

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

FACULTAD DE INGENIERÍA CIVIL, ARQUITECTURA Y GEOTECNIA

ESCUELA PROFESIONAL DE ARQUITECTURA

**“CENTRO RESIDENCIAL GERIÁTRICO
DE TACNA”**

TOMO I

TESIS

Presentada por :

**Bach. ELIZABETH JOHAN LAURA MAQUERA
Bach. HENRY VICTOR GUTIERREZ TICONA**

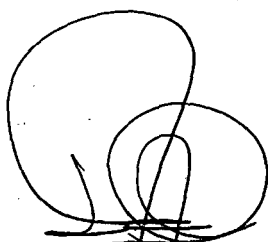
Para optar el Título de :

ARQUITECTO

TACNA - PERÚ

2015

JURADOS



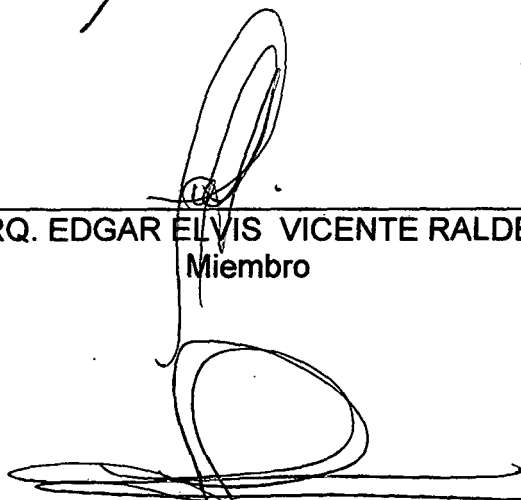
ARQ. INÉS DEL CARMEN JIMÉNEZ GARCÍA
Presidente



ARQ. MARCELA HAYDEE LAZO LA TORRE
Secretaria



ARQ. EDGAR ELVIS VICENTE RALDE
Miembro



ARQ. LUIS ERNESTO VELIZ LA VERA
Director de Tesis

DEDICATORIA:

A mis queridos padres Rosa y Victor, mis hermanos menores por haberme apoyado en el transcurso de mis estudios universitarios y sobre todo a mis hermanos mayores que desde cielo iluminan mi camino, docentes y amigos que hicieron que la carrera se convirtiera en una etapa muy importante de mi vida.

DEDICATORIA:

A mis padres, hermanos y sobre todo a mi
hija Fabiola.

CONTENIDO

PAG.

CONTENIDO

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCION

CAPITULO I: ASPECTOS GENERALES

1.1 Descripción del problema	03
1.2 Formulación del problema	04
1.3 Justificación de la Investigación	05
1.4 Limitaciones de la Investigación	06
1.5 Delimitación del estudio de la Investigación	06
1.6 Objetivos	07
1.6.1 Objetivos General	07
1.6.2 Objetivos Específicos	07
1.7 Hipótesis	08
1.8 Variables e Indicadores	08

1.8.1 Variable Independiente	08
1.8.2 Variable Dependiente	09
1.9 Matriz de Consistencia	10

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO CIENTÍFICO

2.1. Base Teórica	11
2.1.1 La Vejez	11
2.1.1.1 Definición	11
2.1.1.2 La Vejez en las Etapas del Desarrollo Humano	11
2.1.2. La Vejez en el Proceso Histórico	13
2.1.2.1. La sociedad primitiva	14
2.1.2.2. Las sociedades Antiguas	14
2.1.2.3. En la Sociedad Contemporánea	15
2.1.3. La Vejez en el Perú	16
2.1.3.1. En el Incanato	17
2.1.3.2. En la Colonia	18
2.1.3.3. En la Republica	19
2.1.3.4. En la Actualidad	20
2.1.4. La Sociedad Actual	22
2.1.5. El Adulto Mayor	26

2.1.5.1. Definición	26
2.1.5.2. Clasificación	27
2.1.5.3. Características	29
2.1.6. Calidad de Vida	37
2.1.6.1. Definición	38
2.1.6.2. Calidad de Vida en los Adultos Mayores	40
2.1.7. Envejecimiento Saludable	41
2.1.7.1. Definición	41
2.1.7.2. Proceso de Envejecimiento.	42
2.1.7.3. Acciones para un Envejecimiento Saludable.	43
2.1.7.4. Prevención	44
2.1.7.5. Actividad Física	45
2.1.7.6. La Medicina Complementaria y Alternativa	49
2.1.8. Medio Ambiente y Envejecimiento	60
2.1.9. El Adulto Mayor	62
2.1.9.1. Evolución 1940 - 1993 – 2007	62
2.1.9.2. Volumen Poblacional	65
2.1.9.3. Perspectivas de Crecimiento.	67
2.2. Base Referencial (Tipologías)	70
2.3. Atención y programas sociales para la tercera edad	79
2.3.1 Programas de Salud	79

2.3.2 Programas de Albergues	80
2.3.3 Programas de Recreación	81
2.4. Base Legal	82
2.4.1. Normatividad existente	82
2.5. Definiciones Operacionales	86

CAPITULO III: MARCO REAL

3.1. Situación Actual en el Perú	93
3.1.1. Características Generales	93
3.1.2. Tendencias Demográficas	95
3.1.3. Consideraciones Generales de la Pobl. Mayor de 60 años	96
3.1.3.1. Trabajo	96
3.1.3.2. Grado de Instrucción	96
3.2.1.3. Vivienda y Confort	97
3.2.1.4. Salud	100
3.1.4. Sistema de Atención	102
3.1.4.1. Sistema de Salud	102
3.1.4.2. Programas Públicos de Atención	104
3.2. El Adulto Mayor en Tacna	105
3.2.1. Tendencias Poblacionales	106

3.2.2. Organismos e Instituciones que Atienden al Adulto Mayor	107
3.2.2.1. Organizaciones	107
3.2.3. Instituciones	109
3.3. Propuesta Alternativa de Terreno	111
3.3.1. Características de un Lugar Ideal	111
3.3.2. Consideraciones para la Elección del Sitio	111
3.3.3. El Terreno	112

CAPITULO IV: PROPUESTA ARQUITECTÓNICA

4.1. Análisis de Sitio	116
4.1.1. Localización	116
4.1.2. Ubicación	116
4.1.3. Aspecto Físico	118
4.1.4. Aspecto Climático	121
4.1.5. Estructura Urbana	124
4.1.6. Paisaje Escénico	127
4.1.7. Sistema constructivo	127
4.1.8. Diagnostico Situacional	128
4.2. Proyecto Arquitectónico	131
4.2.1. Premisas de Diseño	131

4.2.2. Criterios de Diseño	133
4.2.2.1. Criterios Funcionales	135
4.2.2.2. Criterios Ambientales	142
4.2.2.3. Criterios de Iluminación	142
4.2.3. Conceptualización	143
4.2.4. Partido Arquitectónico	145
4.2.5. Plan de Necesidades / Actividades	147
4.2.6. Criterios de Programación	148
4.2.7. Criterios de Programación	149
4.2.8. Diagrama de Interrelaciones	154
4.2.9. Esquemas Conceptuales	156
4.2.9.1. Zonificación	156
4.2.9.2. Organización Espacial	157
4.2.9.3. Sistema de Movimiento	158
4.2.9.4. Sistema Edificio	159
4.2.9.5. Sistema de Vegetación	159
4.3. Memoria descriptiva	165
4.4. Valorización de la Edificación	169
4.5. Etapas de edificación del Proyecto	171
4.6. Financiamiento del Proyecto	171

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES	173
5.2. RECOMENDACIONES	174
BIBLIOGRAFÍA	175
ANEXOS	177

CUADROS	PAG.
CUADRO N° 01 MATRIZ DE CONSISTENCIA.	10
CUADRO N° 02 CRONOLOGIA DE LAS ETAPAS DEL HOMBRE.	13
CUADRO N° 03 ADULTO MAYOR.	27
CUADRO N° 04 CARACTERISTICAS BIOLOGICAS	31
CUADRO N° 05 TACNA: POBLACIÓN DE 60 Y MÁS AÑOS Y TASA DE CRECIMIENTO.	63
CUADRO N° 06 TACNA: INDICADORES SOCIALES, DEMOGRÁFICOS Y ECONÓMICOS.	64
CUADRO N° 07 TACNA: POBLACIÓN CENSADA Y PROYECTADA, SEGÚN SEXO.	66
CUADRO N° 08 POBLACION	66
CUADRO N° 09 TACNA: POBLACIÓN PROYECTADA DE 60 Y MÁS AÑOS Y TASA DE CRECIMIENTO.	68
CUADRO N° 10 TACNA: POBLACIÓN PROYECTADA, SEGÚN SEXO.	69
CUADRO N° 11 PRESTACIONES DE SALUD EN EL INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL, SEGÚN TIPO DE SERVICIO.	80

CUADRO N° 12 POBLACIÓN Y MUESTRA	94
CUADRO N° 13 HOGAR CONA DULTO MAYOR	99
CUADRO N° 14 PLANO DE UBICACIÓN Y LOCALIZACION	114
CUADRO N° 15 CUADRO COMPARATIVO	115
CUADRO N° 16 NORMATIVIDAD	118
CUADRO N° 17 VEGETACION EXISTENTE	120
CUADRO N° 18 CLIMA EN TACNA	121
CUADRO N° 19 DISMINUCION PROMEDIO DE ESTATURA	136

FIGURA	PAG.
FIGURA Nº 01 CONCEPTUALIZACIONES DE CALIDAD DE VIDA.	39
FIGURA Nº 02 ASILO GABRIEL PASTOR.	70
FIGURA Nº 03 INTERIORES DE ASILO GABRIEL PASTOR.	71
FIGURA Nº 04 ZONAS COMUNES DEL ASILO.	72
FIGURA Nº 05 AREA DE REHABILITACION.	72
FIGURA Nº 06 EXTERIORES DEL ASILO.	73
FIGURA Nº 07 FACHADA PRINCIPAL Y UNICO PATIO.	73
FIGURA Nº 08 TUBERÍAS AL EXTERIOR Y ADMINISTRACIÓN.	75
FIGURA Nº 09 VISTA DESDE EL ACCESO PRINCIPA.	77
FIGURA Nº 10 VISTA DE LA INSTALACIÓN DESDE EL PATIO.	77
FIGURA Nº 11 VISTA INTERIOR DE LA RESIDENCIA.	77
FIGURA Nº 12 VISTA PANORÁMICA DESDE LA ZONA DE EXTERIORES (ÁREAS VERDES).	77
FIGURA Nº 13 ZONIFICACION – EDILICIO	125
FIGURA Nº 14 SECCION VIAL	126
FIGURA Nº 15 TOPOGRAFIA	132

FIGURA N° 16	NORMATIVIDAD – ESTACIONAMIENTO	138
FIGURA N° 17	NORMATIVIDAD DESPLAZAMIENTO DE SILLA DE RUEDAS	138
FIGURA N° 18	NORMATIVIDAD PASILLOS	139
FIGURA N° 19	NORMATIVIDAD RAMPAS	139
FIGURA N° 20	NORMATIVIDAD CAMAS	140
FIGURA N° 21	NORMATIVIDAD PROTECCION SOLAR	140
FIGURA N° 22	CONCEPTO	143
FIGURA N° 23	CONCEPTO DEL CENTRO RESIDENCIAL GERIÁTRICO	144
FIGURA N° 24	PARTIDO DEL CENTRO RESIDENCIAL GERIÁTRICO	146

RESUMEN

La situación actual que atraviesa nuestro país es de inestabilidad social los cuales originan desigualdad de clases, que afectan a la atención sanitaria de la sociedad; lamentablemente no todos gozan de atención sanitaria, en el caso de atención al adulto mayor son pocas la personas favorecidas, una minoría de la población que cuentan con recursos económicos necesarios para acceder a cualquier tipo de servicios, ocurre lo contrario con la mayoría de la población desfavorecida carente de recursos económicos que no cuenta con estos servicios.

ABSTRACT

The current situation in our country is social instability which originate class inequality, affecting the health care of society; unfortunately not everyone enjoys health care, in the case of care for the elderly are the favored few people, a minority of the population who have the economic resources to access any service, the opposite is true with most of the population disadvantaged lacking in economic resources does not have these services.

INTRODUCCIÓN

Al haber finalizado los niveles de formación en la carrera de Arquitectura, y tomando como herramientas todos los conocimientos adquiridos en el transcurso de los mismos, a continuación se expone el documento que consiste en el plan trabajo de fin de carrera.

La ciudad de Tacna tiene una población total 328,915, el porcentaje de población del adulto mayor representa el 9.4 % (30,918), el promedio de vida del adulto mayor se estima que será de 75 años para el año 2025 (Fuente INEI-2007), esto se debe a los avances de la medicina, como los tecnológicos, pero actualmente vivimos en una sociedad que limita y excluye a este tipo de población, el diseño de los espacios no está pensado para ellos, incluso los pocos espacios públicos que poseemos tienen actividades determinadas que siguen relegando a este sector.

La población mayor está aumentando cada vez más rápido y en 50 años se calcula se cuadruplicará en países en desarrollo como Perú (Fuente INEI-2007), con mayor razón tenemos que concientizarnos. Existe una facilidad de longevidad de vida, pero no con calidad; la finalidad de este

proyecto es llegar a una solución al respecto; es por ello que se está trabajando en plantear un **“Centro Residencial Geriátrico de Tacna”**, pensada para aquellos adultos mayores jubilados que no cuentan con un respaldo familiar y/o económico que los ayude a vivir dignamente, además de que este centro tiene como objetivo ofrecerle un envejecimiento activo al adulto mayor involucrándolo y haciéndolo partícipe de la sociedad y del entorno de esta manera lograr el cometido principal de reintegración de un sector de la población que ha sido aislado por mucho tiempo, por eso la ubicación del proyecto debe ser estratégicamente analizada.

La motivación para la elaboración del presente proyecto va orientada a retribuir a nuestra casa superior de estudios y la región de Tacna un aporte para su desarrollo y superación, aplicando los conocimientos que nuestra alma mater ha inculcado en nosotros.

CAPÍTULO I

1. ASPECTOS GENERALES

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En nuestro país el sistema de salud afronta una serie de problemas, que se han venido agudizando con el transcurso de los años, pues la expectativa de vida para la población se ha aumentado, y a la prolongación se ha unido la falta de calidad de vida en la tercera edad.

En Tacna como en muchas ciudades del Perú, esta población afronta una serie de problemas sociales, entre ellos; no cuenta con seguro social o pensión por jubilación, población abandonada que no tiene vivienda y pasa hambre, desvalorización del adulto mayor en el núcleo familiar, en la comunidad, pues la mayoría de esta población no está integrada a los programas de atención social. Si bien existe

una preocupación por la población de adultos mayores, cuenta con infraestructura insuficiente para cubrir la demanda de la población tanta relación social con el entorno inmediato y personal especializado para atención médica del adulto mayor.

Sin embargo, hay una clara evidencia del problema para cubrir las necesidades, se puede prestar la ayuda necesaria a este importante grupo poblacional con la creación de un "CENTRO RESIDENCIAL GERIÁTRICO", para las personas de la tercera edad, que cuente con el equipamiento adecuado para proporcionar vivienda, atención médica y recreación a los mismos, en niveles de calidad adecuados.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

Por lo anteriormente expuesto es que se realiza la siguiente pregunta:

¿Una Infraestructura que permita generar recursos para sostenerse, puede brindar los servicios de atención integral y salud multidisciplinaria con la calidad adecuada, al adulto mayor?

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Nace por una necesidad evidente de un sector poblacional de la tercera edad de poseer un espacio de atención integral y salud multidisciplinaria, existiendo una clara falta de conciencia de la población nacional; especialmente del Estado respecto a temas referentes a la jubilación y centros especializados. Las tendencias demográficas según el informe del INEI nos habla de un aumento en el índice de envejecimiento en las próximas dos décadas.

Se pretende planificar y diseñar una alternativa innovadora, desde el sistema constructivo a proponer las características físico- espaciales para definir y caracterizar al usuario "adulto mayor" exclusivamente, en el aspecto de sus requerimientos, estimulando y mejorando su calidad de vida.

Esta infraestructura especializada de tipo inversión social, servirá como ejemplo en servicios de atención medica preventiva en adultos mayores y de beneficio social.

1.4. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente trabajo de investigación se vienen considerando las siguientes limitaciones:

- Acceso restringido a infraestructura local para el Adulto Mayor para la realización del estudio e investigación sobre el tema.
- Dificultad en la etapa de recolección de información ya que en muchos casos es de carácter restringido y/o confidencial.

1.5. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO DE LA INVESTIGACIÓN

El alcance de la propuesta Arquitectónica es de carácter regional, ya que a través de esta se empleará y mejorará la prestación en servicios de atención médica especializada y personal especializado para la atención medica del adulto mayor.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. OBJETIVO GENERAL:

Plantear una solución de infraestructura que permita mejorar la calidad de vida del adulto mayor de Tacna, diseñando un Centro Geriátrico que brinde servicios de atención integral y salud multidisciplinaria.

1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Desarrollar un modelo de infraestructura arquitectónica óptima teniendo en cuenta la sensibilidad del adulto mayor.
- Satisfacer las necesidades de atención integral y los factores de envejecimiento, así como conocer los cambios en el adulto mayor necesarios para concebir los espacios.
- Mejorar y proponer servicios de atención geriátrica en Tacna de acuerdo a la demanda.

- Plantear espacios que impulsen las capacidades del adulto mayor para realizar actividades ocupacionales productivas que generen sus propios recursos.

1.7. HIPÓTESIS

EL DESARROLLO DE UN CENTRO RESIDENCIAL GERIÁTRICO permitirá mejorar la calidad de vida del adulto mayor en Tacna a través de servicios de salud multidisciplinaria y una infraestructura que permita generar recursos para sostenerse.

1.8. VARIABLES E INDICADORES

1.8.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

La realización del Centro Residencial Geriátrico en Tacna.

