- Problemas motrices asociados al envejecimiento.

Las técnicas a emplear dependen de la naturaleza de la discapacidad:

- Técnicas de reeducación y de readaptación (técnicas manuales: carpintería, alfarería).



- Actividades lúdicas, sobre todo para estimular el desarrollo psicomotriz del adulto mayor.

- Aprendizaje de técnicas para compensar una discapacidad que impide la realización de una actividad determinada³².

2.2.17. Residencia - Refugio:

2.2.17.1. Concepto de Residencia de Tercera Edad:

El concepto de Residencia de Tercera Edad aglutina numerosas formas de definición. El Estatuto Básico de Centros del IMSERSO, las define como *“establecimientos destinados a servir de vivienda permanente y común a personas de la tercera edad, en los que se presta una asistencia integral y continuada, a quienes no pueden satisfacer estas necesidades por otros medios”* (IMSERSO, “El Instituto de Mayores y Servicios Sociales”, 1985) y Rodríguez las define como un *“centro gerontológico abierto, de desarrollo personal y atención sociosanitaria interprofesional, en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia”* (RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, 1999) Las Residencias son pues un recurso social, de alojamiento temporal o permanente, para el desarrollo de la autonomía personal y la atención integral del adulto mayor en situación de dependencia. A su vez también hay numerosas y diferentes definiciones del concepto de dependencia. El Consejo de Europa la define como *“un estado en que las personas, debido a la pérdida de autonomía física, psicológica o intelectual, necesitan algún tipo de ayuda y asistencia para desarrollar sus actividades diarias, a la vez que también podría estar originada o verse agravada por la ausencia de integración social, relaciones solidarias, entornos accesibles y recursos*

³² FUENTE: “AGENTES FIISCOS” (Cabrera, Pérez, & Acosta, 2009)



económicos adecuados para la vida de las personas mayores”. En base a esta definición, (QUEREJETA GONZÁLEZ, 2004) expresa la dependencia como aquella “situación en la que una persona con discapacidad precise ayuda, técnica o personal, para la realización (o mejorar el rendimiento funcional) de una determinada actividad”. O como señala la (OMS, 2004) “*la presencia misma de la dependencia radica en no poder vivir de manera autónoma y necesitar de forma duradera la ayuda de otros para las actividades de la vida cotidiana*”. En las personas mayores esta situación puede relacionarse con el envejecimiento en sí mismo, o ser la suma de esta circunstancia agravada por la existencia de enfermedades: “*estado en que se encuentran algunas personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la asistencia de otra u otras personas, o de ayudas importantes, para realizar actividades básicas de la vida diaria*” (CASADO & y LÓPEZ, 2001) Entre la gran variedad de recursos asistenciales que se destinan a la atención de las personas mayores en todo el mundo, siempre relacionados con las diferentes características socioculturales de los países donde estos se ubican, las residencias o refugios destacan como elemento vertebrador de la asistencia a los ancianos y son, probablemente, el recurso social para la atención al envejecimiento que más se ha generalizado durante estas últimas décadas. El rapidísimo crecimiento del número de residencias públicas y privadas que acogen a los ancianos en la última etapa de su vida, incluso desde bastante antes de mostrar síntomas definitivos de senilidad, es una de las peculiaridades definitorias de nuestras sociedades actuales, y son muchos los países que se enfrentan al problema de hacer frente a las necesidades de atención que generan las amplias bolsas de población envejecida. En general, la concepción de los centros para atención permanente de las personas de edad, ha evolucionado desde la percepción como asilo, que prestaba atención paliativa o de recogimiento a personas que



por su edad o su salud estaban excluidas de la sociedad o marginadas, hasta una estructura de servicios comunitarios de las que son componentes las residencias. Aunque en algunos centros todavía perviven formas de convivencia y circunstancias que recuerdan a modelos del pasado y que deben mejorar, la institucionalización suele tener actualmente connotaciones muy positivas, sobre todo cuando ésta se plantea como una continuidad, y no como una ruptura en la vida de los ancianos. Como dicen (KAUFMANN, Revista Española de Investigaciones Sociológicas) las residencias “deben crear un ambiente lo más parecido posible al familiar en el que ésta sea identificada como su hogar”, por lo que, a diferencia de las antiguas organizaciones de caridad y de beneficencia, éstas últimas se plantean y diseñan con la voluntad de evitar la desadaptación y el desarraigo de los ancianos y tratan, como uno de sus objetivos básicos, de ofrecer al conjunto de la población mayor, los apoyos necesarios para mantener o para reorganizar las relaciones con su medio social de procedencia.

Estos centros, están abiertos a la comunidad y disponen de espacios y equipamientos técnicos adaptados, los profesionales necesarios y los programas y actividades que se precisan para el cumplimiento de su finalidad, lo que se garantiza mediante las diferentes normativas que sobre autorización, acreditación y funcionamiento de los centros se han legislado, y que prácticamente han permitido acabar con las instituciones que agrupaban a personas mayores en condiciones de hacinamiento, marginación e insalubridad. Pero también resulta evidente que, a pesar de que la concepción de las residencias tiene la finalidad básica de fomentar la convivencia social tratando de suplir al domicilio, el evidente deterioro en la salud de la mayor parte de las personas ingresadas, y la escasez en recursos materiales y en formación en materia de gerontología (que no de geriatría) de sus profesionales, hacen que la vida diaria en los centros gire casi sistemáticamente en torno a la actividad de cuidar a las personas ancianas, lo que se convierte en un reto para



los profesionales responsables de cubrir la gran diversidad de atenciones que estas personas requieren. La atención dirigida a los mayores se profesionaliza (asistentes sociales, psicólogos, monitores de ocio, trabajadoras domésticas), se restringen y limitan toda clase de objetos y circunstancias personales en pro de la operatividad, se cuantifican y codifican las dependencias y se sacrifican los elementos afectivo-sentimentales en favor de los cuidados asistenciales. Cuidados que además, deben ir adaptándose de manera progresiva a los sucesivos cambios que van produciéndose con el incremento de la edad, lo que provoca que en muchas residencias, en las que la media de edad es cada vez más elevada, los cuidados para la atención de las personas con alto grado de dependencia acaben por convertirse en esenciales, siendo necesaria la implantación de programas de ‘cuidados paliativos’, lo que limita las posibilidades de que los profesionales trabajadores puedan desempeñar otras actividades con el resto de pacientes no terminales, en detrimento de la calidad de vida de estas personas con menores niveles de dependencia física o psíquica. Estos programas consumen una gran parte de la actividad y el esfuerzo diario de los profesionales, dificultan la creación de un entorno que permita la programación y desarrollo de actividades y programas de carácter psicosocial y transforman el entorno residencial en un ambiente más cercano al hospital que al ‘domicilio familiar’, con el que se pretende comparar la vida en la residencia³³.

2.2.17.2. Tipos de Residencias de Tercera Edad:

- SEGÚN LA DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA:

RESIDENCIAS PÚBLICAS:

³³ FUENTE: *Tesis Determinantes De La Calidad De Vida Percibida Por Los Ancianos De Una residencia De Tercera Edad En Dos Contextos Socioculturales Diferentes, España Y Cuba.* (GARRIDO, 2009)



Las Residencias públicas pueden depender de diversas administraciones (locales, regionales, provinciales) y sus plazas se ofertan con carácter gratuito para aquellas personas que cumplen ciertos requisitos establecidos por las leyes específicas de cada Comunidad Autónoma.

RESIDENCIAS PRIVADAS:

La entrada de la iniciativa privada, con ánimo de lucro, y la constitución de un sector empresarial de servicios para mayores, este sector ha desarrollado en los últimos años una creciente expansión en nuestro país, como demuestra el incremento en el número de centros residenciales y de otros recursos relacionados con la asistencia a mayores. Estos centros privados, en los que suelen ingresar personas con un nivel económico medio alto o alto, acostumbran a ser de tamaño reducido y ocupan frecuentemente zonas del interior de la ciudad o espacios con un entorno medioambiental privilegiado. El trato a los residentes pretende ser distinguido y suele haber mayor libertad de movimiento que en los centros citados anteriormente (Fericgla, Envejecer: Una Antropología de la Ancianidad, Antropos, Envejecer: Una Antropología de la Ancianidad, Antropos) Por lo general, poseen una buena dotación de personal que les permite ofertar una variada cartera de servicios y actividades para los residentes, lo que guarda relación con el elevado coste económico exigido por el ingreso, aunque esta relación no siempre es equilibrada ni superior en calidad a la que presentan las residencias públicas.

- RESIDENCIAS PERTENECIENTES AL TERCER SECTOR:

Muchos de los centros que se engloban bajo este modelo de gestión, pertenecen a congregaciones religiosas (como Los Camilos o los Hermanos de San Juan de Dios) o



dependen de Fundaciones u ONG muy relacionadas con las Administraciones Públicas en los diferentes ámbitos territoriales. Por lo general, acogen a ancianos de nivel económico muy bajo, que debido a sus escasos recursos tan sólo están obligados a aportar al centro una parte de su pensión o que, en caso de no disponer de recursos, ocupan una plaza sufragada por la beneficencia, aunque en ocasiones se exige como contrapartida el legado de sus pertenencias materiales al centro. Habitualmente son centros de tamaño pequeño o mediano (no más de 100 residentes) y una de sus características más peculiares es que la normativa que los rige es, en especial la de los centros religiosos, más rigurosa que la de los públicos en cuanto a horarios, salidas, tipo de relaciones que se establecen y actividades que se programan y no es infrecuente que los centros de carácter religioso estén destinados a personas de un mismo sexo³⁴.

³⁴ Fuente: *Tesis Determinantes De La Calidad De Vida Percibida Por Los Ancianos De Una Residencia De Tercera Edad En Dos Contextos Socioculturales Diferentes, España Y Cuba.* (GARRIDO, 2009)



- SEGÚN EL GRADO DE INDEPENDENCIA DE LOS RESIDENTES:

RESIDENCIAS PARA ANCIANOS VÁLIDOS:

A pesar de que las residencias de válidos se crearon inicialmente para albergar a personas independientes para las actividades de la vida diaria (AVD), existen actualmente discrepancias en cuanto a las características que deberían cumplir los residentes que habitan en estos centros. La discusión se establece en función de los niveles de 'validez' que se establezcan, pues las residencias pueden destinarse a servir como hogares para personas que necesiten pocas atenciones, suponiendo así una alternativa al propio domicilio o, por el contrario, como propone la (OCDE, 1993) .

deberían estar destinadas a personas mayores dependientes que necesiten un caudal considerable de cuidados, incapaces por tanto de permanecer en su domicilio. Cuando la residencia es de carácter público, el ingreso viene regulado por las diferentes leyes que al respecto establecen las comunidades autónomas, precedido siempre de la comprobación del cumplimiento de ciertos requisitos, como tener 65 o más años y haber cesado en su actividad laboral o profesional, o ser pensionista mayor de 60 años y, lo más trascendente, no necesitar ningún tipo de ayuda de otras personas para la realización de las actividades de la vida diaria (lo que entiende por ser 'independiente' o 'válido').

Se especifica además en estos requisitos, que no podrán tener condición de usuarios, los presuntos incapaces o personas incapacitadas, ni personas dependientes para las actividades de la vida diaria, salvo que el centro disponga de una unidad específica para tal finalidad. Según (TRESERRA, 1993) las residencias de válidos tienen la función de ofrecer servicios equivalentes a los del hogar a personas que pueden valerse por ellas mismas, mejorando su calidad de vida y estimulando el disfrute (ocio, cultura, creación) y participación social (política, sindical, incluso laboral, etc.).



En la mayoría de documentos referidos a las actividades desarrolladas por estos centros, se destaca la capacidad de los mismos para proporcionar una atención geriátrica integral, relacionando ésta a la prestación de las medidas socio-sanitarias, asistenciales y rehabilitadoras necesarias en cada caso, para mantener o mejorar el estado de salud física y mental del/la residente. Sin embargo, respecto a este punto, resulta paradójico señalar que prácticamente ninguno de estos centros posee profesionales sanitarios, dotándose tan sólo de personal auxiliar de servicios que se encargan de las tareas de limpieza, cocina y lavandería. Son los propios residentes los responsables del control y cuidado de su salud, acudiendo a los servicios sanitarios públicos generales (Centros de Salud) cuando tienen necesidad de visita médica o de enfermería, como lo harían si habitasen en su domicilio particular, atendiendo personalmente sus enfermedades y administrándose los fármacos necesarios, o realizando otras actividades que precisen al respecto. En cualquier caso, la estricta diferenciación entre residencias para 'válidos' y residencias para no válidos, o 'asistidos', está actualmente en discusión. Las voces más críticas plantean que si el modelo supone que los centros no pueden ofrecer atención especializada a mayores con pérdida de dependencia o minusvalías, se genera el problema de qué hacer cuando un/a residente válido se convierte en asistido por deterioro de su estado de salud, lo que más pronto o más tarde siempre acaba sucediendo. Ante esta situación, caben dos acciones: o bien que el anciano continúe en la misma institución para válidos donde se encontraba; o, por el contrario, que se le traslade a otro lugar para personas asistidas, como actualmente viene haciéndose. Tanto una como otra decisión, plantea aspectos prácticos y deontológicos difíciles de resolver, pues si los residentes son trasladados a otros centros, a medida que van pasando de la condición de válidos a la de asistidos, se corre el elevado riesgo de fomentar la aparición de sucesivos traumas de traslado, con la siniestra asociación que se ha demostrado entre cambiar de residencia y aproximarse a la muerte



(IMSERSO, "Estudio sobre la ayuda a domicilio en España", 1990) además, en este caso, la residencia debería funcionar como una residencia para estancias 'temporales', en lugar de como un centro de residencia 'permanente'. Por el contrario, si se decide mantener a los/as residentes en el mismo centro hasta su fallecimiento, sin poner límites a su nivel de dependencia, éste debería entonces dotarse de los recursos materiales y de personal necesarios para atender todas las eventualidades que surgen al atender a personas con dependencia, y dejar de recibir el nombre de residencia de válidos para pasar a llamarse Residencia Mixta, pues las características que se exigieron en el momento del ingreso dejarían de cumplirse.

(VIMORT, 1984) Texto de ponencias y comunicaciones. IV Jornadas Interdisciplinarias. La ancianidad nueva etapa creadora. Ámbito de Investigación y Difusión "María Corral". Barcelona. Edimurtra.

RESIDENCIAS ASISTIDAS:

Las residencias asistidas (o para ancianos asistidos), están concebidas como centros gerontológicos destinados a la atención integral y especializada, de mayores con graves minusvalías físicas o psíquicas (demencia, incapacidad para la locomoción, etc.), y que por tanto ya no son válidos o independientes para las actividades básicas de la vida diaria. La documentación que recoge los programas y servicios que ofertan estos centros, suele insistir en que se prestan servicios que equivalen a la forma de vida de las personas en sus domicilios, pero complementados con los cuidados gerontológicos y recursos técnicos necesarios para estas personas.

Sin embargo, en la práctica, las residencias asistidas se sitúan realmente a medio camino entre el hospital especializado en el tratamiento de problemas gerontológicos y las residencias para válidos, por lo que la vida en las mismas dista mucho de ser similar a la



del propio domicilio (Fericgla, "Envejecer: Una Antropología de la Ancianidad, Antropos", 1992) Dado que para poder acceder a una plaza en las residencias de carácter público, se otorga especial importancia al hecho de que a la incapacidad física o psíquica se sume también alguna circunstancia social que impida permanecer en el domicilio (económica, familiar, de vivienda, etc.), estos centros aglutinan una población muy heterogénea, lo que a menudo ocasiona graves problemas de convivencia, aspecto que hemos podido comprobar en diferentes grupos de discusión previos a la elaboración del trabajo de campo. Un subgrupo de este tipo de recursos lo constituyen las Residencias Supra asistidas, caracterizadas por acoger a personas ancianas que precisan de elevados niveles de cuidados y atención. En estos centros, o unidades dentro de los centros asistidos, la actividad es prácticamente la misma que en un hospital de cuidados generales, con la única salvedad de que, en este caso, absolutamente todos los pacientes son ancianos³⁵.

³⁵ *Las residencias públicas de carácter permanente, tienen la opción de elegir democráticamente una Junta de Residentes compuesta por un número determinado de personas que residen en el centro. De entre ellos se nombra a un presidente y un secretario. A las reuniones de la Junta, habitualmente de frecuencia bimensual, acude con voz y sin voto, el director de la Residencia y el/la trabajador/a social de la administración competente del centro.*



RESIDENCIAS MIXTAS:

(para válidos y asistidos): Las Residencias Mixtas cuentan con los recursos y personal necesarios para atender a residentes válidos y asistidos, pero plantean numerosas dificultades en su funcionamiento, en su gestión y en su financiación (IMSERSO, "Estudio sobre la ayuda a domicilio en España", 1990) Las necesidades de infraestructuras, servicios y costos que requiere la atención de una población tan dispar, tanto por sus diferentes condicionantes sociales, como especialmente por sus variadas condiciones de salud física y psíquica, precisan de una planificación y un desembolso económico mucho mayor que las residencias destinadas exclusivamente a uno u otro de esos colectivos. Por otra parte, la convivencia en el centro tiende a ser comparativamente más conflictiva, pues los problemas para coordinar las actividades, horarios, dedicación del personal y distribución de recursos entre personas con tan diferentes necesidades de cuidados y servicios, dificultan la integración y cohesión del grupo y acaban por mermar la calidad de vida en el centro.

-SEGÚN OTROS CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN:

En la clasificación de centros residenciales para mayores que publicó el (IMSERSO, "Estudio sobre la ayuda a domicilio en España", 1990), y todavía vigente en la actualidad, se recoge también la distribución de las residencias según dos criterios más: en función del tipo de estancia que los residentes hacen en los centros, temporal o permanente, y en función del tamaño de las mismas según el número de plazas disponibles³⁶. Estas pueden ser:

³⁶ Se puede entender que algunos de los planteamientos actuales de las RTE, todavía tienen una marcada tradición asistencial asilar. Salvadas las diferencias en cuanto a recursos, calidad de atención y valoración por parte de las personas, se está volviendo nuevamente a la concepción de las Residencias que se encontraba originariamente en la fundación de los asilos, pues la necesidad de seguir asegurando las funciones asistenciales que cumplió el asilo para las personas desprovistas de apoyos y de redes sociales

- Residencia de estancia temporal
- Residencia de estancia permanente
- Pisos tutelares
- Mini residencias
- Residencias pequeñas, medianas o grandes

Tabla 10: Clasificación Y Tipo De Residencia De La Tercera Edad.

CRITERIO DE CALIFICACIÓN	TIPOS DE RESIDENCIA
SEGÚN DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA	- Residencias publicas
	- Residencias del tercer sector
	- Residencias privadas
SEGÚN GRADO DE AUTONOMÍA DE LOS RESIDENTES	- Residentes validos
	- Resientes asistidos
	- Residencias mixtas
SEGÚN OTROS CRITERIOS	- Residencia de estancia temporal
	- Residencia de estancia permanente
	- Pisos tutelares
	- Mini residencias
	- Residencias pequeñas, medianas grandes

FUENTE: *Elaboración Propia*

2.2.18. Confort:

2.2.18.1. Definición de Confort:

Cuando hablamos de confort, se nos viene a la mente palabras como bienestar, comodidad, etc., que se pueden manifestar en diferentes ámbitos de la vida. Pero si nos ceñimos al ámbito de la arquitectura, ¿qué queremos decir con confort? Es una sensación

no puede obviarse. Pocas veces se encuentra explícita esta reflexión en los textos analizados; pero está implícita en los propios baremos que aplican las Administraciones para asignar plazas en las Residencias.



de bienestar que solemos relacionar con la psique humana, pero que tiene sus orígenes en la física del ambiente que nos rodea, como por ejemplo la humedad, la temperatura de las superficies, el aire interior, las corrientes de aire, etc.

2.2.18.2. Ambiente Interior:

El ambiente interior es la atmósfera de la edificación. El ambiente interior viene determinado por los materiales y métodos de construcción y determina a su vez en gran medida la calidad de vida en el interior de un edificio y sus efectos biológicos. En un edificio, tan importante como una buena distribución o una buena organización, es tener un buen confort, puesto que ello influirá en nuestro bienestar, rendimiento y salud.

Como ejemplo y contraste de ello, tenemos el síndrome del edificio enfermo, que según la OMS (organización mundial de la salud) es un conjunto de enfermedades originadas o estimuladas por la contaminación del aire en los espacios cerrados.

Los cuatro grandes factores interiores que condicionan el ambiente interior de los edificios son, temperatura, humedad, el aire y el electro clima.

A menudo pensamos que el ambiente de nuestros pueblos y ciudades es peor que el de los interiores de nuestros edificios, y por ello cerramos las ventanas para protegernos del ambiente exterior. Cuidado quizá tengamos al enemigo en casa. Un mal confort higrotérmico, por culpa de los materiales, sistemas constructivos, instalaciones o mobiliario puede tener efectos físico-psíquicos y generarnos resfriados, alergias, dolores de cabeza, bajo rendimiento, etc. En cambio, los efectos de un buen confort serán sensación de bienestar, buena respiración, buena concentración, etc.



- TEMPERATURA:

Al hablar de temperatura, tendremos en cuenta tanto la temperatura ambiente como la temperatura superficial de los materiales.

El intercambio de calor en el cuerpo humano se produce por conducción, convección, radiación y transpiración, siendo el 40-60% del total solo en radiación. Esto nos indica lo importante que es en calefacción utilizar un sistema radiante unido a que la temperatura superficial de los materiales que nos rodean sea alta, es decir que tengan una conductividad térmica baja.

En climas fríos, será muy importante tener un suelo cálido mediante materiales que tengan una conductividad térmica baja, por ejemplo, un suelo de madera, en el que es agradable imaginarse descalzo. En el caso contrario, en climas cálidos, buscaremos materiales que tengan una conductividad térmica mayor, como por ejemplo una baldosa cerámica para dar sensación de enfriamiento.

- TEMPERATURA SUPERFICIAL DE LAS VENTANAS:

Las ventanas y la temperatura superficial también son un punto importante para el confort. Las pérdidas de calor a través de éstas es algo ya conocido, pero hay otra cuestión. En ventanas con transmitancias térmicas altas, es decir, térmicamente deficientes, la temperatura superficial del vidrio y del marco es mucho más baja que la temperatura superficial del muro y se crean corrientes por diferencias de temperaturas. Las corrientes son una de las causas que rompe el confort térmico.

- HUMEDAD:

La humedad atmosférica interior óptima, está entre 40-60%, que es más importante evitar el exceso que la escasez de humedad. El aire húmedo produce sensación de fatiga, genera



a menudo malos olores y favorece el desarrollo de parásitos domésticos y microorganismos insalubres como moho, hongos y bacterias, y también puede causar daños en el edificio.

La humedad atmosférica baja, favorece por una parte en la formación de polvo y hace que estas partículas estén en suspensión en el ambiente, y por otra favorece la carga electrostática de materiales sintéticos. Por eso muchas veces, se relacionan enfermedades como resfriados, garganta seca, sequedad de ojos, etc. con la humedad atmosférica baja.

La humedad atmosférica de nuestros edificios dependerá entre otros factores, de la temperatura del aire interior y de las superficies, tipo de calefacción y del tipo de materiales utilizados. Si utilizamos materiales absorbentes, éstos regularán la humedad y al mismo tiempo evitarán las condensaciones por su capacidad de difusión del vapor de agua. Como ejemplo tenemos todos los materiales de origen natural no sintético.

- AIRE-VENTILACIÓN:

Una buena ventilación favorece el confort, tanto en cantidad como en calidad. En los ambientes interiores que residimos, no deberíamos de sobrepasar el contenido de CO₂ en más del 700 ppm (partes por millón). Para que nos hagamos una idea, una sala de reuniones mal ventilada puede tener 6.000ppm de CO₂, o un dormitorio antes de ventilar a la mañana 3.500ppm.

Una buena ventilación ayudará a mantener una humedad óptima y controlará las posibles condensaciones. Para que se pueda hacer una buena ventilación, la temperatura exterior deberá estar 5°C por debajo de la interior, para que exista un intercambio de temperaturas.

Debemos diferenciar entre la ventilación y las filtraciones del aire. La ventilación se realiza por acción nuestra, bien sea de forma natural, híbrida o mecánica, con un control y periodicidad que nosotros controlamos y marcamos. En cambio, las filtraciones de aire,



son huecos que por la mala ejecución o por los sistemas o elementos constructivos y que no podemos controlar. Por ello será muy importante minimizar estas filtraciones (cajas de persiana, encuentros de muro con ventanas, pasos de instalaciones), ya que, a parte de las pérdidas de calor, pueden provocar condensaciones y corrientes de aire³⁷.

2.2.19. Calidad De Vida:

2.2.19.1. Definición de Calidad de Vida:

Aunque el término CALIDAD DE VIDA se ha generalizado en las ciencias sociales, su origen se vincula principalmente a la medicina. “Quality of life” es, desde 1977, una categoría de búsqueda en las bases de datos informatizadas más utilizadas por todos los investigadores y estudiosos de las ciencias de la salud: Medline para el contexto más internacional, e Índex Medicas para el contexto hispanohablante. Desde ese momento, y con una popularidad mucho más acentuada a partir de la década de los 80 (HOLLANDSWORTH & Gómez, 1999- 1988), la tendencia al crecimiento de las publicaciones sobre calidad de vida ha sido casi exponencial, en gran parte determinada por el aumento en la esperanza de vida de las personas y por el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas, circunstancia que ha convertido a la CV en un objetivo primordial de la atención médica, cuando los límites biológicos de la vida hacen que ya no sea posible aumentarla, o cuando es más importante la satisfacción con la vida que el incremento de unos pocos años (LARA-MUÑOZ & PONCE DE LEÓN, 1995).

En la actualidad, la calidad de vida se ha transformado en un auténtico marco de referencia para la vida cotidiana, rico y complejo al mismo tiempo, y cuya clarificación puede ser de gran utilidad para la comprensión sociológica del mundo actual (DE

³⁷ FUENTE: <https://www.mirencaballerobioestudio.com/confort-en-arquitectura/>



PABLOS & GÓMEZ, "El dominio sobre lo cotidiano: la búsqueda de la calidad de vida", 1999) porque cuando nos referimos a la calidad de vida, estamos haciendo referencia a una diversidad de circunstancias que incluyen tanto la satisfacción de las necesidades más básicas, percibidas por prácticamente todas las personas, y a menudo relacionadas con la sensación de salud física y psíquica, como también a la satisfacción de otras necesidades vinculadas al ámbito de nuestras relaciones sociales, al acceso a los bienes culturales o al entorno ecológico y ambiental donde vivimos. Es decir, con 'calidad de vida', se hace referencia a un término que es el sumatorio del nivel de satisfacción con las condiciones en que se van desarrollando las diversas actividades del individuo, todas ellas sujetas a unas condiciones objetivas, que son comparables, pero que también están influenciadas por las percepciones personales subjetivas y por los valores culturales³⁸.

Organismos oficiales, como la OMS o la OCDE, proponen definiciones de calidad de vida que pretenden unificar los criterios que la componen. Así, para la (OCDE, 1993), la calidad de vida se corresponde con diversas áreas de preocupación social que se reúnen en 8 grandes grupos y que representan la estructura del estado del bienestar en sus aspectos fundamentales: salud, educación, empleo y calidad de vida en el trabajo, tiempo y ocio, capacidad adquisitiva de bienes y servicios, medio físico, medio social y seguridad personal.

³⁸ En una búsqueda informatizada de tres años (1978-1980) se encontraron aproximadamente 200 artículos que incluían en el título el término 'CV'. En un sólo año (enero-diciembre de 1991), (LARAMUÑOZ & PONCE DE LEÓN, 1995) encontraron 829 trabajos en las que se incluía la CV como descriptor, 205 de ellos en español e inglés. En 1990, la revista *Medical Care* publicó una lista de trabajos relacionados con la CV de pacientes con diferentes padecimientos, 108 de estos trabajos eran en pacientes oncológicos. De esta forma, a la par que crecía el número de estudios sobre CV, este concepto iba sufriendo un proceso de maduración, aumentando de complejidad, y a la vez, enriqueciendo su vulnerabilidad.



Sin embargo, cuando se pregunta de manera abierta a la gente sobre su calidad de vida, lo primero que se percibe es que esta consiste en algo diferente para cada cual: Los aspectos materiales son los más relevantes para unos, mientras que para otros tiene mayor importancia estar rodeado por aquellos a quien se ama; en ocasiones se identifica calidad de vida con felicidad y otras veces con una especie de equilibrio entre las aspiraciones y los logros. Sobre este último aspecto hay bastante consenso, pues lo que falta todavía por alcanzar suele estar presente en la mente de las personas, dotando a la calidad de vida de cierta provisionalidad que trasciende el momento actual.

Por otra parte, expresiones como bienestar, nivel de vida o vivir bien, suelen ser empleadas como sinónimos de calidad de vida, y en cierto modo lo son, pues como afirma (DE PABLOS & GÓMEZ, "El dominio sobre lo cotidiano: la búsqueda de la calidad de vida", 1999), sólo cuando el bienestar material se ha difundido entre amplias capas de la población, ha sido posible el surgimiento del concepto de calidad de vida. Algunos autores diferencian entre el nivel de vida, vinculado a una estructuración vertical de la sociedad, y que haría referencia a los elementos más o menos cuantificables que ordenan a los individuos en capas o estratos, y el estilo de vida, determinado por la combinación de bienes que uno elige y las actividades que uno hace, todo ello procesado en una configuración más abstracta, que vendría determinada por los valores que se detentan y la ubicación sociocultural que nos distingue (ORIZO, 1992) y que aporta una visión social multiforme y variada, no vertical.

En síntesis, dado que la CV es un concepto eminentemente evaluador o valorativo, capaz de abarcar muchos más fenómenos de los que caben en cualquier especialidad o rama de las ciencias, transcurridos más de 20 años desde aquella publicación de Larson en 1978, todavía no se ha llegado a establecer un consenso general sobre su definición y forma de



evaluación, aunque hay algunas ideas clave que generalmente se aceptan como representativas del concepto:

- La calidad de vida es un concepto multidimensional que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos.
- Comprende un número diverso de ámbitos de la vida, aunque existen discrepancias acerca del número real y las características de tales ámbitos.
- Debe reflejar las normas culturales de bienestar objetivo.
- Dentro de la dimensión subjetiva, las personas otorgan un peso específico diferente a los distintos ámbitos de su vida, por lo que se acepta que algunos ámbitos pueden ser considerados más importantes para algunos individuos que para otros.
- Cualquier definición de calidad de vida debe ser aplicable por igual a todas las personas, cualesquiera que sean sus circunstancias vitales.

Desde estos planteamientos, el término actual de calidad de vida, se halla en estrecha relación con el concepto original de bienestar, que a su vez tiene una amplia tradición en el mundo occidental contemporáneo unido al de Estado de Bienestar utiliza dos expresiones para referirse a esta realidad: welfare y wellbeing, entendiendo al primero como el bienestar externo, y al segundo como el bienestar subjetivo.

La disyuntiva entre lo “objetivo” frente a lo “subjetivo” de la calidad de vida ha sido, desde hace años, un importante motivo de debate entre los investigadores. Mientras que unos analizan la calidad de vida mediante análisis basados en la propia experiencia del individuo, y en sus percepciones y evaluaciones a través de un planteamiento de estudio “subjetivo” de la calidad de vida, aceptando que los componentes materiales pueden determinar cierta calidad de vida, pero que no suponen un elemento significativo, otros



investigadores en cambio, enfatizan los aspectos “objetivos” de la calidad de vida, determinándola a través de la existencia/ausencia de condicionantes materiales cuantificables (incluyendo aspectos relacionados también con la salud/enfermedad) y creando escalas o cuestionarios de medida que permitan comparaciones intra y extra grupales³⁹.

(FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, 1997), va todavía más allá en la forma de plantear este debate, pues entiende que existen 4 formas divergentes de analizar la calidad de vida:

- 1) Los estudios que plantean que la calidad de vida se refiere exclusivamente a la percepción subjetiva que los individuos tienen sobre ciertas condiciones.
- 2) Los que consideran que la calidad de vida ha de comprender tanto condiciones subjetivas como objetivas.
- 3) Los estudios que cuestionan si la calidad de vida se refiere necesariamente a un concepto ideográfico, en el sentido de que debe ser el sujeto quien ha de establecer cuál/es son los ingredientes que intervienen en la “calidad de su vida”.
- 4) Los que plantean si la calidad de vida es un concepto nomotético, que permitiría establecer un patrón de calidad de vida general para todos los sujetos.

³⁹ No obstante, para muchos autores (SIEGRIST & BROER, 1996) este debate carece de sentido, pues el estudio de la calidad de vida presenta bajos niveles de razonamiento teórico y de innovación metodológica, por lo que no tendría vigor científico ni creatividad. Sin embargo, su creciente reconocimiento y aceptación como una actividad importante y útil, tiene especial trascendencia en el estudio de la calidad de vida en la vejez, pues esta supone uno de los contextos en los que más importancia se está dando a la calidad de vida. Seguramente, ‘vivir más y mejor’ es la finalidad más elemental de todas las personas, así como también una de las principales metas de la mayoría de profesionales relacionados con la gerontología



La necesidad de unir los dos elementos, objetivo-subjetivo, en la definición y evaluación del concepto parece consensuarse en los últimos años, lo que ha dado pie al surgimiento de diferentes definiciones, de las que destacamos las 4 más frecuentemente utilizadas:

1. Para (SETIEN, 1993), calidad de vida es el “grado en que una sociedad posibilita la satisfacción de las necesidades de los miembros que la componen, capacidad que se manifiesta a través de las condiciones objetivas en que se desenvuelve la vida societal y en el sentimiento subjetivo que, de la satisfacción de sus deseos, socialmente influidos, y de su existencia, poseen los miembros de una sociedad”.

2. La (OMS, 2004), concibe calidad de vida como “la percepción por el individuo de su posición de vida en el contexto de cultura y sistema de valores en los cuales vive en relación con sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones”.

3. Para (FELCE, 1995) , la calidad de vida se puede definir en base a 4 conceptualizaciones:

1) La calidad de las condiciones de vida de una persona.

2) La satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales.

3) La combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta.

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

5) (LARA-MUÑOZ & PONCE DE LEÓN, 1995) La define como la “percepción global de satisfacción en un determinado número de dimensiones clave, con especial énfasis en el bienestar del individuo”.



A pesar de su sencillez, o quizás por ello, nos gusta especialmente esta última definición (SIEGRIST & BROER, 1996), , porque permite incluir en forma de variables especificadas para cada caso, las diferentes causas externas al individuo que pueden llegar a modificar su bienestar (incluyendo su salud, vinculada directamente con el concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud).

En cualquier caso, resulta imposible hablar de una concepción única de calidad de vida sin tener en cuenta la idea, valoración o juicio que merece el nivel de bienestar para la persona que diseña y realiza la investigación, (DE PABLOS & GÓMEZ, "El dominio sobre lo cotidiano: la búsqueda de la calidad de vida", 1999). , pues toda forma de concepción y medida de la calidad de vida dependerá de:

- 1) Sobre quien recaiga la responsabilidad de emitir esa valoración.
- 2) Sobre los criterios y variables que se sigan a la hora de medirla.
- 3) Sobre el enfoque que se pretenda dar a esa medición, tanto desde el punto de vista del diseño de los aspectos a valorar, como de los intereses y finalidades con que se haga esa valoración.

Así, los enfoques teóricos que se establezcan sobre el concepto de calidad de vida, los aspectos sobre los que los investigadores pongan el acento a la hora de establecer las formas de valoración, permitirán analizar unos parámetros u otros, de entre los diferentes determinantes que influyen en la misma, lo que a la vez, establecerá el tipo de definición que el actor de la medición haga del constructo, como las posibles intervenciones que ese enfoque permita llevar a cabo para mejorar la calidad de vida de las personas evaluadas.

Tabla 11: Diferentes Enfoques Teóricos Sobre La Calidad De Vida.



Enfoque Biologista	Analiza la calidad de vida centrándose en las condiciones de salud de las personas y en las cuestiones sanitarias de una determinada comunidad.
Enfoque Ecologista	La valoración de la calidad de vida se realiza desde el análisis de la relación entre las personas y los espacios físicos que estas ocupan. Considera principalmente las características ambientales y su implicación sobre el estilo de vida.
Enfoque Economicista	Determina el nivel de calidad de vida en función de los niveles de ingresos económicos, gasto social e inversión de los individuos, grupos o comunidades.
Enfoque Sociologista	La calidad de vida es analizada en función del conjunto de condiciones objetivas y observables que conforman una comunidad. Valora la influencia de las variables demográficas, lugar de residencia, cuestiones de trabajo, ocio, relaciones sociales, familiares, servicios sociales ofertados a la comunidad y otros.
Enfoque Psicosocial	Analiza la valoración de la persona sobre su propia calidad de vida y sobre sus emociones y sentimientos al respecto de ésta. Considera los modos de afrontamiento, los rasgos personales, la satisfacción con la vida, la participación en actividades ocupacionales, laborales y otras, subrayando tanto las dimensiones personales como las socio-ambientales desde la percepción personal.

Fuente: Tesis “Determinantes De La Calidad De Vida Percibida Por Los Ancianos De Una Residencia De Tercera Edad En Dos Contextos Socioculturales Diferentes, España Y Cuba” - Julio Jorge Fernández Garrido – Universidad De Valencia 2009.

2.2.19.2. Calidad De Vida Relacionada con la Salud:

La salud es considerada uno de los principales valores del ser humano y uno de los determinantes más importantes de la calidad de vida, porque a la vez que la propia salud genera cierto nivel de calidad de vida, también repercute en el resto de los determinantes de la misma. Por ello, muchos autores consideran que la salud no sólo es el valor predominante, sino aglutinante de los distintos elementos integrantes de la calidad de vida (KAPLAN, 1985).

En el ámbito de las ciencias de la salud, la valoración de la calidad de vida surge directamente vinculada a la necesidad de establecer los beneficios y limitaciones que podía generar el uso de terapias para el mantenimiento de la vida, frente a la idoneidad o ‘calidad’ de la misma, cuando se recibía esa terapia. Durante muchos años, la investigación y atención sanitaria en los países desarrollados, se ha distinguido por los grandes avances en el tratamiento de las enfermedades y por la búsqueda de la



disminución del impacto de esas enfermedades sobre las actividades de la vida diaria de los pacientes (aunque en general, se ha prestado menos atención a cómo se llevaban a cabo dichas actividades en términos cualitativos). La aparición de nuevos tratamientos paliativos, no exentos de importantes efectos adversos, que aun no estando dirigidos a la curación, consiguen aliviar los síntomas, mejorar la función y/o limitar la progresión y las consecuencias incapacitantes de la enfermedad, han contribuido al aumento del número de personas con enfermedades crónicas e incapacitantes, que sin riesgo de muerte inminente, plantean sin embargo el dilema de si las vidas de muchos de estos enfermos son realmente dignas de ser vividas. De este modo surge el término específico de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), y directamente vinculados con la esperanza de vida, otros conceptos, como el de años de vida ajustados a calidad (QALY), para referirse al hecho por el cual la disfunción física, el dolor y el malestar, provocan limitaciones de las actividades personales y sociales cotidianas, del bienestar psicológico y de otros aspectos del día a día de las personas y de su calidad de vida global juzgada por el propio individuo.

En Medicina y otras ciencias afines a la salud, la mayoría de autores están de acuerdo en que, al igual que sucede con la calidad de vida, la CVRS es también un concepto multidimensional.

(PATRICK, 1993) , y aunque no existe un consenso absoluto respecto a cuál debe ser el modelo conceptual ni a cómo debe hacerse operativa su medición, casi todos los modelos que pretenden su análisis parten de la definición de salud que presentó la Organización Mundial de la Salud en 1948 (OMS, 2004), : “estado de completo bienestar físico, mental y social, que no sólo comporta la ausencia de enfermedad o dolencia”. Según (BADIA, 1995) , la principal ventaja de esta definición es que incorpora una interpretación subjetiva a la misma, al incluir elementos de carácter psicológico y social (afectivos,



sanitarios, nutricionales, sociales y culturales), que intentan superar la visión biologista predominante hasta esa época, basada exclusivamente en los determinantes objetivos de la salud, vinculados de manera única al diagnóstico médico de una enfermedad concreta (pruebas analíticas o fisiológicas).