INDICADORES:

- Análisis situacional del proyecto.
- Programación arquitectónica.
- Calidad de los servicios de salud.

1.8.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Mejorar los servicios de atención integral y salud multidisciplinaria, impulsando actividades que generen independencia para el adulto mayor.

INDICADORES

- Grupo poblacional del adulto mayor de la ciudad de Tacna.
- Mejorar los servicios de salud.

1.9. MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO	PROBLEMATICA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	INSTRUMENTOS
PROPUESTA ARQUITECTÓNICA DE "CENTRO RESIDENCIAL GERIATRICO DE TACNA."	<p>¿Una Infraestructura que permita generar recursos para sostenerse, puede brindar los servicios de atención integral y salud multidisciplinaria con la calidad adecuada, al adulto mayor?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL: Plantear una solución de infraestructura que permita mejorar la calidad de vida del adulto mayor de Tacna, diseñar un Centro Geriátrico que brinde servicios de atención integral y salud multidisciplinaria.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar un modelo de infraestructura arquitectónica optima teniendo en cuenta la sensibilidad del adulto mayor. • Satisfacer las necesidades de atención integral y los factores de envejecimiento, conocer los cambios en el adulto mayor necesarios para concebir los espacios. • Mejorar y proponer servicios de atención geriátrica en Tacna de acuerdo a la cobertura necesaria. • Plantear espacios que impulsen las capacidades del adulto mayor para realizar actividades productivas que generen sus propios recursos. 	<p>EL DESARROLLO DE UN CENTRO RESIDENCIAL GERIATRICO permitirá mejorar la calidad de vida del adulto mayor en Tacna a través de servicios de salud multidisciplinaria y una infraestructura que permita generar recursos para sostenerse.</p>	<p>DEPENDIENTE Mejorar los servicios de atención integral y salud multidisciplinaria, impulsando actividades que generen independencia para el adulto mayor.</p> <p>INDEPENDIENTE La realización del centro Residencial geriátrico en Tacna.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo poblacional del adulto mayor de la ciudad de Tacna. • Mejorar los servicios de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estadísticas • Análisis • Encuestas • El registro fotográfico y audio visual. • Información
					<ul style="list-style-type: none"> • Análisis situacional del proyecto. • Programación arquitectónica. • Calidad de los servicios de salud. • Grupo poblacional adulto Mayor 	<p>Proceso de desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Partido • Propuesta arquitectónica

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. BASE TEÓRICA

2.1.1. LA VEJEZ

2.1.1.1. Definición

Según el modelo médico tradicional se conceptualiza a la vejez en términos de déficit y de involución, acentuando la percepción de esta como un proceso degenerativo.

2.1.1.2. La Vejez en las Etapas del Desarrollo

Humano

El envejecimiento es un proceso dinámico que se inicia con el nacimiento y es de naturaleza multifactorial. Alguna se refiere a pérdida de vitalidad, lo que implica un aumento progresivo de la

vulnerabilidad ante cualquier agresión externa o situación de estrés, y conduce, en último término, a la muerte (HRUZA, 1972).

La vitalidad, según ello, se definiría como la capacidad que tiene el organismo para realizar sus distintas funciones biológicas (BEIER, 1973). A medida que el hombre envejece, va perdiendo vitalidad de forma ineludible a través de un deterioro progresivo de casi todas sus funciones fisiológicas, y esto ocurre incluso en ausencia de enfermedad.

Las Etapas del Desarrollo Humano se dan desde el inicio de la vida hasta la muerte, como última etapa del Desarrollo Humano está la vejez, comprendida desde los 60 años hasta la muerte, en esta etapa se presentan cambios sustanciales en lo biológico, lo social y lo psicológico.

Cronología de las Etapas del Desarrollo Humano (Cuadro 1)

ETAPA	EDAD (años)
Infancia	0 - 3
Niñez	4 - 10
Pubertad	11 - 13
Adolescencia	14 - 20
Juventud	21 - 25
Adultez	26 - 60
Vejez	61 - +

CUADRO N° 02 CRONOLOGIA DE LAS ETAPAS DEL HOMBRE

2.1.2. LA VEJEZ EN EL PROCESO HISTÓRICO

Los distintos grupos de edad en que se distribuyen los periodos del ciclo vital, no han permanecido inamovibles a lo largo de la historia y entre las diversas civilizaciones y culturas. Han sido objeto de una gran elasticidad, rodeándose de atribuciones y segmentos conforme a las circunstancias e intereses de cada tipo de organización social y en cada momento dado. Cada periodo histórico ha tenido para cada periodo de edad una significación y unas exigencias determinadas.

2.1.2.1. La Sociedad Primitiva

En numerosas culturas se ha percibido al viejo como alguien que tiene mucho que dar; especialmente en la sociedad primitiva. Los mayores han gozado de un estatus de prestigio, constituían el estamento privilegiado y su sabiduría de la experiencia era un valor absoluto para la educación y la formación.

2.1.2.2. Las Sociedades Antiguas

Las sociedades antiguas eran proclives a la gerontocracia, es decir, al gobierno de los ancianos. En la Grecia clásica se sacrificaba con la muerte a los jóvenes, porque se temía que no tuvieran ninguna excusa ante el peligro, lo que pondría en peligro la estabilidad de las instituciones sociales. La juventud era, por tanto, una edad subsidiaria y transicional en una sociedad que prestigiaba a sus ancianos.

El primer esbozo de lo que hoy podría estructurarse como una sociología de las edades data del mundo romano, en que las diversas cronologías de la existencia se esquematizaban del siguiente modo: había en primer lugar la infancia, que se atribuía a los dos primeros años de vida del niño; a continuación la pueritia o la adolescencia, que se prolongaba hasta los 28 años de edad; posteriormente la juventud, que abarcaba desde los 28 hasta los 50 años; la virilitas de 50 a 60 años, y por último la senectud, etapa considerada, a partir de los 60 años.

2.1.2.3. En la Sociedad Contemporánea

A partir de la II Guerra Mundial, especialmente con las emergencias juveniles de los años sesenta, comenzó a prestigiarse el estilo de vida juvenil, y una de las consecuencias es que los adolescentes de antaño son considerados hoy inequívocamente jóvenes, como ocurre con los denominados teenagers,

pertenecientes a la franja de edad que va de los 13 a los 19 años.

El afán de ser jóvenes a toda costa ha acabado por afectar también para bien y para mal a los viejos. Para bien, porque orienta, en principio, una vida mucho más energética y activa, sin las connotaciones de retiro que, en su más profunda ambivalencia, encierra la palabra vejez. Pero también para mal, porque se ha producido también una devaluación objetiva del enriquecedor papel que han desempeñado los ancianos en la historia.

2.1.3. LA VEJEZ EN EL PERÚ

A través del tiempo la situación del anciano peruano ha sido soslayada. Su escasa presencia como grupo poblacional ha determinado una casi generalizada omisión en el mejoramiento de su situación.

Al anciano pobre se le mantuvo ignorado y marginado; y al pudiente se le menciona por su condición socio-económica o su capacidad intelectual, individualizándolos. En ningún caso figura como un grupo importante dentro del contexto social, en las distintas épocas históricas la situación del anciano ha sido reflejo de la importancia que a este grupo social le diera el Estado.

2.1.3.1. En el Incanato

La base de la organización social y económica fue el ayllu, la economía inca se basaba en el trabajo colectivo, cada persona trabajaba según sus aptitudes desde la niñez hasta la ancianidad extrema. No existía el retiro definitivo pero si una adaptación progresiva según se envejecía.

El anciano en el Imperio Inca mantenía su status laboral de manera permanente, desempeñando labores adecuadas a su condición biológica, y

restringiéndose esta cuando más viejos eran, se trataba de una jubilación progresiva. Al llegar a edades muy avanzadas el ayllu se encargaba de su manutención.

2.1.3.2. En la Colonia

La estructura económica cambió de agrícola a minera, con la consiguiente priorización del trabajo en las minas. Por otro lado, los indígenas fueron declarados vasallos del Rey de España en condición de menores de edad, por tanto estaban sujetos a tutela y protección; lo que aseguraba el total dominio de la población indígena por parte del conquistador español.

Por otro lado, la tributación impuesta a la población indígena activa y que finalizaba al cumplir los 50 años, aseguraba al tesoro español ingresos permanentes.

Así, en esta nueva estructura económica adquiere importancia sólo el indígena apto para trabajar, instituciones como la mita y el servicio personal cobran importancia, evidenciándose con ello el desamparo de los no aptos y en especial el de los ancianos.

Los ancianos desprotegidos y sin capacidad de trabajar recurrían a la mendicidad, puesto que los mismos hombres en actividad apenas ganaban para malvivir. Así, los pocos que pasaban la edad límite de tributo morían al poco tiempo en la miseria.

2.1.3.3. En la República

En los inicios de la época republicana persistió la situación de marginación de la población de tercera edad, se les continuó considerando una fuerza de trabajo devaluada, con muy poca aceptación para mantenerse en el mercado laboral.

Posteriormente surgieron leyes de protección social que en muchos casos no se cumplieron hasta ya muy avanzada la República, mediante las Cajas de Pensiones y los Seguros Sociales de Obreros y Empleados, que abarcaban aspectos como el cuidado, en materia de salud, de la población asegurada y la seguridad de un ingreso económico permanente para la población jubilada o cesante.

Actualmente cumplen estas funciones, de manera descentralizada, el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), en el aspecto de salud, y la Oficina de Normalización Provisional (ONP) en lo que a pensiones se refiere.

2.1.3.4. En la Actualidad

El envejecimiento en el Perú se produce con características diferenciadas en el caso de hombres y mujeres, y se evidencia en que las mujeres viven más tiempo que los hombres pero con inferior calidad de

vida, los hombres por la mayor exposición a riesgos laborales ve reducida su esperanza de vida.

Por otro lado el sistema público de pensiones ha sido diseñado considerando que el hombre sería el principal soporte económico, y la existencia de mayor cantidad de mujeres en edad avanzada hace que estas estén desprotegidas.

Actualmente y en un corto tiempo muchas Instituciones han empezado a preocuparse por la persona Adulta Mayor, el MIMDES ha creado la DIGEPAM (Dirección General de Personas Adultas Mayores), se ha creado el Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores, 2002-2006.

ESSALUD y el MINSA, han creado programas de atención al Adulto Mayor. Otras Instituciones públicas

y privadas, tienen proyectos de convenio con grupos organizados de Adultos Mayores.

2.1.4. LA SOCIEDAD ACTUAL

El escenario actual tiene características particulares, es necesario conocerlas para saber en qué ámbito nos vamos a desenvolver.

Rasgos de la sociedad actual¹:

- a) Es altamente competitiva, Predomina la dialéctica de la producción y el consumo, de la oferta y la demanda. Se entiende que para ser tomado en cuenta hay que producir y hay que consumir.
- b) Es efectista, Característica que viene de la mano de la competitividad: para poder competir en forma hay que ser eficientes., se buscan resultados útiles e inmediatos.

¹ JOSÉ LUIS YSERN DE ARCE. SEMINARIO SOBRE ANCIANIDAD- 1997 - CHILE

- c) Es masificada, Vivimos en una sociedad donde cada vez los centros urbanos adquieren mayor importancia. Para tener acceso de una manera más eficiente a los servicios elementales de salud y educación, la gente va acudiendo en forma imparable hacia los centros urbanos más importantes. De este modo las ciudades grandes crecen de una manera desorbitada, y se forman inmensas metrópolis donde, paradójicamente, la vida se hace cada vez menos "vivable", aumenta la despersonalización, los espacios libres son escasos, aumenta la contaminación atmosférica y acústica, y para poder vivir un poco mejor el hombre urbano huye del tumulto de la gran ciudad cada vez que puede; ansía encontrarse con la naturaleza.
- d) Es una sociedad de relativismo valórico, Los valores han sido siempre asociado a conceptos de permanencia y continuidad a través del tiempo, tienen un carácter de cierta universalidad: el valor en un lugar, también era considerado así en otros lugares, especialmente si se trataba de valores importantes. Hoy ya no se puede hablar de valores

verdaderamente universales, que sean aceptados de la misma forma en casi toda la geografía de nuestro extenso mundo; más bien se ha producido una grave mutación en el campo de la percepción valórica, y que ya algunos valores que parecían importantes, hoy no se consideran así, y que otros lo son pero sólo en determinados ámbitos espaciales o personales.

- e) Es una sociedad "acelerada". Los estudiosos de las transformaciones sociales aseguran que vivimos una aceleración histórica sin precedentes: las transformaciones tecnológicas, sociales, políticas, económicas, culturales a las que asistimos, son casi vertiginosas. Se habla de un síntoma psicosociológico denominado "shock de futuro" y que consistiría en una especie de miedo de muchas personas a quedar atrasadas, a no vivir no ya el presente sino alejadas del futuro. Y no todas las personas son capaces de encajar serenamente esa realidad, lo cual les produciría un cierto shock o desadaptación.

- f) Es una sociedad de familia nuclear. Ya en la mayoría de los lugares ha perdido vigor la antigua familia extensa, la familia de la casa grande, casi patriarcal, en la que compartían naturalmente abuelos, padres e hijos, y a veces tíos y primos. Era casi obvio que las distintas generaciones compartieran vivienda, alimentación, recreación y conversación. Abuelos y nietos se cruzaban en los pasillos y habitaciones de la casa, y se transmitían de unos a otros tradiciones, costumbres, inquietudes y problemas. El abuelo, el "adulto mayor", era figura importante en esa transmisión de cultura, y él se sentía importante; en la familia extensa había un sitio para él, y en ese sitio cumplía un rol que era irremplazable.
- g) Es una sociedad en la que se ha prolongado la vida cronológica. Hoy el ciclo de vida es más largo que antaño, la gente vive más tiempo que antiguamente, la adolescencia es también más larga que antes. Pero no se ha resuelto el modo de vida, el cómo vivir estos años de prolongación.

- h) Es una sociedad en la que existen signos de sensibilidad y solidaridad. A pesar de algunos de los factores negativos que hemos nombrado hasta ahora, existen otros que son positivos: muchos jóvenes, y también adultos, tienen clara conciencia de la igualdad básica entre todos los seres humanos, sean hombre o mujer, o de la raza y condición social que sean. Se ha desarrollado con fuerza la toma de conciencia respecto a la defensa de los derechos humanos en general, y de los derechos de la mujer en particular.

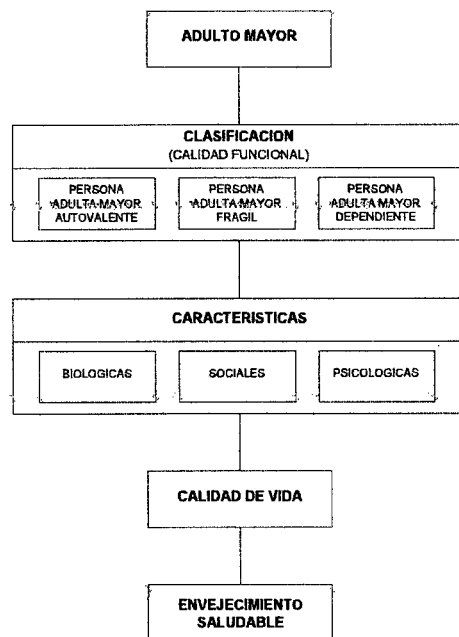
2.1.5. EL ADULTO MAYOR

2.1.5.1. Definición

La Organización Panamericana de la Salud considera como personas mayores a aquellas de 60 a más años de edad.² A partir del año 1996, la Organización de Naciones Unidas denomina a este grupo poblacional

² PLAN NACIONAL PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES 2002 – 2006, Promudeh.

personas “Adultas Mayores”, de conformidad con la resolución 50/141 aprobada por su Asamblea General.



CUADRO N° 03 ADULTO MAYOR FUENTE: ELABORACION PROPIA

2.1.5.2. Clasificación

Para clasificar a este grupo poblacional, es necesario definir la salud de las personas que envejecen no en términos de déficits, sino de mantenimiento de la calidad funcional, para lo cual se clasifican en tres grandes grupos:

a) Persona Adulta Mayor Autovalente:

Es aquella persona mayor capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria, aquellas actividades funcionales esenciales para el autocuidado: comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse, continencia y realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, que son actividades tales como: cocinar, limpiar, comprar, lavar o planchar, etc.

b) Persona Adulta Mayor Frágil:

Se define como aquella que tiene un tipo de disminución del estado de reserva fisiológica asociada con un aumento de la susceptibilidad a discapacitarse.

c) Persona Adulta Mayor Dependiente o Postrada:

Se define a aquella que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológico,

asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria.

2.1.5.3. Características

Los cambios que se producen en la vejez no se deben exclusivamente al proceso biológico normal e irreversible del envejecimiento, sino a la combinación de varios de otros factores interrelacionados, tales como la pérdida prematura de aptitudes funcionales por desuso, las enfermedades agudas y crónicas, la marginación social, etc.

a) Características Biológicas

De acuerdo a los cambios biológicos que se presentan, se acentúa el envejecimiento de los órganos, aparatos y sistemas, como:

- Pérdida total de determinadas funciones, el ejemplo más claro es la pérdida de la capacidad

reproductiva en el caso de las mujeres después de la menopausia, en los hombres la capacidad para percibir determinadas frecuencias acústicas.

- Cambios funcionales, son los más comunes y afectan a todos los órganos y sistemas, muchas de estas pérdidas pueden ser suplidas y compensadas por los mecanismos de reserva del organismo.

El proceso de envejecimiento se caracteriza por un deterioro progresivo de las funciones orgánicas, el ritmo de la velocidad de envejecimiento se ve influenciado por factores genéticos y ambientales, y difiere entre diversos individuos.

ÓRGANO O SISTEMA	EFECTOS NATURALES DEL ENVEJECIMIENTO	FACTORES ACELERADORES
Piel	Pierde espesor y elasticidad (aparición de arrugas).	Consumo de tabaco y exposición al sol.
Cerebro Sistema Nervioso	Pierde parte de la capacidad de memorización y aprendizaje. Lentitud de reacción ante los estímulos.	Consumo de alcohol y otras drogas, y por golpes en la cabeza.
Sentidos	Se hacen menos agudos.	Consumo de tabaco y exposición a ruidos altos.
Pulmones	Se reduce su eficacia al disminuir su elasticidad.	Consumo de tabaco, la contaminación del aire y la falta de ejercicio.
Corazón	Bombea con menos eficacia, dificultando el ejercicio.	Consumo de alcohol y tabaco, y malos hábitos alimenticios.
Circulación	Empeora y aumenta la presión sanguínea.	Lesiones, obesidad.
Articulaciones	Pierden movilidad, deterioro por el desgaste y presión constantes.	Lesiones, obesidad.
Sistema Óseo	Pierden masa y fortaleza.	Falta de ejercicio y mala alimentación.
Músculos	Pierden masa y fortaleza.	Falta de ejercicio y mala alimentación.
Hígado	Menor eficacia en el filtrado de toxinas de la sangre.	Consumo de alcohol y tabaco, y malos hábitos alimenticios.

Fuente: Biblioteca de Consulta ENCARTA, Microsoft

CUADRO N° 04 CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS

b) Características Sociales

Las características sociales del adulto mayor están directamente relacionadas con aspectos de la sociedad actual, como:

- Jubilación a veces forzada dentro de una sociedad altamente competitiva, donde

predomina la dialéctica de producción y consumo, la persona mayor a causa de su edad ya no figura en la lista de los productores, y su consumo se va limitando al rubro de los medicamentos.

- Falta de espacio propio dentro de la gran urbanización, el hombre y mujer de edad avanzada que teóricamente dispone de tiempo para el encuentro personal, no goza de los espacios adecuados para practicar dichos encuentros.
- Pérdida de figura importante dentro de la familia, en la sociedad actual la familia se ha reducido a un núcleo mínimo donde el “abuelo” ya no desempeña el rol de transmisor de cultura.

c) Características Psicológicas

Los aspectos psicológicos del adulto mayor se relacionan con la manera que el individuo,

enfrentado a la realidad de su envejecimiento, tiene de percibirse a sí mismo.

- Pérdida de Autoestima: Sabemos que la manera de percibirse es lo que permite la propia evaluación, y que esta última (propia evaluación) es el proceso psíquico conocido como Autoestima. El hombre o mujer actual, enfrentado a la realidad del envejecimiento en medio de la sociedad actual, es probable que viva la etapa de su jubilación y retiro como una situación de pérdida y minusvalía, como una especie de marginación social. Es fácil que se sienta a sí mismo como alguien que ya no cuenta mucho para los demás porque percibe que los demás no cuentan con él. Y a nivel familiar, que es el lugar donde aún podría sentirse tomado en cuenta, la nueva realidad de la familia nuclear permite que el abuelo vaya poco a poco sintiendo o percibiendo que tampoco en ese ámbito su

presencia sea tan necesaria. No es raro, por lo tanto, que algunos ancianos sufran la experiencia de vivir su autoestima en serio menoscabo.

- **Inteligencia Emocional y Autoestima:** Los nuevos estudios indican que las emociones positivas y negativas influyen en la salud más de lo que se suponía, si no tenemos un desarrollo afectivo óptimo no se desarrolla la inteligencia; así es que hay una relación directa entre el afecto y el desarrollo cerebral, intelectual.
- **Para poder vivir bien la vida es necesaria no sólo la inteligencia cognitiva sino también la Inteligencia emocional.** La autoestima es pareja con el funcionamiento de la Inteligencia Emocional: las personas con mejor y más adecuada expresión de sus sentimientos y emociones son a la vez personas seguras de sí mismas, con mayor sentimiento de libertad y

autonomía, con mejores relaciones interpersonales, y por ello mismo con mejor nivel de autoestima.

- Pues bien, una de las primeras crisis de la edad madura es a menudo una crisis de desgaste, desánimo y desilusión, por la experiencia que vive el anciano al verse, de pronto, no aceptado. Y ello sin razón objetiva alguna, puesto que él se siente todavía como ser vigente y capaz de servir. Esta es una crisis que se ve agudizada por las pérdidas que va viviendo el adulto mayor: pérdida del trabajo donde se sentía útil, pérdida de los compañeros de labores más jóvenes a los que ya deja de frecuentar, y pérdida de seres queridos y amigos que van muriendo. Si estas pérdidas no se compensan por medio de convenientes ejercicios de Inteligencia Emocional (buen manejo del campo afectivo – emotivo) no será nada raro que el anciano se

sienta invadido de perjudiciales sentimientos negativos, que afectarán su autoestima, especialmente en las mujeres³.

- Pérdida del significado o sentido de la vida: El vacío existencial es la neurosis masiva de nuestro tiempo; ella se produce cuando el propio ser, la propia existencia, carece de significación. Una vivencia tal, puede desencadenar una serie de síntomas depresivos. Es posible que la persona Mayor caiga en ese tipo de depresión a causa de que su vida, tal como es percibida por el propio protagonista, carece de significado.
- Pérdida de la facilidad de adaptación: Al llegar a una edad mayor, la persona va viendo cómo los ambientes van cambiando para ella, y cómo otros le son lejanos o por lo menos le ofrecen menos interés. En realidad esto ha pasado

³ PAULA PELÁEZ: La soledad del viejo y su autoestima. Testimonio. N° 133 – 134. Septiembre – Diciembre 1992. Santiago.

siempre y en cada una de las etapas evolutivas del individuo: nunca los intereses han sido ni serán los mismos para todos o la mayoría de las personas, sean de la edad que sean; pero ahora, a esta edad, el problema se agudiza, pues viene sazonado de otros tintes de marginación social. Por eso el anciano se encuentra sin las herramientas que le permitan un trabajo de adaptación: son las motivaciones o refuerzos sociales.

2.1.6. CALIDAD DE VIDA

El interés por la Calidad de Vida ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la

salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.

2.1.6.1. Definición⁴

La Calidad de Vida ha sido definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona (a), como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales (b), como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta (c) y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales (d). (ver gráfico).

⁴ <http://www3.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>

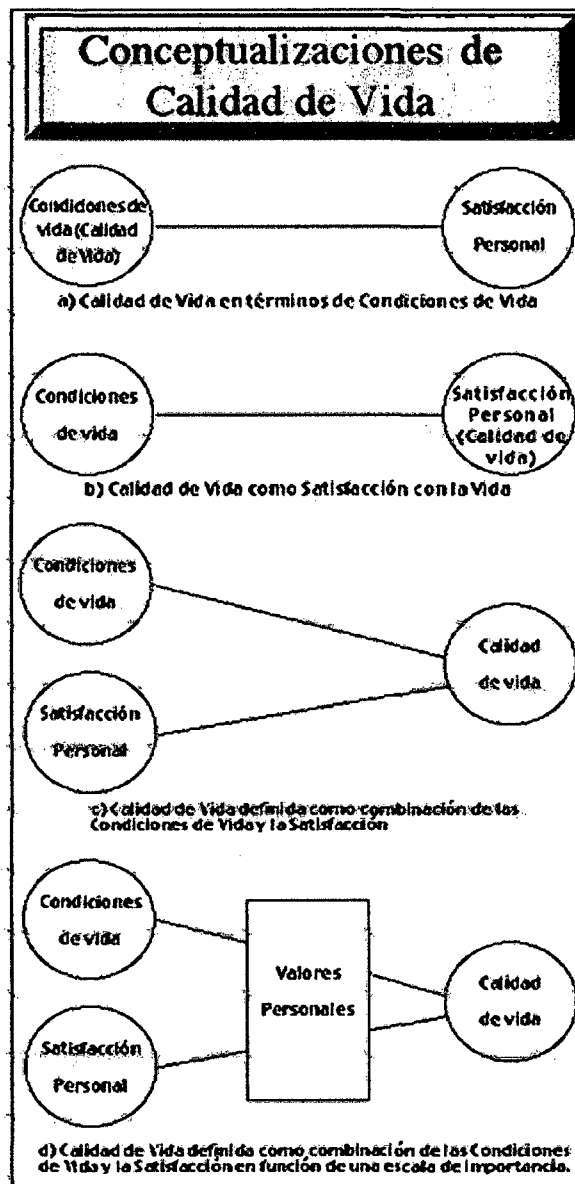


FIGURA N° 01 CONCEPTUALIZACIONES DE CALIDAD DE VIDA

2.1.6.2. Calidad de vida en los Adultos Mayores

Para definir el concepto de calidad de vida en los adultos mayores, se deberían formular cinco categorías: (Mc. Donald, T.)

- a) Bienestar físico: refiriéndose a la comodidad en términos materiales, de higiene, salud y seguridad.
- b) Relaciones interpersonales: en cuanto a las relaciones familiares y el involucramiento comunal.
- c) Desarrollo personal: relacionado con las oportunidades de desarrollo intelectual, autoexpresión, actividad productiva y autoconciencia.
- d) Actividades recreativas: para socializar y buscar una recreación pasiva y activa.
- e) Actividades espirituales: para buscar la paz interna.

2.1.7. ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

2.1.7.1. Definición

Consiste en la búsqueda de formas de conservar y mejorar las habilidades funcionales de las personas al envejecer, ayudando a manejarse independientemente en la comunidad, y fundamentalmente, mejorar su "calidad de vida".

El estado funcional puede definirse como la capacidad de una persona para llevar a cabo las actividades necesarias para lograr el bienestar. A menudo se conceptualiza como la integración de tres campos de la funcionalidad: el biológico, el psicológico (cognitivo y afectivo), y el social. Así, la valoración funcional se deriva de un modelo que observa la forma en que la relación entre estos tres campos contribuye al comportamiento y a la funcionalidad general.

En las personas mayores, las respuestas adaptadas a las situaciones de estrés en cada uno de estos campos adquieren cada vez más importancia. Aunque los procesos de desarrollo y envejecimiento pueden dar lugar a grandes diferencias, las mediciones de la salud física pretenden determinar los niveles totales de salud y estado físico.

2.1.7.2. Proceso de Envejecimiento

El envejecimiento como proceso (envejecimiento normal) representa los cambios biológicos universales que se producen con la edad. No todos los cambios relacionados con la edad tienen consecuencias negativas; por el contrario, el proceso de envejecimiento está influenciado por los efectos de los estados del entorno, del estilo de vida y de las enfermedades, que, a su vez, están relacionados con el envejecimiento o cambian por su causa, pero que no se deben al envejecimiento en sí. Lo que una vez se

consideró que era una consecuencia del envejecimiento normal se atribuye ahora, a factores relacionados con el envejecimiento. En este contexto, las definiciones comunes del envejecimiento raramente separan los dos procesos.

El concepto de “envejecimiento saludable”, fomentado ahora por la OMS, anima al “proceso de hacerse mayor sin envejecer mediante el desarrollo continuado de actividades físicas, sociales y espirituales a lo largo de toda la vida”.

2.1.7.3. Acciones para un envejecimiento saludable⁵

En el transcurso del envejecimiento, se debe tomar acciones de prevención y control para que la actividad funcional de la persona mayor sea continua en su vida diaria. Si bien el organismo humano experimenta un

⁵ HOMBRES, ENVEJECIMIENTO Y SALUD. OMS. Ginebra 2000

desgaste, esta disminución no significa necesariamente déficit, ya que el organismo funciona con niveles variados de reserva, y además existe la posibilidad de intervenir para atenuar y contrarrestar los efectos que este desgaste tendría sobre la capacidad de los individuos de seguir desempeñando por si mismas sus actividades cotidianas.

2.1.7.4. Prevención

Prevención es la preparación, disposición que se toma para evitar algún peligro⁶, las acciones de prevención en los factores conductuales se tratan de acuerdo a los siguientes niveles:

- a) Prevención primaria: Es el conjunto de medidas que tienden a evitar que llegue a producirse un fenómeno no deseable.

⁶ MANUAL DE PREVENCION Y DETECCION Licenciada en Psicología-Mónica P. Diner.

- b) Prevención secundaria: Acciones encaminadas a limitar la gravedad del problema que ya se ha iniciado.
- c) Prevención terciaria: Consiste en el conjunto de medidas que cuando el fenómeno ya se ha producido, tiene por finalidad limitar sus consecuencias a largo plazo así como las secuelas y reincidencias.

2.1.7.5. Actividad Física

El término "actividad física" se refiere a una gama amplia de actividades y movimientos que incluyen actividades cotidianas, tales como caminar en forma regular y rítmica, jardinería, tareas domésticas pesadas y baile. El ejercicio también es un tipo de actividad física, y se refiere a movimientos corporales planificados, estructurados y repetitivos, con el

propósito de mejorar o mantener uno o más aspectos de la salud física⁷.

La “actividad física” es una de las cosas más importantes para mantener la salud física y mental, así como la calidad de vida a medida que se envejece; mientras que la “inactividad física” hace que el cuerpo envejezca rápidamente.

Los hechos son claros, el 60% de los adultos mayores están inactivos, la inactividad trae consecuencias negativas para los órganos y sistemas del cuerpo.

a) Tipos de actividad física Resistencia:

Son actividades continuas que aumentan el ritmo cardíaco y la respiración, previenen o retrasan

⁷ GUIA REGIONAL PARA LA PROMOCION DE LA ACTIVIDAD FÍSICA. Organización PANAMERICANA DE LA SALUD. WWW.PAHO.ORG

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 y recuperar lesiones.

Se recomiendan:

- Estiramientos.
- Bailar.
- Jardinería.
- Limpiar.
- Practicar Tai Chi y Yoga.
- Jugar bolos.

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.

b) Beneficios de la actividad física⁸

Los beneficios se incrementan a medida que la actividad aumenta.

a) Beneficios directos:

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

⁸ El envejecimiento y la actividad física en la vida diaria. PROGRAMA SOBRE ENVEJECIMIENTO Y SALUD. OMS

b) Beneficios indirectos:

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

2.1.7.6. La Medicina Complementaria y Alternativa⁹

La medicina complementaria y alternativa (CAM) es un grupo de sistemas diversos de cuidados médicos y de salud, de prácticas y productos que no se consideran por ahora que forman parte de la medicina convencional. La medicina complementaria y la alternativa tienen dos enfoques diferentes:

La medicina complementaria

Es cualquier forma de terapia usada en combinación con otros tratamientos o con la medicina estándar, o convencional. La terapia complementaria usualmente

⁹ <http://www.meridianhealth.com/index.cfm/HealthContent/SAdult/cam/sitemap.cfm>

sirve para aliviar los síntomas y mejorar la calidad de la vida.

La medicina alternativa

Se usa sola, sin la recomendación del tratamiento estándar.

La lista de lo que se considera medicina complementaria y alternativa cambia continuamente, conforme se adoptan en el cuidado convencional de la salud las terapias que se han comprobado que no hacen daño y que son efectivas, y conforme aparecen nuevos métodos para cuidar la salud.

Aunque están agrupadas, la medicina complementaria y la alternativa son diferentes una de otra. La medicina complementaria se usa junto con la medicina convencional. Un ejemplo de terapia complementaria es el uso de aromaterapia para ayudar a reducir las molestias del paciente después de una cirugía. La medicina alternativa se usa en vez de la medicina convencional. Un ejemplo de una

terapia alternativa es el uso de una dieta especial para tratar el cáncer en vez de someterse a cirugía, a radiación o a quimioterapia recomendadas por un practicante de cuidados médicos convencionales.

a) Tipos de Medicina Complementaria y Alternativa

Muchos campos diferentes constituyen la práctica de la medicina complementaria y alternativa. Además, muchos componentes de un campo pueden sobreponerse con los componentes del otro (un ejemplo es la acupuntura). Los ejemplos de la CAM incluyen los siguientes:

- La Medicina Tradicional Alternativa, Este campo incluye las formas de terapia más aceptadas y las corrientes principales, como la acupuntura, la homeopatía y las prácticas orientales. La medicina tradicional alternativa ha sido practicada por siglos al rededor del mundo. La medicina tradicional

alternativa puede incluir los siguientes: La acupuntura, El Ayurveda, La homeopatía, La naturopatía, La china/oriental.

- El cuerpo, El contacto con las manos ha sido usado en la medicina desde los comienzos de los cuidados médicos. Sanar por medio del contacto se basa en la idea de que las enfermedades o las heridas localizadas en un área del cuerpo pueden afectar todo el cuerpo. Si con la manipulación manual, las otras partes del cuerpo pueden volver a su salud óptima, el cuerpo puede concentrarse en la curación del sitio de la herida o la enfermedad sin distracciones. Los ejemplos de la terapia del cuerpo incluyen los siguientes: La medicina quiropráctica, El masaje, El movimiento del cuerpo, El Tai Chi, El Yoga.

- La Dieta y las Hierbas, A través de los siglos, el hombre ha pasado de una dieta simple que consistía de carnes, frutas, vegetales y granos, a una dieta que frecuentemente consiste en los alimentos ricos en grasas, aceites y carbohidratos complejos. El exceso de nutrición y la deficiencia nutricional se han convertido en un problema de nuestra sociedad hoy en día, en la cual ambos llevan a ciertas enfermedades crónicas. Muchos enfoques dietéticos y herbales tratan de balancear el bienestar nutricional del cuerpo.
- La Energía Externa, Algunas personas creen que las fuerzas externas (energías) de los objetos o de otras fuentes pueden afectar directamente la salud de una persona. Un ejemplo de la terapia de energía externa es: La terapia electromagnética.