Algunos autores, en especial, plantean sin embargo que la medición de la salud no cambia esencialmente, pues aunque esta forma de definirla, pretenda ampliar el concepto al ámbito integral de los individuos, el concepto 'estado de salud' que introduce la OMS, incluye la valoración de los elementos que garantizarían la satisfacción de las necesidades humanas básicas desde los aspectos subjetivos, pero excluye los elementos que existen de manera independiente al individuo y que influyen en la salud misma, por lo que ésta se continúa midiendo de forma objetiva, mediante una medida estándar externa, bien como diagnóstico, bien como puntuación en una escala.

Con esta perspectiva que pretende incorporar elementos subjetivos a la valoración de la salud, la definición de la misma ha evolucionado desde un planteamiento inicial puramente conceptual, hacia el uso de escalas diagnósticas que permiten medir la percepción general de la salud y relacionarla más fácilmente con la calidad de vida, pues tanto la vitalidad, el dolor, la discapacidad y otros aspectos subjetivos, se dejan influir por las experiencias personales y por las expectativas de una persona. Sin embargo, con esta interpretación no se cambia esencialmente la forma de valorar la salud, pues aunque el concepto 'estado de salud' introducido por la OMS amplíe la definición al ámbito integral de los individuos, e incluya la valoración de los elementos subjetivos que garantizarían la satisfacción de las necesidades humanas básicas, excluye en cambio todos aquellos otros elementos subjetivos que existen de manera independiente a la persona, y que también pueden influir en la salud misma, como sus creencias o sus sentimientos, por lo que en



realidad, aunque se pretenda valorar los elementos subjetivos que influyen en el nivel de salud, ésta se continúa midiendo de forma objetiva.

El concepto de CVRS, en cambio, pretende aunar las nociones de salud, percepción de salud y calidad de vida, agrupando tanto los elementos que forman parte del individuo, como aquellos otros que son externos a este pero que interaccionan con él y pueden llegar a cambiar su estado de salud (BADIA, 1995) . Nos hallamos así ante un constructo multidimensional, que no puede ser observado de manera directa, sino deducido de manera indirecta a través de indicadores (SIEGRIST & BROER, 1996).

(PATRICK, 1993), definen la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) como el valor asignado a la duración de la vida, modificado por la oportunidad social, la percepción, el estado funcional, y la disminución provocada por una enfermedad, accidente, tratamiento o política determinada.

Tres aspectos parecen determinantes en la definición de la CVRS:

- 1) El impacto en la calidad de vida se debe a una enfermedad o un tratamiento.
- 2) Los efectos de esa enfermedad o tratamiento son la disminución en la ejecución “normal” de las actividades del individuo y la reducción de su bienestar.
- 3) Los juicios sobre calidad de vida relacionada con la salud únicamente pueden ser realizados por el propio individuo.

Con estas premisas, una de las definiciones más útiles de CVRS es la que (SIEGRIST & BROER, 1996) propusieron en una revisión de definiciones existentes: “CVRS es la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud, sobre la capacidad del individuo para mantener un nivel de funcionamiento que le permita realizar las actividades que le son importantes, y que

afectan a su estado general de bienestar, siendo sus dimensiones más significativas: el funcionamiento social, físico y cognitivo, la movilidad y el cuidado personal, y el bienestar emocional”.

Tabla 12: Diferentes Enfoques Teóricos De La Cvsr.

<i>Calidad de vida relacionada con la salud física</i>	Estados de salud y calidad de vida relacionada con la salud desde el punto de vista biológico. Valora aspectos como los diagnósticos clínicos, el dolor, los síntomas o las limitaciones funcionales de carácter físico y cognitivo.
<i>Calidad de vida relacionada con la salud social.</i>	Incluye indicadores relativamente objetivos de relación con el mundo externo. El nivel óptimo varía claramente según los individuos, por lo que alcanzar “el máximo” no es necesariamente lo mejor para todos. Las medidas incluyen tamaño de la red social, frecuencia de contactos, participación en actividades y espacio social.
<i>Calidad de vida relacionada con la salud percibida.</i>	Generalmente representa el análogo subjetivo de la calidad de vida social, como la calidad familiar, de los amigos, del tiempo, y la seguridad económica.
<i>Calidad de vida relacionada con la salud psicológica.</i>	Se compone de los afectos posibles y de los síntomas disfóricos y necesidades personales que tienen un efecto más generalizado en la calidad de vida global.

Fuente: Lawton, M.P. (2001): Quality Of Life And The End Of The Life. En J.E. Birren Y K.W. Schaie (Eds.): Handbook Of The Psychology Of Aging (5th Ed.). San Diego, Ca: Academic Press.

2.2.19.3. Evaluación de la Calidad de Vida en las Personas Mayores:

Asociado a la indefinición y dificultad de conceptualización de la calidad de vida, aparece el problema de su evaluación. Para (DENNIS, WILLIAMS, & GIANGRECO, 1994), los enfoques de investigación son variados, pero podrían englobarse en dos tipos: “Enfoques Cuantitativos” y “Enfoques Cualitativos”. El propósito de los primeros es operacionalizar la Calidad de Vida, para lo que se suelen estudiar Indicadores Biológicos (que incluyen la salud y el bienestar físico), Indicadores Sociales (referidos a las condiciones externas relacionadas con el entorno, como el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda, etc.); Indicadores



Psicológicos (que miden las reacciones subjetivas del individuo o la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales); e Indicadores Ecológicos (que valoran el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente).

Por su parte, la investigación mediante “Enfoques Cualitativos”, adopta una postura de escucha a la persona mientras ésta relata sus experiencias, desafíos y problemas, referidos a esos mismos 4 ámbitos biológico, social, psicológico y ecológico, y relacionándolas posteriormente con la calidad de vida.

Con todo, no se conoce aún cuál de las dimensiones/factores/variables tiene una mayor relevancia sobre la calidad de vida, pues mientras para algunos autores, los problemas físicos son los que correlacionan más fuertemente con ésta, otros señalan que tanto los problemas somáticos como los psicológicos afectan a la calidad de vida por igual por la estrecha relación de ambos con la falta de satisfacción con la vida, considerándose esta última como el indicador más importante. Por su parte, la dimensión social se encontraría más alejada del estado de salud propiamente dicho, sin embargo, representaría un importante factor para la completa calidad de vida del individuo.

Una vez establecida la dimensión o dimensiones que deben estudiarse para conocer la calidad de vida, surge el problema de decidir cuáles son los componentes que integran cada una de esas dimensiones, pues estos pueden variar en función de la especificidad del problema o de la población de estudio. Así, los aspectos relacionados con la salud y los problemas somáticos se han revelado como imprescindibles en los análisis de la calidad de vida de las personas mayores (CVPM), mientras que pierden muchísima relevancia frente a los problemas psicológicos o sociales entre las poblaciones jóvenes. Del mismo modo, aunque son significativos los problemas sociales entre las personas mayores que habitan en su domicilio, el análisis de las relaciones sociales y otros problemas del entorno



son mucho más determinantes en general para las personas que residen en centros geriátricos. De esta manera, los autores tienden a orientar los componentes (bienestar general, problemas emocionales, situación funcional, cáncer, enfermedades terminales, problemas cardiovasculares, etc.), hacia los problemas/síntomas esperados en una determinada situación específica, lo que añade dificultad para la comparación de los resultados y validez de los estudios, y ha provocado que la cantidad de herramientas de medida sea tan sumamente variada como poco eficaz.

En un intento de solventar el problema sobre la forma de medición de la calidad de vida, y en especial de la calidad de vida relacionada con la salud en las personas mayores, (GILL, 1994), introducen el concepto de “validez aparente” para explicar y suplir la falta de claridad en el significado y medición de un constructo cuyas formas de medida “...*han aumentado desde una pequeña industria hasta una gran empresa académica desde los años 70, desarrollando nuevos y complejos instrumentos para medirla y actualmente se caracteriza por una multiplicidad de pasos que consumen tiempo y una intensa labor en la selección de ítems, su reducción posterior, pre-pruebas y evaluaciones cuantitativas para lograr reproducibilidad y validez, por lo que cabe preguntarse si los principios psicométricos académicos, aunque quizás estadísticamente elegantes, son satisfactorios para las metas clínicas de indicar lo que los médicos y los pacientes perciben como calidad de vida (el paréntesis es nuestro)*”, lo que parece mostrar una velada crítica a la forma de medición mediante cuestionarios estandarizados.

La validez aparente es una forma de validez de contenido que se centra en el grado en que los ítems de un cuestionario de CVRS parecen medir lo que se proponen. Las cuestiones deben ser necesarias, repetibles, gramaticalmente correctas, fáciles de responder, no ser ambiguas, inteligibles, referidas al momento actual o a un tiempo determinado, codificadas adecuadamente y éticas. La validez aparente es la parte de “sentido común”



de la validez de contenido que asegura que el ítem, o el cuestionario global, esté en su punto.

No debemos olvidar tampoco el relativismo sociocultural en la medición de la calidad de vida. Hoy se considera muy cuestionable el intento de desarrollar un modelo de consenso para evaluarla, ya que la particularidad y los aspectos locales y globales de la calidad de vida en relación a las diferencias transculturales, imposibilitarían llegar a un sistema único de medición, ya que, en realidad, las personas valoran ciertas cosas en función de cómo los ha inducido su cultura y su biografía (LOLAS, 1991).

En el ámbito exclusivo de las ciencias de la salud, y por lo que respecta a la valoración de la CVRS, el consenso es relativamente mayor, aunque ya desde los primeros momentos, el principal problema se estableció por la desconfianza que sobre en el uso de métodos de evaluación de carácter cualitativo, o subjetivo, expresaron siempre los profesionales sanitarios. Históricamente, la evaluación del estado de salud de los individuos se venía basando en la observación o intervención exclusivamente médica y mediante métodos clasificados como ‘fiables y cuantificables’ (examen clínico, pruebas de laboratorio, radiología), frente a la evaluación de la calidad de vida, que se realiza mediante otro tipo de métodos basados en la percepción subjetiva de los individuos (cuestionarios de capacidad funcional o síntomas declarados por el paciente), que eran clasificados como menos fiables y no cuantificables (BADIA, 1995).

Desde que, en 1949, (BRANDSTADTER & VENTURA, 1993) , mediante el llamado Índice midieron la capacidad funcional de los pacientes con cáncer vesical, para valorar el grado de independencia de estas personas y la carga que representaba para su familia o la sociedad, se empezaron a elaborar numerosos índices que valoraban cuantitativamente la calidad de vida de los pacientes. Algunos de ellos han sido tan útiles y utilizados en la



actividad clínica que todavía gozan hoy de una gran fiabilidad y utilidad práctica, como el índice de la New York Health Association (NYHA)), utilizado para valorar el grado de capacidad funcional de las personas con enfermedades cardíacas.

⁴⁰A pesar de estas limitaciones referidas, los enfoques sobre los estudios de CVPM han arrojado datos que empiezan a resultar útiles. Los resultados obtenidos hasta la fecha, revelan que, las personas mayores, aunque son conscientes de que el envejecimiento provoca cambios negativos en sus vidas, habitualmente manifestados como pérdidas y disminuciones de la capacidad del desarrollo personal, afrontan razonablemente bien el paso del tiempo y la vejez (DULCEY-RUIZ E, 1998) Resulta especialmente interesante el análisis de los resultados que arroja la percepción de este último aspecto, pues los estudios que investigan sobre esta cuestión, establecen la gran trascendencia que se produce entre autopercepción del estado de salud y morbilidad o mortalidad (IDLER, 1991) (KAPLAN, 1985) , avalando que el comportamiento es el elemento fundamental para determinar un envejecimiento de calidad, y demostrando que:

- 1) Las personas felices viven más tiempo.
- 2) Las personas infelices refieren un peor estado de salud y más problemas de salud.
- 3) La felicidad afecta a la salud objetiva y subjetivamente y, sobre todo.
- 4) Que la salud es uno de los predictores más potentes de felicidad, especialmente de la felicidad de las personas mayores, o del bienestar psicológico.

⁴⁰ Mediante esta sencilla escala (a la que se asocia una pequeña prueba de esfuerzo físico, o la propia respuesta de los pacientes a una serie de preguntas sobre el grado de esfuerzo que soportan en su vida habitual, hasta que aparece la sensación de dolor precordial o ahogo intenso), el médico clasifica al paciente en diferentes estadios que sirven tanto para dar recomendaciones clínicas para la vida diaria, como para conocer el grado de deterioro en la salud con la finalidad de valorar la evolución y grado de afectación de la enfermedad.



Prácticamente toda la comunidad científica, acepta que tanto los modelos teóricos, como las investigaciones y resultados sobre las diferentes formas de valoración de la CVPM, deben servir para establecer estrategias de intervención en gerontología. Las metas y objetivos generales de estos procesos son útiles para armonizar la intervención gerontológica con las aspiraciones a una calidad de vida como variable de resultado, referidas tanto al ámbito general como al ámbito residencial. Pero la realidad es muy diferente, pues los estudios más consolidados son aquellos que se limitan a valorar la influencia que ejercen las enfermedades y algunos tratamientos sobre la CVPM. A falta de otros estudios que analicen más profundamente las diferentes formas posibles de medir la CVPM y su relación con la salud y otros determinantes sociales, las direcciones más consolidadas actualmente en los diferentes procesos de investigación, se agrupan principalmente en dos grandes líneas con objetivos diferenciados (SIEGRIST & BROER, 1996) : estudios centrados en los resultados de una determinada intervención sobre la calidad de vida; y estudios centrados en la predicción de los efectos de la enfermedad sobre la calidad de vida.

Los primeros, agrupados bajo el epígrafe de paradigma de los resultados, evalúan el bienestar y la capacidad de funcionamiento físico y psicológico de la persona sobre la que se ha llevado a cabo un proceso terapéutico. A pesar de ser los más utilizados para la valoración de la CVRS, su validez es limitada en personas mayores con enfermedades crónicas, pues analizan solamente las características personales variables (dolor, capacidad funcional, síntoma) sin valorar las características estables apoyo social, carácter, nivel económico. El segundo grupo de estudios, conocidos como paradigma predictor, se basa en la evidencia clínica y epidemiológica según la cual, un bajo nivel de calidad de vida se relaciona con una mayor intensidad en los brotes y síntomas de las enfermedades, reduciendo la probabilidad de supervivencia, por lo que su principal

finalidad es predecir el curso futuro de la enfermedad y la esperanza de vida en función de la mejora o deterioro de la calidad de vida.

Tabla 13: Paradigmas Teóricos Sobre La Medición De Calidad De Vida En Personas Mayores

TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO
<i>Paradigma de los resultados</i>	<ul style="list-style-type: none">• evalúan el bienestar y la capacidad de funcionamiento físico y psicológico de la persona.• Muy utilizados en estudios de CVRS de personas con enfermedades crónicas.• Los parámetros de interés en estos análisis son las <i>características variables</i> de la persona (dolor, capacidad funcional, síntomas...) y no las <i>características estables</i> (apoyo social, carácter, nivel económico...) ^{72, 73}.
<i>Paradigma predictor</i>	<ul style="list-style-type: none">• estudios basados en la evidencia clínica y epidemiológica establecida, según la cual un bajo nivel de calidad de vida se relaciona con una mayor recurrencia de los brotes y síntomas de las enfermedades y una menor probabilidad de supervivencia.• Este grupo de estudios utiliza los resultados obtenidos en la medición de la calidad de vida, mediante las expresiones de los pacientes sobre su bienestar y capacidad funcional, generalmente, aunque también mediante otros métodos, no para evaluar el resultado de los tratamientos, sino para predecir el curso futuro de la enfermedad y la esperanza de vida.

FUENTE: Tesis “Determinantes De La Calidad De Vida Percibida Por Los Ancianos De Una Residencia De Tercera Edad En Dos Contextos Socioculturales Diferentes, España Y Cuba” - Julio Jorge Fernández Garrido – Universidad De Valencia 2009.

2.2.20. Actividad Física:

2.2.20.1. Definición de Actividad Física:

La actividad física es una medida poderosa y práctica para mejorar la salud, prevenir enfermedades, reducir necesidades de medicamentos, y ahorrar en gastos relacionados con la salud. La actividad física es todo movimiento que forma parte de la vida diaria, incluyendo el trabajo, la recreación, el ejercicio y actividades deportivas.

La actividad física aumenta la longevidad y en gran medida protege contra las manifestaciones de las principales enfermedades crónicas no transmisibles, por lo cual, se recomienda instar a los ancianos a llevar una vida física activa para mantener su independencia de movimiento, autonomía personal y reducir los riesgos de lesiones físicas.



2.2.20.2. La Actividad Física en la Tercera Edad:

El nivel de actividad física se define como la habilidad del ser humano para moverse, y además, es el encargado de permitir a las personas realizar con satisfacción todas las actividades diarias. El rendimiento físico varía a lo largo de los años, siendo el momento óptimo durante la juventud y presentando un descenso continuo a partir de los 35 años, para hacerse más acentuado desde los 55-60 años en adelante, como consecuencia de los cambios fisiológicos del proceso de envejecimiento.

A medida que envejecemos, nuestra forma física se debilita, debido no sólo al envejecimiento biológico sino también al ajuste de la persona a un nivel inferior de actividad. El intento de separación se hace difícil debido a que el envejecimiento conlleva un debilitamiento de ciertas capacidades como son la agilidad, velocidad de movimiento, coordinación y equilibrio. Los cambios en la regulación del equilibrio, postura y movimiento son sumamente individuales. Moverse de manera lenta debilita la coordinación motora.

En la actualidad son muchas las personas en el mundo que dedican su esfuerzo y estudio a lo que podría denominarse como la nueva cultura de la longevidad. En este sentido Wang y Olson (1997), en su estudio sobre la actividad física de mayores en China, encontraron que la falta de espacios para practicar actividad física era un serio problema y una gran barrera.

Similares conclusiones fueron planteadas por Alexandris y col (2003) en su estudio realizado en Grecia. Es necesario, según dicen los investigadores, aumentar las instalaciones, y que con ello se pueda influenciar y motivar positivamente a los mayores a participar regularmente en programas de actividad física.



2.2.20.3. Tipos de Actividad Física:

- RESISTENCIA:

Son actividades continuas que aumentan el ritmo cardiaco y la respiración, previenen o retrasan algunas enfermedades. Las más recomendables son:

- Caminar.
- Nadar.
- Bailar.
- Patinar.
- Pasear en bicicleta
- Escalar.

- FLEXIBILIDAD:

Son ejercicios de estiramiento que incrementan la flexibilidad del cuerpo estirando los músculos y tejidos que sujetan la estructura del cuerpo; ayudan a rehabilitar palo y recuperar lesiones. Se recomiendan:

- Estiramientos.
- Bailar.
- Jardinería.
- Limpiar.
- Practicar Thai Chi y Yoga.



- FUERZA Y EQUILIBRIO:

Incrementan fuerza en los músculos, aumentan el metabolismo, previenen accidentes.

Son variadas:

- Ejercicios con peso.
- Subir y bajar escaleras.
- Levantarse y sentarse varias veces.

- BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA:

- Los beneficios se incrementan a medida que la actividad aumenta.

- BENEFICIOS DIRECTOS:

- Forma del cuerpo.
- Fuerza de los huesos y músculos.
- La flexibilidad del esqueleto.
- La forma física del motor y el metabolismo.

- BENEFICIOS INDIRECTOS:

- Salud mental.
- Función cognitiva.
- Adaptación a la sociedad.



- ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD MENTAL:

La actividad y ejercicio físico regulares ayudan a mantener y mejorar la capacidad funcional, la salud y el bienestar mental de las personas mayores⁴¹.

2.2.21. Recreación:

2.2.21.1. Definición De Recreación:

Es toda experiencia o actividad voluntaria para el uso del tiempo libre y que le permite experimentar el ocio. El tiempo libre es parte del tiempo individual y social sin ningún tipo de restricción, y el ocio es una actividad del ser humano caracterizada por el placer y la libertad.

La recreación dentro del campo de acción se puede clasificar en 2 tipos:

a) RECREACIÓN ACTIVA:

Es todo acto voluntario donde el individuo es participante directo y necesariamente hay una inversión de energía y esfuerzo físico. Ejemplo: conversación, canto, manualidades, jardinería, cuidado y crianza de animales, deportes recreativos o competitivos (baloncesto, fútbol, voleibol, tenis de mesa, bicicleta, etc.), caminatas, gimnasia, baile.

⁴¹ FUENTE: Tesis “Centro Recreacional Y Esparcimiento Integral Para El Adulto Mayor (Es salud Puno)” - Percy Mamani Juárez- 2017



Figura 29:Recreación Motriz En Centros Municipales Para El Adulto Mayor.

Fuente <https://elcomercio.pe/lima/valiosos-centros-municipales-adultos-mayores-322881>

b) RECREACIÓN PASIVA:

Es todo acto que no exige mucha inversión de energía y esfuerzo físico, su participación es estática, expectativa y contemplativa; ejemplo: Meditación, descanso, lectura, paseos, espectáculos, museos, teatro, circo, cine, juegos de salón, pintura, dibujo, etc.



Figura 30:Actividad Pasiva Del Adulto Mayor.

FUENTE:https://www.google.com.pe/search?biw=1366&bih=657&tbm=isch&sa=1&ei=OgbnXM_IK

- ELEMENTOS FUNDAMENTALES DE LA RECREACIÓN:



La recreación posee tres elementos fundamentales que constituyen una especie de trípode, si falta uno de ellos los demás se ven afectados, y estos tres elementos son los siguientes:

- El líder.
- El programa.
- Las instalaciones.
- El líder es el motor que genera y hace que la recreación sea un elemento importante dentro de la sociedad.
- El programa está compuesto por áreas, cada una con un contenido esencial entre sí con el fin de que los participantes tengan una amplia gama de las actividades que puedan escoger.
- Las instalaciones deben de ser adecuadas para el uso de la población de la tercera edad, así como de ser necesario, adaptándolas para que puedan ser usadas por dicha población en caso de que estas ya existieran.

La actividad física, el deporte y la recreación tienen la característica de ser un medio para mejorar o mantener la salud, todo tipo de actividades que conllevan deben adecuarse a las circunstancias y condiciones tanto físicas como funcionales. Por su parte las actividades recreativas van encaminadas a la ocupación del tiempo libre positivo. Así podemos señalar que los beneficios para la salud en general producidos por el deporte, la actividad física, y la recreación se manifiestan en el ámbito físico y funcional, entre los cuales podemos mencionar:

- ✓ Aumento en el bombeo sanguíneo.



- ✓ Baja del ritmo cardiaco.
- ✓ Aumento en la capacidad pulmonar.
- ✓ Mejora en la oxigenación muscular.
- ✓ Baja de la presión arterial.
- ✓ Mejora el funcionamiento intelectual.
- ✓ Ayuda en el control de las enfermedades arteriales.
- ✓ Contribuye con el control de la obesidad.
- ✓ Baja el riesgo de infarto al miocardio

En el orden de los aspectos sociales se puede señalar beneficios como:

- ✓ Favorece el control de hábitos.
- ✓ Estimula la productividad, la independencia y la autonomía.
- ✓ Aumenta la confianza en sí mismo y la estabilidad emocional.

- CARACTERÍSTICAS DE LA RECREACIÓN:

- ✓ Recreación artística.
- ✓ Cultural.
- ✓ Deportiva.
- ✓ Pedagógica.
- ✓ Ambiental.
- ✓ Terapéutica.
- ✓ Comunitaria.



La recreación, tienen por finalidad principal el mantenimiento, tratamiento y recuperación de las capacidades, habilidades y destrezas propias de la edad adulta; sirve de estímulo de la creatividad y posibilitar experiencias que contribuyan al bienestar y autoestima de los participantes, además de propiciar el disfrute de las relaciones con el medio ambiente, propicia la identidad, y fomenta el desarrollo de una cultura sostenible y la motivación por su preservación.

2.2.21.1. Clasificación de la Recreación:

El término recreación hace referencia a inventar o producir algo nuevo es decir crear, o bien puede alinear a alguna diversión relacionada con algo complaciente, entretenido y agradable.

Puede ser clasificada según la actitud del individuo:

- a) **SUJETO ACTIVO:** El sujeto participa de la actividad realizada, disfrutando de la misma.
- b) **SUJETO PASIVO:** La persona no es parte de la recreación, sólo actúa como un expectante, no participa directamente. La orientación a la que esté destinada la actividad recreativa.

2.2.21.2. Los Tipos de Recreación:

- a) **RECREACIÓN MOTRIZ:** Está relacionada con la actividad física, algún ejemplar podrían ser la realización de cualquier deporte, caminatas, juegos, bailes y danzas.
- b) **RECREACIÓN CULTURAL:** Se vincula con la actividad cultural. Algunos ejemplos podrían ser la realización de actividades como teatro, pintura, lectura, asistir a espectáculos, museos, entre otros.



c) **RECREACIÓN SOCIAL:** Se relaciona al contacto con otras personas, pueden ser realizadas muchas cosas como asistir a debates, charlas, debates, salidas, encuentros, etc.

d) **RECREACIÓN AL AIRE LIBRE:** Son aquellas actividades en las que se entra en relación con el medio ambiente. Este tipo de recreación estimula la integración el medio. Algunos ejemplos podrían ser visita a parques y reservas naturales, campamentos, excursiones, etc.

2.2.21.3. Actividades Lúdicas para el Adulto Mayor:

Las actividades lúdicas que se proponen se desarrollan y se estructuran según las dimensiones que se quiera dar a la investigación que sirva en el adulto mayor para la conservación de una plena vida saludable, se refiere a las dimensiones (físico, psicológica, social y de salud). Los objetivos de cada dimensión están dirigidos a contrarrestar las diversas afectaciones detectadas en la edad adulta.

En las actividades se busca ir más allá de los ejercicios físicos como una forma simple de realizar movimientos físicos, por eso se destacan la importancia y el valor del carácter lúdico en todas ellas, reflejándose en juegos y dinámicas acordes a las particularidades y necesidades del adulto mayor.

Lo que marca uno u otro objetivo no es tanto la actividad en sí, sino la forma de trabajar o de llevarlas a la práctica dentro del campo de aplicación. Ello significa que cada actividad debe estar diseñada en base a un objetivo, pero no se descarta que pueda perseguir paralelamente otros partiendo del objetivo general que es aplicar un conjunto de actividades lúdicas para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas de la tercera edad (JUÁREZ, 2017).

2.3. MARCO REFERENCIAL

2.3.1. Referente Internacional

La elección de los antecedentes del ámbito internacional se eligió por el desarrollo de interconexión de dos espacios sin la necesidad de seguir el mismo recorrido, los cuales cuentan con una fluidez de alternativas para la circulación interior y exterior del espacio.

2.3.1.1. Centro Geriátrico Santa Rita:

- Arquitecto: Manuel Ocaña del Valle.
- Ubicación: Ciudadela de Menorca, Islas Baleares, España.
- Constructora: OHL.
- Arquitecto técnico: Joan Camps.
- Paisajismo: Teresa Galí.
- Ingeniería: J.M. Churtichaga.

- APORTE DEL PROYECTO:

El geriátrico Santa Rita es un proyecto que trata de mejorar el ambiente y la calidad de vida del Adulto Mayor en el sentido centrífugo de la arquitectura, manifestando la importancia que, para este tipo de usuarios, tienen las circulaciones interiores, construyendo una arquitectura generada desde el espacio interior, en la cual el usuario es actor principal y no solo espectador.

- DESCRIPCIONES GENERALES:

- Capacidad: 140 usuarios mayores de 65 años.
- Superficie: 12.000m² de construcción.

Entre el área residencial y el perímetro recto exterior del edificio se genera el espacio de circulación. Es un espacio abierto, interconectado, fluido, plano y poco habitual, que alberga usos de programa y circulación a la vez. El edificio contiene 68 habitaciones en 320 metros lineales, estas habitaciones son compartidas e individuales.



Figura 31: Centro Geriátrico Santa Rita.

Fuente: Miguel Guzmán 2009.



Figura 32: Centro Geriátrico Santa Rita.

*Fuente: Miguel de Guzmán. (2009), [Fotografías]. Recuperado de:
<http://www.plataformaarquitectura.cl/cl/626312/centro-sociosanitariogeriatrico-santa-rita-manuel-ocana>.*

UBICACION:

Calle Marius Verdaguer s/n, Ciudadela Menorca (Islas Baleares)⁴².

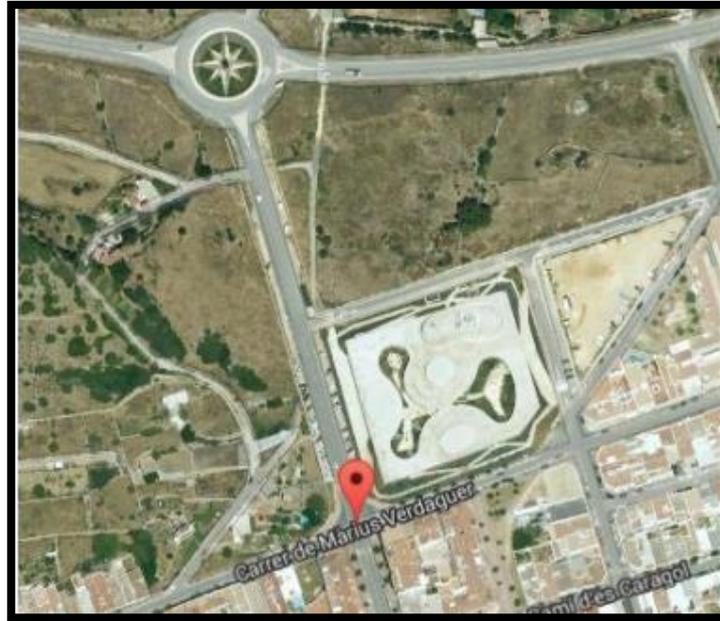


Figura 33: Implantación Urbana.

*FUENTE: Vista de la composición formal del proyecto [Imagen]. (2009) Recuperado de:
<http://www.plataformaarquitectura.cl>.*

ASPECTO FUNCIONAL:

El proyecto evita los pasillos y las barreras arquitectónicas y se distribuye en una sola planta, de tal manera que todas las habitaciones tengan acceso directo desde, y hacia, un gran jardín-lobby, así como a las zonas comunes, de este modo, se proporciona accesibilidad integral, autonomía física, seguridad psíquica, y respeto a la intimidad individual, facilitando al máximo el acceso de visitantes.

⁴² FUENTE: *Centro Sociosanitario Geriátrico Santa Rita.* (ocana, s.f.)



Figura 34: Distribución de los espacios.

*FUENTE: Implantación y distribución de espacios [Imagen]. (2009) Recuperado de:
<http://www.plataformaarquitectura.cl>.*



Figura 35: Circulación Interior.

*FUENTE: Implantación y distribución de espacios [Imagen]. (2009) Recuperado de:
<http://www.plataformaarquitectura.cl>.*

ASPECTO ESTRUCTURAL:

Compuesto por columnas metálicas, una losa de hormigón que cubre tanto los espacios interiores, como el pórtico, el uso de materiales de fácil instalación y transportación, como paneles de yeso para paredes y la envolvente del edificio hecha de paños de policarbonato intercalados con paneles de vidrio y aluminio⁴³.



Figura 36: Sistema compositivo formal y estructural.

FUENTE: Descomposición formal del proyecto (2009).

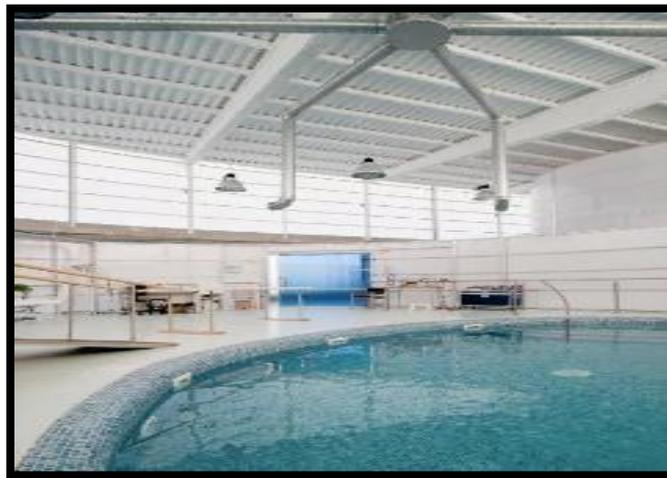


Figura 37: Piscina.

FUENTE: Descomposición formal del proyecto (2009).

⁴³FUENTE: *Descomposición formal del proyecto (2009) [Imagen]. Recuperado: http://www.plataformaarquitectura.cl/cl/6_26312/centro-socio-sanitario-geriátrico-santa-Rita-Manuel-ocana.*

ASPECTO AMBIENTAL:

Buscar que el usuario tenga relación directa con el entorno natural que está en el proyecto, aprovechando el microclima que se genera y el confort al interior de la edificación. Su distribución está dada con respecto a los factores climáticos como por ejemplo la zona norte está claramente identificada con el color azul que potencia la luz fría, mientras que la sur y oeste con colores naranja y verde, respectivamente que contemplan la luz cálida.



Figura 38: Vista interior desde las áreas verdes.

FUENTE: Miguel de Guzmán (2009) [Fotografía].



Figura 39: Vista interior.

FUENTE: Miguel de Guzmán (2009) [Fotografía].

2.3.1.2.- Centro Gerontológico Banyeres de Mariola:

- Ubicación: Banyeres de Mariola, España.
- Diseño: Arq. Isidro Martínez Costa.

DESCRIPCIONES GENERALES:

Capacidad de 100 residentes mayores de 65 años. Este conjunto está emplazado en una colina y en su contorno un bosque lo cual genera una vista por sobre gran parte del sector. Está conformado principalmente por un volumen de base rectangular lo cual genera una circulación lineal en todos sus espacios. Aspecto Formal: La composición en planta está dada por un prisma de base rectangular al cual se le van agregando distintos elementos ortogonales para las distintas funciones⁴⁴.



Figura 40: Vista exterior a las áreas verdes.

FUENTE: Vicente Ferrero Punzano (2003)

⁴⁴ FUENTE: <http://www.via-arquitectura.net/ara05/ara05-036.htm>.



Figura 41: Vista exterior a las áreas verdes.

FUENTE: Vicente Ferrero Punzano (2003)

UBICACION:

Alicantes, España, Paseo Font del Cavaller - Banyeres de Mariola, calle Doctor Fleming.

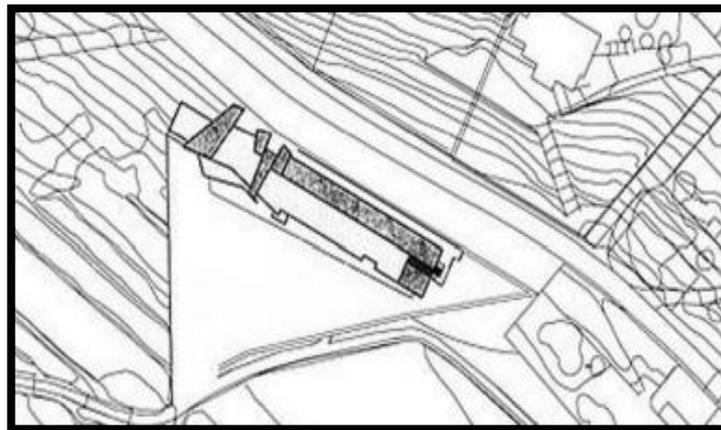


Figura 42: Implantación urbana.

FUENTE: Vicente Ferrero Punzano (2003)

ASPECTO FORMAL:

La composición en planta está dada por un prisma de base rectangular al cual se le van agregando distintos elementos ortogonales para las distintas funciones. El volumen se adapta a la topografía existente.



Figura 43: Distribución de los espacios.

FUENTE: Implantación y distribución de espacios.

ASPECTO FUNCIONAL:

La horizontalidad es lo que predomina en el proyecto lo cual genera una circulación lineal y ésta se da mediante pasillos que enlazan los diferentes espacios que conforman el centro.

La residencia consta de 2 plantas por lo que en la segunda planta están ubicadas diferentes zonas como las habitaciones y demás servicios complementarios.

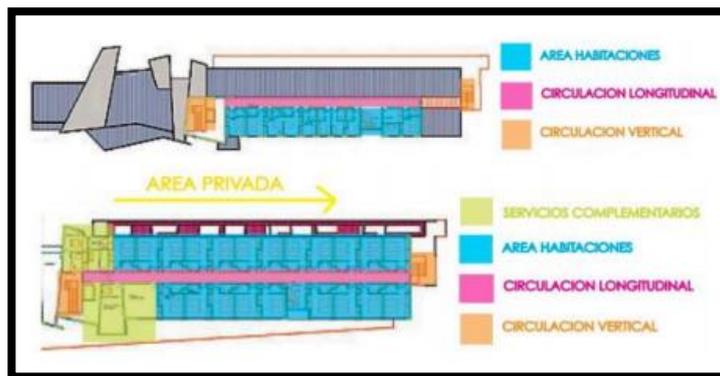


Figura 44: Distribución de los espacios.

FUENTE: Implantación y distribución de espacios.

ASPECTO ESTRUCTURAL:

pecto estructural: La residencia está compuesta por una estructura de pórticos a base de hormigón armado, paredes de bloque, una cubierta plana a base de losa de hormigón, y amplios ventanales de aluminio y vidrio colocados estratégicamente para el aprovechamiento de la iluminación natural.



Figura 45: Sistema compositivo formal y estructural.

FUENTE: Descomposición formal del proyecto (2003).

ASPECTO AMBIENTAL:

Fue considerado que el centro tenga una relación estrecha con la vegetación y el entorno general donde está emplazado por lo que se integró mediante caminerías y terrazas abiertas, logrando además que el usuario se sienta confortable. La edificación en sus fachadas generó adiciones y sustracciones lo cual genera grandes espacios de sombra.



Figura 46: Vista exterior a las áreas verdes.

FUENTE: Vicente Ferrero Punzano (2003) [Fotografía].



Figura 47: Espacio Exterior.

FUENTE: Vicente Ferrero Punzano (2003) [Fotografía].

2.3.2.- Referente Nacional:

La elección de los antecedentes del ámbito nacional se eligió tomando en cuenta las actividades que nosotros tomaremos en cuenta para el desarrollo del proyecto y por las características de implementación que se exige para el adulto mayor.

2.3.2.1.- Hogar Geriátrico “San Pedro” – Tacna

Este geriátrico se creó que la misión de brindar una atención integral permanente con calidad y eficiencia, promoviendo el desarrollo del adulto mayor en situación de pobreza y riesgo social. Este geriátrico tiene como objetivo tener un albergue modelo a nivel

urbano de adultos mayores en situación de riesgo y/o abandono proporcionando el mejoramiento de las condiciones que aseguren su desarrollo integral.



Figura 48: Hogar Geriátrico San Pedro De Tacna.

FUENTE: <http://hgsanpedro.blogspot.com/>

Un 15 de agosto de 1939 fue fundado con la denominación de “Asilo de Ancianos” el mismo que funcionaba el antiguo local, hoy complejo deportivo el centro poblado “Leoncio Prado” en este entonces conocido como “LAZARETO”.

Siendo director de la Beneficencia Pública el Sr. Enrique Quijano, años después del regreso de Tacna a la heredad nacional, fue reubicado a un costado de la compañía de bomberos, en la calle Inclán donde hoy funciona Defensa Civil y el Consejo Provincial de Tacna.

Su tercer domicilio hoy propio funciona en la calle Tarapacá S/N., el mismo que fue posible con el dinero donado por la principal benefactora Doña Enriqueta Cúneo de Santisteban, como así mismo con los recursos de la Beneficencia y otras instituciones.