- La Mente, hasta la medicina estándar o convencional reconoce el poder de la conexión entre la mente y el cuerpo. Los estudios han demostrado que las personas se curan mejor si tienen una buena salud emocional y mental. Las terapias que usan la mente pueden incluir las siguientes: Meditación, La bioretroalimentación (Biofeedback), La hipnosis.
- Los Sentidos, Algunas personas creen que los sentidos (el tacto, la vista, el oído, el olfato y el gusto) pueden afectar el estado de salud general, ellos incluyen: El arte, el baile y la música y La visualización.

b) El Movimiento del Cuerpo

El movimiento no aeróbico con la respiración controlada puede practicarse para reducir el estrés y la ansiedad, con frecuencia asociados a las enfermedades y las

dolencias. Dos técnicas de movimiento orientales antiguas son:

- El Tai Chi - una forma de arte marcial de la antigüedad, es muy conveniente para las personas ancianas o las débiles. Basado en el Taoísmo, un sistema de creencias Chino, la práctica del Tai Chi envuelve movimientos suaves, graciosos y la respiración rítmica.

El Tai Chi ayuda a:

- a. Disminuir la presión sanguínea.
 - b. Aumentar el vigor, el tono muscular y la flexibilidad.
 - c. Mejorar la postura, el balance, la masa muscular y la fortaleza en las personas mayores.
- El Yoga - es una técnica antigua de postura y respiración, que proviene de la India. Yoga significa "unión". El yoga también usa movimientos lentos,

además de la meditación y los ejercicios de respiración para alcanzar un estado de relajación.

El yoga ayuda a:

- a. Reducir el estrés.
- b. Reducir el dolor asociado con algunas dolencias crónicas.
- c. Eliminar los dolores de cabeza y el insomnio.
- d. Mejorar el vigor de algunos atletas.
- e. Intensificar la calidad de vida para algunos pacientes de cáncer.

c) El arte, el baile y la música

El arte, el baile y la música son atractivos para los sentidos de una persona. Cada uno le ayuda a una persona a expresarse y ayudan a distraerse de las enfermedades o las dolencias:

- La terapia del arte - le ayuda a una persona a enfrentar conflictos emocionales, a tener más conciencia de las cosas, y a expresar

preocupaciones de las que no se hablan. La terapia del arte incluye la pintura, la escultura, el dibujo y cualquier otra forma de arte.

- La terapia del baile - ayuda a mejorar la imagen del cuerpo y el amor propio, disminuye los temores, expresa la ira, disminuye las tensiones corporales, reduce el dolor crónico y más.
- La terapia de la música - usada con frecuencia en hospitales y en otros centros de cuidado, es un relajante efectivo para bebés y niños. También puede usarse con las víctimas de las quemaduras, los pacientes con cáncer, los pacientes con parálisis cerebral, y los pacientes con otros desordenes cerebrales.

d) La Visualización

La mente es un instrumento poderoso de curación. Usando nuestra imaginación, nosotros podemos visualizar casi cualquier cosa. La visualización es una técnica terapéutica que ha sido usada por siglos. Al

crear imágenes en la mente, una persona puede reducir el dolor y los síntomas asociados con su condición.

La visualización usualmente involucra un programa con metas y objetivos fijos. Los pacientes son guiados a visualizar sus metas y a trabajar para obtenerlas.

Dos técnicas de imágenes son usadas ampliamente hoy en día, las cuales son:

- El palmeado - involucra la visualización del color. El paciente coloca sus palmas sobre los ojos y se imagina el color asociado con el estrés (usualmente es el color rojo). Luego, el paciente cambia el color, a uno más relajante, como lo es el azul. Se cree que el cambio de los colores en la mente induce a la relajación.
- La visualización guiada - incluye la imaginación de cierta meta para ayudar a acoplarse con los problemas de salud. Un ejemplo es el método Simonton - un método en el cual un paciente de

cáncer se imagina el Pac Man (del juego de videos viejo del comegalletas) tragándose las células malas de cáncer.

Los estudios han demostrado que la técnica de las imágenes puede ayudar a mejorar la relajación.

e) La Naturopatía

La naturopatía se parece mucho a la medicina estándar o convencional diagnósticamente hablando, la diferencia entre ellas está en los tipos de tratamiento. Los médicos naturopáticos no usan drogas, tecnología médica o cirugía mayor para tratar a sus pacientes. En vez, estos médicos usan tratamientos terapéuticos naturales - como los suplementos nutricionales, los remedios herbales, la homeopatía y la acupuntura.

La meta principal de la naturopatía es usar el poder natural de curación del cuerpo para combatir las enfermedades. La diagnosis se hace a través de rayos

X, exámenes de laboratorio y médicos, muy parecidos a los métodos de diagnóstico estándar o convencional.

La terapia naturopática puede incluir:

- El uso de la medicina botánica.
- Cambios en la nutrición.
- La homeopatía.
- La acupuntura.
- La medicina Oriental.
- La hidroterapia (el uso de agua como tratamiento médico).
- La terapia manipuladora.

2.1.8. MEDIO AMBIENTE Y ENVEJECIMIENTO

El medio ambiente es el elemento básico para nuestra vida y para el desarrollo de nuestra especie, en las últimas décadas estamos asistiendo a la crisis ambiental, caracterizada por una pérdida del equilibrio de nuestro planeta que amenaza con desastres presentes y futuros.

La mayoría de las prácticas y relaciones con la naturaleza más sostenibles, más respetuosas y por eso más imprescindibles de recuperar se encuentran en las personas mayores. Son ellos los depositarios de siglos de relación equilibrada, sostenible, y que en los últimos tiempos se han olvidado y se han dado paso a actividades supuestamente más útiles, más eficaces pero también, mucho más peligrosas. Son los niños y las personas mayores los que tienen pocas posibilidades de adaptarse a este nuevo tipo de vida y que ven modificados de forma sustancial sus relaciones familiares y tradicionales.

La salud humana ha evolucionado y son evidentes las mejoras desarrolladas. Sin embargo nuevas enfermedades o enfermedades en extensión tienen como origen o elemento de desarrollo, el deterioro ambiental.

Las personas mayores como depositarios de gran sabiduría ancestral son los que nos conectan con una manera sostenible de entender las relaciones con la tierra, con la naturaleza, ellos

son apartados de la participación activa, los arrinconamos y les ofrecemos un merecido descanso sin preguntar qué es lo que quieren.

Dentro de la estructura urbana, ya sea accesibilidad (transporte, vivienda, edificios públicos, lugares de ocio), la salud ambiental (contaminación de aire, acústica y lumínica) y el consumo (alimentación, medicamentos, servicios, productos y residuos que producen estos) son asuntos que afectan de forma directa en la vida de las personas mayores.

2.1.9. EL ADULTO MAYOR

2.1.9.1. Evolución 1940; 1993; 2007

Según el Instituto Nacional de Estadísticas e Informática señala que en los últimos 67 años la población de la Tercera Edad de Tacna se ha incrementado como resultado de la integración de un conjunto de tendencias como la mejora en las tasas de supervivencia, factores que modifican la estructura demográfica de la población. Tacna, muestra una gradual disminución de su base y el paulatino

incremento de la población de la Tercera Edad que aumenta en casi 5 veces respecto a 1940. En el período comprendido entre 1940 -1961 el incremento intercensal es de 38,5 % con una tasa de crecimiento de 1,6 %; sin embargo el mayor aumento intercensal se registró entre los años de 1981-1993, alcanzando 70,3 %, siendo la tasa de crecimiento de 4,5 %. Es importante señalar que la mayor tasa de crecimiento (4,7 %) se visualiza entre 1972 y 1981¹⁰

CUADRO Nº 1
TACNA: POBLACIÓN DE 60 Y MAS AÑOS Y TASA DE CRECIMIENTO SEGÚN
AÑOS CENSALES, 1940 – 1993

AÑOS	POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MAS	INCREMENTO INTERCENSAL		INCREMENTO ANUAL	TASA DE CREC. INTERCENSAL PROM. ANUAL
		ABSOLUTO	%		
1940	2 584	995	38,5	47	1,6
1961	3 579	884	24,7	80	2,0
1972	4 463	2 275	51,0	253	4,7
1981	6 738	4 735	70,3	395	4,5
1993	11 473				

FUENTE: INEI - CENSOS NACIONALES DE 1940; 1961; 1972; 1981 Y 1993.

CUADRO Nº 05

¹⁰ Instituto Nacional de Estadísticas e Informática - INEI. "Tacna Realidad de la Tercera Edad" Tacna, Perú,

Desde el año 1993 hasta el 2007 el incremento de la población del adulto mayor es notable de 11 473 a 21 758 personas. En 14 años aumento a casi el doble.

CUADRO Nº 2
TACNA: INDICADORES SOCIALES, DEMOGRÁFICOS Y ECONÓMICOS
AÑO CENSAL, 2007

VARIABLE / INDICADOR	PERU		Dpto. de TACNA	
	Cifras Absolutas	%	Cifras Absolutas	%
POBLACION				
Población censada	27 412,157	100	288 781	100
Hombres	13 622,640	49,7	144 528	50
Mujeres	13 789,517	50,3	144 253	50
Población por grandes grupos de edad	27 412,157	100	288 781	100
00-14	8 357,533	30,5	76 881	26,6
15-64	17 289,937	63,1	197 284	68,3
65 y más	1 764,687	6,4	14 616	5,1
Población por área de residencia	27 412,157	100	288 781	100
Urbana	20 810,288	75,9	263 641	91,3
Rural	6 601,869	24,1	25 140	8,7
Población adulta mayor (60 y más años)	2 495,643	9,1	21 758	7,5
Edad promedio	28,4		28,8	
Razón de dependencia demográfica 1/		58,5		46,4
Índice de envejecimiento 2/		29,9		28,3

FUENTE: INEI - Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda.¹¹

CUADRO Nº 06

¹¹INEI. "Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda" Tacna, Perú 2007.

2.1.9.2. Volumen Poblacional

Los resultados de los Censos de Población y Vivienda del año 1993, nos indican que Tacna tiene 218 353 habitantes distribuidos en una superficie territorial de 16 075,89 Km² ocupando en el Perú el puesto número 17 en población. En ese entonces, la población de la tercera edad estaba conformada por el 5,3% del total de la población tacneña.

En 1995 representaba el 4,9% de una población de 238 653 habitantes. Por otro lado, en 1993 los hombres mayores de 60 años representaban el 2,7% respecto al total de la población (218 353) y las mujeres el 2,6%. Hacia 1995 se revierte este fenómeno con un 2,4% para los hombres y 2,5% para las mujeres, reflejando disminución respecto a 1993.

Para el 2007 representaba el 7,5% de una población de 288 781 habitantes.

CUADRO Nº 2
TACNA: POBLACIÓN CENSADA Y PROYECTADA,
SEGÚN SEXO, 1993 – 1995

SEXO	POBLACIÓN			
	1993		1995	
	ABSOLUTO	%	ABSOLUTO	%
TOTAL DEPARTAMENTO	218 353	100,0	238 653	100,0
POBLACIÓN DE 60 Y MAS	11 473	5,3	11 790	4,9
HOMBRES				
POBLACIÓN TOTAL	111 808	51,2	121 770	51,0
POBLACIÓN DE 60 Y MAS	5 830	2,7	5 792	2,4
MUJERES				
POBLACIÓN TOTAL	106 545	48,8	116 883	49,0
POBLACIÓN DE 60 Y MAS	5 643	2,6	5 998	2,5

FUENTE: INEI - CENSO NACIONAL DE 1993
 INEI - UNFPA : PERU : PROYECCIONES DEPARTAMENTALES DE LA POBLACIÓN 1995 – 2015.

CUADRO Nº 07

POBLACION	1993		1995		2007	
	ABSOLUTO	%	ABSOLUTO	%	ABSOLUTO	%
TOTAL DEPARTAMENTO	218 353	100,0	238 653	100,0	288 781	100,0
POBLACIÓN DE 60 Y MAS	11 473	5,3	11 790	4,9	21 758	7,5

CUADRO Nº 08

2.1.9.3. Perspectivas de Crecimiento

En la actualidad continúa el proceso dinámico de crecimiento poblacional de la tercera edad y las proyecciones señalan el constante envejecimiento de la población en forma gradual. Así en el lapso comprendido entre 1995 y 2000 el incremento estimado es de 29,2% y la tasa de crecimiento de 5,3%. Entre los años 2010 y 2015 se previó un incremento porcentual de 31,1%, con una tasa de crecimiento de 5,6%. En términos absolutos en 20 años la población de los adultos mayores aumentará de 11 790 a 33 823, es decir casi 3 veces más.

CUADRO N° 3
TACNA: POBLACIÓN PROYECTADA DE 60 Y MAS AÑOS Y TASA DE
CRECIMIENTO, SEGÚN AÑOS, 1995 – 2015

AÑOS	POBLACIÓN DE 60 Y MAS AÑOS	INCREMENTO		TASA DE CRECIMIENTO INTERCENSAL PROM. ANUAL
		ABSOLUTO	%	
1995	11 790			
		3 445	29,2	5,3
2000	15 235			
		4 530	29,7	5,3
2005	19 765			
		8 026	30,5	5,5
2010	25 791			
		8 032	31,1	5,6
2015 a/	33 823			

FUENTE: INEI - UNFPA : PERÚ : PROYECCIONES DEPARTAMENTALES DE LA POBLACIÓN 1995 – 2015.

CUADRO N° 09

De acuerdo a las proyecciones que se generaron para el 2000 – 2015, la dinámica demográfica de la población de la tercera edad permite visualizar lo siguiente:

CUADRO Nº 4
TACNA: POBLACIÓN PROYECTADA, SEGÚN
SEXO, 2000 – 2015.

SEXO	POBLACIÓN PROYECTADA							
	2000		2005		2010		2015 a/	
	ABS.	%	ABS.	%	ABS.	%	ABS.	%
TOTAL DEPARTAMENTO	277 188	100,0	317 308	100,0	357 086	100,0	396 174	100,0
POBLACIÓN DE 60 Y MÁS	15 235	5,5	19 765	6,2	25 791	7,2	33 823	8,5
HOMBRES								
POBLACIÓN TOTAL	141 016	50,9	161 171	50,8	181 113	50,7	200 603	50,6
POBLACIÓN DE 60 Y MÁS	7 460	2,7	9 724	3,1	12 784	3,6	16 801	4,2
MUJERES								
POBLACIÓN TOTAL	136 172	49,1	156 137	49,2	175 973	49,3	195 571	49,4
POBLACIÓN DE 60 Y MÁS	7 775	2,8	10 041	3,2	13 007	3,6	17 022	4,3
FUENTE: INEI - UNFPA: PERU: PROYECCIONES DEPARTAMENTALES DE LA POBLACIÓN 1995 – 2015.								

CUADRO Nº 10

2.2. BASE REFERENCIAL (TIPOLOGÍAS)

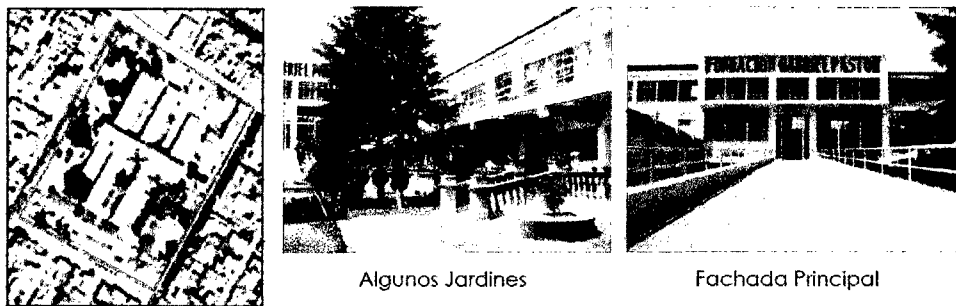


FIGURA N° 02

ASILO GABRIEL PASTOR

Localización: 37 Pte. 705 Col. Gabriel Pastor. Puebla México 1956

Este asilo se toma como referencia como caso análogo porque responde a necesidades de las personas de la tercera edad. Se investigó sobre sus actividades dentro de este, atención y servicios que ofrece. Además es un ícono para la gente de la tercera edad en la ciudad de Puebla. El asilo es sustentado por un patronato.

Para que una persona pueda ser ingresada debe ser mayor de 65 años, valerse por sí mismo y que su ingreso sea voluntario.

Tienen un cuerpo médico atendiendo, enfermería, religiosas responsables, un voluntariado que existe dos veces por semana y trabajadoras sociales.

No ofrecen ningún tipo de actividad permanente. A los ancianos les gusta las caminatas, excursiones, etc.; pero no existen talleres ya definidos.

Se analizó el equipamiento y se llegó a la conclusión de que posee espacios muy oscuros, mal orientados. Es una casa muy vieja, de techos altos y espacios con falta de luz. Se estudiaron las áreas comunes, son bastante grandes tienen mucha deficiencia de luz y comodidad, así como de ambientación.



FIGURA N° 03

Se estudió el comedor, este es muy amplio y recibe suficiente luz. Los pasillos son amplios y todos ellos cuentan con agarradoras, barandas y rampas.

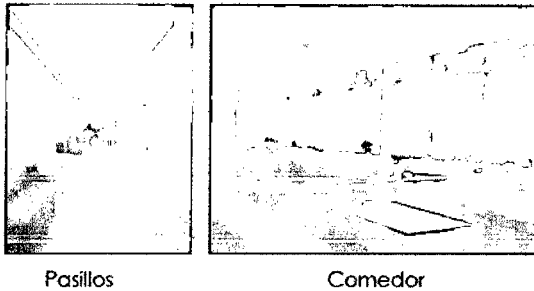


FIGURA N° 04

Ofrecen servicios de peluquería y estética sin ningún costo alguno así como de rehabilitación, enfermería, elevador, sala de juegos, podología, termoterapia, terapia ocupacional, así como varias salas donde se encuentra televisor.

También posee grandes áreas de jardines donde pueden caminar, tenían una sala de cine con un televisor grande pero cancelaron dicha actividad debido al espacio era muy amplio y el mobiliario no era el adecuado para el adulto mayor.

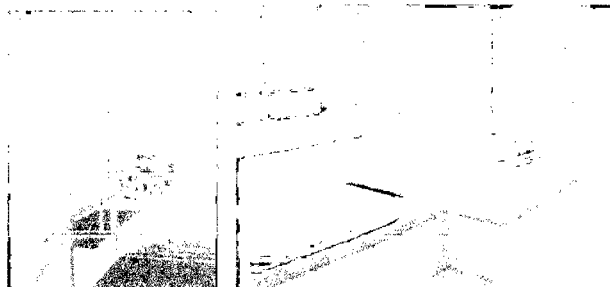


FIGURA N° 05 Área de Rehabilitación

- Se tomó este ejemplo en la Ciudad de Puebla para saber con qué tipos de actividades, instalaciones, cuidados, atención, ubicación, etc. Se tienen en este Centro especializado en la atención al Adulto mayor.

Se observa la utilización de barandas, rampas en las zonas exteriores como en interiores.



Auditorio

FIGURA N° 06

Hall Suite Habitación

CASA PARA ADULTOS EN PLENITUD



Fachada Principal

FIGURA N° 07

Único Patio

Localización: 18 sur N° 1110 Col. Azcarate. Puebla México

Este centro se dedica a OFRECER TALLERES y ACTIVIDADES al adulto mayor en la ciudad de Puebla. Pueden ingresar varones mayores de 60 años y damas de 50 años sin costo alguno.

Este programa está a cargo del DIF Municipal de Puebla. Su objetivo es ofrecer actividades a las personas vulnerables (pocos recursos) de la tercera edad con el fin de que ellas aprendan y luego puedan tener algún ingreso económico propio. El ingreso es gratuito, solo basta comprobar edad, domicilio y otros datos básicos para poder ingresar. Se reciben máximo 30 personas por clase y cada tres meses se vuelve a iniciar el curso. Llegan a recibir hasta 800 personas en diferentes talleres. Siendo el taller de baile el más cotizado juntando 200 personas.

Ofrecen distintos talleres, todos estos productivos. Además tienen dentista, médico y un psicólogo. También ofrecen un servicio de banquetes ofreciendo canapés y bocadillos.

La administradora aclara que no quieren promover una actitud paternalista quieren “ayudarles a pescar y no darles el pescado”.

La elección del lugar fue porque decidieron que fuera un lugar céntrico, accesible al transporte público. Adaptaron una casa para este centro y afirmó que lo único que hicieron fue rampas y colocar lonas; pero el local necesita de más adaptaciones.

Las actividades son elegidas en base a lo que ellos les gusta y las demandas, por el éxito que va teniendo de cada taller.

Los talleres que ofrecen permanentemente son: ejercicios, manualidades, nutrición, panadería, baile, taichí, computación, tallado en vidrios, inglés y tecnología en alimentos. Además ofrecen sesiones de nutrición, ajedrez y guitarra.



Tuberías al exterior

Administración

FIGURA N° 08

El edificio tiene muchas deficiencias arquitectónicas no se han molestado en hacer adaptaciones para estas personas.

Posee 2 niveles y se observa problemas de humedad, insuficiencia de luz, tiene puertas – pisos y acabados antiguos y se puede apreciar en la imagen las tuberías expuestas en los pasillos volviéndolo vulnerable ante algún accidente.

- Se toma como referencia esta tipología no por la infraestructura sino por los servicios que ofrece, como son los TALLERES y ACTIVIDADES que ayudan al adulto mayor.

RESIDENCIA DE MAYORES RODRIGUEZ PENALVA

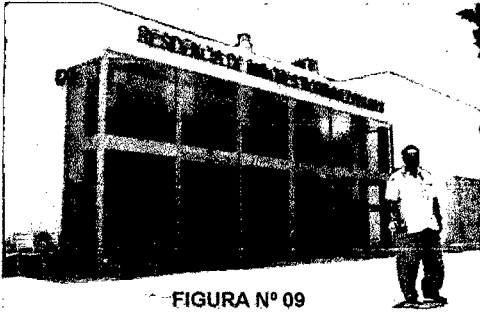


FIGURA N° 09

Vista desde el acceso principal.

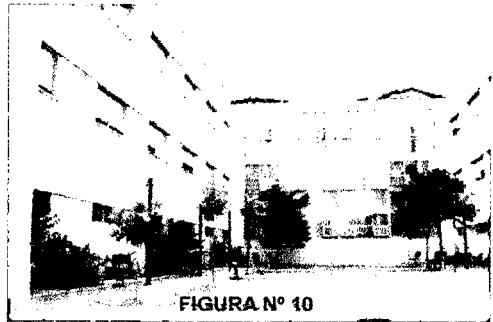


FIGURA N° 10

Vista de la Instalación desde el Patio

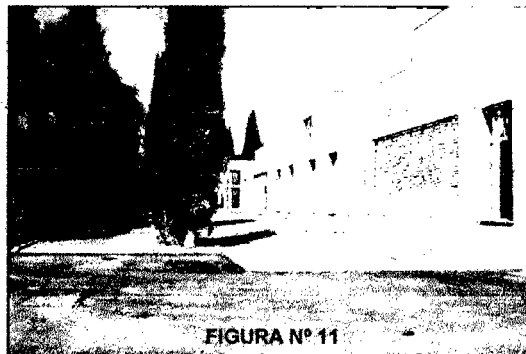


FIGURA N° 11

Vista interior de la Residencia



Vista panorámica desde la zona de exteriores (áreas verdes)

Ubicación: Finca Los Morales. Ctra. Santiago de la Espada, km 1
218,830 Huéscar Provincia (Granada). Fecha de inauguración año
2011.

La Residencia es un centro gerontológico para personas mayores con
algún tipo de dependencia, que tiene la finalidad de facilitar el
desarrollo personal y atención socio sanitaria.

Las características arquitectónicas del centro permiten que se pueda
establecer una atención modular para que se conformen dos sistemas
de atención en función de estas dos tipologías de usuarios. Cuenta
con habitaciones dobles, con baño geriátrico en cada una de ellas.

La infraestructura presenta los diversos servicios: Dirección técnica,
Atención Médica, Lavandería, Limpieza, Alimentación "Comedor",
Terapia Ocupacional – Ocio – Tiempo libre, Sala Polivalente,
Recepción, Servicios Administrativos y Amplias zonas verdes.

2.3. ATENCIÓN Y PROGRAMAS SOCIALES PARA LA TERCERA EDAD

2.3.1. Programas de Salud

La disminución de defensas en el organismo hacen que ésta población se encuentre en mayor riesgo de enfermar y morir.

En las dependencias del Ministerio de Salud del Departamento de Tacna (Hospital Hipólito Unánue) así como del Instituto Peruano de Seguridad Social (Hospital II Calana) no existen programas preventivos de atención al adulto mayor. Sólo en el caso del Instituto Peruano de Seguridad Social existía un programa destinado a la curación de patologías ya declaradas. Problema que se agudiza aún más al no contar con profesionales especializados en la atención del anciano como son los Geriatras.

Asimismo cabe mencionar la ausencia de un Programa de Atención Integral destinado no solo a la atención en salud sino que también fusione aspectos psico-sociales.

Con relación al número de prestaciones de salud en el servicio de Geriatría del Instituto Peruano de Seguridad Social (Hospital II Calana).

TACNA: PRESTACIONES DE SALUD EN EL INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL, SEGÚN TIPO DE SERVICIO, 1992-94

TIPO DE SERVICIO	AÑOS		
	1992	1993	1994
GERIATRIA	6951	4174	3247

FUENTE: INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL - IPSS - TACNA

CUADRO N° 11

Esta disminución paulatina podría deberse a la falta de profesionales especializados en Geriatría, así como a aspectos presupuestales.

2.3.2. Programas de Albergues

Dentro del conjunto de las necesidades humanas, la vivienda constituye un elemento esencial a considerar en los programas de Atención al Adulto Mayor.

En nuestro departamento el Centro de Atención Residencial del adulto mayor San Pedro que está bajo la administración de la Sociedad de Beneficencia de Tacna, constituye una solución al problema de los adultos mayores de 60 años en estado de indigencia o abandono, que no cuentan con familiares directos (esposa y/o esposo, hijos, hermanos, etc) salvo casos en los cuales éstos no pueden o no quieren hacerse cargo de ellos. En la actualidad este Hogar Geriátrico cuenta con una población asilada de 31 adultos mayores.

2.3.3. Programas de Recreación

La participación del adulto mayor en actividades de tipo recreativo constituye un aspecto importante en la elevación de su calidad de vida y al mismo tiempo le permite realizar actividades físicas de vital importancia.

Dentro de las diferentes acciones que desarrolla el Instituto Peruano de Seguridad Social a través del Centro de la Tercera Edad de Tacna, están las actividades turísticas en el ámbito

local y nacional, cursos de capacitación que orientan la capacidad creativa del adulto mayor y que a su vez les permite reinsertarse en el mercado laboral.

Asimismo desarrollan actividades relacionadas a bio-huertos y crianza de animales menores, entre otros.

2.4. BASE LEGAL

2.4.1. Normatividad y Leyes existentes

Tratados y Acuerdos Internacionales de carácter obligatorio y vinculante.

- Declaración de Cartagena de Indias sobre Políticas Integrales para las Personas Adultas Mayores en el Área Iberoamericana, 1992.
- Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. Resolución 50/141 –96-01-30.
- *Plan de Acción Internacional de las Personas Mayores - Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento. Madrid, 2002*: el objeto del Plan es ofrecer un *instrumento práctico* para ayudar a los

encargados de la formulación de políticas a considerar las prioridades básicas asociadas con el envejecimiento de los individuos y de las poblaciones.

- Conferencia Regional Intergubernamental sobre el Envejecimiento. Santiago de Chile, 2003.

Legislación y Políticas Públicas.

- Ley N° 27 408 - Ley que establece la atención preferente a las mujeres embarazadas, las niñas, niños, los adultos mayores, en lugares de atención al público.
- Ley N° 27 657 - Ley del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 010-2000-PROMUDEH, que aprobó el documento: "Lineamientos de Política para las Personas Adultas Mayores".
- Decreto Supremo N° 005-2002-PROMUDEH, que aprobó el "Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2002-2006":prorrogado al 2010 El objetivo es implementar acciones coordinadas entre las organizaciones gubernamentales y la sociedad civil a fin de aumentar la participación e integración social del adulto mayor
- Resolución Suprema N° 014-2002-SA, que aprobó los "Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002-2012 y Principios

Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001-Julio 2006”.

- Resolución Ministerial N° 729-2003-SA/DM, que aprobó el documento: "La Salud Integral: Compromiso de Todos - El Modelo de Atención Integral de Salud".
- Resolución Ministerial N° 859-2004-MINSA, que modifica la Resolución Ministerial N° 729-2003-SA/DM, precisando que el grupo etáreo adulto mayor es a partir de los 60 años.
- Resolución Ministerial N° 111-2005-MINSA, que aprobó los "Lineamientos de Política de Promoción de la Salud".
- Ley de Organización y Funciones del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social LEY N° 27 793 El Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social formula, aprueba, ejecuta y supervisa las políticas de mujer y desarrollo social promoviendo la equidad de género, es decir, la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres.
- Ley del Adulto Mayor Ley N° 28 803, creada el 2006-07-19. Esta norma busca 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.
- La Dirección de Personas Adultas Mayores del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MINDES), en coordinación con las municipalidades

y los demás organismos de la Administración Pública, desarrollan programas de educación dirigidos a capacitar a las personas adultas mayores en actividades laborales y culturales.

- Centros integrales de atención (CIAM): (MINDES) promueve a través de la Dirección de Personas Adultas Mayores la creación de (CIAM) en las municipalidades provinciales y distritales.

Los CIAM, reunirán a todas aquellas personas adultas mayores que voluntariamente decidan inscribirse y participar en sus programas, siendo su finalidad esencial.

- Registro Nacional de Personas Adultas Mayores:(MINDES) crea un Registro Nacional de Personas Adultas Mayores, así como un Registro Central de Instituciones u Organizaciones de Adultos Mayores, como instrumentos para determinar la cobertura y características de los programas y beneficios dirigidos a los adultos mayores.
- Reglamento de edificación para discapacitados
- Reglamento de edificaciones.
- Plan de Desarrollo del Distrito de Pocollay, Calana y Pachia.

2.5. DEFINICIONES OPERACIONALES

- **Geriatría**, especialidad médica que se ocupa de las enfermedades de los ancianos y de su tratamiento. El interés creciente por la geriatría se debe al incremento progresivo del número de ancianos en la sociedad. Este fenómeno se debe a los progresos médicos y sociales, que han elevado la esperanza de vida en occidente desde los 47 años de 1900 hasta los 75-77 años de 1990. Se espera que la población anciana se incremente aún más en las próximas décadas, especialmente los mayores de 85 años.
- **Gerontología**, ciencia que se ocupa de las personas mayores y en especial de los aspectos sociales y de conducta del envejecimiento. Aunque este proceso abarca toda la vida y sus efectos varían según el individuo, se considera que la tercera edad comienza a los 65 años. Desde 1920, el número de personas en las sociedades industrializadas que llegan a la tercera edad ha aumentado de forma considerable. En numerosos países occidentales la esperanza de vida supera los 70 años. En los países en vías de desarrollo a medida que se van eliminando las enfermedades

infantiles y mejora la sanidad, la esperanza de vida también va aumentando.

- **Adulto Mayor:** Se define como Personas Adultas Mayores a la población comprendida entre los 60 a más años de edad.

El definir la salud de las personas que envejecen no en términos de déficits, sino de mantenimiento de la capacidad funcional, resulta importante para establecer una estrategia adecuada de cuidados así como las orientaciones para cada uno de los posibles servicios de salud destinados a las personas adultas mayores.¹²

- **Persona autovalente:** capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria que son las actividades funcionales esenciales para el autocuidado (comer, vestirse, desplazarse, asearse y bañarse) y las actividades instrumentales de la vida diaria (cocinar, limpiar, realizar tareas o trabajos fuera de casa o salir fuera de la ciudad).
- **Persona dependiente o postrada:** persona que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológico, asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria.

¹²MIMDES. Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2002-2006.

- **Centros de asistencia gerontológica:** Serán establecimientos de atención, protección y asistencia social, creados para brindar un servicio integral a la población de la tercera edad.
- **Asistencia:** Acción de prestar socorro, favor o ayuda. En los países de Bol., Chile, Nic. y Perú. Significa casa de socorro.¹³
- **Atención:** Acción de atender. Asistencia médica inicial que recibe un Adulto mayor.
- **Servicio Geronto-Geriátrico:** Se define el servicio Geronto - Geriátrico, como la atención médica especializada, enfocada a la asistencia hacia todos los aspectos del envejecimiento (sanitarios, sociológicos, económicos, relativos al comportamiento, ambientales, etc.)
- **Geronto:** Término atribuido a las personas de la tercera edad, que engloba tanto a los varones como a las mujeres, de esta parte de la sociedad humana.
- **Esperanza de Vida:** Es el número de años que se espera viva una persona de no variar la tendencia de mortalidad.

¹³Según la Real Academia de la Lengua Española.

- **Calidad de Vida:** Criterio del cual se juzga en qué medida las circunstancias de la vida aparecen como satisfactorias o insatisfechas y necesidades de mejora¹⁴ (Dorsch, 1985).

- **Recreación al Aire Libre:** Es la modalidad recreativa cuya finalidad es el descanso y el esparcimiento de la población en contacto con la naturaleza, donde encontramos actividades como: paseos, caminatas, excursiones, etc.

Tiene la finalidad para que la gente se recree y de donde pueda estar renovada espiritualmente, retada físicamente y comprometida socialmente. En síntesis, los parques y zonas silvestres proveen fundamentos para oportunidades de recreación y juego¹⁵.

- **Recreación Socio-cultural:** Es la modalidad practicada en forma espontánea y orientada hacia las actividades artísticas.

Esta función tiene de hecho, un carácter preventivo de algunos de los males que aquejan a la sociedad: depresión, soledad,

¹⁴FiedrichDorsch, "Diccionario de Psicología" España 1985

¹⁵Carlos Alberto Rico "Recreación y Educación Ambiental" Revista RETO. Costa Rica 2005

aislamiento, alcoholismo, drogadicción, enfermedades por sedentarismo, enfermedades crónicas, etc.; en especial con las personas de la tercera edad (Trilla, 1989).¹⁶

- **Ocio:** Diversión u ocupación reposada, especialmente en obras de ingenio, porque estas se toman regularmente por descanso de otras tareas.
- **RESIDENCIAS ESPECIALES:** Funciona para aquellos ancianos que necesitan asistencia para la mayoría de sus actividades cotidianas, además se les brinda vivienda y alimentación.
- **HOSPITALES GERIÁTRICOS:** Tratan a personas mayores afectadas por enfermedades crónicas aunque algunas veces dan asistencia a los casos agudos, cuenta con el mayor número de instalaciones que requiere la práctica de la geriatría. En su mayoría son hospitales públicos, o están integrados a un hospital general.
- **PROYECTO SOSTENIBLE:** Un proyecto sostenible se define como un conjunto de acciones debidamente planificadas, que actúan con

¹⁶Jaume Trilla, 1989, "Ocio, tiempo libre y recreación sociocultural"

respeto y armonía sobre el medio social y natural, con el objetivo de lograr mejoras permanentes en la calidad de vida de una población. Los proyectos sostenibles pueden basar sus acciones en el medio social o el medio natural, pero lo importante es que sus impactos sean debidamente manejados, de manera que beneficien al conjunto del sistema socio natural.

- **ENERGÍA AUTOSUSTENTABLE:** Es aquella que produce su propia energía sin necesidad de otros sistemas. Según los expertos no es posible que exista, este tipo de energía es el que yo desarrolle y quiero poner al alcance del mundo entero.
- **ENERGÍA SOLAR:** La podemos comprobar cuando ponemos una lupa a los rayos solares y es capaz de encender fuego; por eso hay que tener cuidado de no dejar botellas de vidrio en el campo, ya que pueden provocar un incendio.

También son conocidos los paneles solares que capturan la energía solar y la guardan para uso humano.
- **AGRICULTURA SOSTENIBLE:** El concepto de agricultura sostenible es sinónimo de agricultura ecológica y se centra tanto en conseguir que los cultivos sean viables a nivel

económico como en que los recursos no renovables sean usados de la manera más eficaz posible, abriendo las puertas a alimentos nutritivos que mejoran la calidad de vida de todas las personas que las consumen, partiendo de los agricultores mismos.