La primera etapa fue inaugurada el 6 de enero de 1982 como Hogar del Anciano, en ese entonces presidía la Sociedad de Beneficencia el Dr. Luis Vargas Beltrán.



Nueve años después, un 28 de octubre de 1991 e inauguro la segunda parte, en esa oportunidad presidía la Dra. Daisy Morales de Barrientos.

El cambio de nombre, como se conoce de Hogar Geriátrico “San Pedro”, fue en 1996, cuando el presidente Don Eleuterio Liendo Yañes; con una infraestructura que permitía la capacidad para 24 adultos mayores, entre damas y varones.

El 11 de enero del 2008 fue inaugurada la construcción e implementación de 3 pabellones para 33 adultos mayores y un salón múltiple, el cual fue obra del Sr. Presidente Regional Hugo Ordóñez Salazar, teniendo la capacidad total para albergar a 53 adultos mayores se encuentran en total abandono (indigencia).

En la actualidad en el Hogar Geriátrico se brinda una atención integral y personalizada a cada uno ellos, dándole una mejor calidad de vida.

IDENTIDAD:

A) Misión

Brindar una atención integral permanente con calidad eficiencia, promoviendo el desarrollo del adulto mayor en situación de pobreza y riesgo social.

B) Visión

Ser un albergue modelo a nivel urbano de adultos mayores en situación de riesgo y/o abandono. Propiciando el mejoramiento de las condiciones que aseguren su desarrollo integral.

ACTIVIDAD PRINCIPAL:

Servicios.

- Fisioterapias. o Terapia física
- Terapia de rehabilitación o Quinesioterapia.
- Terapia de relajación.

Espacios con lo que cuenta Área de administración, Recepción, o Auditorio, Comedor Pabellones (hombres y mujeres). Área de salud, Cocina, Área de rehabilitación, Deposito áreas verdes.



Figura 49: Hogar Geriátrico en Vista Satelital.

FUENTE: <http://hgsanpedro.blogspot.com/>

RECREACIÓN:

- Música terapia. Taichí.
- Dibujo. Pintura. Bio-huerto.
- Juegos de mesa. Paseos por la ciudad. Paseos y viajes.



Figura 50: Grupo de Adulto Mayores.

Fuente: <http://hgsanpedro.blogspot.com/>

2.3.2.2. Residencia Privada Para Adultos Mayores - La Molina Lima

En esta residencia los adultos mayores viven distintos a los demás centros antes expuestos. El concepto principal de esta residencia es que los usuarios se sientan que están en una casa, que se sientan dentro de una familia, es por eso que el diseño y mobiliario, así como la utilización del color, intentan ser lo más parecido posible a una vivienda.



Figura 51:Figura 51: Sala De Estar

Se encuentra ubicada en la Molina, en un área de aproximadamente 600 m² dividida en dos pisos, lo que están comunicados por un ascensor y escaleras, así mismo por varios tragaluces que, además de dar una buena iluminación a ambos pisos, permiten una mayor integración entre ambos y ayudan a que el personal esté bien comunicado. En el primer piso, cuenta con una sala, un comedor, una pequeña cocina, una terraza y un pequeño jardín, área para el personal de enfermería y once habitaciones, algunas dobles y otras personales, cada habitación cuenta con un baño privado.



Figura 52:Ss.hh.

FUENTE: <http://www.casadereposolamolina.com/>

En el segundo piso, se encuentran una sala, un comedor, una pequeña cocina, una lavandería, 10 habitaciones personales y dobles y, un área aparte denominada U.C.I. (unidad de cuidados intensivos). donde se encuentran pacientes que requieren un cuidado especial, estos pacientes son de edad muy avanzada, que no tienen mucha conciencia de su entorno, además, se alimentan por sonda o en su habitación y no se levantan de sus camas. Esta área no recibe muchas visitas y está apartada, cuenta con buena iluminación, ventilación y un diseño y acondicionamiento favorable.

General actividades físicas, pero organizan juegos como cartas, bingo, rezan el rosario, entre otras.



Figura

53: Circulación y Áreas Verdes.

FUENTE: <http://www.casadereposolamolina.com/>

2.3.3. Referente Local:

La elección de los antecedentes del ámbito local se eligió por la semejanza entre los servicios, actividades ocupacionales y productivas con las que queremos desarrollar el proyecto.

2.3.3.1. Centro Del Adulto Mayor Es Salud- Azángaro:

Es una unidad destinada a brindar atención oportuna, preferencial y personalizada a los adultos mayores desde el desarrollo de sus diferentes actividades aprovechando el tiempo libre de ellos para mantenerlos en actividad y ofrecerles calidad de vida dentro de los CAM (Centro del Adulto Mayor)., incorporando éstos a la red asistencial de Juliaca.



Figura 54: grupo sinfónico del Adulto Mayor.



Figura 55: Orientación socio jurídica.

FUENTE: <http://essaludcamazangaro.blogspot.com/>

SERVICIOS

- Comedor Social
- Salón de Juegos
- Gimnasio
- Peluquería
- Orientación Socio Jurídica
- Cafetería



- Turismo Social: Viajes y excursiones recreativo - terapéuticas a nivel nacional a costos mínimos.
- Actividades Culturales para promover las aptitudes artísticas y culturales que contribuyan a su auto valoración peñas, coros, tunas, danzas, costumbristas, canto.

ACTIVIDADES OCUPACIONALES Y PRODUCTIVAS

- Crianza de animales menores, actividad agrícola, pecuaria, productiva y terapéutica desarrollada en forma individual y colectiva en los Centros del Adulto Mayor.
- Talleres de confecciones, actividad productiva generadora de ingresos para nuestros usuarios, cuya rentabilidad no es solo social, sino que les permite incrementar su canasta básica familiar.

UNIDADES BÁSICAS DE ATENCIÓN DEL ADULTO

Son unidades destinadas a brindar atención de salud oportuna, preferencial y personalizada a los adultos mayores dentro de los CAM, incorporando éstos a la Red Asistencial de Salud.

Encuentros familiares, reuniones orientadas a fortalecer los vínculos familiares.

Encuentros intergeneracionales, eventos que propician el acercamiento Adulto Mayor/Joven, Abuelo/Nieto.



2.4. Marco Normativo:

Las políticas y estrategias que se ejecutan en el sector de salud están orientadas básicamente al desarrollo de los modelos de Atención Integral de Salud, con la participación activa de la comunidad y de otros sectores, asimismo alcanzando un Sistema Integrado de Salud, con la priorización del ámbito local y la recuperación de los Establecimientos del Primer Nivel de Atención para atender a la población de menores recursos económicos, procurando asegurar la calidad y cobertura de los Servicios de Salud.

Es por ello que el objetivo del sector de salud es dictar normas que ordenen el planeamiento, el diseño, la construcción y el mantenimiento de la infraestructura, para contribuir a mejorar la calidad de atención, eficiencia y el confort de los pacientes y del personal⁴⁵.

2.4.1. Marco Normativo A Nivel Internacional:

2.4.1.1. Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Artículo 22.- Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad⁴⁶.

⁴⁵ FUENTE: *Ministerio De Salud, Dirección General De Salud De Las Personas, Dirección Ejecutiva De Normas Técnicas Para La Infraestructura En Salud - Normas Técnicas Para La Elaboración De Proyectos Arquitectónicos Centros De Salud Lima – Perú, noviembre 1994*

⁴⁶ FUENTE: *Declaración Universal de Derechos Humanos Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948.*



2.4.1.2. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones

Unidas: Observación General N.º 6.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales no contiene ninguna referencia explícita a los derechos de las personas de edad, excepto en el artículo 9, que dice lo siguiente: "los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso el seguro social" y en el que de forma implícita se reconoce el derecho a las prestaciones de vejez. Sin embargo, teniendo presente que las disposiciones del Pacto se aplican plenamente a todos los miembros de la sociedad, es evidente que las personas de edad tienen derecho a gozar de todos los derechos reconocidos en el Pacto. Este criterio se recoge plenamente en el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento. Además, en la medida en que el respeto de los derechos de las personas de edad exige la adopción de medidas especiales, el Pacto pide a los Estados Partes que procedan en ese sentido al máximo de sus recursos disponibles⁴⁷.

2.4.1.3. Asamblea Mundial Sobre el Envejecimiento por la Onu 8-12 De Abril

– Madrid, España.

En términos generales, puede decirse que la población mayor es cada vez más urbana, aunque hay grandes diferencias entre los países desarrollados, los países en desarrollo y aquellos con economías en transición. En los países desarrollados el 51% de la población mayor vive en ciudades, aunque las previsiones indican que en 2025 el porcentaje aumentará al 82%. En los países en desarrollo hay una proporción mayor de personas mayores que vive en zonas rurales, estimándose que solo el 35% vive en zonas urbanas⁴⁸.

⁴⁷ FUENTE: <https://www.es-cr-net.org/es/recursos/observacion-general-no-6-derechos-economicos-sociales-y-culturales-personas-mayores>.

⁴⁸ FUENTE: *La participación activa de los mayores en la sociedad está considerada Desde la perspectiva de los derechos humanos. (Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento)*



2.4.1.4. Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad

(Adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas El 16 de

Diciembre De 991 - Resolución 46/91)

1. Las personas de edad deberán tener acceso a alimentación, agua, vivienda, vestimenta y atención de salud adecuados, mediante ingresos, apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia.
2. Las personas de edad deberán tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a sus capacidades en continuo cambio.
3. Las personas de edad deberán permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes.
4. Las personas de edad deberán poder formar movimientos o asociaciones de personas de edad avanzada.
5. Las personas de edad deberán poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad.
6. Las personas de edad deberán tener acceso a servicios de atención de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad.
7. Las personas de edad deberán tener acceso a servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado.



8. Las personas de edad deberán tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro.

9. Las personas de edad deberán poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamiento, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida.

2.4.1.5. Resolución N° 50/141 Del 30 De Enero de 1996, de la Organización De Las Naciones Unidas:

A través de la cual propone a los Estados Miembros el fortalecimiento de los mecanismos de programas especiales para las personas de la tercera edad.

2.4.1.6. Estrategia Regional De Implementación Para América Latina Y El Caribe Del Plan De Acción Internacional De Madrid:

Elaborada en la Primera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento: Hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción 85 Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre de 2003.

2.4.1.7. Recomendación General N° 27 Sobre Las Mujeres Mayores.

Cedaw. (convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer): tiene como propósito principal evidenciar las particulares formas de discriminación que enfrentan las mujeres adultas mayores.

Explora la relación entre todos los artículos de la Convención y las particularidades de esa etapa vital y señala los compromisos asumidos por los Estados que forman parte de



la Convención en aras del respeto a los derechos de dicha población. Incluye recomendaciones sobre políticas públicas que permitan transversalizar las respuestas en las estrategias nacionales, iniciativas para el desarrollo y acciones que permitan a las mujeres mayores participar plenamente sin discriminación y sobre la base de la igualdad con el hombre.

2.4.1.8. Declaración De Brasilia, Documento Elaborado Durante La Segunda Constitucion Política.

Desarrollada en Brasil (Diciembre – 2007), por el cual los países de la región, reafirman su compromiso de no escatimar esfuerzos para promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de todas las personas de edad, trabajar en la erradicación de todas las formas de discriminación y violencia y crear redes de protección de las personas de edad para hacer efectivos sus derechos.

2.4.1.9. Carta De San José Sobre Los Derechos De Las Personas Mayores De América.

Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe, desarrollada en Costa Rica del 8 al 11 de mayo de 2012. Dicho documento constituye la contribución de América Latina y el Caribe al 51º período de sesiones de la Comisión de Desarrollo Social del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, de febrero de 2013.

- Carta Andina para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos, que en la Parte IX, sobre los Derechos de Grupos sujetos de protección especial, se hace referencia a los derechos de los adultos mayores.

2.4.2. Marco normativo a nivel nacional:

2.4.2.1. Constitución Política Del Perú.

Artículo 2°. inc. 2. Toda persona tiene derecho: A la igualdad ante la ley. Nadie debe ser discriminado por motivo de origen, raza, sexo, idioma, religión, opinión, condición económica o de cualquiera otra índole.

Artículo 4°. La comunidad y el Estado protegen especialmente al niño, al adolescente, a la madre y al anciano en situación de abandono. También protegen a la familia y promueven el matrimonio. Reconocen a estos últimos como institutos naturales y fundamentales de la sociedad.

Artículo 6°. - Es deber y derecho de los padres alimentar, educar y dar seguridad a sus hijos. Los hijos tienen el deber de respetar y asistir a sus padres.

2.4.2.2. Ley De Las Personas Adultas Mayores – Ley N° 28803.

ARTÍCULO 1: Del Objeto De La Ley.

La presente ley tiene por objeto crear un marco normativo que garantice los mecanismos legales para el ejercicio pleno de los derechos reconocidos en la constitución política y los tratados internacionales vigentes de las personas adultas mayores a fin de mejorar su calidad de vida y que se integren plenamente al desarrollo social, económico, político y cultural, para construir al respecto de su dignidad.

ARTÍCULO 2: Definición.

Entiéndase por personas adultas mayores a todas aquellas que tenga 60 o más años de edad.

ARTÍCULO 3: Derechos De La Persona Adulta Mayor.

Toda persona adulta mayor tiene, entre otros, derecho a:



1. La igualdad de oportunidades y una vida digna, promoviendo la defensa de sus intereses.
2. Recibir el apoyo familiar y social necesario para garantizarle una vida saludable, necesaria y útil elevando su autoestima.
3. Acceder a programas de educación y capacitación que le permitan seguir siendo productivo.
4. Participar en la vida social, económica, cultural y política del país
5. El acceso a la atención preferente en los servicios de salud integral, servicios de transporte y actividades de educación, cultura y recreación.
6. El acceso a la atención hospitalaria inmediata en caso de emergencia.
7. La protección contra toda forma de explotación y respeto a su integridad física y Psico emocional.
8. Recibir un trato digno y apropiado en cualquier procedimiento judicial y administrativo que la involucre.
9. Acceder a condiciones apropiadas de reclusión cuando se encuentre privada de su libertad.
10. Vivir en una sociedad sensibilizada con respeto a sus problemas, sus méritos, sus responsabilidades, sus capacidades y experiencias.

ARTÍCULO 4: Deberes Del Estado.

El estado establece, promueve y ejecuta medidas administrativas, legislativas y jurisdiccionales que sean necesarias para asegurar el pleno ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores.



Toda persona adulta mayor tiene derecho a la protección efectiva del Estado para el ejercicio o defensa de sus derechos.

Realizar labores o tareas de acorde a su capacidad física o intelectual. No será explotada física, mental ni económicamente.

La información adecuada y oportuna en los trámites para su jubilación.

No ser discriminada en ningún lugar público o privado.

ARTÍCULO 5: Deber De La Familia.

La familia tiene el deber de cuidar la integridad física, mental y emocional de los adultos mayores, en general, brindarles el apoyo necesario para satisfacer sus necesidades básicas.

ARTÍCULO 6: Órgano Rector.

La Dirección de Personas Adultas Mayores, órgano de línea del Vice Ministerio de la Mujer es el órgano encargado de promover, coordinar, dirigir, ejecutar, supervisar y evaluar las políticas, planes, programas y Proyectos sobre las personas adultas mayores.

Asimismo, establece los requisitos mínimos para el funcionamiento de las casas de reposo u otros locales análogos destinados a brindar atención a personas adultas mayores.

ARTÍCULO 7: Beneficios.

Toda persona adulta mayor, previa presentación de su documento nacional de identidad o partida de nacimiento, gozará de los beneficios que gestione el Órgano Rector con el sector público, los concesionarios públicos o las empresas privadas.

El Órgano Rector gestionará, prioritariamente, convenios en las siguientes áreas:

a) Transporte público colectivo.

b) Transporte marítimo y aéreo, nacional e internacional.



- c) Hospedaje en hoteles u otros centros turísticos
- d) Consultorios, hospitales, clínicas, farmacias privadas y laboratorios, así como en servicios radiológicos y de todo tipo de exámenes y pruebas de medicina computarizada y nuclear.
- e) Medicamentos de prescripción médica.
- f) Prótesis y órtesis.
- g) Ayudas técnicas.
- h) Cultura y esparcimiento.

ARTÍCULO 8: De Los Centros Integrales De Atención A La Persona Adulta Mayor (CIAM) El Ministerio De La Mujer Y Desarrollo Social (MINDES)

promueve a través de la Dirección de Personas Adultas Mayores la creación de Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor (CIAM) en las municipalidades provinciales y distritales.

Los Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor (CIAM), reunirán a todas aquellas personas adultas mayores que voluntariamente decidan inscribirse y participar en sus programas, siendo su finalidad esencial⁴⁹.

1. Desarrollar lazos de mutuo conocimiento y amistad entre los participantes.
2. Identificar problemas individuales familiares o locales en general.
3. Combatir y prevenir los problemas de salud más comunes en este grupo de edad.
4. Realizar actividades y prácticas de carácter recreativo e integrativo.

⁴⁹ FUENTE: centros integrales de atención a la persona adulta mayor (CIAM) el ministerio de la mujer y desarrollo social (MINDES) https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/NO%20CIAM_boletin.pdf



5. Participar en talleres de autoestima, mantenimiento de funciones mentales superiores y prevención de enfermedades crónicas.
6. Otorgar especial importancia a la labor de alfabetización.
7. Implementar talleres de manufactura y desarrollo de habilidades laborables puntuales.
8. Participar en eventos sociales e informativos sobre análisis de la problemática local y alternativas de solución.
9. Promover en la ciudadanía un trato diligente, respetuoso y solidario con las personas adultas mayores.
10. Proponer soluciones a la problemática que afecta al adulto mayor.
11. Otros que señale el Reglamento de la presente Ley.

Los CIAM podrán suscribir todo tipo de convenios con organizaciones e instituciones sean públicas o privadas, prioritariamente de carácter educativo, que puedan proporcionar en forma desinteresada y voluntaria atención profesional o humana a los beneficiarios de sus programas.

ARTÍCULO 9: De La Atención Integral En Materia De Salud.

La persona adulta mayor es sujeto prioritario de la atención integral en materia de salud, así como en los casos de emergencia médica o en los que se presenten enfermedades de carácter terminal. El Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, en coordinación con el Ministerio de Salud y las entidades públicas sectoriales, promueven políticas y programas dirigidos a mejorar la salud física y mental de las personas adultas mayores.

ARTÍCULO 10: Programa De Capacitación.

La Dirección de Personas Adultas Mayores del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MINDES), en coordinación con la municipalidad 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 a efecto de que las mismas puedan obtener empleos y formar microempresas domésticas, que los beneficien económicamente y les procuren satisfacción personal. Los objetos producto de su trabajo, podrán ser exhibidos y expendidos en las instituciones públicas, que prestarán sus instalaciones una vez al mes para tal fin, previo convenio con la Dirección de Personas Adultas Mayores⁵⁰.

ARTÍCULO 11: Actividades Recreativas Y Deportivas

Toda actividad cultural recreativa y deportiva que desarrollen las instituciones públicas y privadas dirigidas a la persona adulta mayor tendrá por objeto mantener su bienestar físico, afectivo y mental; y procurarles un mejor entorno social y a la vez propiciar su participación activa. Para el desarrollo de estas actividades, la Dirección de las Personas Adultas Mayores del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MINDES) y las municipalidades, suscriben convenios a nivel nacional con los clubes privados a fin de que cuando menos una vez al mes presten sus instalaciones para el libre esparcimiento de las personas adultas mayores.

ARTÍCULO 12: Obras De Desarrollo Urbano.

Las municipalidades dictan las disposiciones necesarias para que los establecimientos públicos, aquellos en los que se brinda servicio público y locales y/o centros de esparcimiento, adecuen su infraestructura arquitectónica para el libre acceso y desplazamiento de las personas adultas mayores. Se observará la misma disposición para el otorgamiento de licencias de construcción para esta clase de establecimientos.

⁵⁰ FUENTE: La Dirección de Personas Adultas Mayores del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social.



ARTÍCULO 13: De Los Vehículos De Transporte Público Y Privado La Dirección De Las Personas.

Adultas Mayores del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social coordina con el Ministerio de Transportes y Comunicaciones y la municipalidad, a fin de que los vehículos de transporte público cuenten con equipos y accesorios adecuados o cualquier otra medida necesaria para la seguridad de las personas adultas mayores y reserven asientos preferenciales cercanos y accesibles para el uso de ellas.

ARTÍCULO 14: De La Asistencia Social.

En caso de situación de riesgo o indigencia, las personas adultas mayores podrán ingresar en algún centro de asistencia social público, el mismo que evalúa inmediatamente su situación y le brinda atención integral correspondiente.

Para efectos de la presente Ley se considera en situación de riesgo cuando:

- a) La persona adulta mayor carezca de las condiciones esenciales y recursos económicos para su subsistencia y su salud.
- b) La persona adulta mayor carezca de familiares o esté en estado de abandono.
- c) La persona adulta mayor sufra trastornos físicos y mentales que lo incapaciten o pongan en riesgo a él o a otras personas.

ARTÍCULO 15: OBLIGACIÓN DE DAR AVISO.

En caso de que alguna persona tuviere conocimiento que una persona adulta mayor se encuentra en situación de riesgo o indigencia debe comunicarlo a la Dirección de Personas Adultas Mayores del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES), o en su defecto a cualquier otra dependencia que lleve a cabo acciones relacionadas con la protección de las personas adultas mayores, la que tomará de inmediato las medidas necesarias para su protección.



ARTÍCULO 16: PROMOCIÓN ESTATAL.

El estado promueve la participación de las personas adultas mayores en los programas de educación para adultos, a nivel técnico y universitario. Asimismo, fomenta la creación de cursos libres en los centros de educación superior, dirigidos especialmente a las personas adultas mayores.

ARTÍCULO 17: Programas Especializados

El Estado, en coordinación con las universidades, impulsa la formulación de programas de educación superior y de investigación en las etapas de pregrado y posgrado en las especialidades de Geriatria y Gerontología, en todos los niveles de atención en salud, así como de atención integral a las personas adultas mayores, dirigidos a personal técnico asistencial.

***ARTÍCULO 18: Modificación De Programas Del Estatuto El Ministerio De Educación
Incorpora Contenidos Sobre El Proceso De Envejecimiento Dentro De Los Planes De
Estudio De Todos Los Niveles Educativos.***

ARTÍCULO 19: Del Intercambio Generacional.

El Estado promueve programas de intercambio generacional que permitan a los niños, jóvenes y adultos adquirir conocimientos, habilidades y conciencia para hacer frente a las necesidades que devienen en la senectud.

ARTÍCULO 20: Estímulos Y Reconocimientos.

El Estado otorga anualmente, en ceremonia espacial, estímulos y reconocimiento a las personas adultas mayores y a las instituciones públicas y privadas que han destacado por sus actividades o trabajos desarrollados a favor de éstas, de conformidad con los términos y requisitos que determine el Reglamento de la presente Ley.



2.4.2.4. Ley N° 30490 – Ley De Las Persona Adulta Mayores

Es un marco normativo para garantizar los mecanismos legales para el ejercicio pleno de los derechos reconocidos en la Constitución Política y los Tratados Internacionales vigentes de las personas adultas mayores, para mejorar su calidad de vida y que se integren plenamente al desarrollo social, económico, político y cultural, contribuyendo al respeto de su dignidad.

Dicho documento normativo enfatiza ciertos derechos de la persona adulta mayor como son:

1. La igualdad de oportunidades y una vida digna promoviendo la defensa de sus intereses.
2. Recibir el apoyo familiar y social necesario para garantizarle una vida saludable, necesaria y útil, elevando su autoestima.
3. Acceder a programas de educación y capacitación que le permitan seguir siendo productivo.
4. Participar en la vida social, económica, cultural y política del país.
5. El acceso a la atención preferente en los servicios de salud integral, servicios de transportes y actividades de educación, cultura y recreación.
6. El acceso a la atención hospitalaria inmediata en caso de emergencia.
7. La protección contra toda forma de explotación y respeto a su integridad física y psicoemocional.
8. Recibir un trato digno y apropiado en cualquier procedimiento judicial y administrativo que la involucre.



9. Acceder a condiciones apropiadas de reclusión cuando se encuentre privada de su libertad.
10. Vivir en una sociedad sensibilizada con respecto a sus problemas, sus méritos, sus responsabilidades y sus capacidades y experiencias.
11. Realizar labores o tareas acordes a sus capacidades físicas o intelectuales, no será explotada física, mental ni económicamente.
12. La información adecuada y oportuna en los trámites para su jubilación.
13. No ser discriminado en ningún lugar público o privado.

2.4.2.5. Ley N° 27972 – Ley Orgánica De Municipalidades

EN EL TÍTULO V, CAPÍTULO I, ARTICULO 73 DICE LO SIGUIENTE:

Difundir y promover los derechos del niño, del adolescente, de la mujer y del adulto mayor; propiciando espacios para su participación a nivel de instancias municipales.

EN EL TÍTULO V, CAPITULO II, ARTICULO 82 LO SIGUIENTE:

Promover espacios de participación, educativos y de recreación destinados a adultos mayores de la localidad.

EN EL TÍTULO V, CAPITULO II, ARTICULO 84 LO SIGUIENTE:

Establecer canales de concertación entre las instituciones que trabajan en defensa de derechos de niños y adolescentes, mujeres, discapacitados y adultos mayores.

Así como de los derechos humanos en general, manteniendo un registro actualizado.

EN EL TÍTULO V, CAPITULO II, ARTICULO 84 LO SIGUIENTE:

Organizar, administrar y ejecutar los programas locales de asistencia, protección y apoyo a la población en riesgo, de niños, adolescentes, mujeres, adultos mayores, personas con discapacidad y otros grupos de la población en situación de discriminación.



Difundir y promover los derechos del niño y del adolescente, de la mujer y del adulto mayor, propiciando espacios para su participación en el nivel de las instancias municipales.

2.4.2.6. Ley N° 27867 – Ley Orgánica De Gobiernos Regionales.

EN EL TÍTULO II, CAPITULO II, ARTICULO 60 DICE LO SIGUIENTE:

Formular y ejecutar políticas y acciones concretas orientando para que la asistencia social se torne productiva para la región con protección y apoyo a los niños, jóvenes, adolescentes, mujeres, personas con discapacidad, adultos mayores y sectores sociales en situación de riesgo y vulnerabilidad.

2.4.2.7. Ley N° 27408 – Ley Que Establece La Atención Referente A Las Mujeres Embarazadas, Las Niñas, Niños, Los Adultos Mayores, En Lugares De Atención Al Público.

ARTÍCULO ÚNICO. - Objeto de la ley

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

2.4.2.8. DECRETO LEGISLATIVO N° 1098 – APRUEBA LA LEY DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DEL MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES.

El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) adopta esta denominación a partir del Decreto Legislativo N° 1098 publicado el 20 de enero de 2012 en el diario oficial El Peruano, con el que se aprueba la Ley de Organización y Funciones que lo regirá a partir de ese momento; la que establece que será el ente rector de las políticas



nacionales y sectoriales sobre derechos de las mujeres, así como de la prevención, protección y atención contra la violencia hacia las mujeres. Promoción y fortalecimiento de la transversalización del enfoque de género, políticas, planes, programas y proyectos del Estado, en las instituciones públicas y privadas. Asimismo, el MIMP tiene como mandato la promoción y protección de las poblaciones vulnerables siendo estos grupos de personas que sufren discriminación o situaciones de desprotección, tales como los niños, niñas y adolescentes, personas adultas mayores, personas con discapacidad, desplazados y migrantes internos.

Así mismo, se brinda una clasificación de los Centros de Atención para Personas adultas mayores:

A) CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL:

Son espacios públicos o privados acreditados por el Estado que ofrecen servicios de atención integral a las personas adultas mayores autovalentes o dependientes, pueden ser gerontológicos, geriátricos o mixtos.

B) CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL GERONTOLÓGICO:

Son aquellos centros de atención residenciales dirigidos a personas adultas mayores autovalentes, que realizan las actividades básicas de la vida diaria, tales como alimentarse, vestirse, asearse, trasladarse, entre otros, por sí mismas.

C) CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL GERIÁTRICO:

Son aquellos centros de atención residenciales dirigidos a personas adultas mayores dependientes, parcial o totalmente, que requieren del apoyo parcial o permanente de terceras personas para realizar las actividades básicas de la vida diaria.



D) CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL MIXTO:

Son aquellos centros de atención residenciales que ofrecen los servicios gerontológicos y geriátricos, a personas adultas mayores autovalentes y dependientes respectivamente.

E) CENTRO DE ATENCIÓN DE DÍA:

Son espacios públicos o privados acreditados por el Estado que ofrecen servicios dirigidos a personas adultas mayores en situación de autovalencia, fragilidad o dependencia (leve y moderado) en el transcurso del día, manteniendo un horario establecido por el Centro.

F) CENTRO DE ATENCIÓN DE NOCHE:

Son espacios públicos o privados acreditados por el Estado que ofrecen servicios básicos de alojamiento nocturno, alimentación y vestido, dirigidos a personas adultas mayores autovalentes.

G) ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA:

Los diversos servicios orientados a satisfacer y garantizar las necesidades de alojamiento, alimentación, nutrición, atención básica de salud, terapias físicas y psicológicas, recreación y vestimenta a favor de las personas adultas mayores.

H) ATENCIÓN BÁSICA ESPECIALIZADA:

Servicios orientados a brindar cuidados a las personas adultas mayores para promover su independencia y autonomía.

ARTÍCULO 25.- Derechos De Las Personas Adultas Mayores Usuarios

Además de los derechos inherentes a su persona, las usuarias y los usuarios de los Centros de Atención tienen derecho a:

a). Recibir, en términos comprensibles, información completa y frecuente sobre su salud y otros aspectos relacionados con su situación de persona adulta mayor usuaria del Centro de Atención.



- b).** Ingresar y salir del Centro de Atención en cualquier momento del día, siempre que no exista peligro para su salud o su seguridad, ni la de terceros, debidamente acreditado por la médica o el médico tratante de la persona adulta mayor, lo cual deberá ser comunicado previamente a la administración del centro para su conocimiento y fines.
- c).** Mantener la reserva de su expediente personal y la confidencialidad de sus datos.
- d).** Participar en la programación de actividades del Centro de Atención, sean internas o externas.
- e).** Presentar propuestas de actividades para ser incorporadas en el plan de trabajo del Centro de Atención.
- f).** Presentar quejas a la administración del Centro de Atención, cuando se considere afectada o afectado en sus derechos.
- g).** Recibir alimentación de acuerdo a sus necesidades nutricionales y condiciones de salud.
- h).** Mantener contacto permanente con sus familiares y otras personas que las personas adultas mayores usuarias considere.
- i).** Recibir atención sin discriminación.
- j).** La intimidad personal, la cual incluye la reserva sobre sus pertenencias.
- k).** Recibir información por parte del Centro de Atención sobre las entidades a las que podrá acudir en caso se considere afectada o afectado en sus derechos.
- l).** Ser informadas o informados previamente de los tratamientos médicos o de otra índole, que recibirán.



m). Presentar su consentimiento por escrito, en caso sea egresada o egresado a otro centro de atención o derivada o derivado a un establecimiento de salud. En caso no desee ser egresada o egresado o derivada o derivado trasladada o trasladado se dejará constancia de ello por escrito.

n). Los que adicionalmente establezca el reglamento interno del Centro de Atención.

ARTÍCULO 26.- Limitaciones Al Ejercicio De Los Derechos

Los derechos enunciados en el artículo 25 del presente reglamento, se ejercen sin limitaciones, salvo en los casos en que sea necesario su ejercicio a través de una persona curadora, de acuerdo a lo regulado en el Código Civil.

Y sobre la acreditación de los centros de atención, como sus requisitos, trámite y vigencia de la acreditación.

ARTÍCULO 27.- Acreditación

Los Centros de Atención para personas adultas mayores públicos o privados que cuenten con licencia de funcionamiento deberán solicitar su acreditación, previo al inicio de sus actividades, en el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, a través de la Dirección de Personas Adultas Mayores de la Dirección General de la Familia y la Comunidad, quien expide la resolución Directoral que acredita un centro de atención en un plazo máximo de treinta días hábiles, previo procedimiento administrativo, el cual debe estar incluido en el Texto Único de Procedimientos Administrativos del referido Ministerio.

Ningún Centro de Atención podrá funcionar sin la acreditación respectiva y ninguna dependencia del Estado podrá coordinar acciones ni derivar a personas adultas mayores a los referidos Centros de Atención, bajo responsabilidad, así como las facultades del Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables.



Como una Disposición complementaria que estipula su imite de aplicación en Centros de Atención del Ministerio de Salud, en donde prima su propio reglamento; siendo a su vez preponderante la condición de vulnerabilidad de la persona adulta mayor persona usuaria del Centro de Atención, en situaciones de controversia.

2.4.3. Normas Ambientales:

2.4.3.1. Agenda 21.

La Agenda 21 es un programa para desarrollar la sostenibilidad a nivel planetario, aprobado por 173 gobiernos en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo celebrada en Río de Janeiro en 1992.

Abarca aspectos económicos, sociales y culturales, así como relativos a la protección del medio ambiente. Su capítulo 28 anima a las comunidades locales a crear su propia versión, una Agenda 21 Local.

Lo cierto es que gran parte de los objetivos de la Agenda 21 dependen casi en exclusiva del papel de las comunidades locales. Es decir, de las decisiones, actitudes y comportamientos de los ciudadanos y autoridades locales.

Estas últimas se ocupan de la creación, el funcionamiento y el mantenimiento de la infraestructura económica, social y ecológica, supervisan los procesos de planificación, establecen las políticas y reglamentaciones ecológicas locales y contribuyen a la ejecución de las políticas ambientales en los planos nacional e internacional. Gracias a su cercanía a los ciudadanos, desempeñan una función importantísima en la educación y movilización de la ciudadanía en pro del desarrollo sostenible.



2.4.4. Reglamento Nacional De Edificaciones (Rne)

2.4.3.1. Norma G.040 Definiciones

ARTÍCULO ÚNICO. - Para la aplicación del presente Reglamento se consideran las siguientes definiciones⁵¹:

- **ÁREA BRUTA:**

Es la superficie encerrada dentro de los linderos de la poligonal de un terreno rústico.

- **ÁREA TECHADA:**

Es la suma de las superficies de las edificaciones techadas. Se calcula sumando la proyección de los límites de la poligonal que encierra cada piso, descontando los ductos. No forman parte del área techada, las cisternas, los tanques de agua, los espacios para la instalación de equipos donde no ingresen⁵².

personas, los aleros desde la cara externa de los muros exteriores cuando tienen como fin la protección de la lluvia, las cornisas, balcones y jardineras descubiertas y las cubiertas de vidrio u otro material transparente cuando cubran patios interiores. Los espacios a doble o mayor altura se calculan en el nivel del techo colindante más bajo.

- **ÁREA COMÚN:**

Área libre o techada de propiedad común de los propietarios de los predios en que se ha subdividido una edificación. Se mide entre las caras de los muros que la limitan.

En el caso de áreas comunes colindantes con otros predios se mide hasta el límite de propiedad.

⁵¹ FUENTE: Reglamento Nacional De Edificaciones Fuente especificada no válida.

⁵² FUENTE: Ministerio De Salud, Dirección General De Salud De Las Personas, Dirección Ejecutiva De Normas Técnicas Para La Infraestructura En Salud - Normas Técnicas Para La Elaboración De Proyectos Arquitectónicos Centros De Salud Lima – Perú, noviembre 1994



- **ÁREA DE APORTES:**

Es la suma de las superficies que se transfieren a las entidades beneficiarias para uso público como resultado del proceso de habilitación urbana.

Se calcula sobre el área bruta, menos las áreas que deban cederse para vías expresas, arteriales y colectoras.

- **ÁREA DE RECREACIÓN PÚBLICA:**

Superficie destinada a parques de uso público.

- **ÁREA LIBRE:**

Es la superficie de terreno donde no existen proyecciones de áreas techadas. Se calcula sumando las superficies comprendidas fuera de los linderos de las poligonales definidas por las proyecciones de las áreas techadas sobre el nivel del terreno, de todos los niveles de la edificación y hasta los límites de la propiedad.

- **ÁREA NETA:**

Es la superficie de terreno resultante después de haberse efectuado las cesiones para vías y los aportes reglamentarios.

- **ÁREA OCUPADA:**

Es la suma de las superficies techadas y sin techar de dominio propio, encerrada dentro de los linderos de una poligonal medida hasta la cara exterior de los muros del perímetro o hasta el eje del paramento divisorio en caso de colindancia con otro predio. No incluye los ductos verticales.

- **COEFICIENTE DE EDIFICACIÓN:**

Factor por el que se multiplica el área de un terreno urbano y cuyo resultado es el área techada máxima posible, sin considerar los estacionamientos ni sus áreas tributarias.



- DUCTO DE BASURA:

Conducto vertical destinado a la conducción de residuos sólidos hacia un espacio de almacenamiento provisional.

- DUCTO HORIZONTAL:

Conducto técnico destinado a contener instalaciones de una edificación, capaz de permitir su atención por personal especializado.

- DUCTO DE INSTALACIONES:

Conducto técnico vertical u horizontal destinado a portar líneas y accesorios de instalaciones de una edificación, capaz de permitir su atención directamente desde un espacio contiguo.

- DUCTO DE VENTILACIÓN:

Conducto vertical destinado a permitir la renovación de aire de ambientes de servicio de una edificación, por medios naturales o mecanizados.

- EQUIPAMIENTO DE LA EDIFICACIÓN:

Conjunto de componentes mecánicos y electromecánicos, necesarios para el funcionamiento de una edificación.

- EQUIPAMIENTO SOCIAL:

Edificaciones destinadas a educación, salud y servicios sociales.

- EQUIPAMIENTO URBANO:

Edificaciones destinadas a recreación, salud, educación, cultura, transporte, comunicaciones, seguridad, administración local, gobierno y servicios básicos.

- ESTACIONAMIENTO:

Superficie pavimentada, con o sin techo, destinada exclusivamente al estacionamiento de vehículos.

- PENDIENTE PROMEDIO DE UN TERRENO:

Es el porcentaje que señala la inclinación media de un terreno con respecto al plano horizontal, calculado en base a los niveles máximo y mínimo.

- PERSONA CON DISCAPACIDAD:

Persona que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, síquicas o sensoriales, congénitas o adquiridas, de carácter temporal o permanente, se encuentra limitado en su capacidad educativa, laboral de integración social con respecto a una persona sin estas limitaciones.

**2.4.3.2. Norma Técnica A.120 “Accesibilidad Para Personas Con Discapacidad Y De Las Personas Adultas Mayores” Accesibilidad Arquitectónica
(Ministerio De Las Mujeres Y Poblaciones Vulnerables)**

ARTÍCULO 1°: Objeto

La presente Norma establece las condiciones y especificaciones técnicas de diseño para la elaboración de proyectos y ejecución de obras de edificación, y para la adecuación de las existentes donde sea posible, con el fin de hacerlas accesibles a las personas con discapacidad y/o adultas mayores.

ARTÍCULO 2°: Alcances

La presente Norma será de aplicación obligatoria, para todas las edificaciones donde se presten servicios de atención al público, de propiedad pública o privada.

a.- Para las edificaciones de servicios públicos

b.- Las áreas de uso común de los Conjuntos Habitacionales y Quintas, así como los vestíbulos de ingreso de los Edificios Multifamiliares para los que se exija ascensor.

ARTÍCULO 3°: Definiciones



Para los efectos de la presente Norma se entiende por:

- **PERSONA CON DISCAPACIDAD:** Aquella que, temporal o permanentemente, tiene una o más deficiencias de alguna de sus funciones físicas, mentales ó sensoriales que implique la disminución o ausencia de la capacidad de realizar una actividad dentro de formas o márgenes considerados normales.
- **PERSONA ADULTO MAYOR:** De acuerdo al artículo 2 de la Ley N 28803 de las Personas adultas mayores. Se entiende por Personas Adultas Mayores a todas aquellas que tengan 60 o más años de edad.
- **ACCESIBILIDAD:** La condición de acceso que presta la infraestructura urbanística y edificatoria para facilitar la movilidad y el desplazamiento autónomo de las personas, en condiciones de seguridad.
- **RUTA ACCESIBLE:** Ruta libre de barreras arquitectónicas que conectan los elementos y ambientes públicos accesibles dentro de una edificación.
- **BARRERAS ARQUITECTÓNICAS:** Son aquellos impedimentos, trabas u obstáculos físicos que limitan o impiden la libertad de movimiento de personas con discapacidad.
- **SEÑALIZACIÓN:** Sistema de avisos que permite identificar los elementos y ambientes públicos accesibles dentro de una edificación, para orientación de los usuarios.
- **SEÑALES DE ACCESO:** Símbolos convencionales utilizados para señalar la accesibilidad a edificaciones y ambientes.
- **SERVICIOS DE ATENCIÓN AL PÚBLICO:** Actividades en las que se brinde un servicio que pueda ser solicitado libremente por cualquier persona. Son servicios de atención al público, los servicios de salud, educativos, recreacionales, judiciales, de los gobiernos central, regional y local, de seguridad ciudadana, financieros, y de transporte.

CONDICIONES GENERALES

ARTÍCULO 4°

Ambientes y Ruta Accesibles 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.

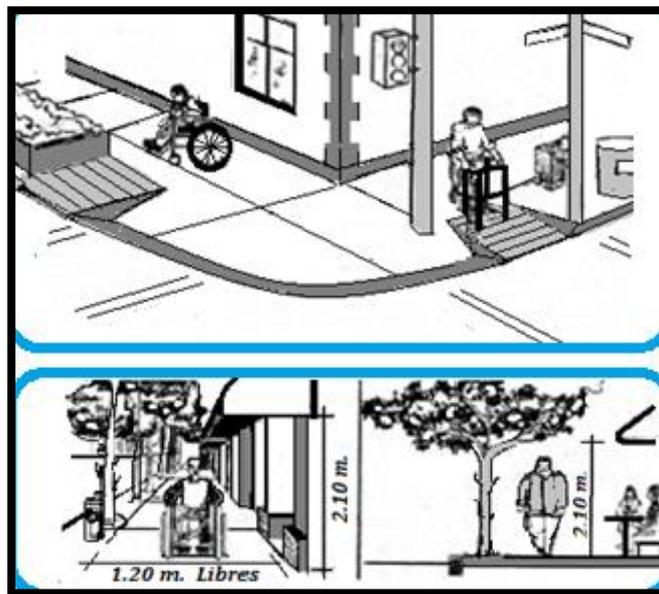


Figura 56: Ruta Accesibles.

FUENTE: Guía Grafica De La Norma Técnica A .120.

ARTÍCULO 5°

Superficie del Suelo en Ambiente y Rutas Accesibles En las áreas de acceso a las edificaciones deberá cumplirse lo siguiente:

- a) Los pisos de los accesos deberán estar fijos, uniformes y tener una superficie con materiales antideslizantes.
- b) Los pasos y contrapasos de las gradas de escaleras, tendrán dimensiones uniformes.

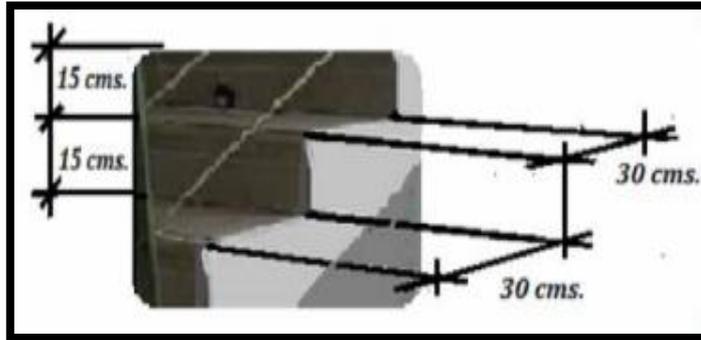


Figura 57:Pasos y Contrapasos.

Fuente: Guía Grafica De La Norma Técnica A .120.

- c) El radio del redondeo de los cantos de las gradas no será mayor de 13mm.

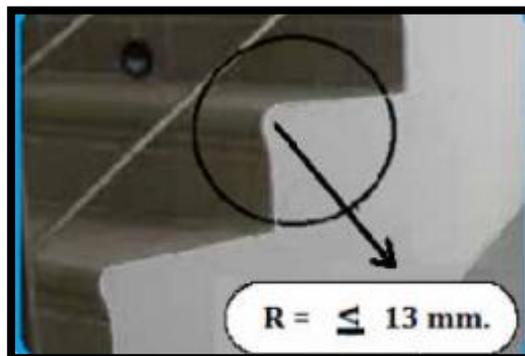


Figura 58:Radio de Rondeo de Canto.

FUENTE: Guía Grafica De La Norma Técnica A .120.

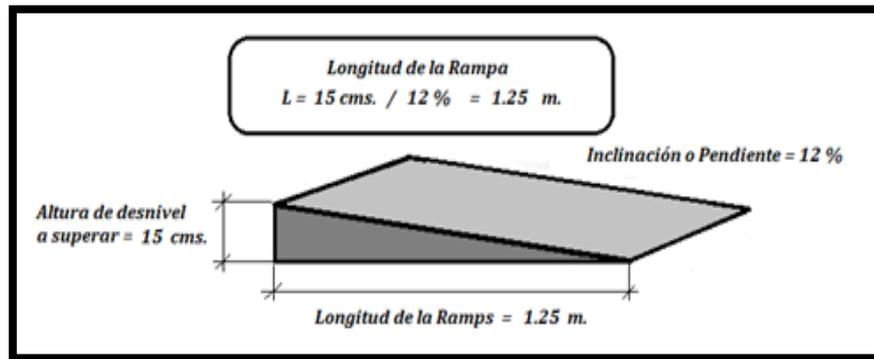


Figura 59: Longitud de Rampa.

FUENTE: Guía Grafica De La Norma Técnica A .120.

- Los cambios de nivel hasta de 6mm, pueden ser verticales y sin tratamiento de bordes; entre 6 mm y 13 mm deberán ser biselados, con una pendiente no mayor de 1:2, y los superiores a 13 mm deberán ser resueltos mediante rampas.
- 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 13 mm. Cuando las platinas tengan una sola dirección, estas deberán ser perpendiculares al sentido de la circulación⁵³.



Figura 60: Rejilla Colocada en la acera o Vereda.

FUENTE: Guía Grafica De La Norma Técnica A .120.

⁵³ Fuente: Norma Técnica A.120 “Accesibilidad Para Personas Con Discapacidad Y De Las Personas Adultas Mayores”

ARTÍCULO 6° Ingresos Y Circulaciones

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.



Figura 61: Ingreso principales escaleras y rampas.

FUENTE: Guía Grafica De La Norma Técnica A .120.

- a) El ingreso principal será 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.

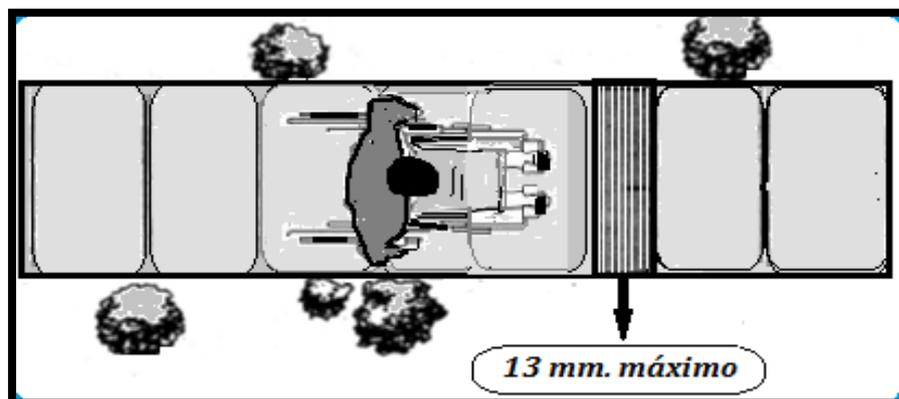


Figura 62: Ingreso Principales Accesibles.

FUENTE: Guía Grafica De La Norma Técnica A .120.

ARTÍCULO 7°. - Dimensiones De Espacios Accesibles.

Todas las edificaciones de uso público o privadas de uso público, deberán ser accesibles en todos sus niveles para personas con discapacidad.

ARTÍCULO 8°. - Puertas Y Mamparas.

Las dimensiones y características de puertas y mamparas deberán cumplir lo siguiente:

-El ancho mínimo de las puertas será de 1.20m para las principales y de 90cm para las interiores. En las puertas de dos hojas, una de ellas tendrá un ancho mínimo de 90cm.

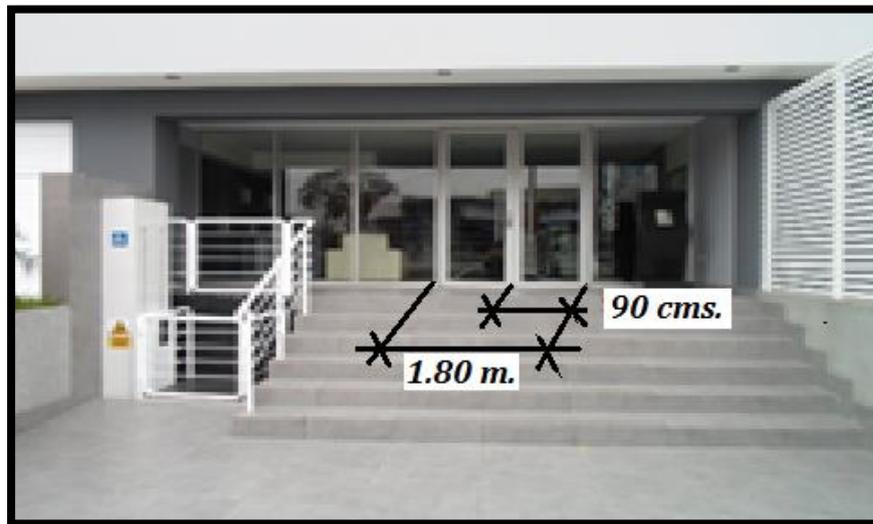


Figura 63: Puertas y Mamparas.

FUENTE: Guía Gráfica De La Norma Técnica A .120.

- De utilizarse puertas giratorias o similares, deberá preverse otra que permita el acceso de las personas en sillas de ruedas.
- El espacio libre mínimo entre dos puertas batientes consecutivas abiertas será de 1.20m.

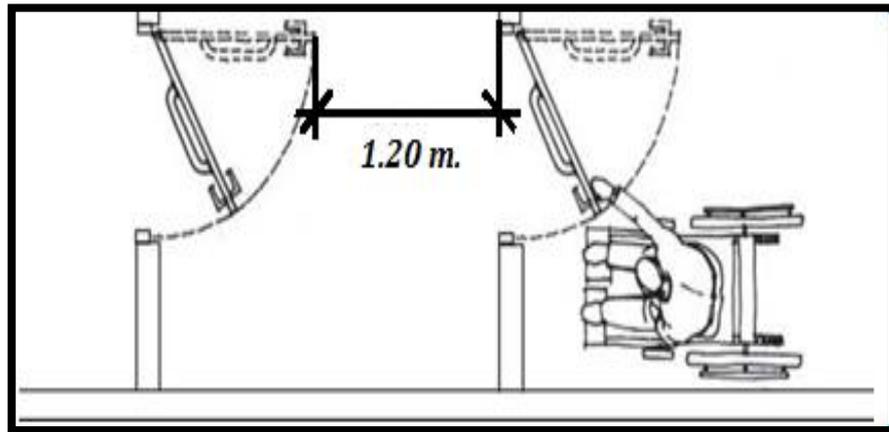


Figura 64:Espacio libre de puertas.

FUENTE: Guía Grafica De La Norma Técnica A .120.

ARTÍCULO 9°. - Rampas.

Las condiciones de diseño de rampas son las siguientes:

- 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:



Figura 65:Ancho mínimo de Rampa.

FUENTE: Guía Grafica De La Norma Técnica A .120.

Tabla 14: Cuadro de Rangos de Pendiente Máxima.

	DESDE	HASTA	%	
DIFERENCIAS DE NIVEL	13 mm	0.25 m	12%	PENDIENTE MAXIMA
	0.26 m	0.75 m	10%	
	0.76 m	1.20 m	8%	
	1.21 m	1.80 m	6%	
	1.81. m	2.0. m	4%	
	Mayor a	2.01 m	2%	

Fuente: elaboración propia.

Las diferencias de nivel podrán sortearse empleando medios mecánicos.

Plataformas Elevadoras

Salva Escaleras



Figura 66: Escaleras y medios mecánicos.

FUENTE: Guía Gráfica De La Norma Técnica A .120.

- 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.

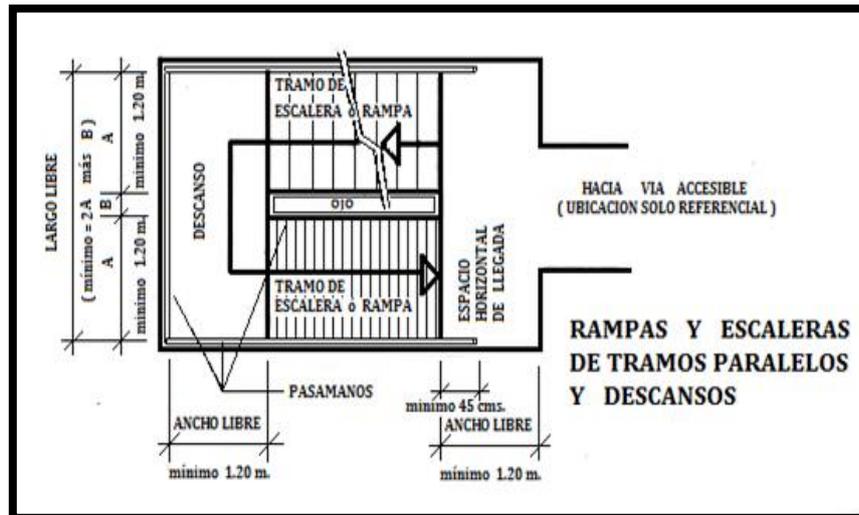
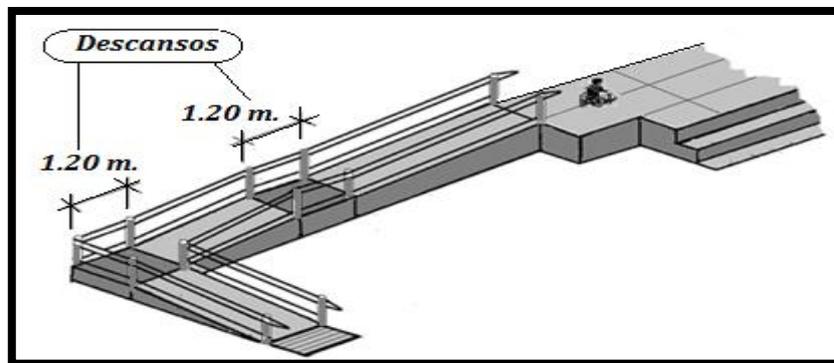


Figura 67:descanso entre tramos de rampa.

FUENTE: Guía Grafica De La Norma Técnica A .120.

- 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.



Figura

68:Dimensiones de escaleras.

FUENTE: Guía Grafica De La Norma Técnica A .120.

ARTÍCULO 15°. - Servicios Higiénicos.

En las edificaciones cuyo número de ocupantes demande servicios higiénicos por lo menos un inodoro, un lavatorio y un urinario deberán cumplir con los requisitos para personas con discapacidad, el mismo que deberá cumplir con los siguientes requisitos:

✚ LAVATORIOS.

Los lavatorios deben instalarse adosados a la pared o empotrados en un tablero individualmente y soportar una carga vertical de 100 kg.



Figura 69:lavatorios.

FUENTE: Guía Grafica De La Norma Técnica A .120.

- 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.

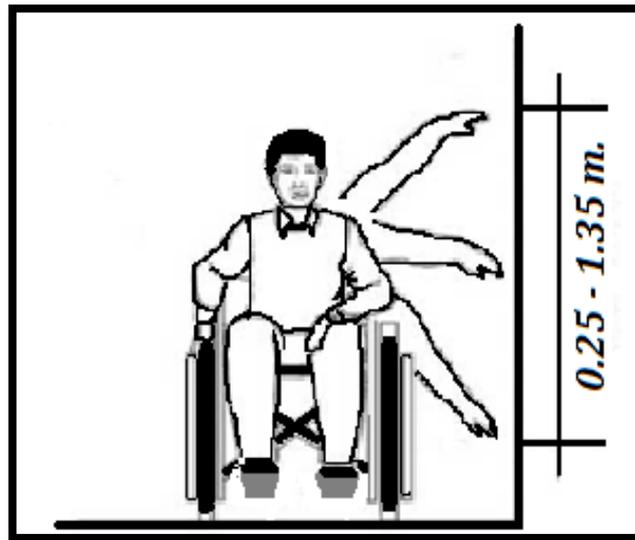


Figura 70:Maniobra de movimiento.

FUENTE: Guía Grafica De La Norma Técnica A .120.

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.

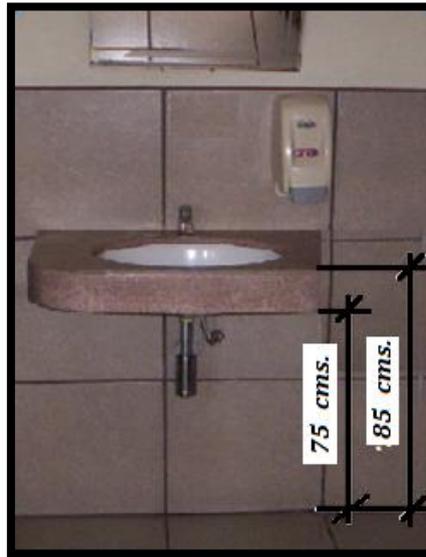


Figura 71: Altura del lavatorio.

FUENTE: Guía Grafica De La Norma Técnica A .120.

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.

INODOROS

El cubículo para inodoro tendrá dimensiones mínimas de 1.50 m. por 2 m., con una puerta de ancho no menor de 90cm y barras de apoyo tubulares adecuadamente instaladas, como se indica en la figura.

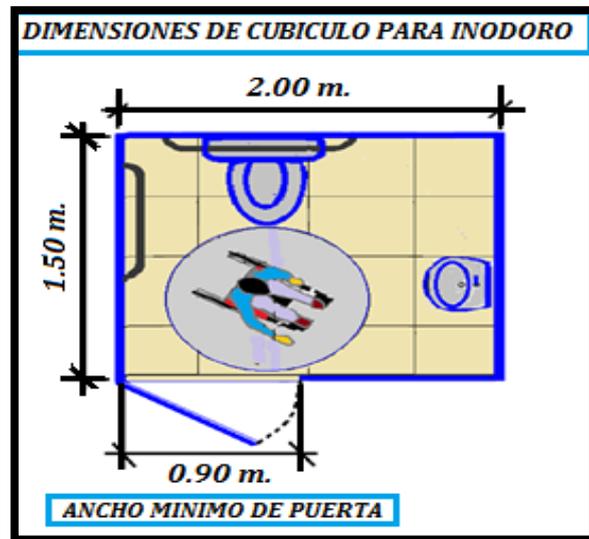


Figura 72: dimensiones de cubículo para Inodoro.

FUENTE: Guía Grafica De La Norma Técnica A .120.

- Los inodoros se instalarán con la tapa del asiento entre 45 y 50cm sobre el nivel del piso.

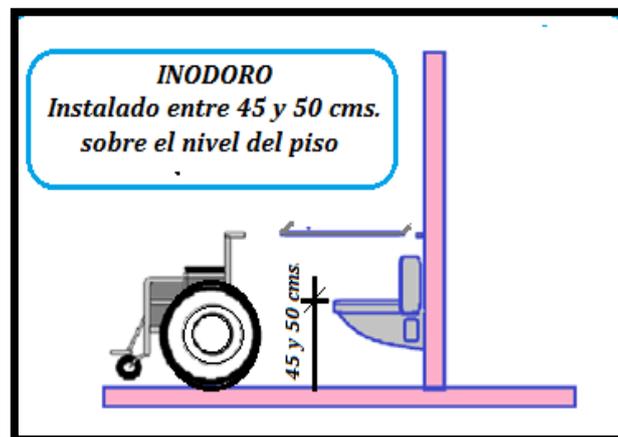


Figura 73: Corte de espacio de ss.hh.

FUENTE: Guía Grafica De La Norma Técnica A .120.

- La papelera deberá ubicarse de modo que permita su fácil uso. No deberá utilizarse dispensadores que controlen el suministro

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.



Figura 74:Urinario.

FUENTE: Guía Grafica De La Norma Técnica A .120.

- 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, según la figura.



Figura 75: Barras Tubulares verticales.

FUENTE: Guía Grafica De La Norma Técnica A .120.

- Se podrán instalar separadores, siempre que el espacio libre entre ellos sea mayor de 75 cm.
- Se colocarán ganchos de 12 cm. de longitud para colgar muletas a 1.60 m. de altura, en ambos lados de los lavatorios, urinario e inodoros.



Figura 76: Separadores.

FUENTE: Guía Grafica De La Norma Técnica A .120.

TINAS

- Las tinas se instalarán encajonadas entre tres paredes como se muestra en las figuras.
- La longitud del espacio depende de la forma en que acceda la persona en silla de ruedas, como se indica en los mismos gráficos. En todo caso, deberá existir una franja libre de 75cm. de ancho, adyacente a la tina y en toda su longitud, para permitir la aproximación de la persona en silla de ruedas. En uno de los extremos de esta franja podrá ubicarse, de ser necesario, un lavatorio.

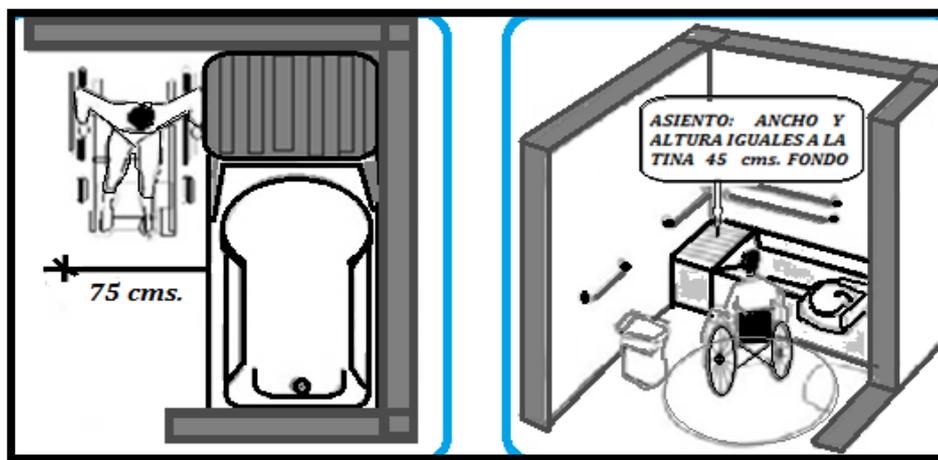


Figura 77: Dimensiones de la Tina.

FUENTE: Guía Grafica De La Norma Técnica A .120.

- En el extremo de la tina opuesto a la pared donde se encuentre la grifería, deberá existir un asiento o poyo de ancho y altura iguales al de la tina, y de 45 cm. de profundidad como mínimo, como aparece en los Gráficos. De no haber espacio para dicho poyo, se podrá instalar un asiento removible como se indica, que pueda ser fijado en forma segura para el usuario.

- Las tinas estarán dotadas de una ducha-teléfono con una manguera de, por lo menos 1.50 m. de largo que permita usarla manualmente o fijarla en la pared a una altura ajustable entre 1.20 m y 1.80 m.

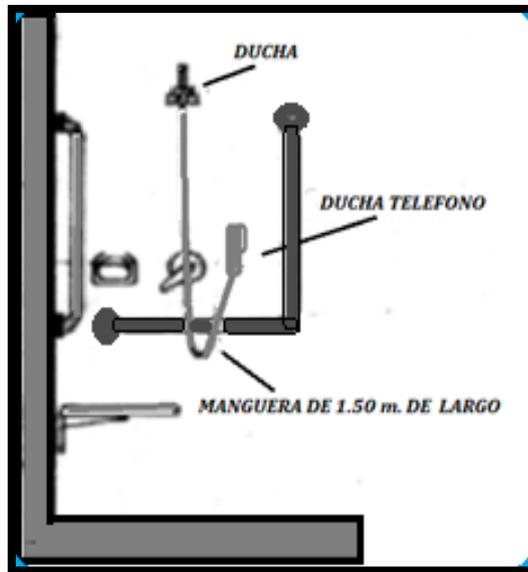


Figura 78:Alturas de ubicación de accesorios.

FUENTE: Guía Grafica De La Norma Técnica A .120.

- Deberá instalarse, adecuadamente, barras de apoyo tubulares, tal como se indica.

- Los pisos serán antideslizantes.

DUCHAS

- Las duchas tendrán dimensiones mínimas de 90cm x 90cm y estarán encajonadas entre tres paredes, tal como se muestra en el Gráfico. En todo caso deberá existir un espacio libre adyacente de, por lo menos, 1.50 m. por 1.50 m. que permita la aproximación de una persona en silla de ruedas.

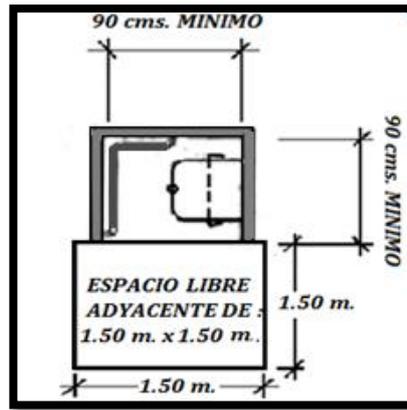


Figura 79:Planta de la ducha.

- Las duchas deberán tener un asiento rebatible o removible de 45cm de profundidad por 50 cm. De ancho, como mínimo, con una altura entre 45 cm. y 50 cm., en la pared opuesta a la de la grifería.

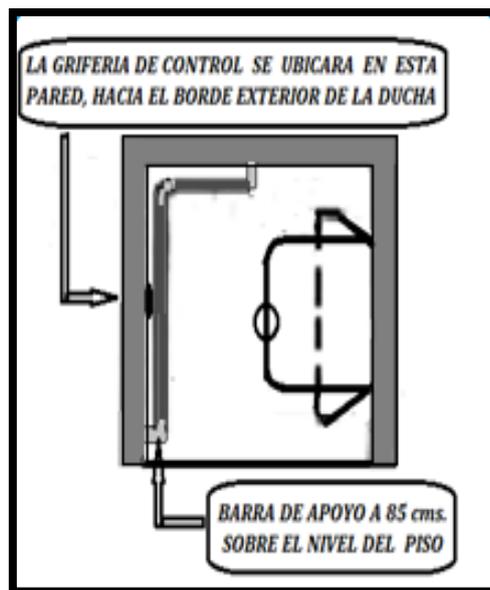


Figura 80:Dimensiones Mínimas De La Ducha.

FUENTE: Guía Grafica De La Norma Técnica A .120.

- La grifería y las barras de apoyo se ubicarán según la misma figura.

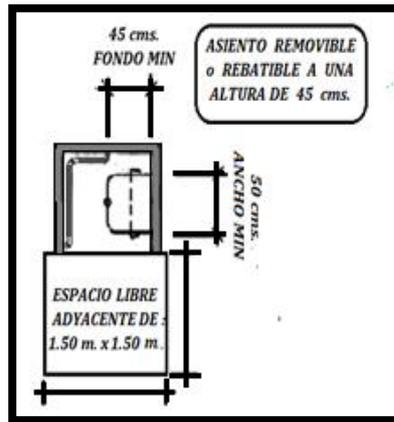


Figura 81: barras de apoyo en grifería.

FUENTE: Guía Grafica De La Norma Técnica A .120.

- Las duchas no llevarán sardineles. Entre el piso del cubículo de la ducha y el piso adyacente podrá existir un chaflán de 13mm. de altura como máximo.

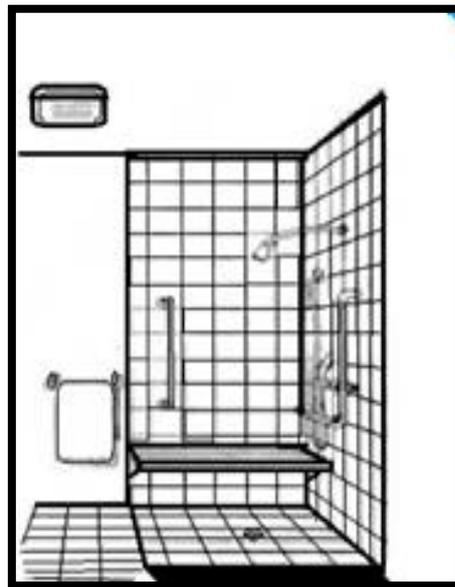


Figura 82: Diseño Interior Del Ss.hh.

FUENTE: Guía Grafica De La Norma Técnica A .120.

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. Deberán anclarse adecuadamente y soportar una carga de 120k. Sus dispositivos de montaje deberán ser firmes y estables, e impedir la rotación de las barras dentro de ellos.
- Los asientos y pisos de las tinas y duchas deberán ser antideslizantes y soportar una carga de 120 k.
- 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 1.60 m 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.

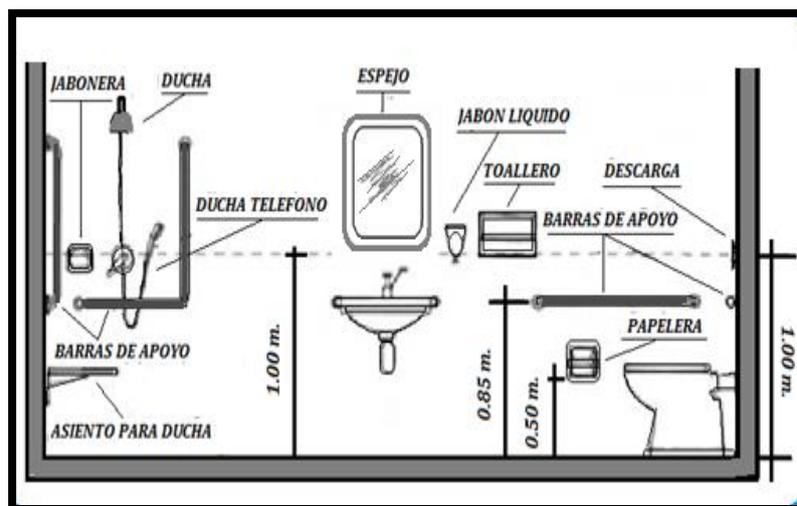


Figura 83: Corte vertical de SS.HH.

FUENTE: Guía Grafica De La Norma Técnica A .120.

- 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.

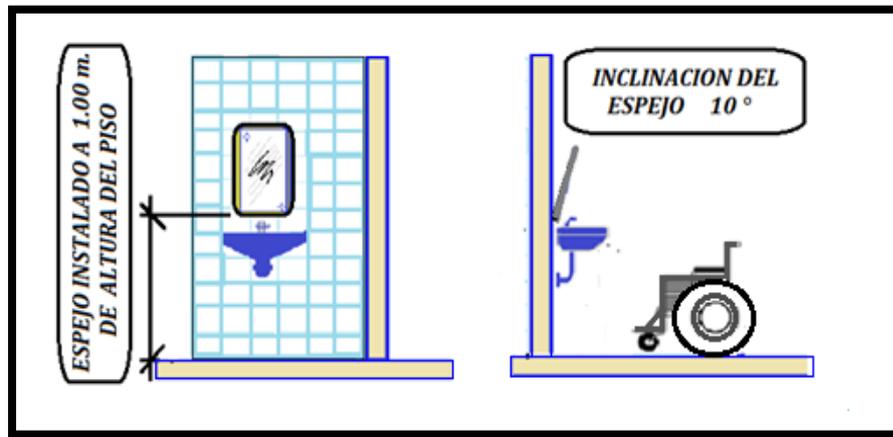


Figura 84: Ubicación de Espejo.

FUENTE: Guía Grafica De La Norma Técnica A .120.

ARTÍCULO 16°. - Estacionamiento:

Los estacionamientos de uso público deberán cumplir las siguientes condiciones:

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 la siguiente tabla:

Tabla 15: Espacio De Estacionamiento Para Vehículos.

NUMERO TOTAL DE ESTACIONAMIENTOS	ESTACIONAMIENTOS RESERVADOS
DE 0 á 5 ESTACIONAMIENTOS	NINGUNO
DE 6 á 20 ESTACIONAMIENTOS	1 ESTACIONAMIENTO
DE 21 á 50 ESTACIONAMIENTOS	2 ESTACIONAMIENTOS
DE 51 á 400 ESTACIONAMIENTOS	2 ESTACIONAMIENTOS POR CADA 50
MAS DE 400 ESTACIONAMIENTOS	16 MAS 1 POR 100 EST. ADICIONALES

FUENTE: Guía Grafica De La Norma Técnica A .120.

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.

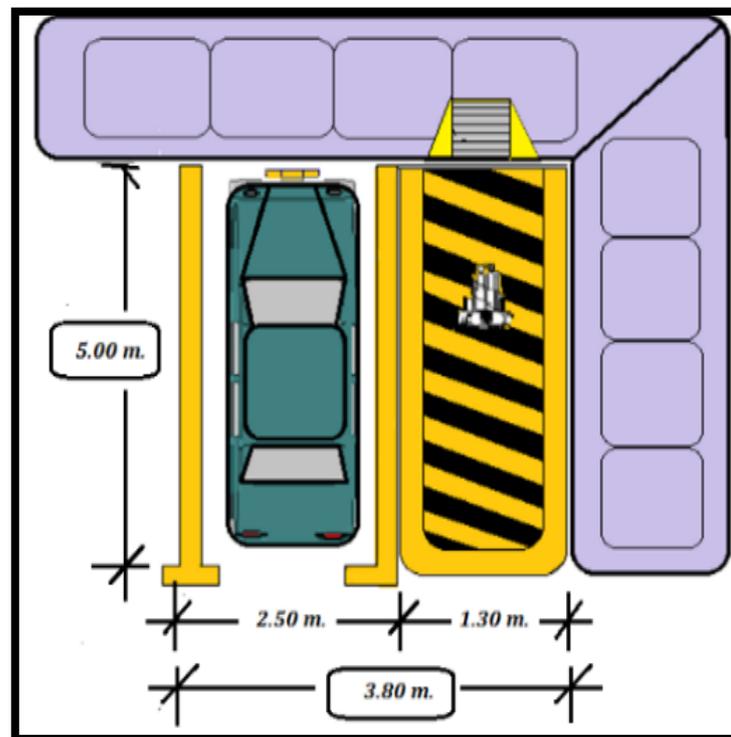


Figura 85: Dimensiones Para Estacionamiento.

FUENTE: Guía Grafica De La Norma Técnica A .120.

ARTÍCULO 17° Comercio Y Administración

Las edificaciones para comercio y oficinas deberán cumplir con los siguientes requisitos adicionales:

Donde existan probadores de ropa, por lo menos uno deberá cumplir con las condiciones de accesibilidad, para lo cual el vano de acceso deberá tener un ancho mínimo de 0.90m, sus dimensiones mínimas deberán considerar un espacio libre de 1.50 m de radio y estará provista de una banca de 0.65 m x 1.25 m, que podrá ser rebatible, a una altura de 0.50 m del nivel del piso, fijada a la pared.

En los restaurantes y cafeterías con capacidad para más de 100 personas, deberán proveerse un 5% de espacios accesibles para personas con discapacidad, en las mismas condiciones que los demás espacios.

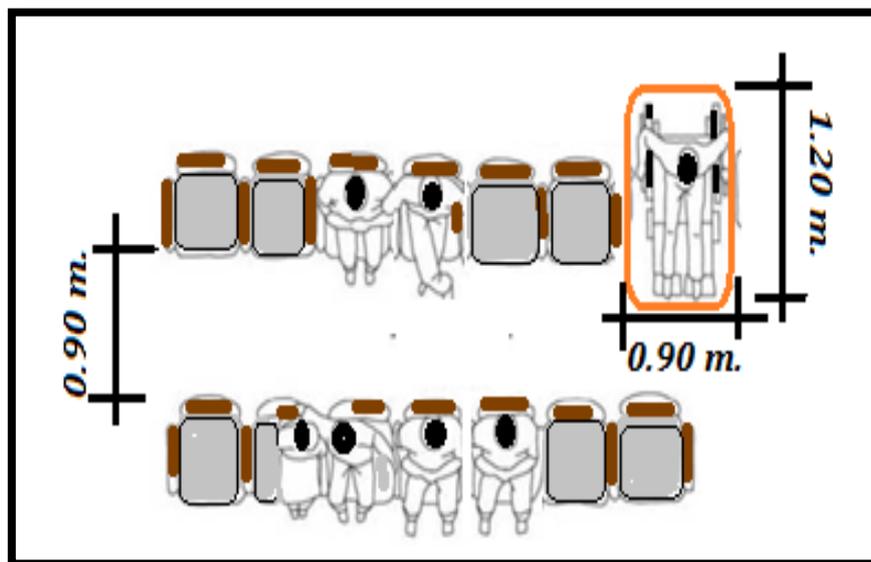


Figura 86:Espacio de Comedor.

FUENTE: Guía Grafica De La Norma Técnica A .120.

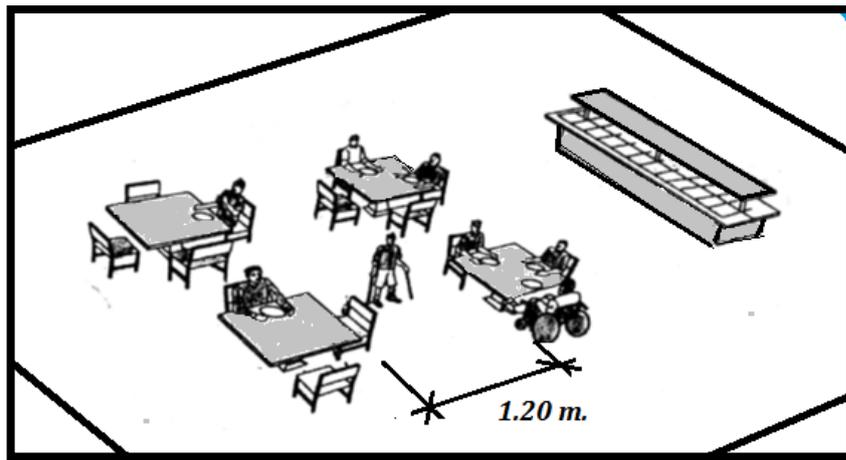


Figura 87: Sala De Espera.

FUENTE: Guía Grafica De La Norma Técnica A .120.

2.4.3.3. Planpam 2013-2017

El Perú cuenta desde el 16 de junio de 2013 con un Plan Nacional de Personas Adultas Mayores PLANPAM 2013-2017, basado en cuatro políticas esenciales, con el fin de promover para este sector de la población una adecuada gestión intersectorial, intergubernamental e interinstitucional por el envejecimiento activo y saludable. La ley N^o 28803 LEY DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, busca garantizar el ejercicio pleno de los derechos reconocidos en la Constitución Política y los Tratados Internacionales vigentes de las Personas Adultas Mayores para mejorar su calidad de vida y que se integren plenamente al desarrollo social, económico, político y cultural, contribuyendo al respeto de su dignidad.

2.4.3.4. Norma Gh. 020 Componentes De Diseño Urbano

ARTÍCULO 18.- Las veredas deberán diferenciarse con relación a la berma o a la calzada, el cambio de nivel recomendable es de 0.15 m. a 0.20 m. por encima del nivel de la berma o calzada. Tendrán un acabado antideslizante.

La berma podrá resolverse en un plano inclinado entre el nivel de la calzada y el nivel de la vereda. Las veredas en pendiente tendrán descansos de 1.20 m. de longitud, de acuerdo a lo siguiente:

Tabla 16: Relación De Veredas Y Pendiente.