- **BIOHUERTO:** Es una área pequeña de terreno o conjunto de parcelas donde se cultivan plantas alimenticias, medicinales, aromáticas, condimentarias, etc. En forma orgánica; es decir sin el empleo de agroquímicos (abonos sintéticos y pesticidas químicos). Hasta hace pocos años los huertos jugaban un papel muy importante dentro de la autosuficiencia familiar.

CAPÍTULO III

MARCO REAL

3.1. SITUACIÓN ACTUAL EN EL PERÚ

3.1.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES

El Perú en las últimas dos décadas ha experimentado un paulatino envejecimiento de la población, precisamente cuando el país vivía las peores épocas de crisis económica, la situación demográfica, social y económica de cada una de las nuevas generaciones de población, que vienen incorporándose a las población mayor es cada vez diferente y cambiante.

¹ La población según el censo del 1993 alcanza a 22'639,443 habitantes, para junio de 1998 el Perú contaba con una población de 24 millones 801 mil habitantes, la misma que se incrementó a una tasa de promedio anual de 1.76%. ² Los datos de la encuesta del año 2012 mostraron que, el porcentaje de adultos de 60 y más años de edad se concentra en los grupos

¹ <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0007/caP0101.htm>

² LIBRO PERU: SITUACION DE SALUD DE LA POBLACION ADULTO MAYOR – INEI 2012 PDF

de 60 a 64 años (3,1%), de 65 a 69 años (2,8%) y de 70 a 74 años de edad (2,0%). Comparado con el año 2011, se observa que se mantuvo en similar proporción la presencia de los adultos mayores en cada uno de los grupos de edad. Según las proyecciones para el quinquenio 2020-2025, la población mayor de 60 años alcanzarían un peso relativo de 11.0%³. El 49.80% de la población se encuentra en estado de pobreza y el 19.5% en pobreza extrema (mayor en áreas rurales).

PERÚ: POBLACIÓN ADULTA MAYOR, POR GRUPO DE EDAD, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2012
(Porcentaje respecto del total de la población)

Ámbito geográfico	Valor estimado	Grupo de edad					Casos sin ponderar
		60 a 64	65 a 69	70 a 74	75 a 79	80 y más	
Área de residencia							
Urbana	10,9	3,1	2,6	2,0	1,4	1,8	63 372
Rural	12,4	3,2	3,1	2,2	1,9	2,1	39 837
Región natural							
Lima Metropolitana	12,4	3,5	2,9	2,3	1,5	2,2	9 780
Resto Costa	10,8	2,9	2,9	2,0	1,4	1,6	27 516
Sierra	12,5	3,4	3,0	2,1	1,8	2,1	42 240
Selva	7,0	2,0	1,7	1,3	0,9	1,1	23 673
Total 2012	11,4	3,1	2,8	2,0	1,5	1,9	103 209
Total 2011	11,5	3,4	2,7	2,0	1,6	1,8	98 661

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

CUADRO N° 12 POBLACIÓN Y MUESTRA

³ resumen ejecutivo del foro "las personas mayores en el peru: perspectivas de vida en el tercer milenio" –promudeh.

3.1.2. TENDENCIAS DEMOGRÁFICAS⁴

- En los últimos 30 años la tasa bruta de natalidad ha disminuido de 42.35 por mil a 22.18 por mil y la tasa bruta de mortalidad ha disminuido de 14.01 por mil a 6.07 por mil.
- La esperanza de vida al nacer ha aumentado de 53.47 años en 1970 a 69.82 años en el 2004.
- Actualmente la población de mayores de 50 años representa el 14.53% de la población total.
- La población de adultos mayores (más de 60 años de edad) que representaba el 5.5% de la población total en el año 1970 se ha incrementado a 7.55% para el 2004 y la proyección de crecimiento al año 2025 alcanza al 12.4%. el 47.2% del total de adultos mayores son varones.
- El 55.30% de la población mayor de 50 años se encontraba en áreas urbanas en el año 1970. en la actualidad el 76.07% de dicha población se encuentra en áreas urbanas.

⁴ resumen ejecutivo del foro “las personas mayores en el Perú: perspectivas de vida en el tercer milenio” – Promudeh.

3.1.3. CONSIDERACIONES GENERALES DE LA POBLACIÓN

MAYOR DE 60 AÑOS

3.1.3.1. TRABAJO

- El 37.47% de la población mayor de 60 años es económicamente activa en la zona urbana.
- En la población económicamente activa mayor de 55 años de edad, los niveles de desempleo se encuentran entre el 8 al 10 % y el subempleo entre el 34 y 59%, siendo mayor en mujeres.
- En relación a la condición de jubilación, la población mayor de 65 años no afiliada alcanza el 58.33%.
- El 41.7% de adultos mayores se encuentra en situación de pobreza; en pobreza, el 19.5%.

3.1.3.2. GRADO DE INSTRUCCIÓN

En relación con los resultados de la encuesta del año 2012, se observó que los adultos mayores están entre los segmentos de población con menor nivel educativo. Es así que, el 44,9% estudió educación primaria, seguido por un 22,0% sin nivel educativo o con inicial, el 19,4% alcanzó educación secundaria y el 13,7%

educación superior. Comparado con el año 2011, aumentó la población con educación secundaria y superior en 0,4 y 0,3 puntos porcentuales respectivamente; en tanto, disminuyeron los que accedieron a educación primaria en 0,7 punto porcentual.

3.1.3.3. VIVIENDA Y CONFORT

Al analizar la calidad de la vivienda, en relación con el material predominante del piso, paredes exteriores y techo, se observa que el 37,4% de los hogares con algún adulto mayor tienen piso de cemento/ladrillo, el 49,8% paredes de ladrillo o bloque de cemento y el 39,7% techos de concreto armado. Comparado con los resultados de un año atrás, aumentaron en los hogares los pisos de losetas, terrazos o similares en 1,9 puntos porcentuales, las paredes exteriores de tablonés/madera en 0,9 punto porcentual y los techos de concreto armado en 0,6 punto porcentual, entre otros.

En el área rural, un 78,6% de hogares con algún adulto mayor residen en viviendas con pisos de

tierra/arena, el 80,7% con paredes exteriores de adobe o tapia y un 52,5% con techo de plancha de calamina, fibra de cemento o similares. No obstante, en el área urbana, un 49,1% de hogares se caracterizan por tener piso de cemento/ladrillo; así como, un 73,4% con paredes exteriores de ladrillo o bloque de cemento y un 59,6% con techo de concreto armado.

PERÚ: HOGAR CON ALGÚN ADULTO MAYOR, POR ÁREA DE RESIDENCIA, SEGÚN MATERIAL PREDOMINANTE EN EL PISO, PAREDES EXTERIORES Y TECHO DE LA VIVIENDA, 2011 Y 2012

(Porcentaje)

Material predominante en el piso, paredes exteriores y techo	2011	2012	Área de residencia	
			Urbana	Rural
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Piso				
Cemento / Ladrillo	39,3	37,4	49,1	15,4
Tierra / Arena	36,5	35,7	12,9	78,6
Losetas, terrazos o similares	10,5	12,4	10,7	0,4
Parquet o madera pulida	5,7	6,3	9,6	0,1
Madera (entablados)	3,7	4,2	3,8	4,7
Láminas asfálticas, vinílicos o similares	4,0	3,9	5,9	0,1
Otro material	0,3	0,2	0,0	0,6
Paredes exteriores				
Ladrillo o bloque de cemento	49,9	49,8	73,4	5,4
Adobe o tapia	41,4	40,4	19,0	80,7
Tablones / Madera	4,4	5,3	4,9	6,0
Quincha (caña con barro)	1,4	1,3	0,9	2,1
Otro 1/	2,9	3,1	1,7	5,7
Techo				
Concreto armado	39,1	39,7	59,6	2,3
Plancha de calamina, fibra de cemento o similares	34,9	35,1	25,9	52,5
Tejas	12,8	12,5	4,8	27,0
Paja, hojas de palmera, etc.	5,5	5,5	0,9	14,0
Caña o estera con toña de barro	5,2	4,6	5,3	3,2
Otro 2/	2,4	2,7	3,5	1,0
Número de casos sin ponderar	7 694	8 023	4 534	3 489

1/ Incluye piedra o sillar con cal o cemento, piedra con barro, caña/bambú/puna / palma / troncos / tabique, estera, cartón, triplex, sin paredes y otros.

2/ Incluye madera, estera, cartón, sin techo y otros.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

CUADRO N° 13 HOGAR CON ADULTO MAYOR

Fuente: INEI / ONP

3.1.3.4. SALUD

En el año 2008, la Organización Mundial de la Salud señaló que las enfermedades crónicas: cardiovasculares y cerebrovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% del número total de muertes anuales⁵.

- La esperanza de vida saludable al nacer es de 61 años, correspondiendo 59.6 años a los varones y 62.4 años a las mujeres.
- En el año 2012 las causas de atención en consulta externa de personas mayores de 60 años en el MINSA correspondieron 15.14% a enfermedades respiratorias, 13.5% a enfermedades del sistema óseo muscular, 8.7% a enfermedades del sistema circulatorio. Las causas más frecuentes de hospitalización para mayores de 65 años en

⁵ "Organización Mundial de la Salud "Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles"

EsSalud fueron neumonía, colecistitis y la hiperplasia prostática.

- El 1.3% de la población estimada para el 2015 presenta algún tipo de discapacidad, de las cuales la invalidez representa el 28.07%; la sordera, el 14.4% y la ceguera, el 20.9%. En los mayores de 60 años, la discapacidad alcanzó el 28.4%.
- La dependencia funcional parcial y total (para actividades de la vida diaria), antes del ingreso a salas de hospitalización, alcanza el 47%, para mayores de 60 años a nivel nacional.
- Solo el 11.6% de personas mayores de 60 años realiza actividades físicas de frecuencia diaria o interdiaria. En los mayores de 60 años dicha cifra alcanza el 13.5% en los varones y el 6.6% en las mujeres.
- La prevalencia de depresión en la población adulta mayor es de 9.8%, en un estudio recientemente realizado en Lima. También se encontró en la población adulta mayor, entre 60 a 74 años,

deterioro cognitivo en el 5.3%, cifra que llega a 30.2 % en los mayores de 75 años.

3.1.4. SISTEMA DE ATENCIÓN

3.1.4.1. SISTEMA DE SALUD

En el Perú, varias instancias se encargan de la atención de la salud. En el Ministerio de Salud implementación de la Atención Integral para las Personas Adultas Mayores (PAMs) en las Direcciones de Salud de nuestro país, habiendo iniciado en el mes de junio del 2004 las actividades de sensibilización y capacitación en atención integral para las PAMs, en las Direcciones Regionales de Salud de Tumbes, La Libertad, Apurímac con participación de las presidencias Regionales, autoridades ediles y sociedad civil y trabajadores de la salud.

Personal de salud de las DISAs sensibilizados y con competencias básicas en el área de la Atención Integral de Salud.

34 Direcciones de Salud designan Responsables de la Atención Integral de la Etapa de Vida Adulto Mayor, quedando conformado el directorio nacional.

Conformación de un Comité de especialistas en atención integral para las personas adultas mayores de los diferentes hospitales del MINSA, FFAA y Policiales de Lima y Callao quienes desde el mes de marzo vienen contribuyendo establecimiento de las bases técnico normativas para la implementación de la atención integral del adulto mayor, Elaboración del documento preliminar "Lineamientos para la Atención Integral de Salud para los Adultos Mayores", actualmente en proceso de revisión.

- Existe una inadecuada estructuración y coordinación de los servicios de salud que conlleva a la duplicidad de acciones y falta de liderazgo en el desarrollo de políticas intersectoriales.
- El gasto en salud se centra en servicios hospitalarios que presentan una menor demanda, en vez de hacerlo en centros y puestos de salud.

TACNA ESTABLECIMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD AÑO 2013
(grafico 2)

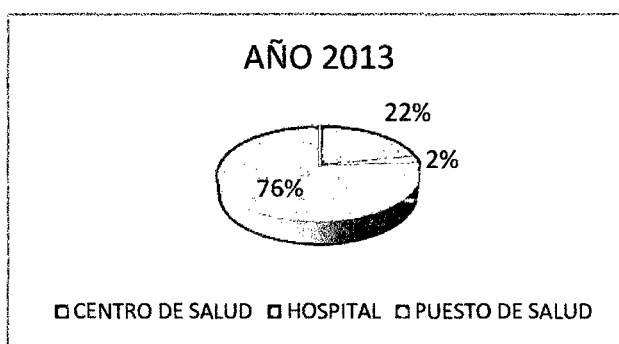


FIGURA N° 13

3.1.4.2. PROGRAMAS PÚBLICOS DE ATENCIÓN

En el aspecto social, el Ministerio de la Mujer y del Desarrollo Social, mediante la DIPAM se ha creado la Red Nacional de Personas Adultas Mayores con el fin de aplicar el Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013 – 2017.

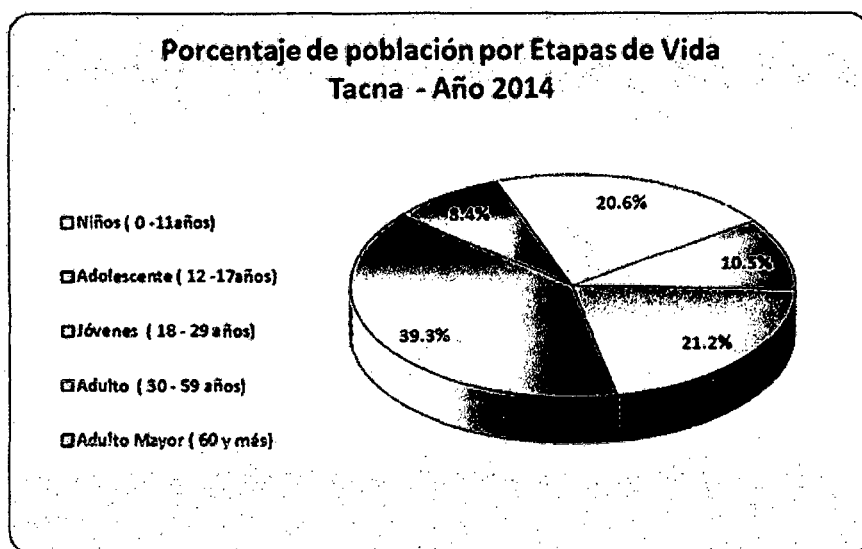
- Los programas públicos que atienden al Adulto Mayor lo hacen dentro de los dirigidos a la atención de la población adulta pobre en general.
- Los programas sociales municipales constituyen esfuerzos aislados.
- Algunas ONGS han conformado diversas redes de trabajo que propician el desarrollo de

organizaciones de adultos mayores, sensibilizan a la población sobre su problemática y desarrollan programas de asesoría jurídica, de jubilación y de salud.

3.2. EL ADULTO MAYOR EN TACNA

Tacna, 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. Así, frente a problemas cada vez más globales, las políticas de gobierno locales resultan con frecuencia ineficientes.

Sin embargo dentro de la ciudad, con el surgimiento de núcleos poblacionales, en los últimos años la sociedad ha demostrado tener capacidad de organización, lo que permite que instituciones públicas y privadas atiendan nuevas necesidades.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)

Elaboración: Ministerio de Salud - Oficina General de Estadística e Informática

FIGURA N° 14 PORCENTAJE DE POBLACION POR ETAPAS DE VIDA

3.2.1. TENDENCIAS POBLACIONALES

Tacna, según el censo de 2014 tenía una población de total 337,583, el porcentaje de población del adulto mayor representa el 8.4 %⁶ promedio del departamento, de este el 84% constituye población del área urbana y el 16% restante población rural.

En relación con otros grupos de edad, específicamente con menores de catorce años se observa una línea de crecimiento inversa, aumentando el porcentaje de población de mayores de sesenta años y una disminución de menores de catorce años.

⁶ Resultados definitivos del censo de 2012 – INEI.

DEPARTAMENTO DE TACNA : Porcentaje de población por etapas de vida

Año	Población Total	0 - 11 años	12-17 años	18 - 29 años	30 - 59 años	60 y más
2010	320,021	21.7	10.8	22.4	37.8	7.3
2011	324,498	21.5	10.7	22.1	38.2	7.5
2012	328,915	21.2	10.6	21.8	38.6	7.8
2013	333,276	20.9	10.5	21.5	39.0	8.1
2014	337,583	20.6	10.5	21.2	39.3	8.4

FIGURA N° 15 PORCENTAJE DE POBLACION POR ETAPAS DE VIDA

3.2.2. ORGANISMOS E INSTITUCIONES QUE ATIENDEN AL ADULTO MAYOR

3.2.2.1. ORGANIZACIONES

El hombre es un ser eminentemente social, de ahí que siempre se ha reunido con sus semejantes con el objeto de formar grupos, comunidades y sociedades y con ello poder satisfacer sus necesidades, por estas razones es que aparecen organizaciones en la sociedad civil.

A) ASOCIACIONES DE ADULTOS MAYORES

Las asociaciones de adultos mayores son organizaciones funcionales⁷, y las existentes en la

⁷ las organizaciones funcionales SON LAS SE ESTABLECEN POR LOS FINES, ROLES Y ACTIVIDADES QUE SE PROPONEN CUMPLIR. REPRESENTAN NO A AMBITOS FISICOS SI NO A ESPACIOS O SECTORES SOCIALES. PLAN MUNICIPAL PARA EL desarrollo DE CAYMA.1997

ciudad son 105 ⁸, se encuentran dispersas en los diferentes distritos de la ciudad, lo que denota el carácter organizativo de la población.

Se clasifican de la siguiente manera:

- Autónomas, creadas por iniciativa de grupos organizados dentro de la sociedad civil.
- Dependientes, creadas y organizadas por instituciones como él (Minsa, Caritas y Parroquias).