PENDIENTE	LONGITUDES
- Pendientes hasta 2%	tramos de longitud mayor a 50 m.
- Pendientes hasta 4%	cada 50 m. como máximo
- Pendientes hasta 6%	cada 30 m. como máximo
- Pendientes hasta 8%	cada 15 m. como máximo
- Pendientes hasta 10%	cada 10 m. como máximo

FUENTE: Norma GH. 020.

2.4.3.5. Norma A.010 Condiciones Generales De Diseño

ARTÍCULO 28.- El número y ancho de las escaleras se define según la distancia del ambiente más alejado a la escalera y el número de ocupantes de la edificación a partir del segundo piso, según la siguiente tabla:

Tabla 17: Dimensión De Escaleras Según Residencia.

USO RESIDENCIAL	ANCHO TOTAL REQUERIDO
➤ De 1 a 300 ocupantes	1.20 m. en 1 escalera
➤ De 301 a 800 ocupantes	2.40 m. en 2 escaleras
➤ De 801 a 1,200 ocupantes	3.60 m. en 3 escaleras
➤ De 1 a 300 ocupantes	1.20 m. en 1 escalera
➤ Más de 1,201 ocupantes	Un módulo de 0.60 m por cada 360 ocupantes

Fuente: NORMA A.010

2.4.3.6. Norma A. 030 Hospedaje

ARTÍCULO 6.- Los establecimientos de hospedaje se clasifican y/o categorizan en la siguiente forma:

CLASE	CATEGORÍA
Hotel	Una a cinco estrellas
Apart-hotel	Tres a cinco estrellas
Hostal	Una a tres estrellas
Resort	Tres a cinco estrellas
Ecolodge	—
Albergue	—

Fuente: NORMA A.030.

ARTÍCULO 17.- El número de ocupantes de la edificación para efectos del cálculo de las salidas de emergencia, pasajes de circulación de personas, ascensores y ancho y número se hará según lo siguiente:

Tabla 18: Cálculo De Salida De Emergencia Por Clase.

CLASE/CATEGORIA	LONGITUD
Hoteles de 4 y 5 estrellas	18.0 mt ² por persona
Hoteles de 2 y 3 estrellas	15.0 mt ² por persona
Hoteles de 1 estrella	12.0 mt ² por persona
Apart-hotel de 4 y 5 estrellas	20.0 mt ² por persona
Apart-hotel de 2 y 3 estrellas	17.0 mt ² por persona
Apart-hotel de 1 estrella	14.0 mt ² por persona
Hostal de 1 a 3 estrellas	12.0 mt ² por persona
Resort	20.0 mt ² por persona

FUENTE: Artículo 17.

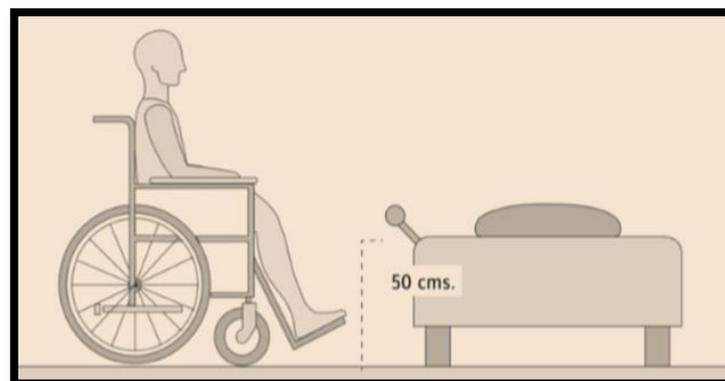


Figura 88: Circulación En Silla De Ruedas.

Fuente: Artículo 17.

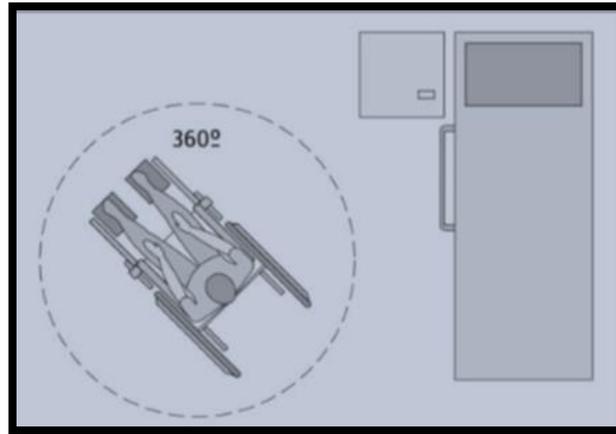


Figura 89: Recorrido 1.

FUENTE: Artículo 17

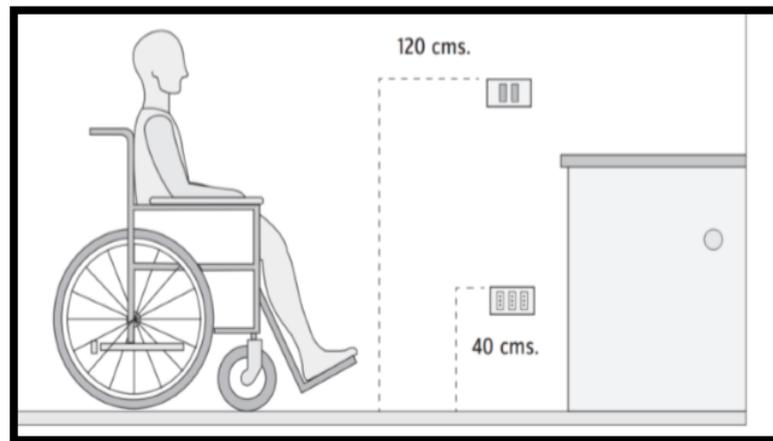


Figura 90: Recorrido 2.

FUENTE: Artículo 17

2.4.3.7. Norma A. 050 Salud

ARTÍCULO 6.- El número de ocupantes de una edificación de salud para efectos del cálculo de las salidas de emergencia, pasajes de circulación de personas, ascensores y ancho y número de escaleras, se determinará según lo siguiente:

Tabla 19: Número De Ocupantes De Una Edificación De Salud.

ESPACIOS	MEDIDAS
Áreas de servicios ambulatorios y diagnóstico	6.0 mt ² por persona
Sector de habitaciones (superficie total)	8.0 mt ² por persona
Oficinas administrativas	10.0 mt ² por persona
Áreas de tratamiento a pacientes internos	20.0 mt ² por persona
Salas de espera	0.8 mt ² por persona
Servicios auxiliares	8.0 mt ² por persona
Depósitos y almacenes	30.0 mt ² por persona

Fuente: NORMA A-050.

ARTÍCULO 9.- En un Hospital existen siete tipos de flujos de circulación, en función del volumen, horario, confiabilidad y compatibilidad:

- Circulación de pacientes ambulatorios
- Circulación de pacientes internados
- Circulación de personal
- Circulación de visitantes
- Circulación de suministros
- Circulación de ropa sucia

- Circulación de desechos



Figura 91: Tipología de Circulación.

FUENTE: NORMA A-050

ARTÍCULO 11.- Las áreas de estacionamiento de vehículos deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Estar separadas para personal del Hospital, visitantes y pacientes ambulatorios.
- b) Considerar un vehículo por cada cama hospitalaria.
- c) Establecer espacios reservados exclusivamente para los vehículos de las personas con discapacidad. Estas zonas deben construirse en forma tal que permitan adosar una silla de ruedas a cualquiera de los lados del vehículo, con el objeto de facilitar la salida y entrada de estas personas.
- d) La superficie destinada a este tipo de estacionamiento no debe ser menor del 5% del total, y estar situado lo más cerca posible del ingreso principal y de preferencia al mismo nivel que esta.



ARTÍCULO 32.- Se deberá contar con un vestidor para pacientes con discapacidad en las Unidades de Diagnóstico y Tratamiento con las siguientes características:

- a). Las dimensiones mínimas serán de 1.80 x 1.80 metros.
- b). Las puertas serán de 1.00 metro de ancho como mínimo, una de las cuales deberá abatir hacia fuera.
- c). Contarán con barras de apoyo combinadas horizontales y verticales, adyacentes a la banca, colocada a 1.50 metros de altura en su parte superior.

ARTÍCULO 36.- Los baños para pacientes tendrán las siguientes características:

A. DUCHAS

- Las Dimensiones serán de 1.10 m. de ancho por 1.10 m. de largo.
- Contaran con barras de apoyo esquineros de 1 ½» de diámetro y 90 cm. de largo a cada lado de las esquinas colocadas horizontalmente en la esquina más cercana a la ducha a 0.80 m. 1.20 m. 1.50 m. sobre el nivel del piso.
- Tendrán Botones de llamada conectados a la estación de enfermeras colocados a 0.60 m. sobre el nivel del piso. Tendrán bancas de transferencia de paciente.

B. INODOROS

- El área donde se ubica el inodoro tendrá 1.10 m. de ancho.
- Tendrán Botones de llamada conectados a la estación de enfermeras colocadas a 0.60 m. sobre el nivel del piso.

2.4.3.8. NORMA A.080 OFICINAS

ARTÍCULO 15.- Las edificaciones para oficinas, estarán provistas de servicios sanitarios para empleados, según lo que se establece a continuación:



Tabla 20: Edificaciones Para Oficinas.

NÚMERO DE OCUPANTES	HOMBRES	MUJERES	MIXTO
De 1 a 6 empleados	1L, 1u, 1I		
De 7 a 20 empleados	1L, 1u, 1I 1L	1I	
De 21 a 60 empleados	2L, 2u	2I 2L	2I
De 61 a 150 empleados	3L, 3u, 3I	3L, 3I	
Por cada 60 empleados adicionales	1L, 1u, 1I	1L, 1I	
L: Lavatorio U: Urinario I: Inodoro			

Fuente: NORMA A-080

2.4.3.9. Norma A.090 Servicios Comunales

ARTÍCULO 11.- El cálculo de las salidas de emergencia, pasajes de circulación de personas, ascensores y ancho y número de escaleras se hará según la siguiente tabla de ocupación:

Tabla 21: Salida De Emergencia.

TABLA DE OCUPACION	
ESPACIOS	DIMENSIONES
Ambientes para oficinas administrativas	10.0 m ² por persona
Asilos y orfanatos	6.0 m ² por persona
Ambientes de reunión	1.0 m ² por persona
Área de espectadores de pie	0,25 m ² por persona
Recintos para culto	1.0 m ² por persona
Salas de exposición	3.0 m ² por persona
Bibliotecas. Área de libros	10.0 m ² por persona
Bibliotecas. Salas de lectura	4.5 m ² por persona
Estacionamientos de uso general	16,0 m ² por persona

Fuente: NORMA A-090

2.4.3.10. Norma A.100 Recreación Y Deportes

ARTÍCULO 7.- El número de ocupantes de una edificación para recreación y deportes se determinará de acuerdo con la siguiente tabla:

Tabla 22: Número De Ocupantes Para Recreación.

TABLA DE RECREACION	
Zona de público	Número de asientos o espacios para espectadores
Discotecas y salas de baile	1.0 m ² por persona
Casinos	2.0 m ² por persona
Ambientes administrativos	10.0 m ² por persona
Vestuarios, camerinos	3.0 m ² por persona
Depósitos y almacenamiento	40.0 m ² por persona
Piscinas techadas	3.0 m ² por persona
Piscinas	4.5 m ² por persona

Fuente: NORMA A-100



ARTÍCULO 22.- Las edificaciones para de recreación y deportes, estarán provistas de servicios sanitarios según lo que se establece a continuación:

Tabla 23:Recreación Y Deportes.

SEGÚN EL NÚMERO DE PERSONAS	HOMBRES	MUJERES
De 0 a 100 personas.	1L, 1u,1I	1L,1I
De 101 a 400.	2L, 2u,2I	2L,2I
Cada 200 personas adicionales	1L, 1u, 1I	1L, 1I
L = lavatorio, u= urinario, I = Inodoro		

Fuente: Artículo 22.

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3. CONTEXTO GENERAL

3.1. Ubicación Política

REGIÓN : PUNO.

DEPARTAMENTO: PUNO.

PROVINCIA : AZÁNGARO.

DISTRITO : ARAPA.

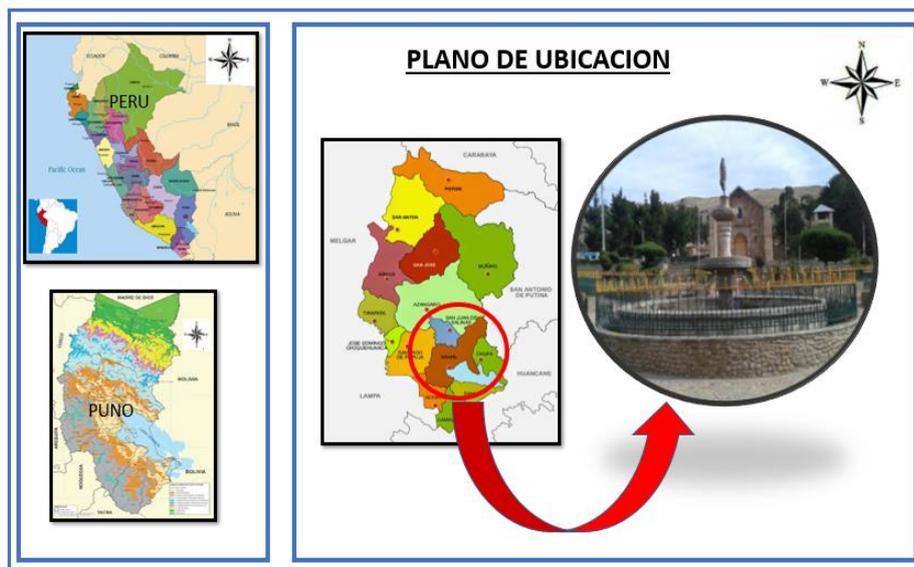


Figura 92: Mapa de Ubicación.

FUENTE: Elaboración Propia.

3.1.1. Ubicación Geográfica:

El distrito de Arapa se encuentra situado al noreste del Lago Titicaca, en la parte norte de la capital del departamento de Puno y al sur de la provincia de Azángaro, se encuentra en la zona denominada Jardín del Altiplano, con la presencia de un clima favorable para el

cultivo de flores, plantas aromáticas, árboles frutales, y con vegetación abundante para la explotación de flora y fauna⁵⁴.

3.1.2. Límites:

Limitando básicamente con pueblos de su misma condición limita por el norte con el distrito de Azángaro y San Juan de Salinas, Limita por el Sur con los Distritos de Achaya y Nicasio por el este con el Lago Arapa y el distrito de Chupa y por el oeste con el de Santiago de Pupuja.

NOROESTE: Distrito de san juan de salinas	NORTE: Distrito de Azángaro	NORESTE: Distrito de Taraco
OESTE: Distrito de Santiago de Pupuja		ESTE: Distrito de Chupa y laguna de Arapa
SUROESTE: Distrito de Achaya	SUR: Distrito de Caminaca	SURESTE: Distrito de Samán

Figura 93: Limitaciones de Arapa.

FUENTE: Elaboración Propia.

3.1.3. Extensión:

Tiene una superficie de 329.85 Km² lo que representa el 7.40% de superficie de la provincia de Azángaro y el 0.62% del Departamento de Puno, se encuentra en la Meseta de Collao, según lo informa el INEI.

⁵⁴ FUENTE: Información estadística del INEI-2017.



Tabla 24: Extensión del Territorio.

PROVINCIA	KM2	PORCENTAJE	REGION NATURAL
TOTAL	1285215.60	100%	SIERRA/SELVA
PUNO	11496	21.95%	SIERRA
AZANGARO	4970.01	27.84%	SIERRA
CARABAYA	12266.40	18.31%	SIERRA/SELVA
CHUCUITO	3978.13	5.94%	SIERRA
EL COLLAO	5600.51	8.36%	SIERRA
HUANCANE	2805.85	4.19%	SIERRA
LAMPA	5791.73	9.65%	SIERRA
MELGAR	6446.85	9.62%	SIERRA
MOHO	1000.41	1.49%	SIERRA
SAN ANTONIO DE PUTINA	3207.38	4.79%	SIERRA
SAN ROMAN	2277.63	3.40%	SIERRA
SANDIA	11862.41	17.71%	SIERRA/SELVA
YUNGUYO	288.31	0.43%	SIERRA

Fuente: Compendio Estadístico Puno 2017-Inei.

En el cuadro anterior, se muestran las superficies y regiones naturales de las provincias de Puno, siendo los más extensos en cuanto a territorio las provincias de Carabaya con 12,266.40 Km. y Sandía con 11,862.41 Km; ambas se encuentran ubicadas en la región sierra y selva, las otras 11 provincias se ubican en la sierra; la provincia de menor extensión es Yunguyo, solamente con 288.31 Km². Fuente⁵⁵ (INEI, Compendio Estadístico Puno., 2017).

3.1.4. Aspectos Físicos Geográficos:

3.1.4.1. Climatología:

El distrito de Arapa presenta un clima templado cuya temperatura máxima llega a los 15.9 y la temperatura mínima es de 2.3 promedio anual. Por temporadas del año, y al ser una

⁵⁵ Fuente: compendio estadístico puno2017-INEI.

zona Circunlacustre. El lago cumple una función termorreguladora y esto permite una mayor producción en la agricultura ejerciendo un gran beneficio especialmente en las áreas más próximas del mismo lago. También en estación de invierno caen fuertes heladas con la presencia de precipitaciones pluviales esporádicas, en la estación de verano se presentan precipitaciones pluviales torrenciales, en esta estación la comunidad se encuentra cubierta de abundante vegetación.

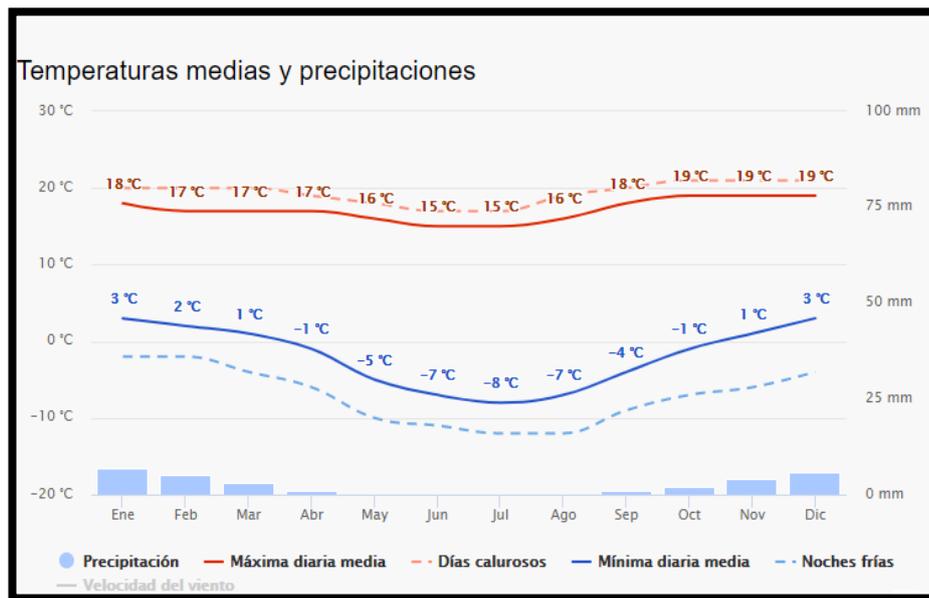


Figura 94: Temperatura Anual de Arapa.

FUENTE: <https://es.climate-data.org/americadel-sur/peru/puno/arapa>

Tabla 25: Tabla Climática.

	Enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	setiembre	octubre	noviembre	diciembre
Temperatura media (°C)	10.1	9.8	9.6	8.8	7.4	5.7	5.4	6.7	8.5	9.8	10	10.2
temperatura mínima (°C)	3.6	3.7	3.3	1.5	-0.9	-3.9	-4.3	-3.1	0	1.3	1.8	3.4
Temperatura máx. (°C)	16.6	16	15.9	16.2	15.7	15.3	15.2	16.5	17	18.3	18.3	17
Temperatura media (°F)	50.2	49.6	49.3	47.8	45.3	42.3	41.7	44.1	47.3	49.6	50	50.4
Temperatura min. (°F)	38.5	38.7	37.9	34.7	30.4	25	24.3	26.4	32	34.3	35.2	38.1
Temperatura máx. (°F)	61.9	60.8	60.6	61.2	60.3	59.5	59.4	61.7	62.6	64.9	64.9	62.6
Precipitación (mm)	138	111	112	51	12	5	3	11	30	47	66	102

FUENTE: Elaboración Propia.

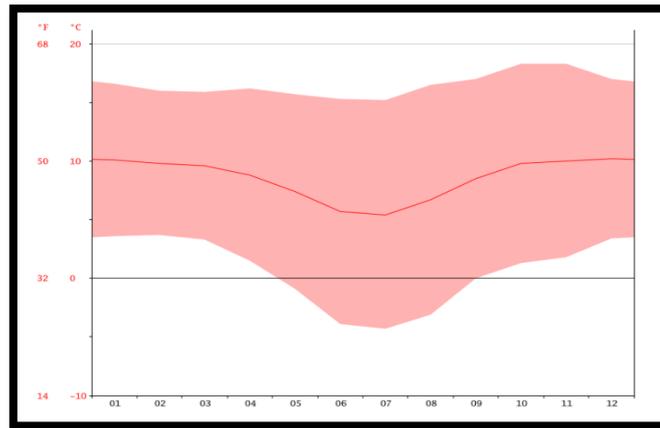


Figura 95: Temperatura Anual de Arapa.

FUENTE: <https://es.climate-data.org/america-del-sur/peru/puno/arapa>

Diciembre es el mes más cálido del año. La temperatura en diciembre promedios 10.2° C. Las temperaturas medias más bajas del año se producen en julio, cuando está alrededor de 5.4° C.

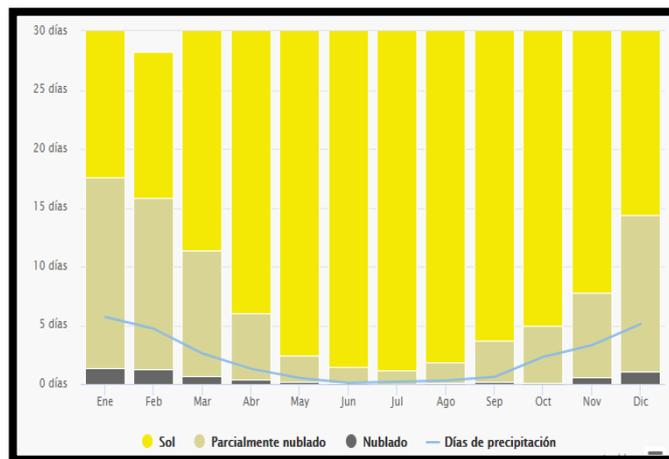


Figura 96: Cielo nublado, sol y días de precipitación.

FUENTE: <https://es.climate-data.org/america-del-sur/peru/puno/arapa>

El gráfico muestra el número mensual de los días de sol, en parte nublados, nublados y precipitaciones. Los días con menos de 20% de cubierta de nubes se consideran como días soleados, con 20-80% de cubierta de nubes como parcialmente nublados y más del 80% como nublados. Mientras [Reikiavik en Islandia](#) ha días principalmente

nublados, **Sossusvlei en el desierto de Namibia** es uno de los lugares con más sol en el planeta.

Nota: En los climas tropicales, como en Malasia o Indonesia el número de días de precipitación puede ser sobrestimado por un factor de hasta 2.

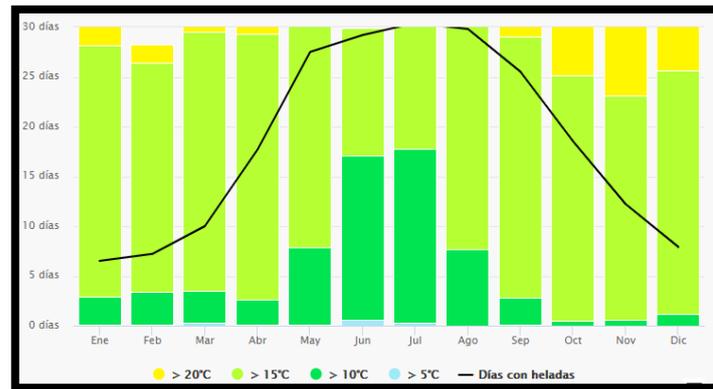


Figura 97: Temperaturas Máximas.

Fuente: https://www.meteoblue.com/es/tiempo/pronostico/modelclimate/arapa_per%C3%BA_3947385

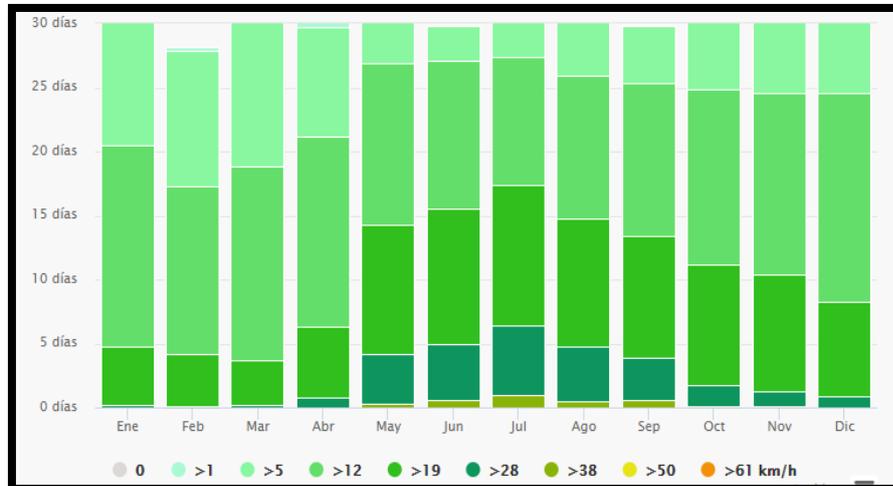


Figura 98: Velocidad de Viento.

Fuente: https://www.meteoblue.com/es/tiempo/pronostico/modelclimate/arapa_per%C3%BA_3947385

El diagrama de Arapa muestra los días por mes, durante los cuales el viento alcanza una cierta velocidad. Un ejemplo interesante es la **meseta tibetana**, donde el monzón crea vientos fuertes y regulares de Diciembre a Abril y vientos tranquilos de Junio a Octubre.

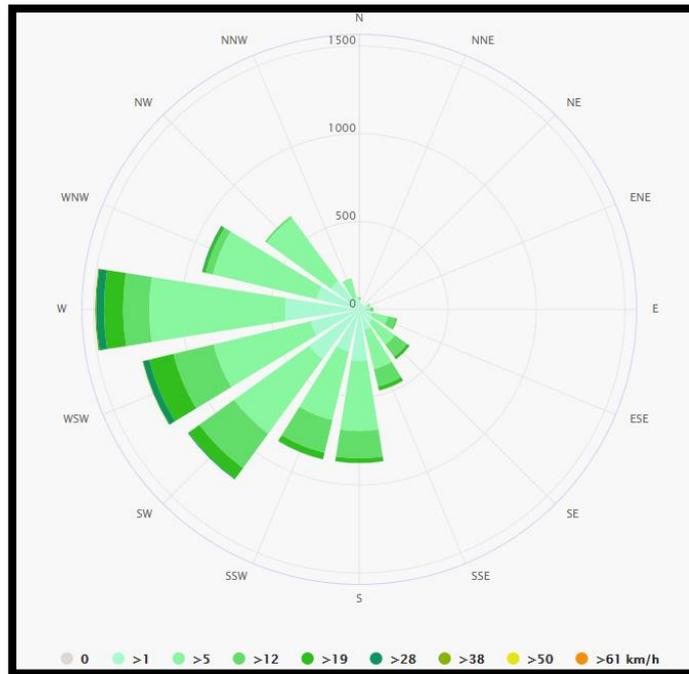


Figura 99: Rosa de los vientos.

Fuente: https://www.meteoblue.com/es/tiempo/pronostico/modelclimate/arapa_per%C3%BA_3947385.

La Rosa de los vientos para Arapa muestra el número de horas al año que el viento sopla en la dirección indicada. Ejemplo SO: El viento está soplando desde el Suroeste (SO) para el Noreste (NE). **Cabo de Hornos**, el punto de la Tierra más meridional de América del Sur, tiene un fuerte viento característico del Oeste, lo cual hace los cruces de Este a Oeste muy difícil, especialmente para los barcos de vela.

3.1.5. Aspectos Hidrográficos:

Este sistema está conformado por el lago Arapa y los ríos ubicados en esta zona, el lago Arapa se encuentra ubicado en la zona norte del departamento, en los distritos de Arapa, samán, chupa de la provincia de Azángaro. Se encuentra a una altitud de 3,854 m.s.n.m., con una latitud sur de 15°08'12'', altitud oeste 70°39', de una longitud máxima: 9,400; profundidad máxima 85.0; profundidad media 27.0; área en has 15,740.0; perímetro 106.90, con una extensión de 132 km². Uno de los ríos de mayor consideración es el río Azángaro, pero además de este existen riachuelos provenientes de vertientes, manantiales de aguas subterráneas cuyo recorrido forman quebradas, en épocas de lluvias suben su

caudal, entre estas tenemos: Puruñani, japisi, apacheta, pasan por un costado de villa Betanzos y desemboca en el lago Arapa. Trapiche, Impuchi, y accomayo desemboca en el lago de Arapa. Riachuelos que son permanentes en el rio Ramis y esto hasta el Lago Titicaca. Temperatura: El verano oscila entre 13. 3° y 15. 3° C en invierno es de 10.5° y 8° C.



Figura 100: Hidrografía de Arapa.

FUENTE: <http://arapallacta.blogspot.com/2017/07/aspectogeografico-situaciongeografica.html>

3.1.5.1. Ríos

Por una pequeña sección del distrito pasa el río Azangaro, también se puede apreciar el río Curpumayo quien luego de pasar por Arapa desemboca en el Lago Titicaca.

3.1.5.2. Riachuelos

Los principales riachuelos son. Queskamayo, Quisqueya, quienes pasan por la parte de la quebrada Lulipunku, asimismo tenemos a los riachuelos de Trapiche, Ttaccahuati, Impuchi, Choquechambi, Ccompi, Accomayo y Quishuanamayo, estos dos últimos mencionados son temporales.

3.1.5.3. Lagos

Se encuentra el Lago Arapa, con una extensión de 120 Km², el mismo que pertenece a los distritos de Samán y Chupa.



Figura 101:lago del distrito de Arapa.

FUENTE: <http://arapallacta.blogspot.com/2017/07/aspectogeografico-situaciongeografica.html>



Figura 102:Vista desde el Lago de Arapa.

FUENTE: <http://arapallacta.blogspot.com/2017/07/aspectogeografico>

3.1.6. Ecosistema Biológico Del Lago:

3.1.6.1. Flora

La laguna Arapa alberga los totorales (schoenoplectus o scirpus totora), estos favorecen al equilibrio del ecosistema y hábitat para las poblaciones de aves silvestres que habitan

el lago. Existe también especies de vegetación subacuática como el "Llacho" (Elodea, Meriophyllum patamogotum) distribuida en partes poco profundas del Lago.

3.1.6.2. Fauna:

En la laguna Arapa hay una diversidad de fauna que conforman parte de la alimentación de las comunidades.

PECES NATIVOS: Los peces del Lago conforman parte de la alimentación de las comunidades circunlacustre. Las especies de peces nativos son las siguientes:

- Carachi (*Orestias albus*)
- Ispi (*Orestias nooni*)
- Mauri (*Trichumectarus dispar*)
- Trucha (*Salmo* spp)

AVES DEL LAGO: Son un recurso que también es aprovechado por los pobladores, usadas en su alimentación y también su comercialización por medio de la taxidermia en esta parte del lago se encuentran las siguientes especies:

- Chocas (*Fulica ardesiaca* F. gigantea)
- Zambullidor (*Centropelma micropterum*)



Figura 103: formación de Totorales.

FUENTE: <http://arapallacta.blogspot.com/2017/07/aspectogeografico>

-situaciongeografica.html



Figura 104: Vista desde el lago de Arapa.

FUENTE: <http://arapallacta.blogspot.com/2017/07/aspectogeografico-situaciongeografica.html>

3.1.6.3. Ecosistema Físico:

El distrito de Arapa presenta un clima templado cuya temperatura máxima es de 15.9 y la temperatura mínima es de 2.3 promedio anual y a esto se debe la vegetación que verdea la mayor parte de la comunidad, entre su flora podemos encontrar: Eucaliptos, ciprés, thola, kolli, Kishuar, arbustos y pastos naturales y otras especies cultivadas como la papa, oca, cañihua, cebada, trigo, avena, habas, arvejas, maíz, manzanales, capulí y tumbos demás las flores cultivadas como claveles, pensamientos, larias, rosas y las kantutas silvestres.

LA FAUNA SILVESTRE ESTÁ CONFORMADA POR: Vizcacha (*lagidum peruviana*), Cuy (*Cavia cobaya*), Ratones (*Hersperomy destructor*), Zorrino “Añas” (*mefitis americano*), Zorro (*pseudalpex*), Gato montés (*felis tigrina*), Chinchilla (*Heriomys chinchilla*).

AVES: Paloma (*m. melanoptera*), Gavilan acanelado (*parabuteo unicantus*), Buho (*Buho magellanicus*), Aguila (*buteo albonotatus*).



PAJAROS: Gorriones (*Zonotrichia pileata*), Golondrina (*Hirundo andicoña*), Jilguero (*sycalis pelzehui*), Picaflor (*trochilus otero*).

GALLINACEAS: Perdiz (*ptymoura albifrons*), Codorniz (*nuseprocta bramickus*)

Reptiles: Culebra (*ephenocephalus melarogenis*), Lagarto (*clenoblepharie adspers*).

3.1.6.4. Aspecto Socioeconómico:

POBLACIÓN:

Según el último censo realizado el 2017, el distrito cuenta con una población de 8,485 habitantes.

EDUCACIÓN:

En esta parte del estudio se consideró a los padres de familia; donde el 60% del total tienen estudios de nivel primario, el 35% nivel secundario; y tan sólo el 5% posee estudios de nivel superior universitario. En la actualidad los jóvenes que se proyectan a una educación mejor optan por seguir estudios en otras provincias como por ejemplo Puno, san Román u otras, por tal motivo es poca la población juvenil que estudia en el distrito de Arapa.

IDIOMA:

El distrito de Arapa tiene como idioma predominante el quechua este idioma es hablado por el 85 % de su población con respecto al total. y en segundo orden con el 15% Castellano como idioma hablado por los comuneros.

MANIFESTACIONES RELIGIOSAS:

La religión de los pobladores del distrito de Arapa es católica con 95% del total de su población y el otro 5% de los pobladores pertenecen a otras religiones.

ACTIVIDADES DE LA POBLACIÓN:

- ✓ La Agricultura predomina dentro de las actividades de la población algunos pobladores manifiestan que debido al clima en sectores de la comunidad las cosechas agrícolas se realizan 2 veces al año.
- ✓ La ganadería, es la segunda actividad a la que se dedican y la tercera actividad es la pesca y crianza de truchas.
- ✓ Agricultores (55.0%), Ganaderos (20.0%), Artesanos (15.0%), Pescadores (10.0%).

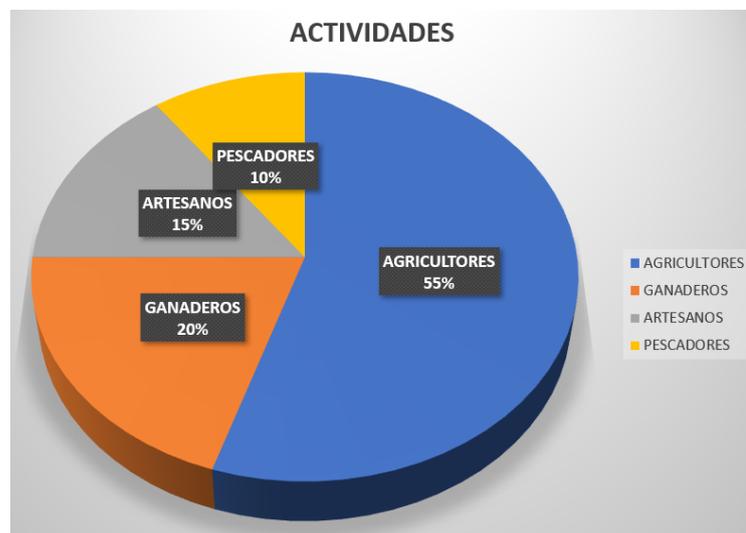


Figura 105: Actividades De La Población Del Distrito De Arapa.

Fuente: Elaboración propia.

3.1.6.5. Conclusiones Del Capítulo III:

Para poder realizar un diseño arquitectónico con características sociales y asimismo rompiendo barreras tradicionales en armonía y relación con su contexto como se plantea en los objetivos de nuestro proyecto, se estudiaron los aspectos físicos geográficos, climatológicos, biológicos, socioeconómicos de esa manera presentamos las conclusiones e ideas a tomar en cuenta:



- El clima en del distrito de Arapa está determinado principalmente por los factores de altitud, latitud, forma y orientación de los cerros y su proximidad al Lago Titicaca como una fuente importante de humedad y elemento moderador del clima; lo cual hace al clima del distrito este templado y tolerable que en las otras áreas del Altiplano.
- Los vientos predominantes están soplando desde el Suroeste (SO) para el Noreste (NE) tiene un fuerte viento característico del Oeste, todos estos datos serán tomados en cuenta en el emplazamiento para evitar formar túneles de viento que en los meses de invierno pueden convertir incómodos a los espacios exteriores de la propuesta.
- Respetando el contexto natural de la zona se conservará la flora al igual que la fauna, de tal manera que el proyecto se incorpore a la dinámica y hábitat natural de la zona.

3.2 MATERIALES Y MÉTODOS

La presente tesis se origina en la investigación basada por el método cualitativo, de análisis y síntesis que a partir de la formulación y conceptualización del problema nos permite conocer sus características y relaciones de la población a servir, utilizando procedimientos de observación y medición. De tal manera que podamos obtener una síntesis teórica que nos permita formular un modelo teórico, una génesis un programa de necesidades arquitectónicas para que, a través de instrumentos técnicos y actos creativos de diseño, podamos realizar la propuesta arquitectónica.

Para ello se está empleando métodos de recolección de datos sin medición numérica con el propósito de saber cuáles son los requerimientos que presenta el usuario para satisfacerlo.

3.2.1. Metodología de la investigación:

3.2.1.1. *Etapas De La Investigación:*

- *Etapa De Introducción:*

Es la información inicial del tema, nos permite identificar, definir y justificar el desarrollo del espacio de refugio, recuperación y confort para el adulto mayor, de manera que se dé un planteamiento adecuado y coherente definiendo visiblemente lo que deseamos proyectar.

- *Etapa De Investigación:*

Resalta el problema central del tema elegido, identificando la necesidad de proyectar un ESPACIO DE REFUGIO, RECUPERACIÓN Y CONFORT PARA EL ADULTO MAYOR, definiendo el marco histórico, teórico, referencial, normativo, conceptual y real. En función de los objetivos que debe alcanzar la propuesta, esta fase es importante ya que llegara a conclusiones objetivas y determinantes para la propuesta de proyecto arquitectónico final.



- Etapa De Metodología:

Durante esta etapa se caracterizará la tipología del problema estableciéndose la transferencia de la etapa anterior para determinar las características, se utilizará materiales que nos ayudarán a identificar características reales, que se aplicarán a la programación arquitectónica e influirán en el estudio para la propuesta de diseño.

- Etapa De Resultados:

Esta el desarrollo de la propuesta del proyecto y la elaboración de una propuesta físico espacial del espacio de refugio, recuperación y confort para el adulto mayor, basada en el manejo de conceptos, conclusiones, síntesis y criterios sustraídos de las etapas anteriores.