B) PROGRAMA REGIONAL TERCERA EDAD EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE (2008-2010)

Es una organización sin fines de lucro que pertenece a CARITAS PERU, agrupa a diversas asociaciones de adultos mayores, con el objetivo general de "promover la integración social de los adultos mayores a través del fortalecimiento del movimiento asociativo".

⁸ Mesa de concertación del adulto mayor

A) Objetivo 1 Trato Digno:

- 967 adultos mayores capacitados.
- 350 familiares y cuidadores de AM capacitados
- 45 encuentros intergeneracionales
- 3 defensorías activas.

B) Objetivo 2 Promoción de la Salud:

- 967 adultos mayores capacitados en estilos de vida saludables.
- 3 propuestas de mejora de la calidad de atención de salud de los adultos mayores.
- 18 campañas de salud interinstitucional.

3.2.3. INSTITUCIONES

Se clasifican de la siguiente manera:

A) SALUD

Es salud, centro del adulto mayor, CAM -, los CAM se enmarcan dentro de los procesos de cambio socio demográficos que vive la sociedad, guardando coherencia con las políticas institucionales de Essalud. Son concebidos como espacios de encuentro generacional, orientados a

promover una auténtica relación interpersonal, mediante el desarrollo de actividades socio culturales recreativos, productivos y de contención de salud direccionadas a mejorar la calidad de vida del adulto mayor, revalorando su rol en la sociedad.

Por otro lado existen consultorios especializados de geriatría y gerontóloga de atención ambulatoria. Está dirigido a adultos mayores de 60 años o jubilados y por extensión a adultos mayores de la comunidad.

- Minsa, mediante los CLASS se han organizado clubes de adultos mayores.
- Clínicas privadas.

B) ASISTENCIALES

Los que velan al adulto mayor en estado de mayor vejez, pudiendo estar en estado de abandono o no, asilos albergues y clubes.

3.3. PROPUESTA ALTERNATIVA DE TERRENO

3.3.1. CARACTERÍSTICAS DE UN LUGAR IDEAL

Las características se basan en dos puntos clave que son los siguientes.

- A) Fácil acceso, próximo a las áreas urbanas y a la vida cotidiana.
- B) Próximo a áreas verdes de recreación de niños, adolescentes y jóvenes, para lograr una relación intergeneracional.

3.3.2. CONSIDERACIONES PARA LA ELECCIÓN DEL SITIO

Previamente es necesario señalar que la elección del distrito Tacna como ámbito de estudio y el lugar ideal para la implementación de la propuesta se basa en lo siguiente:

- La existencia de grupos y/o asociaciones de Adulto Mayor, carentes de un local o un espacio específico para el desarrollo de sus actividades.
- La intención de Instituciones como la Municipalidad Distrital de desarrollar proyectos de este tipo y la implementación de "Módulos Recreativos" para el Adulto Mayor.

- La existencia de terrenos aparentes para el desarrollo de la Propuesta.

3.3.3. EL TERRENO

La elección se realizó de la siguiente manera:

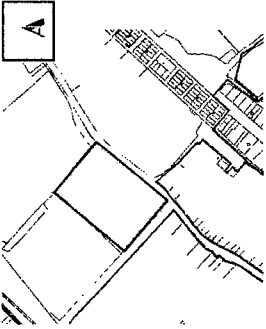






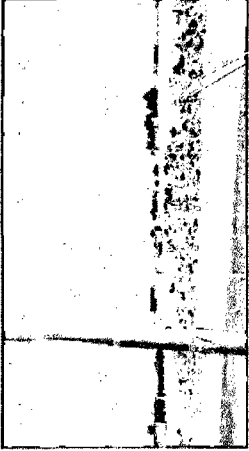
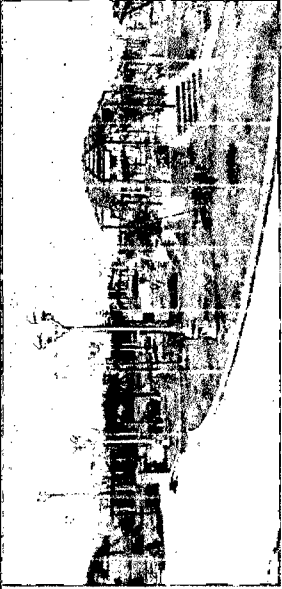
- Búsqueda de terrenos de propiedad pública, que sean aportes en las urbanizaciones y se encuentren en sin uso aparente.
- Al hacer el sondeo se encontró tres terrenos aparentes (ver plano), y se realizó una valorización de los mismos. (ver cuadro 1).

Los 3 terrenos son aportes públicos o privados.

- El terreno A, está ubicado en el distrito de Pocollay en la Avenida Los Angeles, tiene un área de 38 814,41 m².
- El terreno B, está ubicado en Magollo de 36 051,92 m².
- El terreno C, está ubicado en el distrito de Coronel Gregorio Albarracín, tiene un área de 47 261,33 m².



FIGURA N° 15 PLANO DE UBICACIÓN Y LOCALIZACIÓN

UBICACIÓN	ACCESIBILIDAD	IMAGEN
		
		
		

CUADRO N° 14 PLANO DE UBICACIÓN Y LOCALIZACIÓN

Se determinó usar el terreno a, por los siguientes criterios:

- A) Cuenta con una mayor área, lo cual permitiría desarrollar un modelo completo de la propuesta.
- B) Es de fácil acceso, y la ubicación ayudara a promocionar las actividades ya que se encuentra próximo a otros servicios.
- C) Tiene una imagen natural y ambiental favorable, por encontrarse aledaño a un parque.
- D) La implementación del centro en esa zona ayudara a mejorar la imagen y contrapesara las actividades que se dan en la av. dolores.

CARACTERISTICA	T A	T B	T C
UBICACION	✓	✓	✓
ACCEBILIDAD	✓	✗	✗
AREA	✓	✗	✗
FACTIBILIDAD	✗	✓	✓
IMAGEN	✓	✗	

BUENO	✓
REGULAR	✗
MALO	

CUADRO Nº 15 CUADRO COMPARATIVO

CAPÍTULO IV

PROPUESTA ARQUITECTÓNICA

4.1. ANÁLISIS DE SITIO

4.1.1. LOCALIZACIÓN

El distrito de Pocollay está ubicado al nor - este de la ciudad de Tacna y se encuentra a una altura de 900 msnm.

Limites Distritales:

Por el norte : con los Dist. De Calana

Por el sur : con los Dist. De Tacna

Por el este : con el Dist. De Tacna

Por el oeste : con el Dist. de Ciudad nueva

4.1.2. UBICACIÓN

El terreno se encuentra ubicado en el distrito de Pocollay, está en la avenida Los Ángeles (ver plano).

Para la selección del terreno se tomó como prioridad al tipo de usuario "Adulto Mayor", debido a que éste en particular necesita ciertos requerimientos climáticos que ayuden a su mayor confort.

Se analizó las características climáticas de la ciudad de Tacna y se vio por conveniente elegir la zona del “Valle Viejo – Sector Calana” aprovechando así los recursos que este Distrito posee como:

- Microclima agradable, de escasa contaminación.
- Recursos naturales favorables
- Vías de Comunicación directa con la Ciudad de Tacna y con el Hospital Daniel Alcides Carrión.

Y poder ayudar a que el usuario interactúe en un ámbito campestre alejado de los ruidos y contaminación que existe en el Distrito de Tacna.

Logrando así coadyuvar a la solución de los problemas existentes en las zonas urbanas; ya que los pocos equipamientos destinados a este uso en la ciudad de Tacna, no poseen condiciones físico espaciales mínimas requeridas por este usuario.

Todos estos criterios son los que determinan la ubicación del centro de asistencia geriátrica auto sostenible.

4.1.3. ASPECTO FÍSICO

Actualmente existen en este sector áreas potencialmente disponibles, como son las áreas de residencia tipo R3 ubicadas a lo largo de la Vía principal, que poseen características agrícolas, encontrándose estos en condiciones favorables para brindar al adulto mayor zonas apropiadas de descanso y contacto con el entorno natural.

A) ACCESIBILIDAD

La accesibilidad es rápida, ya que se encuentra en una zona fluida (ver plano).

B) NORMATIVIDAD

AREA TERRENO		3728.46m²
AREA PARQUE		5188.45m²
ZONIFICACION	AGRICOLA SOSTENIBLE	
AREA LIBRE	35%	
COEFICIENTE DE EDIFICACION	2.4 - 3.6	
RETIRO	6.00 mt	
ALTURA DE EDIFICACION	4 pisos	
USOS COMPATIBLES	R5-R6,C1,C2,CE,C5,C8,OU,QUE,OUS	

CUADRO N° 16 NORMATIVIDAD FUENTE: RNE

C) TOPOGRAFÍA

El terreno es básicamente uniforme, de ligera pendiente.

Pocollay a simple vista parece que tiene un relieve plano, pero tiene variaciones. En el terreno a intervenir presenta una topografía leve, mostrándose 2 curvas de nivel cada una de 0,30 cm de desnivel en una longitud de 151,68 m.

D) SUELO

El terreno según el Plan Distrital de Pocollay se encuentra en un A.S. y se encuentra en área agrícola. Los suelos ubicados en la zona de Pocollay son óptimos para la agricultura y de tipo MOLLISOL.

Mollisol: Suelos de zonas de pradera en climas templados; horizonte superficial blando; rico en materia orgánica, espeso y oscuro.

E) HIDROGRAFÍA













El principal afluente del distrito es el Río Caplina, que nace a 5483 msnm, en las estribaciones meridionales de la Cordillera del Barroso, es así que el río Caplina abastece al poblado a través de la canalización, siendo esta distribuida a cada una de las parcelaciones.

F) VEGETACIÓN

En la flora destacan las plantas de hoja caduca y perenne.

Se observa una abundante vegetación y dentro de los árboles predominantes: Eucalipto, Molle, Vilcas, arbustos, especies cactáceas entre otros. También se aprecian palmeras existentes en la Vía Tacna – Pocollay.

Arboles existentes de la zona y usos recomendables en el diseño se tiene:

	NOMBRE ARBOL	COPA	DIAMETRO	ALTURA	
Como Configurador del Eje Principal.	Palmera Phonex		 D = 4 a 6 m.	 H = 9 a 12 m.	Actua como Elemento que refuerza la Direccionalidad de los Ejes
Como Configurador de Actividades.	Ciprés		 D = 2 a 3 m.	 H = 9 m.	Actua como Protector y Delimitador de Espacios que Albergan Actividades Distintas.
Como Borde Perimétrico.	Eucalipto		 D = 12 m.	 H = 20 m.	Actua como Fuelle para Proteger al Conjunto de los Vientos generando un Microclima.
Como Complemento en el Conjunto.	Acacia Vilca		 D = 12 m.	 H = 8 m.	Se encuentra en todo el Conjunto pues ayudan a Crear Microclimas.

CUADRO N° 17 VEGETACION EXISTENTE

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

4.1.4. ASPECTO CLIMÁTICO

A) CLIMA

Temperatura, de acuerdo a los registros meteorológicos elaborados por el servicio nacional de meteorología e hidrografía, la zona registra las siguientes temperaturas:

TEMPERATURA PROMEDIO ANUAL	15.7°C
TEMPERATURA MAXIMA	24.2°C
TEMPERATURA MININA	7.2°C

CUADRO N° 18 CLIMA EN TACNA

FUENTE: SENAMHI

- Humedad, la humedad relativa que presenta la zona es el 51%, con una oscilación del 30%.
- Vientos, la velocidad media de los vientos que soporta la zona es de 3.9 m/s como promedio,
- Presentándose vientos con mayor velocidad en los meses de octubre a diciembre y cuya dirección predominante es el norte.
- Radiación solar el promedio anual de horas de asoleamiento es de 10 horas con una incidencia muy alta.

- Precipitaciones, las lluvias se presentan entre diciembre y marzo (en ciclos normales), siendo la precipitación pluvial media total de 45.4 m.m.

B) ASOLEAMIENTO

El terreno se encuentra en el Distrito de Pocollay y en zona a campo abierto por tal motivo el asoleamiento es más intenso

Radiación solar que presenta:

Heliofania Promedio : 7,8 = Horas Sol

Heliofania Max. : 9,3 = Horas Sol

Heliofania Min. : 7,2 = Horas Sol

(Según SENAMHI)

C) TEMPERATURA

La temperatura máxima alcanza un promedio de 27,8° C en verano (Febrero) y una temperatura mínima de 6,5° C en invierno (Julio); tal como lo señala los registros de la Estación en Pocollay, Tipo convencional – meteorológica en el año 2012 – 2014.

D) HUMEDAD

En sus valores promedio anual la Humedad Relativa alcanza el 76,6% en Pocollay. La Humedad Relativa alcanzó un:

Máx. promedio : 82% invierno

Mín. promedio : 62% verano

E) PRECIPITACIÓN PLUVIAL

Pocollay registra para el período 1966 - 1971, precipitaciones totales de 11,7 mm con valores oscilantes entre los 12,1 mm (Año 2000) y 11,8 mm (Año 2004), que contrastan con mínimas de 0,0 mm (Años 2006 y 2008) y 1,6 mm (Año 2014).

En los meses de enero, febrero y marzo no hay presencia de lluvias, estas se dan en el resto del año.

Pocollay en un rango de 0 a 100 mm De precipitación pluvial se encuentra en el rango de 0 - 1 mm.

F) VIENTOS

Los vientos son medianamente moderados, tienen una amplia preponderancia de Suroeste hacia Noreste, teniendo como velocidad promedio de 3 m/s Durante los meses de verano hay vientos fuertes del mar que soplan en horas de la tarde y con un sol intenso.

4.1.5. ESTRUCTURA URBANA

El Distrito de Pocollay es considerado como una zona netamente Agrícola Sostenible (A.S.), debido a la fertilidad de sus tierras.

En el entorno inmediato se observa los siguientes usos de suelo:

Uso de Residencial:

Posee una densidad media y baja de R2 y R3. Actualmente se da un crecimiento de vivienda de dos tipos: unifamiliar y tipo huerta.

A) EQUIPAMIENTO

▪ Equipamiento Recreativo

En lo que respecta a la recreación pasiva (plaza y parques), si bien no existen mayores demandas de áreas para estos fines, por encontrarse, el distrito rodeado por áreas cultivadas, es necesario prever el tratamiento paisajístico de las áreas existentes que contribuya a resaltar el entorno urbano histórico de Pocollay.

▪ Equipamiento Comercio

Se da un comercio especializado, el Distrito de Pocollay se encuentra dentro del eje gastronómico; actualmente viene aumentando el número de restaurantes en esta zona.

En el entorno inmediato se observa 2 restaurantes que se encuentran en funcionamiento.

- Otro Equipamiento

Grifo Chimba: Es de construcción noble, cuenta con todos los servicios y se encuentra en funcionamiento.

B) SISTEMA EDILICIO

No existe una variación en las alturas de las edificaciones.

Predomina el área agrícola “parcelas”, se ve una imagen urbana de tipo horizontal.

Presenta edificaciones de 1 y 2 niveles destinadas en su mayoría a uso residencial

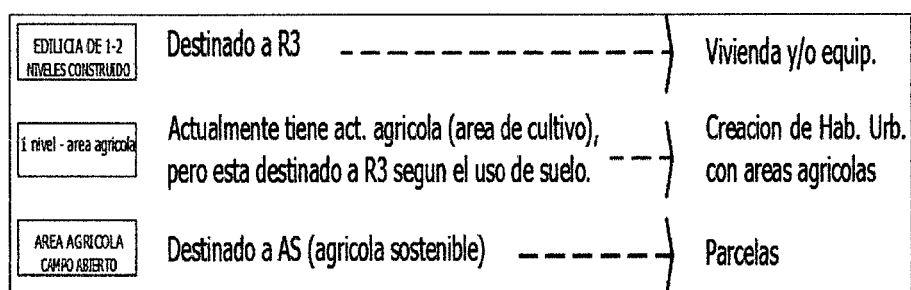


FIGURA N° 13 ZONIFICACION - EDILICIO

FUENTE: PLAN DIRECTOR TACNA

C) SISTEMA VIAL

Se le conoce con el nombre genérico de Avenida Los Angeles que se caracteriza por ser una vía paisajista, que en la parte alta, estructura actividades rurales y de

equipamiento de los centros poblados Calana y Pocollay; complementadas con centros de recreación y restaurantes campestres; integra el Valle Viejo con la ciudad de Tacna. Esta es la vía principal y presenta una sección de 31,40 m siendo esta de doble sentido; se encuentra en buen estado permitiendo un traslado rápido de los vehículos.

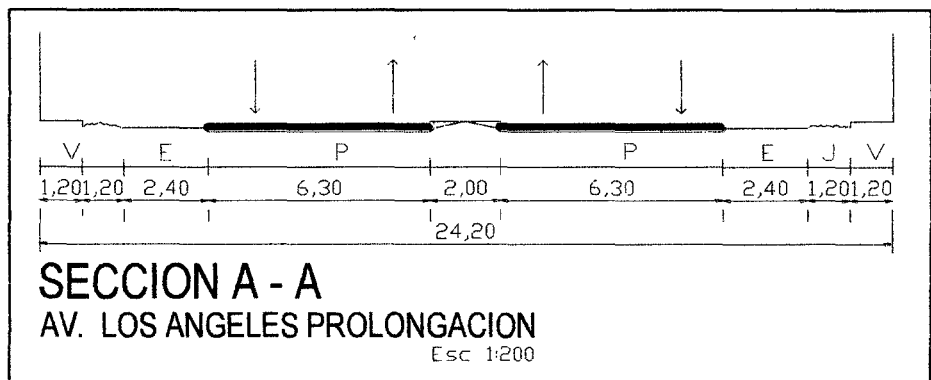


FIGURA N° 14 SECCION VIAL

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

D) INFRAESTRUCTURA DE SERVICIOS

Los servicios básicos están constituidos por los servicios de agua potable, alcantarillado, energía eléctrica y limpieza pública.