3.3. ESQUEMA METODOLOGICO DEL ESTUDIO

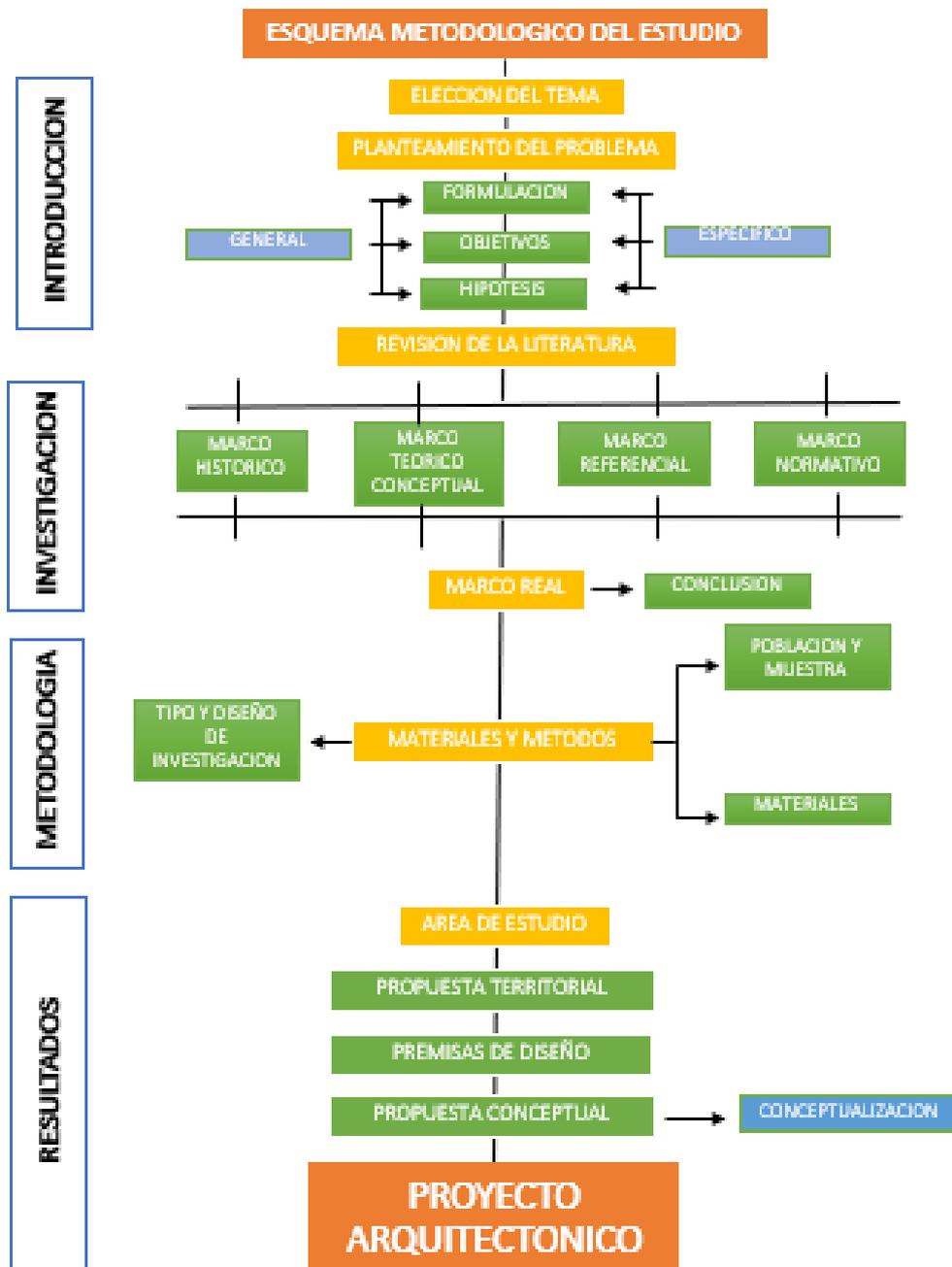


Figura 106:Esquema Metodológico.

FUENTE: Elaboración Propia.



3.4. DISEÑO DE INVESTIGACION

Para la presente investigación se ha utilizado:

- Método de encuesta: Que consiste en formular preguntas cerradas.
- Método de observación: Que consiste en el recojo de información por observación directa.
- Método bibliográfico: Que consiste en la revisión de la información sobre el adulto mayor.

3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.5.1. Población

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. 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 2018 son menores de 15 años 27 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 10,4% en el año 2018⁵⁶.

⁵⁶ Fuente: informe-tecnico-situacion-de-la-poblacionadulta-mayor_dic2018-INEI. El Instituto Nacional de Estadística e Informática presenta el Informe Técnico Situación de la Población Adulta Mayor

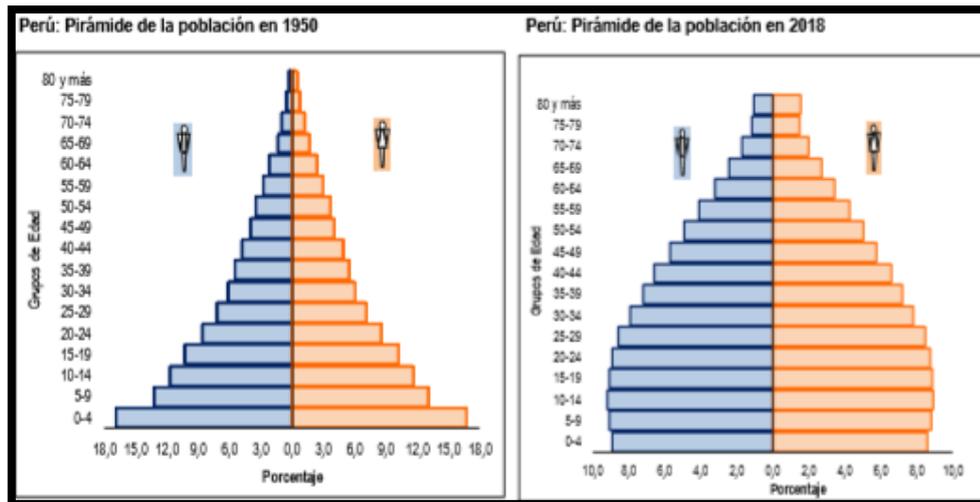


Figura 107: Pirámide De La Población Peruana 1950-2018.

Fuente: informe-tecnico-situacion-de-la-poblacionadulta-mayor_dic2018-INEI.

3.5.2. Hogares Con Algún Miembro Adulto/A Mayor:

El Instituto Nacional de Estadística e Informática en su informe técnico situacional del adulto mayor en nuestro País nos indica que del total de hogares del país, el 26,6% 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 32,4% son adultas mayores, en el caso de los hogares con jefe hombre el 24,3% son adultos mayores⁵⁷.

Esto resalta más en el área rural, donde el 42,5% de los hogares son conducidos por mujeres adultas mayores, en el caso de los hombres es el 23,6%. En el área urbana, la diferencia por sexo es de 5,8 puntos porcentuales, las mujeres adultas mayores jefas de hogar significan el 30,4% frente.

⁵⁷ Fuente: Hogares Con Algún Miembro Adulto/A Mayor- Situación De La Población Adulta Mayor- INEI 2018

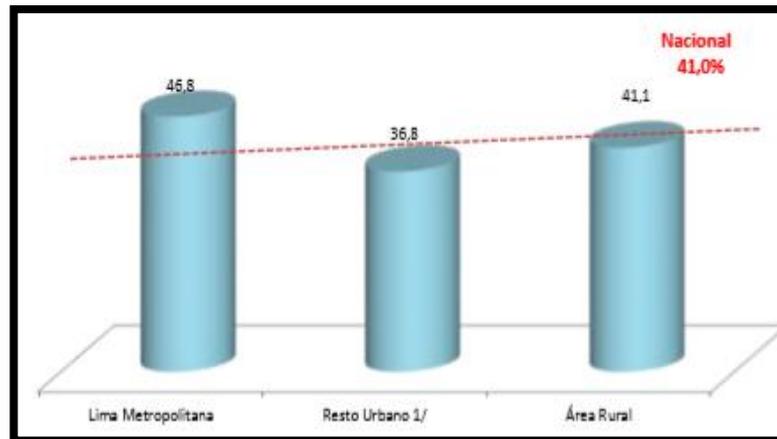


Figura 108: Hogares Con Algún Miembro Adulto/A Mayor.

Fuente: informe-tecnico-situacion-de-la-poblacion-adulta-mayor_dic2018-INEI.

De acuerdo a los resultados del último Censo de 2017 según el INEI, El departamento de Puno cuenta con una población de 1,415,608 habitantes, donde el 9.3% representa la población adulta mayor (131,564).

Puno, como la casi totalidad de ciudades de países latinoamericanos, se ha encontrado de repente, con rápidas transformaciones poblacionales, culturales, epidemiológicas, ecológicas, tecnológicas y de evidente interdependencia con respecto a otras ciudades y otros países, no sólo de la región, sino del mundo. Es así que frente a problemas cada vez más globales, las políticas de gobierno locales resultan con frecuencia ineficientes.

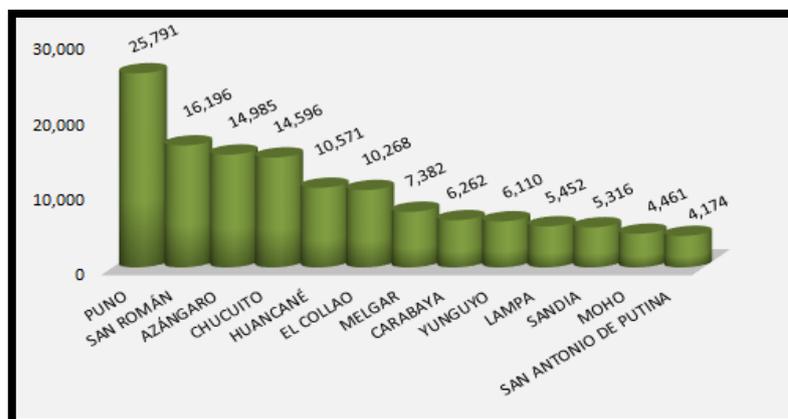


Figura 109:Adulto Mayor Por Provincias 2017.

Fuente: <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/Puno2.html>

La población del distrito de Arapa está constituida por un total de 8,485 hab. De las cuales 3,050 hab. Son adultos mayores (**Fuente especificada no válida.**)



Figura 110:Adulto mayo 65-69 Años 2015.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

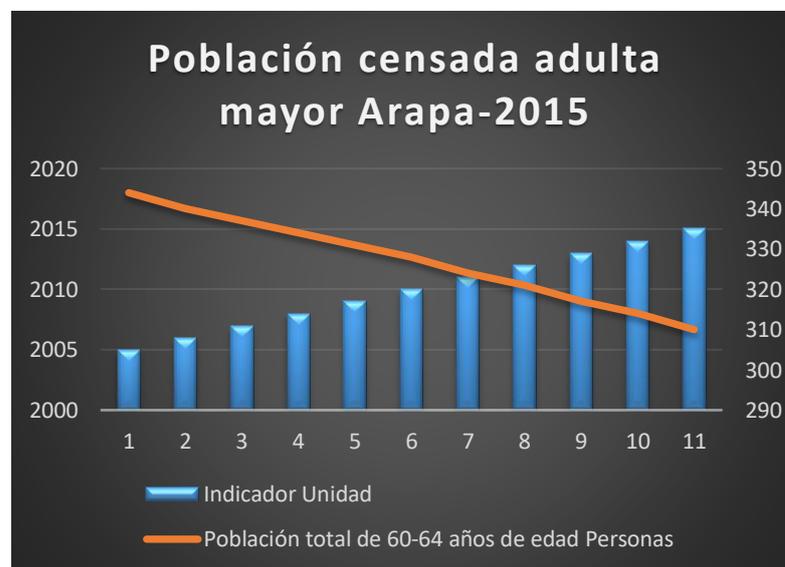


Figura 111:Población censada adulta mayor Arapa-2015.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – Perú.

3.5.3. Hogares Conducidos Por Adultos/As Mayores:

Del total de hogares del país, el 26,6% 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 32,4% son adultas mayores, en el caso de los hogares con jefe hombre el 24,3% son adultos mayores.

Esto resalta más en el área rural, donde el 42,5% de los hogares son conducidos por mujeres adultas mayores, en el caso de los hombres es el 23,6%. En el área urbana, la diferencia por sexo es de 5,8 puntos porcentuales, las mujeres adultas mayores jefas de hogar significan el 30,4% frente a 24,6% de los hombres **Fuente especificada no válida..**

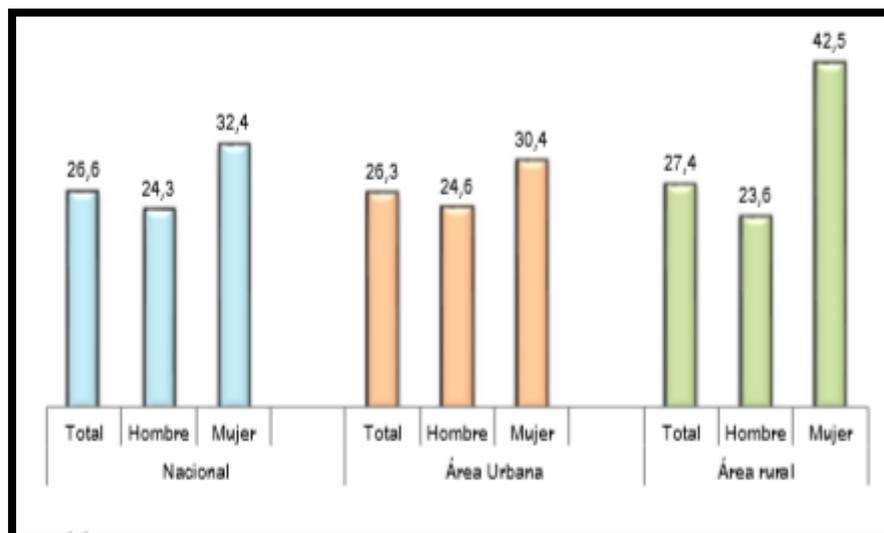


Figura 112: Hogares Conducido Por El Adulto/A Mayor.

Fuente: informe-tecnico-situacion-de-la-poblacionadulta-mayor_dic2018-INEI.

Se determina que, al tener un adulto mayor como conductor de un hogar, implica dificultades para él y la sociedad misma puesto que este grupo etario está ya a partir de los 60 años en un proceso de tranquilidad en la que él no debería preocuparse por la mantención de un hogar y los esfuerzos físicos y psicológicos que demandan.

3.5.4. Tamaño De Muestra

Para aproximar los resultados a valores reales de la población, recurrimos a la teoría de los elementos de muestreo, es como sigue:

$$N = \frac{Z^2 \times N \times p \times q}{e^2(N - 1) + Z^2 \times p \times q}$$

donde:

$N = 7.483$ = Numero de observaciones.

$p = 0.40$ = Nivel de insatisfacción.

$q = 0.60$ = Nivel de satisfacción.

$Z = 0.95$ = Nivel de confianza.

$E = 0.05$ = Error máximo.

N = Tamaño de la muestra estimada.

$$N = \frac{0.95^2 \times (8,485) \times 0.40 \times 0.60}{0.05^2(8,485 - 1) + 0.95^2 \times 0.40 \times 0.60}$$

$$N = \frac{0.9025 \times (8,485) \times 0.24}{0.0025 \times (8,484) + 0.9025 \times 0.24}$$

$$N = \frac{1,837.851}{21.4266}$$

$$= 85.77$$

Por lo tanto, el tamaño de la muestra estimada como mínimo será $N = 85$ muestras el tamaño de la muestra estuvo conformado al 100% de la población de estudio.



3.5.5. Técnicas E Instrumentos

Para la obtención de datos que permitan alcanzar los objetivos trazados para esta

investigación se ha considerado aplicar los siguientes instrumentos:

- ❖ Encuesta.
- ❖ Entrevista
- ❖ Guía de observación.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El siguiente resultado de análisis corresponde a la encuesta realizada para saber la opinión de las personas sobre los adultos mayores.

4.1. Análisis De La Encuesta I

GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 1

En el primer gráfico se realizó un análisis de la pregunta ¿Convive usted con algún adulto mayor? El análisis nos muestra que el 69% de los encuestados no convive con un adulto mayor y el 31% dijo que sí.

Tabla 26: Pregunta 1 De La Encuesta A la Población Del Distrito De Arapa.

¿CONVIVE USTED CON ALGÚN ADULTO MAYOR?		
SI	26	31%
NO	59	69%
TOTAL	85	100%

Fuente: Elaboración propia.



Figura 113: Resultado De La Pregunta 1.

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 2

En el primer gráfico se realizó un análisis de la pregunta ¿el adulto mayor con el que usted vive lo mantiene usted o se mantiene solo? El análisis nos muestra que el 42% de los encuestados si vive y lo mantiene y el 58% dijo que no.

Tabla 27: Pregunta 2 De La Encuesta A la Población De Distrito De Arapa.

¿EL ADULTO MAYOR CON EL QUE USTED VIVE LO MANTIENE USTED O SE MANTIENE SOLO?		
SI	11	42%
NO	15	58%
TOTAL	26	100%

Fuente: Elaboración propia.



Figura 114: Resultado De La Pregunta 2

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 3

Se muestra el análisis de los resultados obtenidos a la siguiente pregunta ¿Cree usted que a los adultos mayores se les debería integrar a la sociedad? Un porcentaje del 100% de los encuestados respondió que si se los debería insertar a la familia.

Tabla 28: Pregunta 3 De La Encuesta A la Población De Distrito De Arapa.

¿CREE USTED QUE A LOS ADULTOS MAYORES SE LES DEBERÍA INTEGRAR A LA SOCIEDAD?		
SI	85	100%
NO	0	0%
TOTAL	85	100%

Fuente: Elaboración propia.

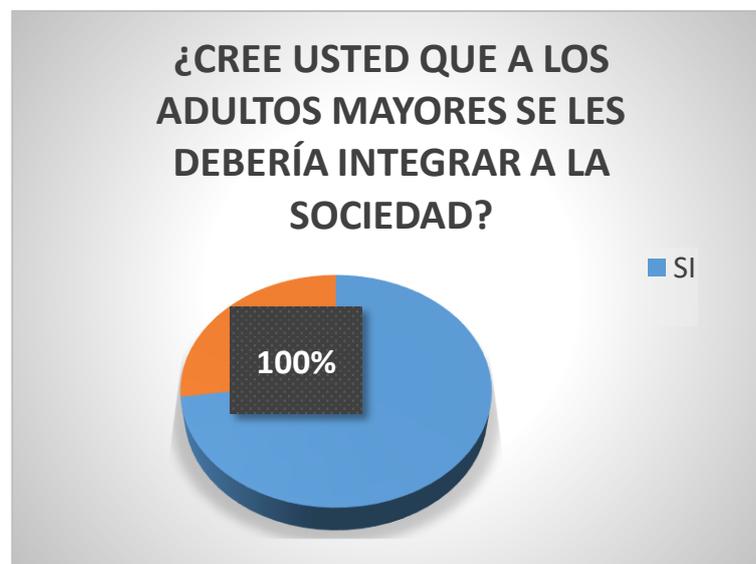


Figura 115: Resultado De la Pregunta 3.

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 4

En este gráfico se analizan los resultados de la encuesta a la siguiente pregunta: ¿cree que los adultos mayores sufren al vivir solos? La respuesta fue del 100% positivas los adultos mayores si sufren al vivir solos.

Figura 116: Pregunta 4 De La Encuesta A la Población De Distrito De Arapa.

¿CREE QUE LOS ADULTOS MAYORES SUFREN AL VIVIR SOLOS?		
SI	85	100%
NO	0	0%
TOTAL	85	100%

Fuente: Elaboración propia.

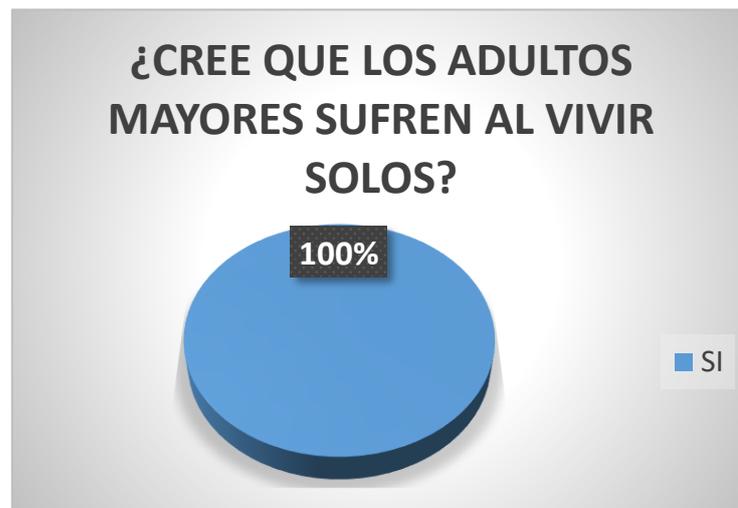


Figura 117: Resultado de la pregunta 4.

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 5

En este gráfico se analizan los resultados de la encuesta a la siguiente pregunta: ¿cree usted que los adultos mayores son una carga para la familia? El análisis nos muestra que el 28% de los encuestados si son una carga para la familia y el 72% dijo que no.

Figura 118: Pregunta 5 De La Encuesta A la Población De Distrito De Arapa.

¿CREE USTED QUE LOS ADULTOS MAYORES SON UNA CARGA PARA LA FAMILIA?		
SI	64	28%
NO	24	72%
TOTAL	85	100%

Fuente: Elaboración propia.



Figura 119: Resultados de la pregunta 5.

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 6

En este gráfico se analizan los resultados de la encuesta a la siguiente pregunta: ¿Son los adultos mayores importantes para los hijos, nietos? La respuesta que el 69% de los encuestados no convive con un adulto mayor y el 31% fueron positivas los adultos mayores si son muy importantes para los hijos, nietos.

Tabla 29: Pregunta 6 De La Encuesta A la Población De Distrito De Arapa

¿SON LOS ADULTOS MAYORES IMPORTANTES PARA LOS HIJOS, NIETOS?		
SI	26	31%
NO	59	69%
TOTAL	85	100%

Fuente: Elaboración propia.

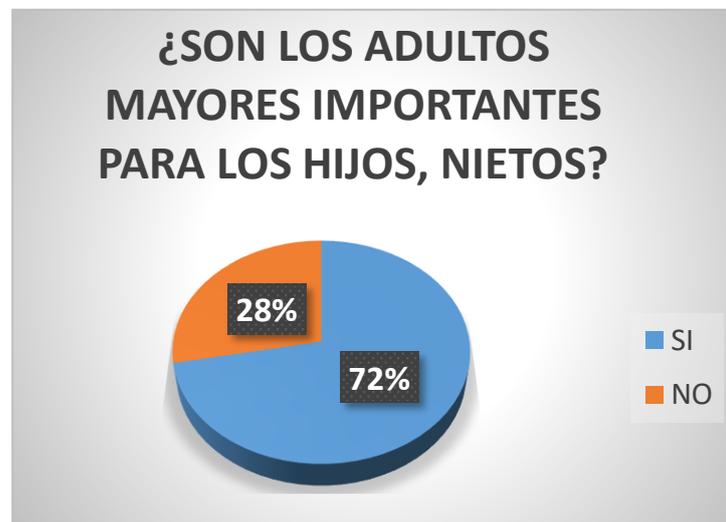


Figura 120: Resultados de la pregunta 6.

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 7

En este gráfico se analizan los resultados de la encuesta a la siguiente pregunta: ¿Cree usted que los adultos mayores sufren discriminación en nuestra sociedad? La respuesta que el 76% de los encuestados si sufren de discriminación y el 24% no sufren de discriminación.

Figura 121: Pregunta 7 De La Encuesta A la Población De Distrito De Arapa.

¿CREE USTED QUE LOS ADULTOS MAYORES SUFREN DISCRIMINACIÓN EN NUESTRA SOCIEDAD?		
SI	65	76%
NO	20	24%
TOTAL	85	100%

Fuente: Elaboración propia.



Figura 122: Resultados de la pregunta 7.

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 8

En este gráfico se analizan los resultados de la encuesta a la siguiente pregunta: ¿Son los adultos mayores maltratados con frecuencia? La respuesta fue del 100% positivas los adultos mayores si son maltratados con frecuencia.

Tabla 30: Pregunta 8 De La Encuesta A la Población De Distrito De Arapa.

¿SON LOS ADULTOS MAYORES MALTRATADOS CON FRECUENCIA?		
SI	85	100%
NO	0	0%
TOTAL	85	100%

Fuente: Elaboración propia.



Figura 123: Resultados De La Pregunta 8.

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 9

En este gráfico se analizan los resultados de la encuesta a la siguiente pregunta: ¿Cree usted que la vejez es una etapa próxima a la muerte? La respuesta fue del 100% positivas.

Tabla 31: Pregunta 9 De La Encuesta A la Población De Distrito De Arapa.

¿CREE USTED QUE LA VEJEZ ES UNA ETAPA PRÓXIMA A LA MUERTE?		
SI	85	100%
NO	0	0%
TOTAL	85	100%

Fuente: Elaboración propia.



Figura 124: Resultados de la pregunta 9.

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 10

En este gráfico se analizan los resultados de la encuesta a la siguiente pregunta: ¿estaría de acuerdo que se construya un refugio para el adulto mayor en el distrito de arapa?

La respuesta fue del 100% positivas.

Tabla 32: Pregunta 10 De La Encuesta A la Población De Distrito De Arapa.

¿ESTARÍA DE ACUERDO QUE SE CONSTRUYA UN REFUGIO PARA EL ADULTO MAYOR EN EL DISTRITO DE ARAPA?		
SI	85	100%
NO	0	0%
TOTAL	85	100%

Fuente: Elaboración propia.

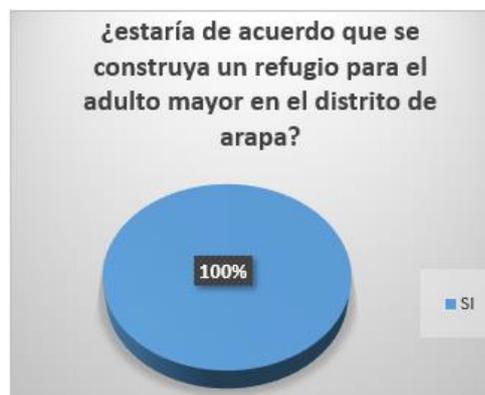


Figura 125: Resultados de la pregunta 10

GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 11

En este gráfico se analizan los resultados de la encuesta a la siguiente pregunta: ¿estaría de acuerdo en llevar a su familiar (adulto mayor) a un espacio de refugio donde podrá satisfacer sus necesidades e interactuar con la sociedad? La respuesta fue del 100% positivas.

Tabla 33: Pregunta 11 De La Encuesta A la Población De Distrito De Arapa

estaría de acuerdo en llevar a su familiar (adulto mayor) a un espacio de refugio donde podrá satisfacer sus necesidades e interactuar con la sociedad?		
SI	85	100%
NO	0	0%
TOTAL	85	100%

Fuente: Elaboración propia.

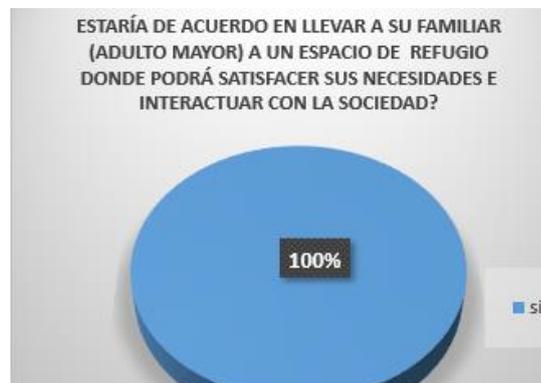


Figura 126: Resultados de la pregunta 11.

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 12

En este gráfico se analizan los resultados de la encuesta a la siguiente pregunta: ¿usted podría asumir un gasto mensual mínimo por el cuidado de su familiar en un refugio?

La respuesta fue del 100% positivas.

Tabla 34: Pregunta 12 De La Encuesta A la Población De Distrito De Arapa

¿USTED PODRÍA ASUMIR UN GASTO MÍNIMO POR EL CUIDADO DE SU FAMILIAR EN UN REFUGIO?		
SI	20	23%
NO	65	77%
TOTAL	85	100%

Fuente: Elaboración propia.

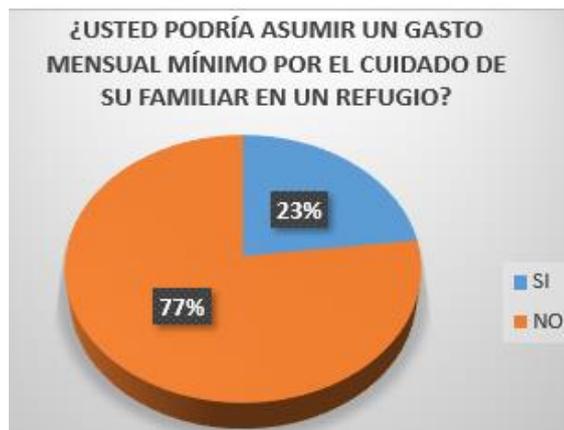


Figura 127: Resultados de la pregunta 12.

Fuente: Elaboración propia.

4.2. Análisis De La Encuesta II

El siguiente análisis corresponde a la encuesta de preguntas cerradas, realizada para saber la opinión del adulto mayor del distrito de arapa sobre necesidades tanto sociales como de espacio de refugio.

GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 1

En el primer gráfico se realizó un análisis de la pregunta 1.

¿vive usted solo o con su familia? El análisis nos muestra que el 69% de los encuestados si viven solos y el 31% dijo que no.

Tabla 35: Pregunta 1 De La Encuesta Al Adulto Mayor Del Distrito De Arapa

¿VIVE USTED SOLO O CON SU FAMILIA?		
SI (SOLO)	59	69%
NO (EN COMPAÑÍA)	26	31%
TOTAL	85	100%

Fuente: Elaboración propia.



Figura 128: Resultados de la pregunta 1.

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 2

En el primer gráfico se realizó un análisis de la pregunta ¿usted se mantiene solo? El análisis nos muestra que el 42% de los encuestados si vive y lo mantiene y el 58% dijo que no.

Tabla 36: pregunta 2 De La Encuesta Al Adulto Mayor Del Distrito De Arapa

¿USTED SE MANTIENE SOLO?		
SI	74	87%
NO	11	13%
TOTAL	85	100%

Fuente: Elaboración propia.



Figura 129:Resultado De La Figura 2

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 3

Se muestra el análisis de los resultados obtenidos a la siguiente pregunta ¿su vivienda de que material es? Un porcentaje del 100% de los encuestados respondió que si se los debería insertar a la familia.

Tabla 37:Pregunta 3 De La Encuesta Al Adulto Mayor Del Distrito De Arapa

¿SU VIVIENDA DE QUE MATERIAL ES?		
ADOBE	76	89%
MATERIAL NOBLE	9	11%
TOTAL	85	100%

Fuente: Elaboración propia.



Figura 130: Resultados de la pregunta 3.

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 4

En este gráfico se analizan los resultados de la encuesta a la siguiente pregunta ¿con qué tipo de servicios cuenta usted? La respuesta fue del 100% positivas los adultos mayores si sufren al vivir solos.

Tabla 38: Pregunta 4 De La Encuesta Al Adulto Mayor Del Distrito De Arapa

¿CON QUE TIPO DE SERVICIOS CUENTA USTED?		
AGUA	80	100%
LUZ	60	0%
DESAGUE	9	
TOTAL		100%

Fuente: Elaboración propia.



Figura 131: Resultados de la pregunta 4.

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 5

En este gráfico se analizan los resultados de la encuesta a la siguiente pregunta ¿usted sufre de alguna enfermedad? El análisis nos muestra que el 28% de los encuestados si son una carga para la familia y el 72% dijo que no.

Tabla 39: Pregunta 5 De La Encuesta Al Adulto Mayor Del Distrito De Arapa

¿USTED SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?		
SI	85	100%
NO	0	0%
TOTAL	85	100%

Fuente: Elaboración propia.

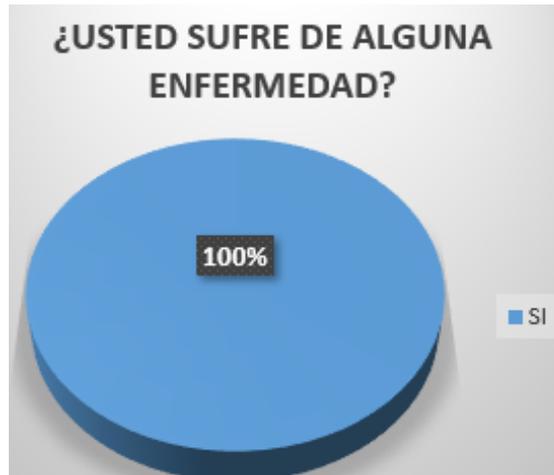


Figura 132: Resultados de la pregunta 5.

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 6

En este gráfico se analizan los resultados de la encuesta a la siguiente pregunta: ¿le gustaría vivir en un lugar donde pueda disfrutar del día a día feliz y tranquilo? La respuesta que el 69% de los encuestados no convive con un adulto mayor y el 31% fueron positivas los adultos mayores si son muy importantes para los hijos, nietos.

Tabla 40: Pregunta 6 De La Encuesta Al Adulto Mayor Del Distrito De Arapa.

¿LE GUSTARÍA VIVIR EN UN LUGAR DONDE PUEDA DISFRUTAR DEL DÍA A DÍA FELIZ Y TRANQUILO?		
SI	26	31%
NO	59	69%
TOTAL	85	100%

Fuente: Elaboración propia.



Figura 133:Resultados de la pregunta 6.

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 7

En este gráfico se analizan los resultados de la encuesta a la siguiente pregunta: ¿estaría de acuerdo en acudir a un espacio de refugio donde pueda sentirse acogido y cuidado??

La respuesta que el 99% de los encuestados si estarían de acuerdo y el 1% no porque desean quedarse donde están.

Tabla 41: Pregunta 7 De La Encuesta Al Adulto Mayor Del Distrito De Arapa.

¿ESTARÍA DE ACUERDO EN ACUDIR A UN ESPACIO DE REFUGIO DONDE PUEDA SENTIRSE ACOGIDO Y CUIDADO?		
SI	84	99%
NO	1	1%
TOTAL	85	100%

Fuente: Elaboración propia.

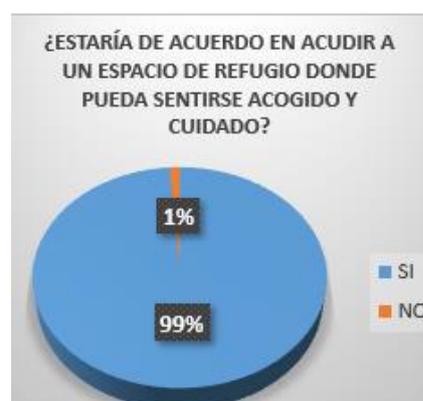


Figura 134:Resultados de la pregunta 7.

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 8

En este gráfico se analizan los resultados de la encuesta a la siguiente pregunta: ¿usted tiene relación social con los jóvenes? El 31% dijo que si tienen relación social con los jóvenes y el 69% dijo que no

Tabla 42: Pregunta 8 De La Encuesta Al Adulto Mayor Del Distrito De Arapa.

¿USTED TIENE RELACION SOCIAL CON LOS JOVENES?		
SI	26	31%
NO	59	69%
TOTAL	85	100%

Fuente: Elaboración propia.



Figura 135: Resultados de la pregunta 8.

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 9

En este gráfico se analizan los resultados de la encuesta a la siguiente pregunta: ¿le gustaría tener actividades sociales y culturales con la población? La respuesta fue que el 86% dijo que si le gustaría tener actividades sociales y el 14% dijo que no

Tabla 43: Pregunta 9 De La Encuesta Al Adulto Mayor Del Distrito De Arapa.

¿LE GUSTARÍA TENER ACTIVIDADES SOCIALES Y CULTURALES CON LA POBLACIÓN?		
SI	73	86%
NO	12	14%
TOTAL	85	100%

Fuente: Elaboración propia.



Figura 136: Resultados de la pregunta 9.

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 10

En este gráfico se analizan los resultados de la encuesta a la siguiente pregunta:
¿Considera posible realizar alguna actividad donde pueda emprender oficios como pasatiempo? EL 82% dijo que si pueden realizar alguna actividad y el 18% dijo que no.

Tabla 44: Pregunta 10 De La Encuesta Al Adulto Mayor Del Distrito De Arapa.

¿CONSIDERA POSIBLE REALIZAR ALGUNA ACTIVIDAD DONDE PUEDA EMPRENDER OFICIOS COMO PASATIEMPO?		
SI	70	82%
NO	15	18%
TOTAL	85	100%

Fuente: Elaboración propia.

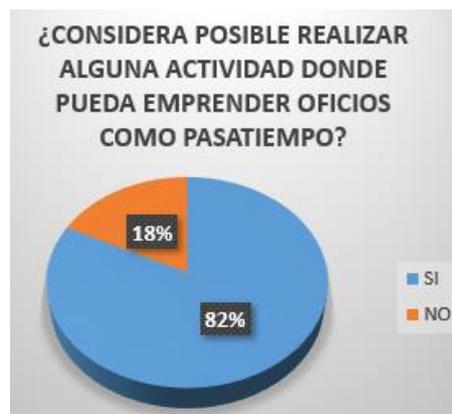


Figura 137: Resultados de la pregunta 10.

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 11

En este gráfico se analizan los resultados de la encuesta a la siguiente pregunta: ¿desearía Ud. ¿Estar en un lugar donde pueda tener contacto con la naturaleza? La respuesta fue del 100% positivas.

Tabla 45: Pregunta 11 De La Encuesta Al Adulto Mayor Del Distrito De Arapa.

¿DESEARÍA UD. ¿ESTAR EN UN LUGAR DONDE PUEDA TENER CONTACTO CON LA NATURALEZA?		
SI	85	100%
NO	0	0%
TOTAL	85	100%

Fuente: Elaboración propia.



Figura 138: Resultados de la pregunta 11.

Fuente: Elaboración propia.



4.3. PROPUESTA TERRITORIAL:

4.3.1. Ubicación:

REGIÓN : Puno.

DISTRITO : Arapa.

PROVINCIA : Azángaro.

CENTRO POBLADO: Iscayapi

4.3.1.1. Alcances Y Limitaciones:

ALCANCES:

- La ubicación del terreno es propiedad de: Marcos Degen Dublín Sacerdote De La Parroquia Del Distrito De Arapa.
- Contamos con el apoyo del Municipio, la Parroquia, el Centro Poblado, la misma que trabajan juntos en la toma de decisiones afines con el desarrollo del distrito de Arapa.
- La mayoría de la actividad programada en el proyecto será cubierta por la población del adulto mayor que en la actualidad se encuentra en total abandono sin recibir condiciones idóneas para su bienestar tanto físicos, social y cultural del mismo.
- El terreno seleccionado cuenta con las mejores condiciones ambientales, ya que, al estar ubicado dentro de un contexto agrícola, permite tener visuales que no se ve en la ciudad, igualmente no existe contaminación lo que favorece para la salud del adulto mayor.
- Tiene la posibilidad de habilitar a largo plazo la infraestructura de servicios necesaria ya que tenemos la facilidad de extraer agua permanente del río para el

abastecimiento general del “Espacio De Refugio, Recuperación Y Confort Para El Adulto Mayor En El Distrito De Arapa.”

LIMITACIONES:

- ❖ Escasez de una reglamentación específica para el adulto mayor con respecto al diseño de infraestructura dedicadas a la atención del mismo.



Figura 139: Vista De Ubicación.

Fuente: Elaboración propia.

4.3.2. Límites:

POR EL NORTE: Limita con las familias Quispe, machaca Y Ticona.

POR EL SUR : Limita con el cerro pucara y zona agrícola de Iscayapi.

POR EL ESTE : Limita con la carretera a Chupa

POR EL OESTE: Limita con el centro poblado kcarcatara.

4.3.3. Plano De Ubicación:

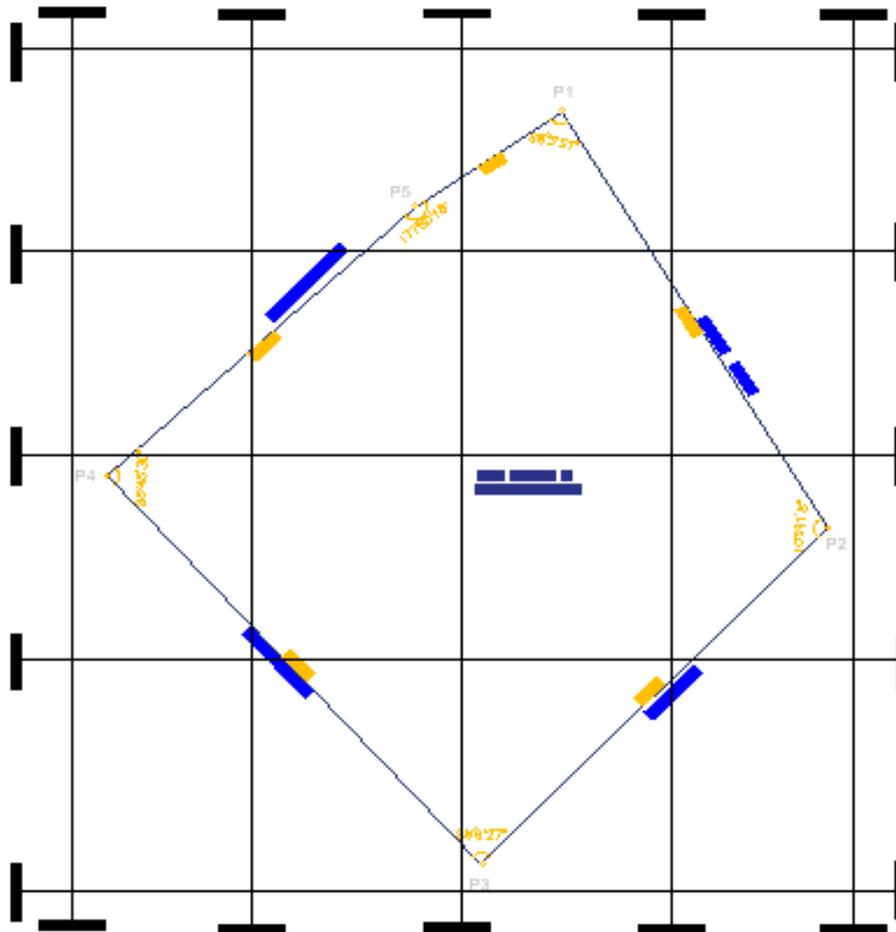


Figura 140: Plano de los límites del terreno.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 46: Cuadro De Datos Técnicos.

CUADRO DE COORDENADAS					
VERTICE	LADO	DIST.	ANGULO	ESTE	NORTE
P1	P1 - P2	122.35	88°3'37"	510685.307	8331204.325
P2	P2 - P3	118.53	103°11'8"	510749.774	8331100.336
P3	P3 - P4	132.95	88°9'27"	510665.934	8331016.547
P4	P4 - P5	100.23	88°45'30"	510575.023	8331113.562
P5	P5 - P1	42.90	171°50'18"	510649.631	8331180.499

Fuente: Elaboración Propia.

ÁREA : 19824. m²

PERÍMETRO : 557.20.97 ml

4.3.4. Justificación:

Como resultado del análisis de la situación actual que tenemos en el adulto mayor en el distrito de arapa, podemos resumir de la siguiente manera:

- La evolución demográfica llámese envejecimiento poblacional genera un nuevo escenario socio demográfico, ya que carecen de las necesidades de espacios arquitectónicos para nuestro adulto mayor.
- Con el apoyo de la población del distrito de Arapa y así mismo de instituciones ya sea del estado como ONG, se pueden plantear alternativas de solución a las necesidades de los adultos mayores.
- Para lograr una solución particular es necesario saber que las políticas de planificación del distrito de Arapa han sido siempre sobrepasadas por los hechos y, en consecuencia, solo se han limitado al acomodo de los acontecimientos.
- Entonces es necesario una real previsión del proceso de desarrollo y crecimiento del distrito de Arapa en el que se encuentra inmerso el adulto mayor.

4.3.5. Accesibilidad:

- El terreno colinda con 01 vía de acceso ya consolidada la cual es la carretera al distrito de Chupa.
- La carretera a Chupa se caracteriza por ser una vía afirmada de comunicación directa al distrito de Chupa, con flujo de transporte público en media escala.

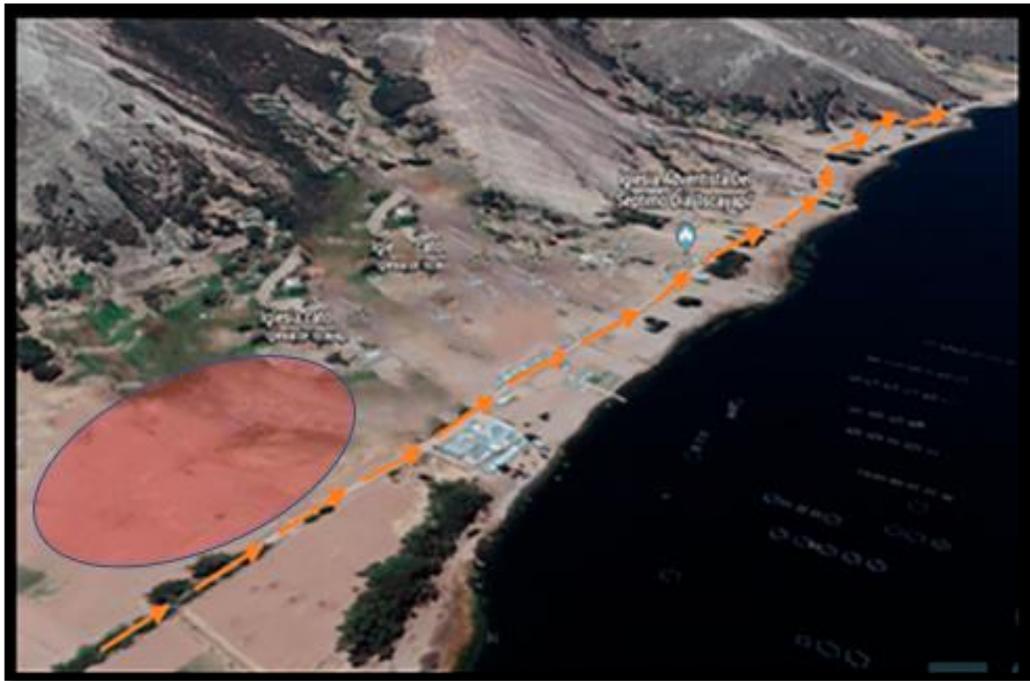


Figura 141:Accesibilidad al Terreno.

Fuente: Elaboración Propia.

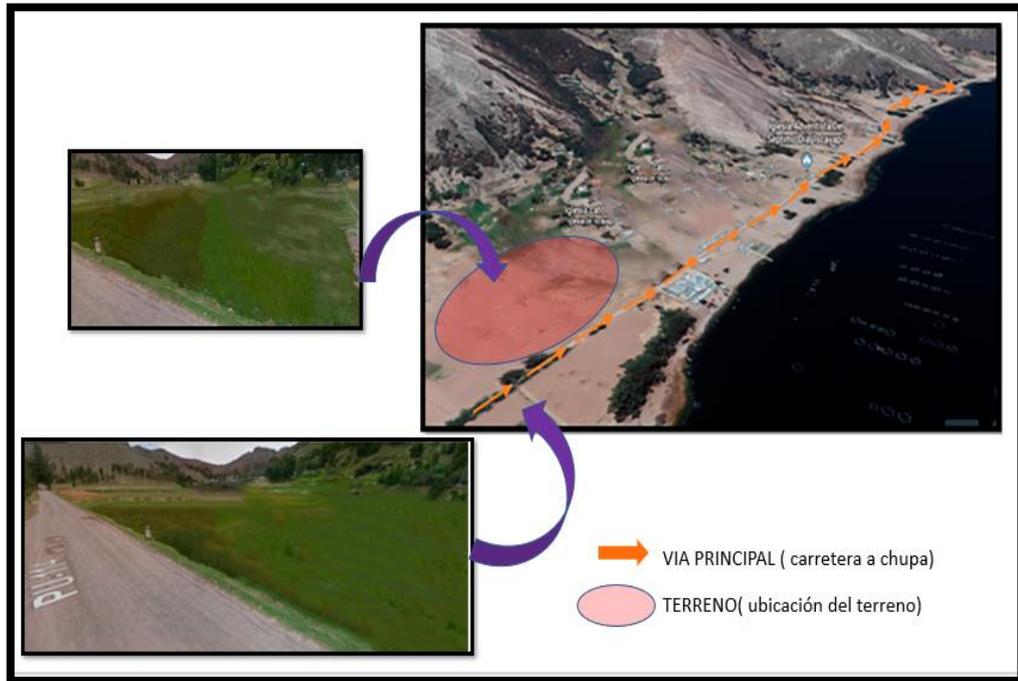


Figura 142: Análisis del terreno.

Fuente: Elaboración Propia.

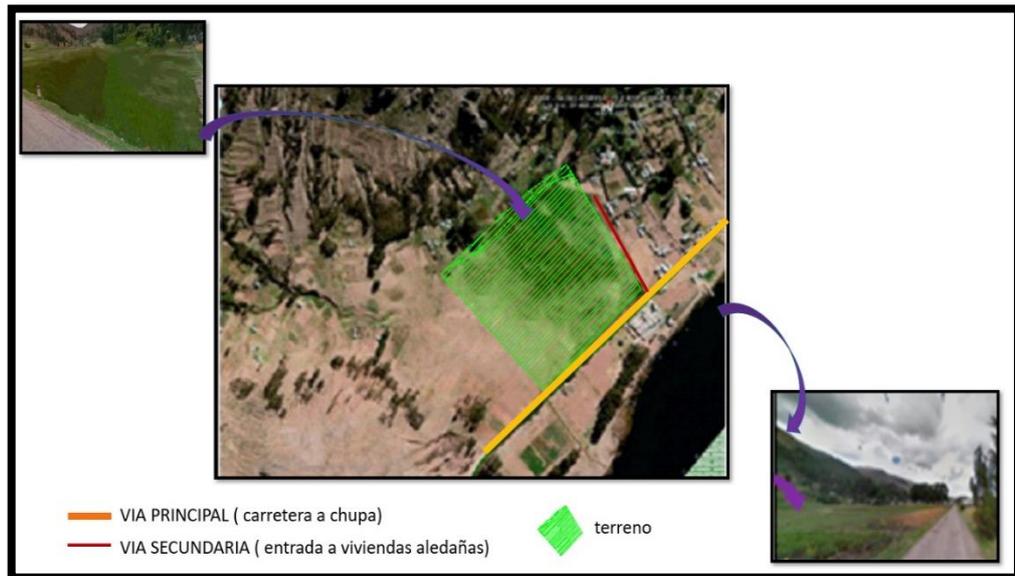


Figura 143: Vista de ejes de circulación general del terreno.

Fuente: Elaboración Propia.

4.3.5.1. Factibilidad:

El terreno cuenta con la posibilidad de conexión a redes de agua, desagüe, luz, etc. El proyecto se encuentra compatible con el plan de desarrollo como futuros proyectos.



4.4. PARÁMETROS URBANÍSTICOS:

❖ ZONIFICACIÓN

: Residencial de baja densidad

❖ ÁREA LIBRE

: 35%

❖ ALTURA DE EDIFICACIÓN

: 1 piso

❖ TEMPERATURA PROMEDIO ANUAL : 16° C

❖ TEMPERATURA MÁXIMA

: 20° C

❖ TEMPERATURA MÍNIMA

: -7° C

4.4.1. Topografía:

La morfología del terreno seleccionado es de forma irregular, presenta un relieve relativamente uniforme, en el cual, se distingue hasta dos unidades fisiográficas. La Planicie lacustre antigua, que no acusa influencia fluvial y la formación sub-reciente no



pronunciadas tampoco inundables que presentan buen drenaje natural y ocupan posiciones no alcanzables por la elevación de los niveles del río.

El plano más bajo se encuentra los 3,835 m.s.n.m, llegando a una altura aproximada de 3,960 m.s.n.m. El sistema planteado.

4.4.1.1. Suelos:

El suelo sobre lo que se realizara el proyecto está conformado por terrenos de conformación compacta. El suelo donde se emplaza es heterogéneo pudiendo observarse que en el lugar donde estará el proyecto arquitectónico tienen características estables con un mayor porcentaje de tierra compacta con buena capacidad portante. La línea de aproximación y distribución presenta características de suelo de fundación de tierra compacta con presencia de material granular. Cabe recalcar que la tierra compacta tiene una naturaleza franco limoso.

4.4.1.2. Vegetación:

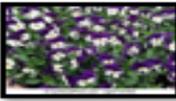
El recurso de vegetación está constituido por pequeños arbustos como el Colli y árboles como el eucalipto, ciprés y pino en menor proporción, en la parte baja y en zonas altas pastos naturales. Así mismo, se han realizado actividades de conservación de suelos, los cuales son: Terrazas de formación lenta, terrazas de absorción, zanjas de infiltración

Tabla 47: Características De Las Plantas Nativas.

PERFIL	NOMBRE COMÚN	LONGITUD	DIÁMETRO DEL FOLLAJE	DESCRIPCIÓN	USOS EN LA ARQUITECTURA
	PINO Pinus radiata	15 – 20 m	5 a 8 m.	Forma triangular Follaje tupido denso	Dispuesto linealmente para alinear vías protege de reverberación solar
	COLLI Buddlejaco riacea	8 – 10 m.	2 – 3 m.	Follaje denso. Corma circular. Flores agrupadas en racimos de color amarillo a naranja. Evita la erosión del suelo	El Colle es utilizado como muros de contención en contorno y con obras mecánicas de conservación y recuperación de suelos
	EUCALIPTO Eucaliptus	4 m	30 m	Follaje semi denso, tronco recto, delgado y aromático, flores amarillentas, evita la erosión del suelo	Su madera sirve para encofrados, cortinas y rompe vientos.

Fuente: Elaboración Propia.

Tabla 48: Características De Las Algunas Flores De La Zona.

PERFIL	NOMBRE COMÚN	LONGITUD	DIÁMETRO DEL FOLLAJE	DESCRIPCIÓN	USOS EN LA ARQUITECTURA
	ROSA Rosa	1 – 2 m	1 – 1.5 m	Su habitación es en terrenos húmedos con bastante abono orgánico, requiere de poda semileñoso	Lugares con luz solar todo el día. Grupos o macizos en jardineras.
	CLAVEL Dianthus Caryophyllus	30 a 40 cm	-	Requiere de cuidados	bordes de cercos. Grupos o macizos en jardineras.
	LIRIO Iris Iridacea	40 a 60 cm	-	Compuesta de tres sépalos y tres pétalos	Bordeando cercos, matas agrupadas en jardines
	PENSAMIENT O Violeta tricolor	De 20 a 30 cm	-	Presenta flores de infinitos matices, requiere de un terreno muy abonado y cierta humedad. Florece todo el año en condiciones favorables.	En macetas interiores y exteriores. En jardines de balcones y otros
	GLADIOLO Gladiolus Communis	De 0.80 a 1 m.	-	Crece por bulbos de variado color. Flores tubulares dispuestas en espigas	En macetas de interiores y exteriores, en jardines de balcones bordeando sendas.
	MARGARITA Bellis Perennis	Hasta 50 cm	-	Flores que crecen en forma de inflorescencia de cabezuela. Florece todo el año en condiciones favorables	En macetas de interiores y exteriores, en jardines de balcones bordeando sendas.

Fuente: Elaboración Propia.



4.4.2. Clima:

El clima que impera en el área del proyecto, corresponde al tipo climático altiplano o planicie y a la formación ecológica, denominado bosque húmedo-montano sub tropical, llamado también pradera o subpáramo, desde el punto de vista técnico, el área del proyecto, pertenece al subtipo rinconadas, laderas y planicies Municipalidad Distrital de Arapa

Las características climáticas están determinadas principalmente por la altitud (3835 a 3960 (m.s.n.m) y la radiación (Latitud subtropical), que dan valores bajos de las temperaturas del aire con restringida variación anual; pero con amplio rango de oscilación máxima (de 20°C), la humedad relativa presenta registros entre media y baja; y las velocidades del viento relativamente reducidas.

4.4.2.1. Temperatura:

Se presenta diferenciada y fluctuante durante las cuatro estaciones del año de Octubre a Marzo es mayor con valores medios que fluctúan de -7,0 a 20° Casi mismo se distingue una época seca desde Mayo a Julio y una época semi-húmedadesde Setiembre a Diciembre.

4.2.2.2. Humedad:

Los valores de humedad relativa varían de acuerdo a los periodos de lluvia de tal manera que en los meses de mayor precipitación la humedad relativa aumenta, oscilamiento entre 49%.

4.2.2.3. Vientos:

Las velocidades de viento más altas se presentan en el mes de agosto a Noviembre con un promedio de 3.00 m/seg.

4.2.2.4. Radiación Solar:

El promedio anual de horas de asoleamiento es de 10 horas con una incidencia muy alta.

4.2.2.5. Precipitaciones:

Las precipitaciones son de régimen estacional iniciándose en el mes de Setiembre (17,83 mm) y aumentando paulatinamente en el mes de Diciembre (16 mm).

4.2.2.6. Análisis Ambiental:

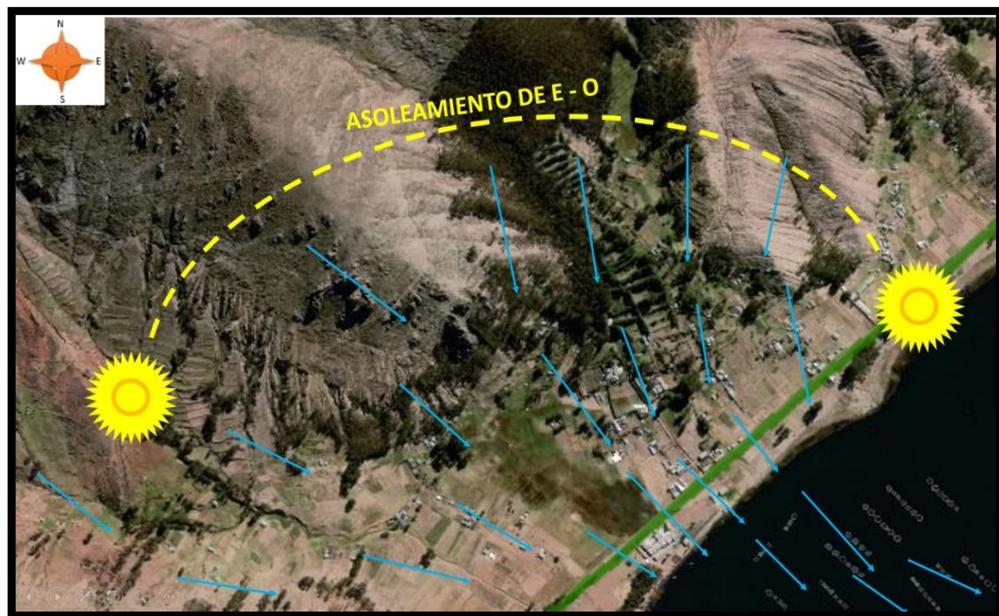


Figura 144: Análisis Del Sitio: Ambiental.

Fuente: Elaboración Propia.



Fuente: Elaboración Propia.

4.5. PREMISAS DE DISEÑO

Estas premisas de diseño son criterios y parámetros para un sustento del diseño

arquitectónico para cada caso específico, estas se clasifican en:

- Premisas ambientales
- Premisas funcionales
- Premisas formales
- Premisas tecnológicas

4.5.1. Premisas Ambientales

Las premisas ambientales se establecen por medio del estudio de las características ambientales del lugar donde se ubica el proyecto (humedad, viento, clima, soleamiento, temperatura, etc.) con el propósito de crear ambientes confortables.

Estas premisas para el presente proyecto son:

- Las edificaciones estarán orientadas sobre el eje Este – Oeste, para aumentar la exposición del sol.
- Para tener una eficiente ventilación el movimiento del viento en áreas de afluencia continua debe de ser cruzada ubicando entradas y salidas de aire en los muros favorables al viento.
- Como protección a las lluvias se utilizarán aleros.
- Se crearán varias áreas de estar en exteriores con plantas individuales, ya que estas articulan espacios por sí mismas como barrera o atrayente visual.



- Las vegetaciones con árboles de copa densa se utilizarán en estares y caminerías, ya que este se puede utilizar como techo, absorbiendo la radiación solar y a su vez proporcionar una brisa refrescante.
- Las plantaciones de los árboles como barreras en espacios exteriores, permite reducir el ruido y modificar su dirección. A su vez ayuda a delimitar espacios y conformarlos entre sí.
- Se colocarán barreras naturales para disminuir los efectos de la velocidad del viento, el trabajo paisajista deberá ser considerado al interior y exterior del equipamiento, con especies propias de la zona.
- Para ampliar el confort en los espacios exteriores se utilizará la vegetación del entorno inmediato

4.5.2. Premisas Funcionales

Las premisas funcionales indican la relación que existe entre el espacio y la necesidad de satisfacer a los usuarios, con una correcta interrelación de un ambiente a otro.

Para esto se toma en cuenta:

- Las circulaciones, tanto peatonales como vehiculares, vestíbulos, pasillos, etc.
- Los ingresos peatonales deberán estar protegidos y contar con señalizaciones.
- Las vías de tránsito peatonal, principal y secundario deberán ser amplios y sin obstáculos.
- Los ingresos vehiculares y áreas de carga y descarga deberán estar conectados únicamente al área mantenimiento, salud, y servicios, evitando que sus actividades interfieran con el desarrollo.



- El parqueo deberá contar con los dimensionamientos requeridos de la siguiente forma: Vehículos ligeros 2,40 x 5,00, a su vez ha de considerar 01 parqueo por cada 50m² de área construida.
- El parqueo para personas discapacitadas será en función de 02 parqueos por cada 50 autos, y será la medida de: 3.80 x 5.00.
- El parqueo deberá ser controlado por una garita.
- Las circulaciones peatonales y vehiculares deberán estar separadas.
- Los servicios sanitarios, cuartos de limpieza y bodegas deberán estar ubicados lo más cercano posible a las salas de reunión.
- La ventilación e iluminación deberán ser naturales.
- los servicios sanitarios contarán con pasamanos, así como también con pisos antideslizantes y las puertas siempre se abatirán hacia afuera según las normas técnicas.
- Los pasillos y cominerías deben tener una anchura mínima de 2.10 metros.
- Se evitarán cambios bruscos de niveles de altura, utilizando para ellos rampas las cuales deberán tener una pendiente máxima del 5% al 10%.
- Las puertas deberán tener como mínimo un metro de ancho y ser abatibles a un solo sentido.
- La zona habitacional deberá estar aislada de manera que proteja la intimidad de quien en ellas habitan.
- Las áreas de estar se ubicarán en espacios en el que su vista y paisaje no sea obstaculizado.



- Todos los pasillos y caminerías deben contar con pasamanos los cuales deben tener una altura máxima de 0.80 metros.
- Se contará con mobiliario urbano tanto en jardines, como en estares.

4.5.3. Premisas Formales

Las premisas formales muestran cómo se pretende generar la volumetría y que elementos tendrán la forma de nuestro proyecto arquitectónico.

La función y forma deben estar ligadas siempre teniendo en cuenta la integración.

Las premisas formales para el proyecto son:

- Cada módulo se integre volumétricamente como formalmente.
- Se evitarán espacios gigantescos innecesarios.
- Se trabajarán los ambientes y módulos principales con niveles a doble altura, con la finalidad de que el proyecto no se visualice plano y para jerarquizar espacios.
- Se utilizarán formas tradicionales y arquitectónicas.
- Se creará ambientes agradables para el usuario, se integrará el paisaje natural y paisajístico con el equipamiento.

4.5.4. Premisas Tecnológicas

En las premisas tecnológicas se inscriben criterios estructurales, constructivos que serán empleados en el proyecto, estos deben integrarse a la tipología constructiva del entorno, en este caso predomina la construcción con ladrillos y bloquetas, usando el sistema constructivo de albañilería confinada.

Las premisas tecnológicas para el proyecto son:

- Se utilizarán materiales constructivos del lugar.



- El sistema constructivo será de albañilería confinada, complementado con el sistema constructivo aporticado.
- Las cubiertas en áreas pequeñas serán de losa tradicional y en algunas áreas a dos aguas, acorde al tipo de uso e integración al entorno.
- Los pisos serán de materiales resistentes y que no necesiten numeroso mantenimiento.
- Se harán instalaciones de agua caliente con tubería de CPVC SAP para los servicios sanitarios y zonas de rehabilitación física.
- Los drenajes tendrán una pendiente de entre el 1 y 2%.
- Los drenajes se llevarán por medio de un sistema de colectores independientes, conectados entre sí por medio de un colector principal.

4.5.5. Premisas Espaciales:

En las premisas espaciales se inscriben criterios de espacios, que serán empleados para ayudar a la integración de zonas del proyecto.

- Las vías de tránsito peatonal, principal y secundario deberán ser amplios y sin obstáculos.
- El espacio destinado para la residencia del adulto mayor deberá contar con estares y/o plazuelas amplias que le ayuden a tener la sensación de tranquilidad y sean puntos estratégicos para la sociabilización del integrante senil.



- El salón de juegos estará considerado lo más cercana posible a las residencias del adulto mayor para poder brindar opciones de juegos y ser puntos de encuentro que ayuden a la sociabilización del integrante senil.
- La zona de criadero de animales y cultivos deber estar lo más cercana posible a la zona de servicios complementarios para que esta ayude a la auto sustentabilidad que puede ofrecer los cultivos y los animales.
- El parqueo deberá contar con los dimensionamientos requeridos de la siguiente forma: Vehículos ligeros 2,40 x 5,00, a su vez ha de considerar 01 parqueo por cada 50m² de área construida.
- El parqueo para personas discapacitadas será en función de 02 parqueos por cada 50 autos, y será la medida de: 3.80 x 5.00.
- El parqueo deberá ser controlado por una garita.
- Los pasillos y caminerías deben tener una anchura mínima de 2.10 metros.
- Las áreas de estar se ubicarán en espacios en el que su vista y paisaje no sea obstaculizado.
- No se deberán tener espacios estrechos dentro de la propuesta debido a las diferentes actividades que se realizarán.
- Las áreas de residencia deben ser amplias y esas contar con salidas de emergencia.



4.6. PROPUESTA A NIVEL CONCEPTUAL:

4.6.1. Toma de Partido Arquitectónico:

La idea del proyecto es determinar las características arquitectónicas que se deben de tomar en cuenta en la propuesta “Espacio De Refugio, Recuperación Y Confort Para El Adulto Mayor En El Distrito De Arapa.”, para que el diseño se integre al contexto sociocultural del distrito de Arapa.

4.6.2. Concepto Arquitectónico:

La concepción arquitectónica del proyecto está determinada por una estructura cultural que se origina en la conducta religiosa mística expresada en ritos con características, basada en la conjugación de la danza andina que es el “CARNAVAL DE ARAPA”.

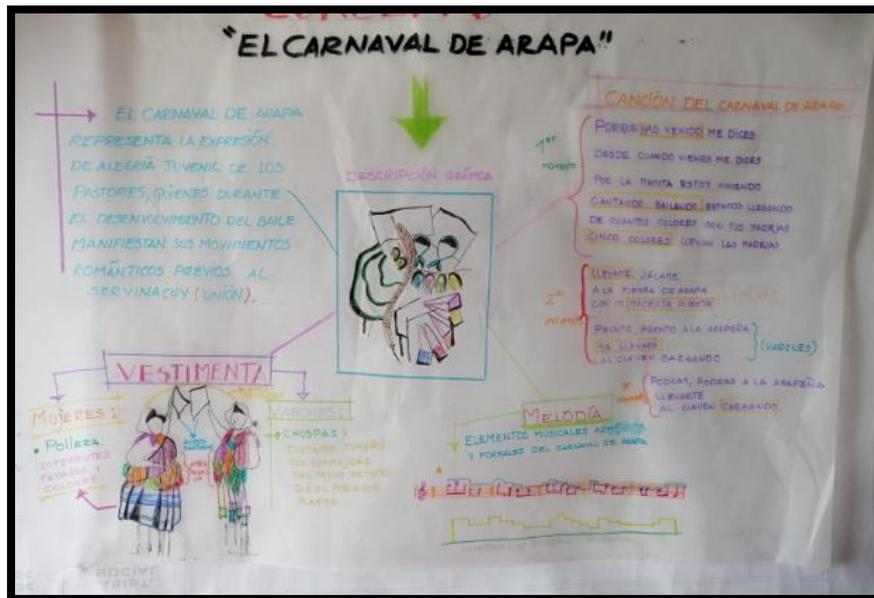


Figura 146: Concepto Carnaval de Arapa

Fuente: Elaborado por el equipo de trabajo..

CARNAVAL DE ARAPA

El carnaval de Arapa es una danza costumbrista y agrícola relacionada con el agradecimiento a la santa tierra o “Pachamama” por brindar sus frutos y a la “Cochamama” (lago) por ofrecer el escenario privilegiado para los pobladores.

El personaje sagrado llamado "Pukllay Machu" complementa la comparsa. Es un líder y vidente y su rol es recomendar con mucha sapiencia y gracia el comportamiento de los pobladores y predecir el próximo período agrícola. Irrumpe en la fiesta al salir del lago en una valsa de totora el día del "Cacharpari" (Despedida) y se convierte en el personaje principal. Tiene en una canastilla los primeros frutos que indistintamente va entregando a los pobladores, siempre con recomendaciones, los que son tomados y guardados por los pobladores como una especie de privilegio, pues recibir un regalo del Pukllay Machu es significado de un buen presagio.

Al final del Carnaval, el Pukllay Machu escapa de sus celosos cuidadores danzarines y se aleja por la inmensidad de los cerros y chacras aledañas hasta el año siguiente.



Siendo así una danza erótica y agrícola, que se baila en los carnavales y actividades importantes, los pobladores de las orillas de lago de Arapa caracterizados por sus tierras fértiles y clima benigno, danzan con desplazamientos coreográficos que son realizados con mucha destreza por hombres y mujeres acompañados por la alegre música del pinquillo acompasado por el uno caja. En el vestuario los danzarines llevan madejas de colores, las mujeres portan una bandera blanca, sombrero de lana de oveja sujeta de un pañolón fucsia, almilla blanca, pollera roja y ojotas y los varones llevan su pinquillo, sombrero negro, pañolón fucsia pantalón negro, almilla blanca y las chuspas de gran cantidad que cuelgan de la cintura.

Es por ello que tomaremos en cuenta los siguientes elementos:

CHUSPAS:

El tamaño de las chuspas es pequeño, pero, también llevan dos a más chuspas grandes
Las chuspas son elaboradas por los lugareños, su complejidad depende de cada poblador
donde plasma todo el talento artístico en sus tejidos.

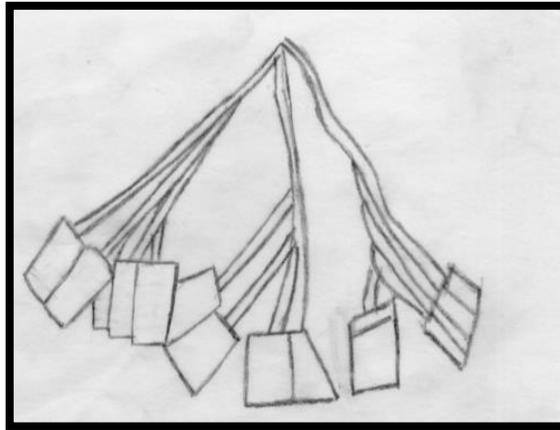


Figura 147: Dibujo De las Chuspas

Fuente: Elaborado por el equipo de trabajo.

SOMBRERO:

Hecha a base de lana de oveja. De copa baja de alares medianos.



Figura 148: Dibujo del Sombrero.

Fuente: Elaborado por equipo de trabajo.

MADEJAS:

Utilizan dos a más madejas cruzados en los hombros, dos en la cintura. La cantidad de madejas puede ser un mínimo de 4 a más madejas dependiendo de la danzarina.



Figura 149: Dibujo De las

Fuente: Elaboración Por

Madeiras.

el equipo de trabajo

POLLERA:

Puede ser roja o verde. Llevan de 4 más polleras de diferentes tamaños y colores., el cual visten del pequeño al más grande.

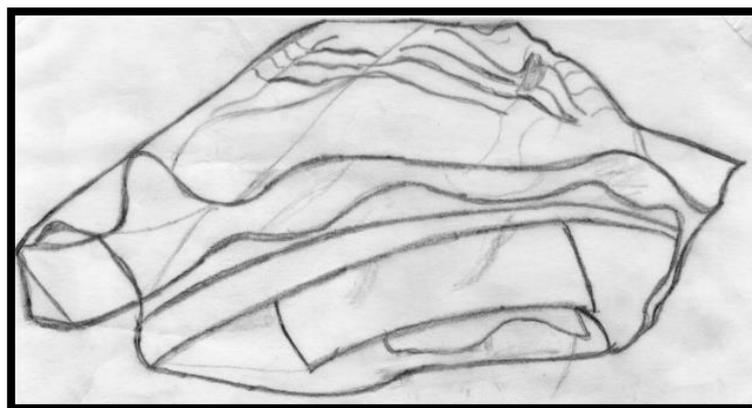


Figura 150: Dibujo De La Pollera.

Fuente: Elaboración Por el equipo de trabajo

MADEJAS DE HOMBRES:

Utilizan dos madejas cruzadas en los hombros, dos en la cintura y uno alrededor del cuello

La cantidad de madejas puede ser entre 5 a más madejas dependiendo del danzarín.

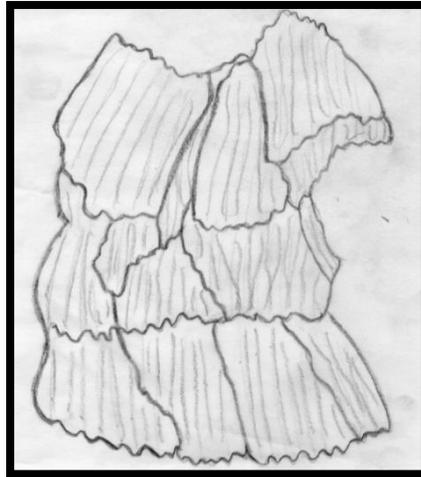


Figura 151: Dibujo De

Madeiras De Los Hombres.

Fuente: Elaboración Por el equipo de trabajo..

RITMO

La danza carnavalesca de Arapa va relacionada de acuerdo a las actividades sociales y agrícolas que vive la población. Por ejemplo, cuenta con una gran variedad de temas dedicados al amor, agradecimiento a la Pachamama, respeto por la vida, etc. estos valores son asimilados por los jóvenes. Si bien la interpretación sonora de la danza carnavalesca de Arapa no es tan compleja de la versión actual esto no desmerece el mensaje positivo que sus temas llevan.

4.6.3. Conceptualización Gráfica Del Carnaval De Arapa.



Figura 152: Boceto carnaval de Arapa.

Fuente: Elaborado por el equipo de trabajo..

4.6.4. Geometrización

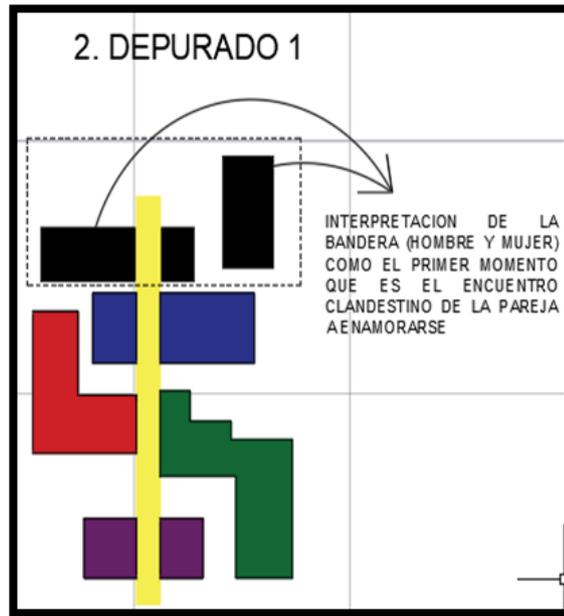


Figura 153: Depuración A

Fuente: Elaborado Por el equipo de trabajo.



Figura 154: Depurado B.

Fuente: Elaborado Por el equipo de trabajo..

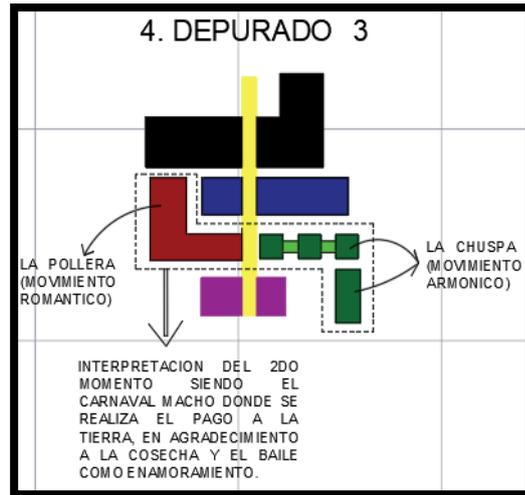


Figura 155: Depuración C.

Fuente: Elaborado Por el equipo de trabajo.

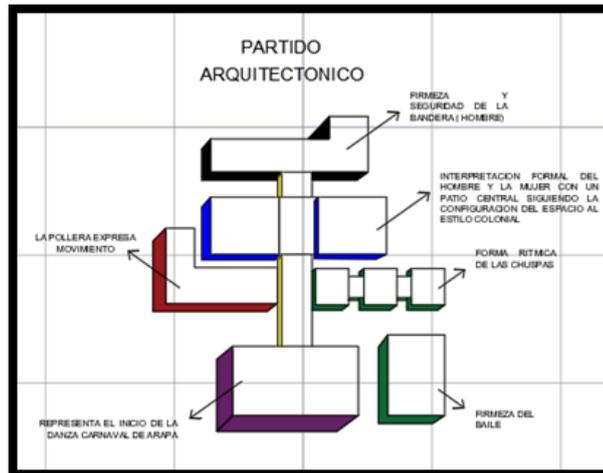


Figura 156: PARTIDO ARQUITECTONICO

Fuente: Elaborado Por el equipo de trabajo.

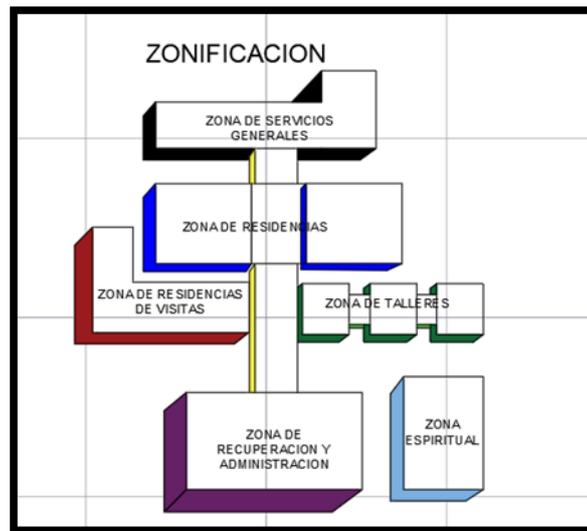


Figura 157: ZONIFICACION

Fuente: Elaborado por el equipo de trabajo.

4.6.5. Función:

Se ha desarrollado el análisis funcional mediante los siguientes diagramas:



Figura 158: Fluxograma General.

Fuente: Elaborado por el equipo de trabajo.



Figura 159: Fluxograma Zona Administrativa.

Fuente: Elaborado por el equipo de trabajo.



Figura 160: Zona De Talleres.

Fuente: Elaborado por el equipo de trabajo.



Figura 161: Zona De Residencia Visitas.

Fuente: Elaborado por el equipo de trabajo.



Figura 162: Zona De Recuperación.

Fuente: Elaborado por el equipo de trabajo.

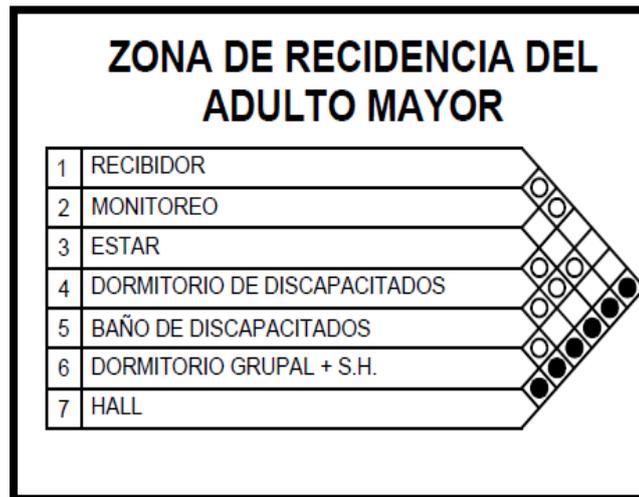


Figura 163: Zona De Residencia Del Adulto Mayor.

Fuente: Elaborado por el equipo de trabajo.

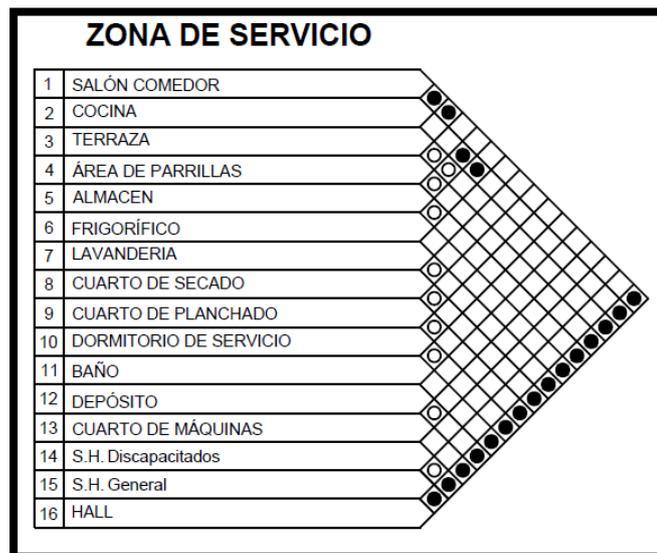


Figura 164: Zona De Servicio.

Fuente: Elaborado por el equipo de trabajo.

4.6.6. Diagrama De Relaciones:

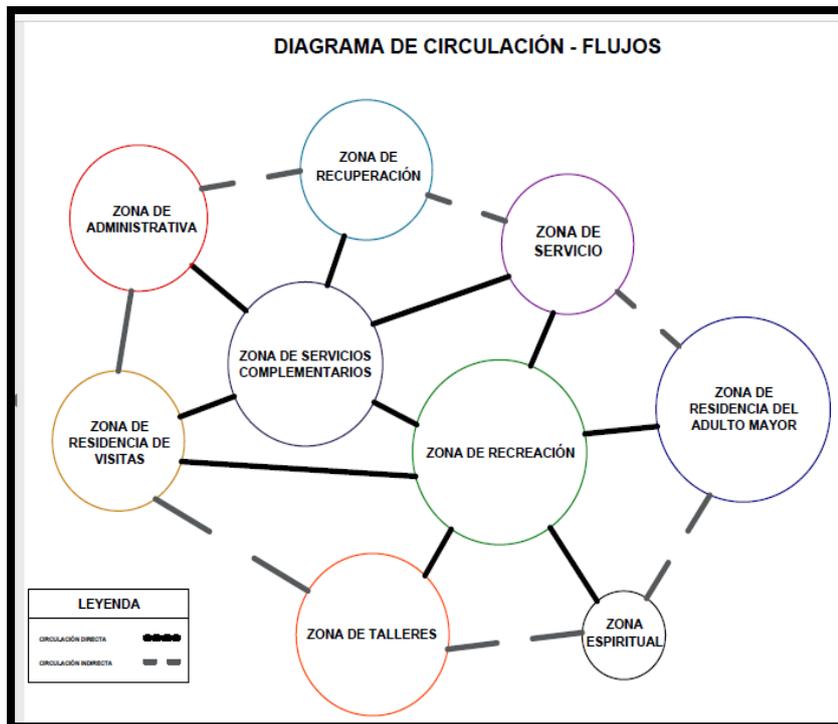


Figura 165: Diagrama De Circulación de Flujos.

Fuente: Elaborado por el equipo de trabajo.

4.6.7. Diagrama Funcional:

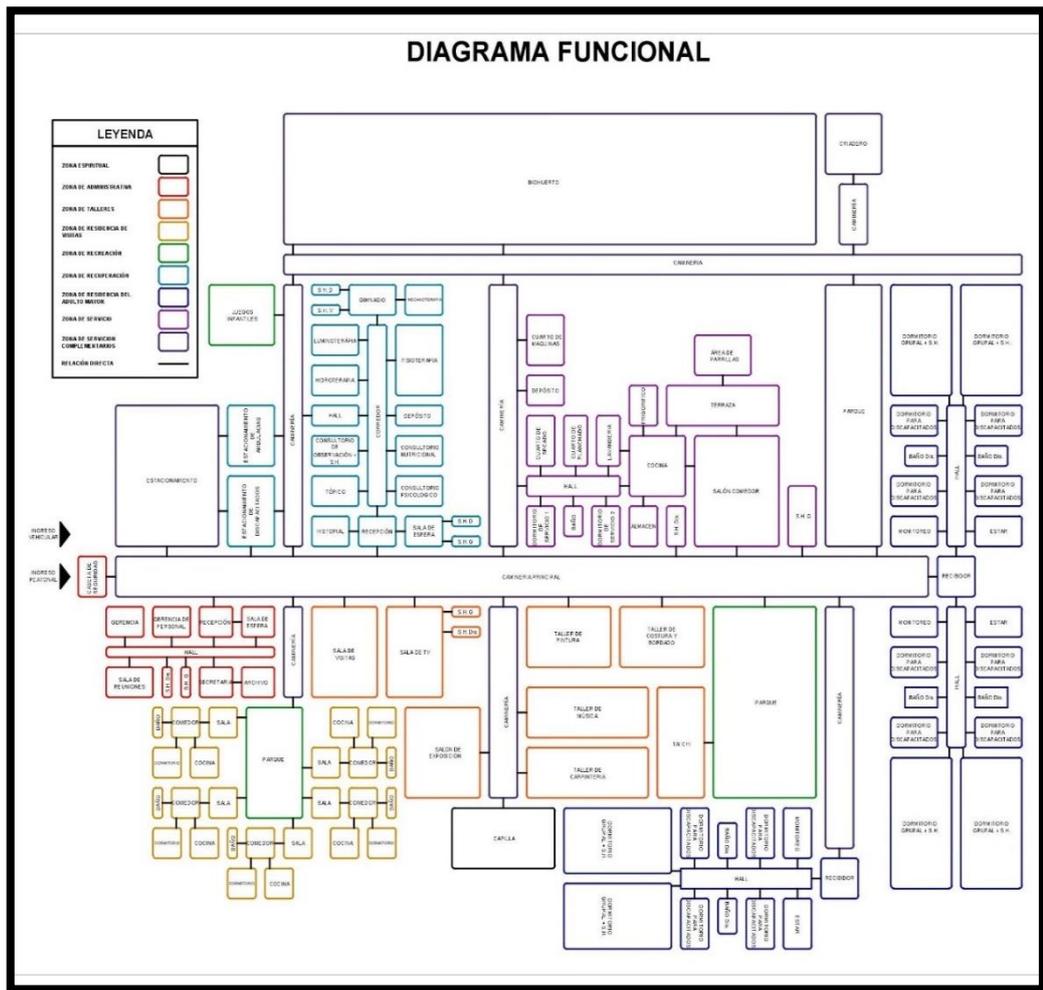


Figura 166: Diagrama Funcional.

Fuente: Elaborado por el equipo de trabajo.

- POR FRECUENCIA:

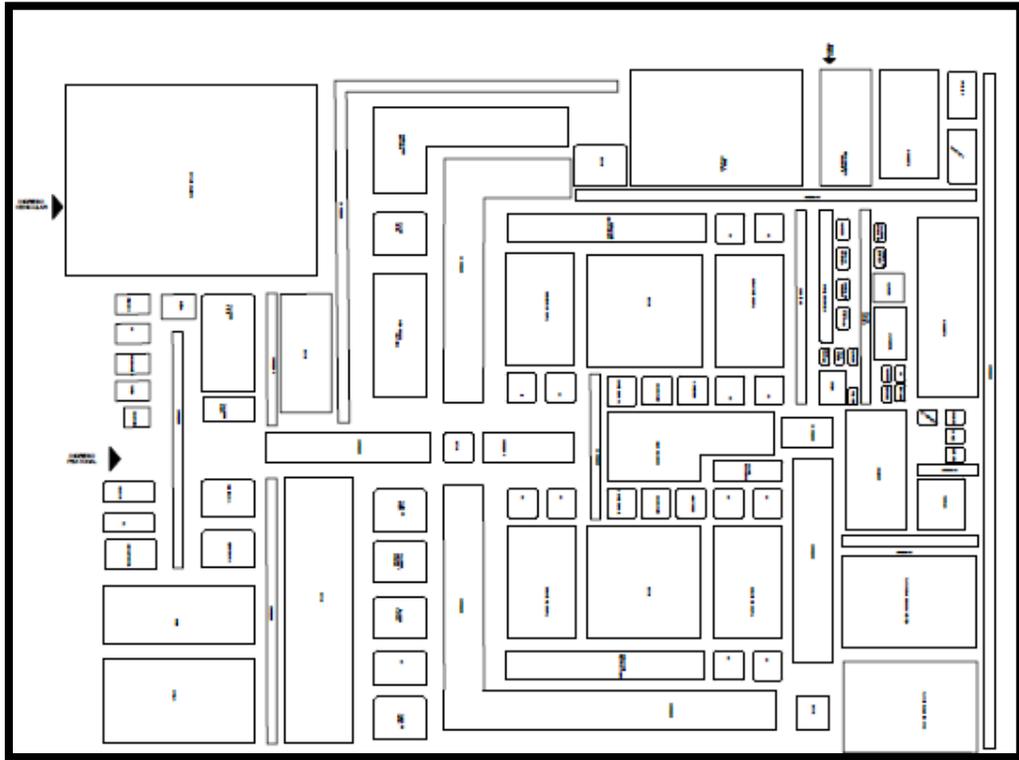


Figura 168:Diagrama De Flujos por Frecuencia.

Fuente: Elaborado por el equipo de trabajo.

4.6.9. Programa Arquitectónico:

Tabla 49: Programa General.

PROGRAMA ARQUITECTONICO								
ZONA	ESPACIO	CANTIDAD	AFORO	USUARIO	PERSONAL	AREA UNITARIA	AREA SUB TOTAL	AREA TOTAL
ADMINISTRACION	CASETA DE SEGURIDAD + SH	2	2		2	8.00	16.00	
	RECEPCION	1	4		1	20.00	20.00	
	SALA DE ESPERA	3	8	24		12.00	36.00	
	LIMPIEZA	1	1		1	9.00	9.00	
	ARCHIVO	1	3		1	17.00	17.00	
	JEFE DE PERSONAL	1	4		1	18.00	18.00	
	ADMINISTRACION	1	3		1	14.00	14.00	
	AREA LEGAL	1	4		1	18.00	18.00	
	SECRETARIA	1	3		1	20.00	20.00	
	CONTABILIDAD	1	3		1	12.00	12.00	
	DIRECCION + SH	1	4		1	30.00	30.00	
	SALA DE REUNIONES	1	10		10	34.00	34.00	
	JEFE DE MEDICOS	1	4		1	24.00	24.00	
	JEFA DE NUTRICION	1	3		1	13.00	13.00	
	SH	4	8	8		14.00	56.00	
	KITCHEN	1	3		3	8.00	8.00	
ASISTENTA SOCIAL	1	3		1	13.00	13.00	353.00	

Fuente: Elaborado por el equipo de trabajo.

Tabla 50: zona talleres.

TALLERES	SALA DE VISITAS	1	24	24	1	62.50	62.50	
	SALA DE TV	1	13	13	1	54.00	54.00	
	SALON DE EXPOSICIÓN	1	50	48	2	112.10	112.10	
	TALLER DE PINTURA	1	12	11	1	62.50	62.50	
	TALLER DE CARPINTERIA	1	10	9	1	62.50	62.50	
	TALLER DE COSTURA Y BORDADO	1	19	17	2	62.50	62.50	
	TALLER DE MÚSICA	1	18	16	2	62.50	62.50	
	TAICHI	1	20	19	1	56.00	56.00	
	S.H. Discapacitados	1	1	1		7.44	7.44	
	S.H. General	1	1	1		5.50	5.50	547.54

Fuente: Elaborado por el equipo de trabajo.

Tabla 51:residencia de visitas-personal.

RESIDENCIA DE VISITAS		4						
	SALA	4	2	2		13.00	52.00	
	COCINA	4	2	2		7.5	30.00	
	DORMITORIO	4	2	2		15.00	60.00	
	BAÑO	4	1	1		6.00	24.00	190.00

RESIDENCIA DE PERSONAL	SALA DE TV	1	16		16	24.00	24.00	
	CORREDOR + HALL	1	16		16	34.00	34.00	
	DORMITORIO + SH	6	12		12	20.00	120.00	
	SH	1	20	20	1	80.00	80.00	
	COMEDOR	1	10		10	12.00	12.00	
	COCINA	1	4		4	22.00	22.00	292.00

Fuente: Elaborado por el equipo de trabajo.

Tabla 52:recuperacion y residencia.

RECUPERACIÓN	RECEPCIÓN	1	5	2		7.50		
	HISTORIAL	1	3	2	1	11.00	11.00	
	SALA DE ESPERA	1	5	5		17.50	17.50	
	TÓPICO	1	3	3		14.00	14.00	
	CONSULTORIO PSICOLÓGICO	1	2	1	1	17.00	17.00	
	CONSULTORIO NUTRICIONAL	1	2	1	1	17.00	17.00	
	CONSULTORIO DE OBSERVACIÓN + S.H.	1	2	1	1	26.00	26.00	
	DEPÓSITO	1	1	1	1	6.50	6.50	
	FISIOTERAPIA	1	4	2	2	28.50	28.50	
	LUMINOTERAPIA	1	2	1	1	15.00	15.00	
	HIDROTERAPIA	1	4	2	2	15.00	15.00	
	GINNASIO	1	12	10	2	47.00	47.00	
	MECANOTERAPIA	1	6	4	2	22.00	22.00	
	S.H. DAMAS	1	4	4		10.60	10.60	
	S.H. VARONES	1	4	4		10.60	10.60	
	S.H. General	1	1		1	5.80	5.80	
	S.H. Discapacitados	1	1	1		7.50	7.50	271.00

RESIDENCIA DEL ADULTO MAYOR	RECIBIDOR	2				14.00	28.00	
	MONITOREO	3	1		1	12.00	36.00	
	ESTAR	5	12	12		16.50	82.50	
	DORMITORIO DE DISCAPACITADOS	6	1	1		12.00	72.00	
	BAÑO DE DISCAPACITADOR	3	1	1		6.60	19.80	
	DORMITORIO GRUPAL+ BAÑO	3	12			138.00	414.00	652.30

Fuente: Elaborado del equipo de trabajo.

Tabla 53: Servicios.

SERVICIOS	SALÓN COMEDOR + S.H.	1	100	80	20	251.00	251.00
	COCINA	1	5		5	40.00	40.00
	TERRAZA	1	100	80	20	43.00	43.00
	ÁREA DE PARRILLAS	1	15		15	153.00	153.00
	ALMACEN	1	1		1	12.00	12.00
	FRIGORÍFICO	1	1		1	12.00	12.00
	LAVANDERIA	1	2		2	8.00	8.00
	CUARTO DE SECA DO	1	2		2	37.00	37.00
	CUARTO DE PLANCHADO	1	2		2	15.00	15.00
	DORMITORIO DE SERVICIO	2	2		2	9.50	19.00
	BAÑO DE SERVICIO	1	1		1	4.90	4.90
	DEPÓSITO	1	1		1	4.50	4.50
	CUARTO DE MAQUINAS	1	1		1	18.00	18.00
	S.H. Discapitados	1	3	3		12.00	12.00
S.H. General	1	4	4		9.50	9.50	
							638.90

Fuente: Elaborado por el equipo de trabajo.

Tabla 54: Espiritual-recreación-complementarios.

ESPIRITUAL	CAPILLA + BAÑO	1	100		100	160.00	160.00	160.00
RECREACION	JUEGOS INFANTILES	1	30	30		220.00	220.00	718.00
	PARQUE	6				83.00	498.00	
COMPLEMENTARIOS	ESTACIONAMIENTO GENERAL	1	6			196.00	196.00	5682.16
	ESTACIONAMIENTO PARA DISCAPACITADO	1	4			97.00	97.00	
	ESTACIONAMIENTO DE AMBULANCIA	1	1			29.00	29.00	
	BIOHUERTO (CULTIVOS)	1				5200.00	5200.00	
	CRADERO	1				160.16	160.16	
SUBTOTAL							9909.00	
ÁREA LIBRE 40%							3963.6	
CIRCULACIÓN Y MUROS 30%							2972.7	
TOTAL							16845.30	

Fuente: Elaborado por el equipo de trabajo.

4.7. PROYECTO ARQUITECTONICO:

4.7.1. Definición De La Planta General:

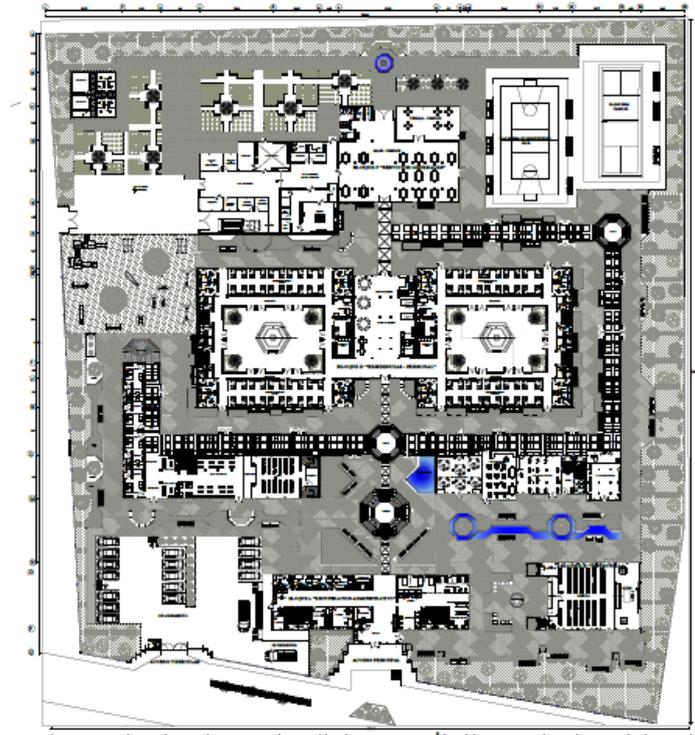


Figura 169:Propuesta Arquitectónica.

Fuente: Elaborado por el equipo de trabajo.

4.7.2. Zonificación En Planta:

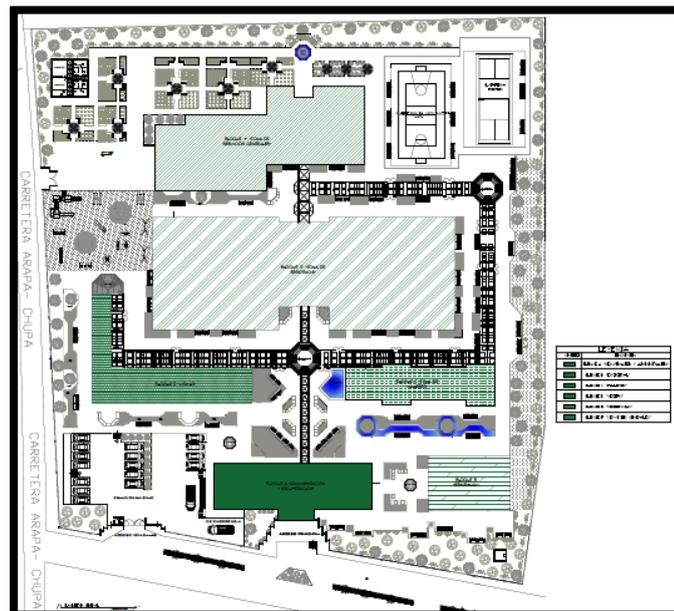


Figura 170:Zonificación de Planta.

Fuente: Elaborado por el equipo de trabajo.

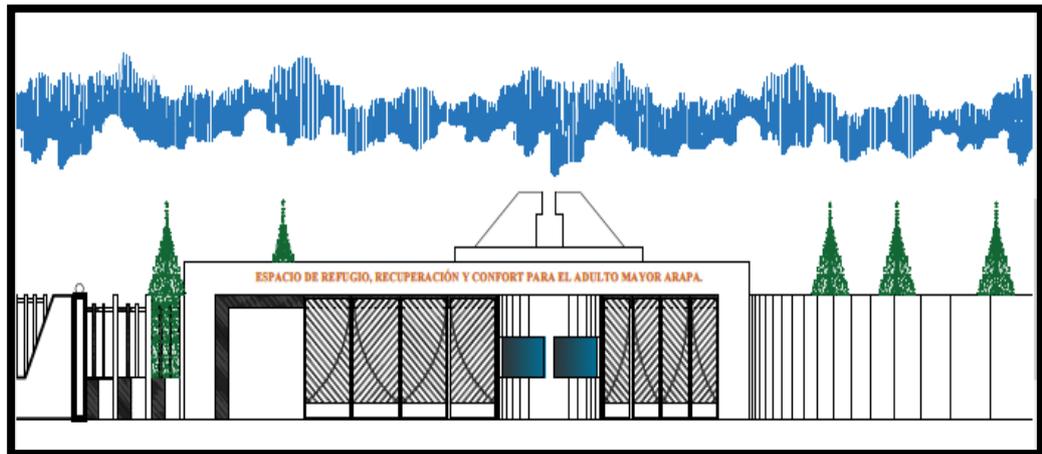


Figura 171: vista frontal de la planta.

Fuente: Elaborado por el equipo de trabajo.

4.7.3. Sistema Constructivo:

Entendiendo que el sistema constructivo es el conjunto de elementos y unidades de una edificación que forman una organización funcional con una misión constructiva común, sea ésta de sostén (estructura). Un sistema requiere de un diseño, para lo cual se debe atender en primer lugar a las exigencias funcionales de cada uno (función) y a las acciones exteriores de la construcción en la que se aplicara (forma y espacios), además de tener en cuenta las posibilidades de los materiales que se van a utilizar, en función de su calidad y esfuerzos que los mismos soportaran (estructuras).

En el proyecto de tesis vimos la necesidad de utilizar un sistema constructivo **APORTICADO** que creemos que las siguientes características aportaran a la finalidad que tenemos al proyectar la tesis:



- Al estar conformado por vigas y columnas de hormigón armado las cuales están conectadas entre sí por nudos rígidos que permiten que las cargas se van directamente a las columnas.
- Es versátil y bondadoso con la distribución de ambientes.
- Son estructuras muy sensibles las solicitaciones sísmicas son pequeñas.
- Por la utilización de muros de ladrillo y estos ser huecos y tener una especie de cámaras de aire, el calor que transmiten al interior de la edificación es más efectiva.

4.7.4. Presupuesto:

Tabla 55: PRESUPUESTO DEL PROYECTO.

PRESUPUESTO DEL PROYECTO SEGÚN COMPONENTES	
OBRAS PROVISIONALES	S/45,114.06
INFRAESTRUCTURA DE ADMINISTRACIÓN	S/133,045.00
INFRAESTRUCTURA DE RECUPERACIÓN	S/183,658.86
INFRAESTRUCTURA DE TALLERES	S/105,721.74
INFRAESTRUCTURA DE RESIDENCIA DE VISITAS	S/235,265.75
INFRAESTRUCTURA DE RESIDENCIA DEL PERSINAL	S/325,265.75
INFRAESTRUCTURA DE RESIDENCIA DEL ADULTO MAYOR	S/529,116.34
INFRAESTRUCTURA DE ZONA ESPIRITUAL	S/95,467.00
INFRAESTRUCTURA DE SERVICIOS	S/145,789.23
INFRAESTRUCTURA DE RECREACIÓN	S/178,980.00
INFRAESTRUCTURA DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	S/227,345.56
EQUIPAMIENTO Y MOBILIARIO	S/435,200.00
MITIGACIÓN DE IMPACTO AMBIENTAL	S/7,084.00
COSTO DIRECTO DEL PROYECTO	S/2,647,053.29

PRESUPUESTO DEL PROYECTO SEGÚN ESTUDIO REALIZADO	
COSTO DIRECTO	S/4,826,566.92

GASTOS GENERALES (12.00%)	S/579,188.03
GASTOS DE SUPERVISIÓN (5.00%)	S/241,328.35
GASTOS DE ELAB. DE EXP. TÉCNICO (2.53%)	S/122,112.14
GASTOS POR LIQUIDACIÓN (1.10%)	S/72,398.50
GASTOS DE SEG. MONITOREO (1.10%)	S/53,092.24

PRESUPUESTO TOTAL	S/5,894,686.18

Fuente: Elaborado por el equipo de trabajo.



V. CONCLUSIONES

Para culminar el estudio de nuestro proyecto, debemos tener en consideración tres contextos en la ejecución del espacio de refugio, recuperación y confort para el adulto mayor en el distrito de Arapa, los cuales son:

1. El diseño arquitectónico denominado “Espacio De Refugio, Recuperación Y Confort Para El Adulto Mayor En El Distrito De Arapa” responde a los lineamientos del análisis de las características sociales y culturales del adulto mayor.
2. El diseño resuelve el vínculo entre el adulto mayor y la naturaleza, mediante espacio paisajista.
3. Se propuso formas y espacios funcionales que responde las características sociales y culturales del adulto mayor, donde podrán realizar actividades activas y pasivas.



VI. RECOMENDACIONES

Para la realización de un espacio de refugio, recuperación y confort para el adulto mayor se deberá tomar en cuenta toda la normatividad vigente, topografía, características del suelo y climas particulares de la zona y lo más importante la orientación y ruta solar para lograr el confort ambiental en cada espacio.

Plantear, a partir de este espacio de refugio, recuperación y confort para el adulto mayor, una normativa aún más específica y rigurosa, que brinde un enfoque personalizado a la arquitectura diseñada para el adulto mayor.

Implementar áreas que complementen El espacio de refugio, recuperación y confort para el adulto mayor, promovidas por la misma municipalidad o gobiernos locales; así el sector de la población se sentirá también parte de la sociedad.

Promover inversiones públicas y ONG en proyectos destinados para las personas adulto mayores.

El proyecto espacio de refugio, recuperación y confort para el adulto mayor en mención, debe integrarse a su entorno, con la finalidad de no perder la identidad que posee la zona.

Los espacios públicos y privados de un proyecto deben de ser fácilmente reconocibles.

Cada zona del espacio de refugio, recuperación y confort para el adulto mayor debe de ser abierto hacia el exterior para enfatizar el contacto con el reloj biológico del adulto mayor, ya que en algunos casos los adultos llegan a desorientarse.



VII. REFERENCIAS

- Aponte, G. (1990-1991). *El paisaje como óptimo recreador y valor paisajístico de la recreacion*. Bogotá D.C.: Revista Arquitectura del Paisaje.
- Arciniegas, G. (1972). *América, tierra firme*. Bogotá: Editorial Planeta.
- BADIA, X. (1995). "La medida d la calidad de vida relacionada con la salud en los ensayos clínicos". Madrid: (eds.): Farmacoeconomía. Editores Médicos.
- BRANDSTADTER, J., & VENTURA, D. y. (1993). "Adaptative resources of the aging self: outlines of an emergent perspective". nt. J. Behav. Dev., 16, pp: 323-349.
- BRETT DANITZA SALAS HINOJOSA, R. H. (2018). *TESIS "CENTRO DE REHABILITACIÓN Y RESIDENCIA GERIÁTRICA EN LA CUIDAD DE PUNO"*. PUNO.
- BRETT DANITZA SALAS HINOJOSA, R. H. (2018). *TESIS "CENTRO DE REHABILITACIÓN Y RESIDENCIA GERIÁTRICA EN LA CUIDAD DE PUNO"*. PUNO: repositorio UNA PUNO.
- Caballero Holguín, L. (1995). *Es el cuerpo lo que yo quiero decir*. Bogotá: el sello.
- Caballero Holguín, L. (1995). *Es el Cuerpo lo Que yo Quiero Decir*. Bogotá: El sello.
- Cabrera, D. A., Pérez, D. Y., & Acosta, D. T. (2009). "AGENTES FIISCOS". La Habana.
- CASADO, D., & y LÓPEZ, G. (2001). "Vejez, dependencia y cuidados de larga duración: Situación actual y perspectivas de futuro.". MADRID: Fundación "La Caixa".



CONWAY, A. (2009). *PROCESO DE ENVEJECIMIENTO PROCESO DE ENVEJECIMIENTO*. Madrid.

Corraliza, J. A. (2002). *"Vida urbana y experiencia social. Discusión sobre la calidad de los espacios urbanos"*. Obtenido de <http://habitat.aq.upm.es>

DE PABLOS, J. C., & GÓMEZ, Y. y. (1999). "El dominio sobre lo cotidiano: la búsqueda de la calidad de vida". *Rev Esp Investigaciones Sociológicas*, 86, pp: 55-78.

DE PABLOS, J. C., & GÓMEZ, Y. y. (1999). "El dominio sobre lo cotidiano: la búsqueda de la calidad de vida". *Rev Esp Investigaciones Sociológicas*, 86, pp: 55-78.

DENNIS, R., WILLIAMS, W., & GIANGRECO, M. y. (1994). *"Calidad de vida como contexto para la planificación y evaluación de servicios para personas con discapacidad"*. Siglo Cero, 25, 155, 5-18 welfare y wellbeing.

DULCEY-RUIZ E, M. G. (1998). *Jornadas sobre Calidad de Vida y situaciones de cambio. EXPOJAVERIANA*. Universidad Javeriana de Bogotá.

estadounidense, Arquitecto Paisajista El paisaje que vemos. (1969).

Eugenia, C. M. (1999). *El pensamiento indígena en Europa*. Bogotá D.C: Editorial Planeta.

FELCE, D. y. (1995). *"Quality of life: It's Definition and Measurement. Research in Developmental Disabilities"*. Vol. 16, Nº 1, pp. 51-74. Hörnquist 1989.

Fericgla, J. M. (1992). *"Envejecer: Una Antropología de la Ancianidad, Antropos"*. herdero price, ISBN 8 476 58362 1: Barcelona.



Fericgla, J. M. (Envejecer: Una Antropología de la Ancianidad, Antropos). *Envejecer: Una Antropología de la Ancianidad, Antropos*. herdero price, ISBN 8 476 58362 1: Barcelona.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1997). "*Calidad de Vida en la vejez: condiciones diferenciales*". Universitat de Barcelona: 89-104. Casas y Aymerich: 2005.

FIERRO, A. (1994). "*Proposiciones y propuestas sobre el buen envejecer*". Madrid:: BUENDÍA, J comp Siglo XXI.

G. BARETO SOCIEDAD COLOMBIANA DE ARQUITECTOS PAISAJISTAS. (s.f.).
Obtenido de <http://www.sapcolombia.org/education/publications.php>

GARCIA, J. C. (2003). "*La vejez el grito de los olvidados*". México: Plaza y Valdez.
Garret. (s.f.). *Eckbo1*.

GARRIDO, J. J. (2009). *tesis "Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes"*. ESPAÑA Y CUBA: universidad de valencia.

GERGEN, K., & GERGEN, M. (2000). "*The New Aging*". Obtenido de
<http://www.swarthmore.edu/SocSci/kgergen1/web-page.phtml?id=manu16&st=manuscripts&hf=1> . 20

GILL, T. y. (1994). "*A critical appraisal of the quality of Quality-of-life Measurements*". JAMA; 272 (8):619-25.

GOMEZ, A. (2002). *MERCADEO DE SERVICIOS ATENCIÓN DOMICILIARIA CON ENFOQUE DE GESTION DE CALIDAD*. Colombia.

González, L. A. (2010). *Funcionalismo: modernidad y espacio*.



- Granada, H. (2002). *Psicología ambiental*. Barranquilla: Ediciones Uninorte.
- Gregori, W. d. (2002). *construccion familiar de los tres cerebros*. Bogota: ISCA.
- Hegel. (1976). *Proceso De La Conceptualización*.
- Henry, C. y. (1961). "*Teoria de la inactividad y retrainimiento*".
- Hernando, G. (2002). *Lecturas de abordó Defensoría del Pueblo*. Asdi: Bogotá D.C.
- HOLLANDSWORTH, J., & G. y. (1999- 1988). "*Evaluating the impact of medical treatment on the quality of life: a 5-years update*". Pablos: Soc. Sci. Med.; 26:425-34.de.
- <https://repositoriodigital.ipn.mx/bitstream/123456789/25270/1/8-Funcionalismo.pdf>.
(s.f.). Obtenido de <https://repositoriodigital.ipn.mx/bitstream/123456789/25270/1/8-Funcionalismo.pdf>
- HURTADO, H. (2002.). *tesis "teorías psicológicas del envejecimiento"* .
- IDLER, E. y. (1991). "*Health perceptions and survival: do global evaluations of health really predict mortality*". J. Geront. 46 p: 586.
- IMSERSO. (1985). "*El Instituto de Mayores y Servicios Sociales* ". ESPAÑA.
- IMSERSO. (1990). "*Estudio sobre la ayuda a domicilio en España*". Madrid: IMSERSO/FEMP .
- INEI. (2018). *Informe Técnico Situación De La Población Del Adulto Mayor*. Lima.
- Jay, A. (1986). *The experience of landscape*. Hull University Press: Hull UK.
- JM, M. (2003). "*Sociedad Española de Geriatria y Gerontología*". Salud Publica Educ. Salud.



- JUÁREZ, P. M. (2017). *tesis "CENTRO RECREACIONAL Y ESPARCIMIENTO INTEGRAL PARA EL ADULTO MAYOR (ESSALUD PUNO)"*. puno: repositorio UNA PUNO.
- KAPLAN, R. (1985). *"Quality of life measurement. In: Karoly P (Comp) Measurement strategies on health psychology"*. NY: Wiley.
- KAUFMANN, A. E. (Revista Española de Investigaciones Sociológicas). *"Residencias: lo público y lo privado"*. 1996: n.º 73, pp. 105-126.
- LARA-MUÑOZ, M., & PONCE DE LEÓN, S. y. (1995). *"Conceptualización y medición de calidad de vida de pacientes con cáncer"*. *Inv Clin.*: 47 (4):315-27.
- LOLAS, F. (1991). *Biomedicina y calidad de vida: análisis teórico*. *Acta Psiquiat Psicol. Amer. Lat.*; 37:25-30.
- Lucelena, B., & Sarmiento, L. (1996). *Formas de producción, uso y consumo para la ciudad sostenible*. Fundación Hábitat Colombia: Bogotá D.C.
- Masson, & E, M. (1903). *Essai de philosophie optimiste*. París: Études sur le Nature Humaine.
- Metchnikoff, E. (1901). *"la naturaleza del hombre"*. Orientación Integral Humana, Bs As.
- NASCHER, I. L. (1909). *"las enfermedades de la vejez y su tratamiento"*.
- OCDE. (1993). *"L'áide aux personees agées fragiles: les questions de politique sociales"*. París.
- OMS. (2004). *"organización mundial de la salud"*. MADRID.



- ORIZO, F. (1992). "La sociedad del bienestar". En de Miguel, A. *La sociedad española.* , 236-237.
- PATRICK, D. y. (1993). "*Health status and health policy: quality of life in health care evaluation and resource allocation.*". New York: Oxford University Press.
- Pentti, R. (2014). *Teoría de la arquitectura.*
- Pereira, C. (Octubre de 2013). *Concepto Generador.* Obtenido de <http://crizleth.blogspot.com/2013/01/el-concepto-generador.html>:
<http://crizleth.blogspot.com/2013/01/el-concepto-generador.html>
- QUEREJETA GONZÁLEZ, M. (2004). "*Discapacidad / Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación*". Madrid: OMS "organización mundial de la salud".
- Revista de Educación y Desarrollo. (Octubre-diciembre de 2009). 11, 4.
- Revista ENLACE Arquitectura. (2017). ©.
- RIBERA, C. J., & GUILLEN, L. F. (2008). "*La geriatría como especialidad médica, formación especializada y enseñanza en el pregrado*". Barcelona.
- RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (1999). "*La residencia. Concepto. Destinatarios y objetivos generales*", en *SEGG: Residencias para personas mayores. Manual de orientación.*". Barcelona: De. SG. . Oslo, 2000.
- Rose, A. (1965). "*teoría de la subcultura*".
- Salvarezza, L. (1988). "*Psicogeriatría. Teoría y Clínica*". Buenos Aires: Editorial Paidós.



SETIEN, M. L. (1993). *"indicadores sociales de calidad de vida. Un sistema de medición aplicado al País Vasco"*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas-Siglo XXI.

SIEGRIST, J., & BROER, M. y. (1996). *"Profil der lebensqualitat chronoschranker (PLC). Göttingen"*. Hogrefe-Verlag GmbH and co: traducción libre.

Tobin, H. R. (1963). *"Desvinculación y patrones de envejecimiento"*.

TRESERRA, M. A. (1993). *"Plan integral de la gent gran. Departamento de Bienestar Social. Generalitat de Catalunya"*. Ed. Capitols: Barcelona.

Vásquez, A. (2014). *Los Aspectos Y Cuestiones De Que Se Compone Un Edificio*.

VIMORT, J. e. (1984). *"Nuevos aspectos sociológicos de la tercera edad"*.

WILFREDO, M. G. (2017). *TESIS "ALBERGUE TALLER PARA EL ADULTO MAYOR DE LA CIUDAD DE ACORA"*. ACORA.



ANEXOS

PLANOS: (SE PRESENTARÁ EN DIGITAL)

A-01 PLANO DE UBICACION Y LOCALIZACION

A-02 PLANIMETRIA GENERAL

A-03 PLANO DE DISTRIBUCION

A-04 PLANO CORTES Y ELEVACIONES GENERAL

A-05 PLANOS CORTES ELEVACIONES

A-06 PLANO BLOQUE A-ZONA ADMINISTRATIVA Y SUM

A-07 PLANO BLOQUES C-B ZONAS RECUPERACION - RES VISITAS

A-08 PLANO BLOQUE B - ZONA R. VISITAS

A-09 PLANO BLOQUE D- ZONA DE VISITAS

A-10 PLANO BLOQUE E- ZONA DE TALLERES

A-11 PLANO BLOQUE F- ZONA ESPIRITUAL

A-12 PLANO BLOQUE G- ZONA DE SERVICIOS-SERVICIOS

COMPLEMENTARIOS

A-13 PLANO BLOQUE H- ZONA DE RESICENCIA

A-14 PLANO BLOQUE I- ZONA DE RESIDENCIA

A-15 PLANO DE DETALLES SS. HH DISCAPACITADOS

A-16 DETALLES DE RAMPAS Y VEREDAS

A-17 PLANO DE DETALLE CUBIERTA TEJA ANDINA

E-01 ESQUEMAS ESTRUCTURAL BLOQUES