- Servicio de Agua Potable y Alcantarillado

El terreno presenta abastecimiento de agua potable, ya que cuenta con la red matriz subministrado por EPS que se encuentra ubicado a lo largo de la Vía Principal,

además de contar con fuentes naturales como son los canales de regadío. En cuanto al desagüe también cuenta con conexiones.

- **Energía Eléctrica**

El terreno a intervenir por su ubicación a lo largo de la avenida Los Ángeles favorece al servicio de energía eléctrica, pues la red primaria se extiende a lo largo de la avenida mencionada dando servicios a los anexos del Distrito de Pocollay hacia Calana.

4.1.6. PAISAJE ESCÉNICO

La Vía principal conocida como la avenida Los Ángeles se presenta como atractivo paisajístico, por su linealidad de palmeras y otras especies arbóreas (vilcas).

Así mismo presenta un fuerte potencial paisajístico en la zona agrícola.

4.1.7. SISTEMA CONSTRUCTIVO

En la construcción de viviendas y de otros usos, el material más utilizado desde hace muchos años era el adobe, que los mismos

pobladores confeccionaban por su bajo costo y por sus cualidades térmicas.

Actualmente en el Distrito de Pocollay se está empezando a utilizar el ladrillo de arcilla en las construcciones modernas de viviendas, instituciones, etc.

4.1.8. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

A) EN EL ASPECTO SOCIAL

Según el análisis realizado se puede concluir con lo siguiente:

- De acuerdo a la perspectiva de crecimiento y volumen poblacional que presenta el Adulto Mayor en Tacna (fuente INEI) permite apreciar un incremento constante y es necesario tener como referencia para futuras áreas de expansión en nuestra propuesta.
- Se puede definir los cambios biológicos, psíquicos y actitudes sociales que tiene el Adulto Mayor, diferenciando así las necesidades, actividades y características que tienen; con la finalidad de reflejar en un programa arquitectónico los ambientes adecuados para su necesidad.

- Según el análisis se tipifica al Adulto Mayor de acuerdo al mantenimiento de la capacidad funcional, para establecer una estrategia adecuada de cuidados así como las orientaciones para cada uno de los posibles servicios de salud:

Persona adulta mayor autovalente: capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria que son las actividades funcionales esenciales para el auto cuidado (comer, vestirse, desplazarse, asearse y bañarse) y las actividades de la vida diaria (cocinar, limpiar, realizar tareas o trabajos fuera de casa o salir fuera de la ciudad).

Persona adulta mayor dependiente o postrada: persona que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológico, asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria.

B) EN EL ASPECTO NORMATIVO

Las bases normativas a utilizar, previo al desarrollo de la propuesta arquitectónica serán el Reglamento de Edificaciones y Normas de accesibilidad para personas con discapacidad.

C) EN EL ASPECTO FÍSICO ESPACIAL

- De acuerdo al análisis del usuario se vio por conveniente ubicar el terreno en el Distrito de Pocollay aprovechando el potencial que este tiene.
- Según el Plan Distrital de Pocollay el terreno se encuentra en un A.S. y en medio de un área agrícola.
- Un recurso importante que posee el terreno es su envolvente agrícola, beneficiando al usuario mediante actividades a proponer y a nivel visual.

D) EN EL ASPECTO CLIMÁTICO

El terreno al estar ubicado en el distrito de Pocollay, tiene características climáticas más beneficiosas al resto de la ciudad por tener un clima templado; permitiendo tener un ambiente acogedor con sol, casi todo el año y ofreciendo un paisaje muy singular y atractivo.

E) EN EL ASPECTO URBANO, VIAL E INFRAESTRUCTURA DE SERVICIOS

- El sector muestra un manejo edilicio entre 1 a 2 niveles predominando el área agrícola (parcelas).
- Se aprecia diferentes tipos de equipamientos en un entorno inmediato como de recreación, de comercio y

otros. En el Uso Residencial se distinguen dos tipos de vivienda unifamiliar y tipo huerta.

- El terreno presenta una vía principal de acceso, siendo de carácter paisajista.
- El análisis realizado determina que el terreno cuenta con todos los servicios básicos como: agua potable, alcantarillado, sistema eléctrico, telefonía y limpieza pública.
- La red actual de alcantarillado proviene de la Vía Principal, siendo la única red colectora existente para el planteamiento del sistema de desagüe.

4.2. PROYECTO ARQUITECTÓNICO

4.2.1. PREMISAS DE DISEÑO

- El terreno según el Plan Distrital de Pocollay se encuentra en un A.S. y posee un área agrícola envolvente; el equipamiento deberá guardar relación con el entorno natural e integrarse.
- El área a intervenir presenta una forma regular y tiene una topografía leve, mostrándose 2 curvas de nivel cada una de 0,30 cm en una longitud de 150,00 m.

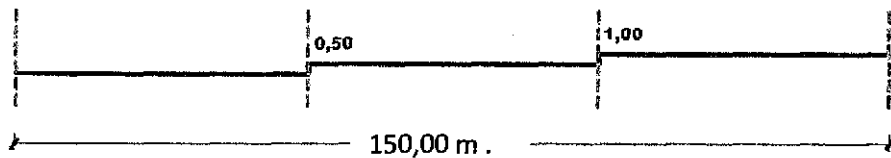


FIGURA N° 15 TOPOGRAFIA

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

- Se mantendrá una zona agrícola destinada a los BIO-HUERTOS, se generará actividades productivas, recreativas y de interacción social.
- Según criterios bioclimáticos realizados se buscará la mejor orientación del equipamiento para una mayor captación de iluminación; sobre todo en la zona de Residencial del Adulto mayor.
- Se propondrá una barrera vegetal al lado Sur Oeste del terreno, para proteger a la edificación de los vientos.
- Utilizar materiales convencionales; a su vez proponer materiales que ayuden a una mejor captación de energía para un mayor confort en la edificación.
- Insertar la vegetación Xerófitas captan mínimo cantidad de agua.
- Definir la caracterización y necesidades del tipo de usuario "Adulto Mayor", para mejorar su calidad de vida y el cumplimiento de la normatividad existente

4.2.2. CRITERIOS DE DISEÑO

- Los cambios físicos, biológicos y psicológicos ya antes mencionado en las bases teóricas.
- Las actividades que desarrollará el Adulto mayor.
- El Tipo de usuario se conoce que es el Adulto Mayor pero esta se tipifica y forma parte fundamental de la concepción, programación y sostenibilidad del proyecto siendo la siguiente:

a) Adulto Mayor Autovalente: Este tipo de usuario es capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria que son las actividades funcionales esenciales. Aparte de las características mencionadas tendrá un carácter de permanencia en el Centro; siendo su estadía durante el día y la noche.

b) Adulto Mayor Dependiente: Persona que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológico.

Este usuario también va a residir en el Centro; siendo su estadía en el día y noche.

c) Adulto Mayor Transitorio: En este usuario se considera a las persona jubiladas; por el cual un

trabajador en activo, ya sea por cuenta propia o ajena pasa a una situación pasiva (de inactividad laboral).

A diferencia de los 2 tipos de usuario mencionados, este solo tendrá una estadía durante el Día, realizando actividades y a su vez contribuyendo con el seguimiento al Adulto mayor Autovalente y Dependiente. De esta forma ellos se sentirán útiles y ayudaran con la sostenibilidad del proyecto ya que brindaran su servicio de orientadores en diferentes campos intelectuales – laborales.

- Otros criterios de diseño serán Acceso claros y visibles, siendo estos de fácil identificación para el usuario.
- Formas claras en los volúmenes.
- La visualización de cada una de las unidades hacia áreas verdes y el contacto con la zona agrícola que presenta el terreno.
- Definición de espacios públicos en el cual los usuarios puedan interactuar.

4.2.2.1. CRITERIOS FUNCIONALES

Tomando en cuenta las diferentes actividades que se desarrollarán en el Centro, basado en la investigación es como se decidió ir ubicando las zonas y espacios correspondientes a cada actividad.

- Diferenciar bien las zonas por actividades y tenerlos en diferentes unidades siendo cada una de una función específica.
- Definir las zonas principales en la primera planta, con el fin de que tengan una fácil evacuación hacia el exterior y tengan un contacto directo hacia las zonas verdes.
- Requerimientos físico-espaciales del adulto mayor que influyen en el diseño

Antropometría

El objetivo es identificar y clasificar a los seres humanos por su peso, tamaño y características físicas. "El ser humano posee el periodo de crecimiento más prolongado de todos los animales. En el periodo de la vejez el hombre experimenta una

serie gradual de cambios degenerativos de la naturaleza de los sistemas morfológicos¹

Debido a la descalcificación, de los cartílagos y de los huesos, existe una pérdida de estatura.

	EDAD	HOMBRE	MUJER
1)	60 - 69 AÑOS	1,50 cm .	1,50 cm .
2)	70 - 79 AÑOS	0,75 cm .	1,50 cm .
3)	80 - 89 AÑOS	0,75 cm .	0,00 cm .

FUENTE : COMPLEJO HABITACIONAL PARA ANCIANOS, MA. ISABEL VALLE

CUADRO N° 19 DISMINUCION PROMEDIO DE ESTATURA

Como se señaló anteriormente, existe una notable decadencia en la condición física del hombre al llegar a la tercera edad, forzándolo a tomar medidas de seguridad para poder seguir movilizándose, de un lugar a otro sin problemas. En su gran mayoría son aparatos como: silla de ruedas, muletas, andadores, bastón, etc. Que necesitan espacios amplios para su circulación. "las barreras arquitectónicas son obstáculos que impiden la movilización de las personas minusválidas en su residencia, en áreas

¹Valle Jurado, Ma. Isabel. 1992. Complejo habitacional para ancianos. Tesis, USAC.

exteriores y edificaciones en general”². Por lo mismo el diseño arquitectónico debe de ser en extremo cuidadoso.

Debido a su marcada decadencia motora y visual, es sumamente importante ubicar aparatos en todo el establecimiento; como barandas, haladores, etc. Las barandas deberán estar ubicadas en las rampas, gradas a orillas de lugares peligrosos. Los materiales de dicho accesorio también son importantes para su conservación o para evitar accidentes.

Desde el punto de vista focal de la persona es importante para ubicar, tanto las ventanas, como la altura de las mismas. En este caso de las personas en sillas de ruedas.

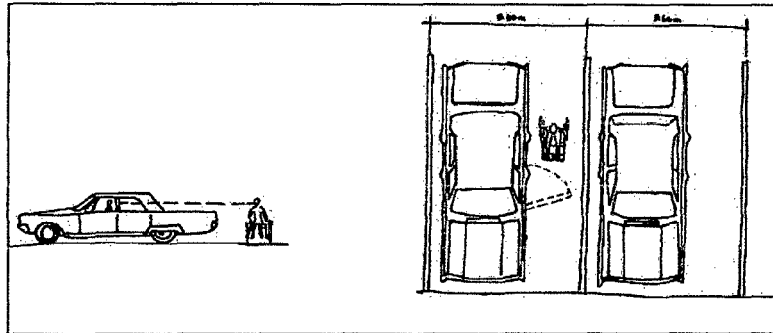
- **Mobiliario a considerar**

Estacionamiento: 3,66m de ancho mínimo

Cerca al ingreso del edificio principal.

Indicaciones claras y a la vista

²Hausseleer Cordón, Carlos E., 1985 “Especificaciones arquitectónicas para hogares de ancianos” Tesis USAC.



Fuente: Cabezas Conde, Guillermo "Manual para proyectar sin barreras"
 FIGURA N° 16 NORMATIVIDAD - ESTACIONAMIENTO

Puertas: Ancho mínimo 0,80 – 0,85 m.

Debe abatirse hacia adentro del dormitorio y no hacia el pasillo.

En los baños abatirse hacia afuera.³

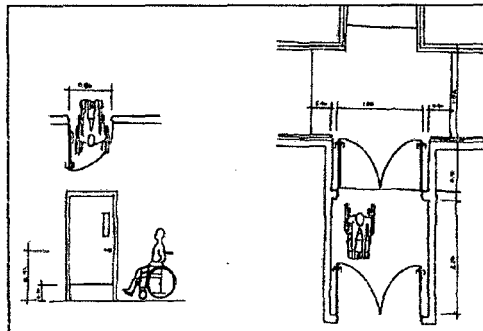


FIGURA N° 17 NORMATIVIDAD DESPLAZAMIENTO DE SILLA DE RUEDAS

Pasillos: Ancho mínimo 1,00 m.

Piso plano antideslizante.

2 barandas a lo largo del corredor un 0,48 cm Y la otra a 0,84 cm.

³Cabezas Conde Guillermo "Manual para proyectar sin barreras Arquitectónicas" Madrid 1978. Ed. Col.

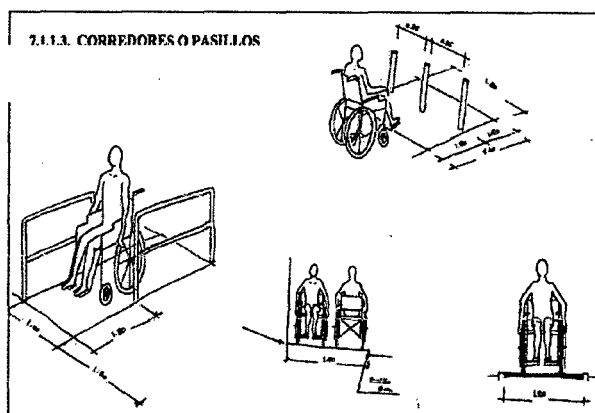


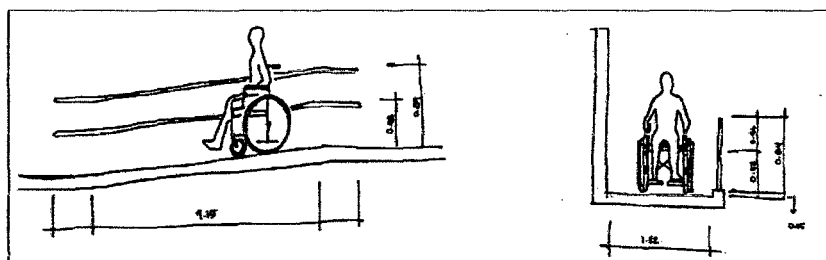
FIGURA N° 18 NORMATIVIDAD PASILLOS

Rampas: Desnivel no más de 8,33%

Largo máx. De 9,15 m.

2 barandas a lo largo de la rampa una a

0,48 cm Y la otra a 0,84 cm.⁴



Fuente: Julius Panero y Martin Zelnik "Las dimensiones humanas en los espacios interiores"

FIGURA N° 19 NORMATIVIDAD RAMPAS

⁴ Julius Panero y Martin Zelnik. "Las dimensiones humanas en los espacios interiores. Ed.: Ed. Gustavo Gili, S.A

Camas: Tipo Hospital (opción inclinarla o elevarla), altura 1 m del piso a superficie.

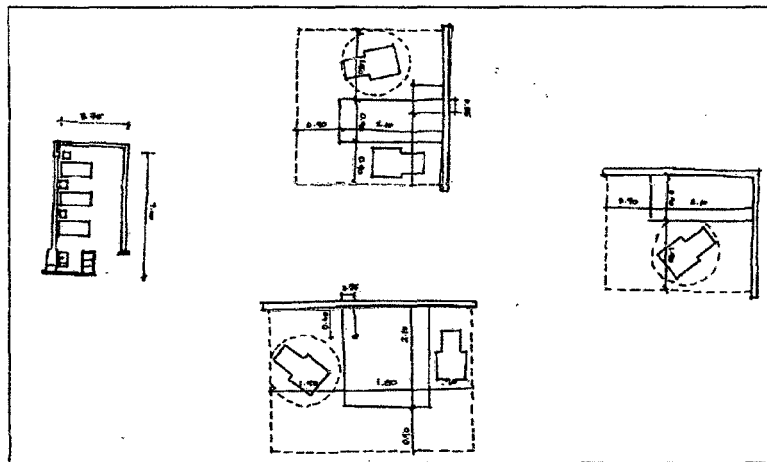
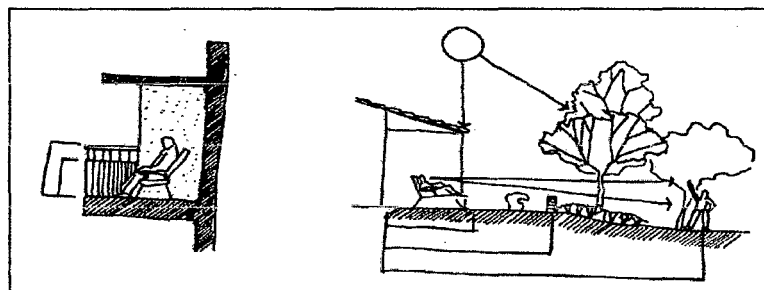


FIGURA N° 20 NORMATIVIDAD CAMAS

Protección solar:

Los ambientes deben de proveer una cierta protección solar al usuario, utilizando voladizos o vegetación.



Fuente: Carstens Diane Y. "Site Planning and Design for the Elderly"⁵
FIGURA N° 21 NORMATIVIDAD PROTECCION SOLAR

⁵Carstens Diane "Planificación y diseño del sitio de las personas de edad: cuestiones, directrices y alternativas" Ed.: Van NostrandReinhold

El Color

- **Reacciones en general con los colores**

Los colores del espectro solar están clasificados en 2 grupos principales: El 1RO está encabezado por el color rojo, definido como cálido, excitante y activo; el 2DO grupo por el verde, azul y violeta de los cuales su analogía es pasiva, fría y calmante.

Según el Dr. Robert Ros de la Universidad de Standford, del departamento de Psicología, todos los colores están ligados a cierta intensidad y emoción de la vida cotidiana del hombre.

En muchos casos la luz es tratada como un color terapéutico, que proporciona al organismo una energía radiante, la cual llena de vitalidad a la persona, a manera de energía psicológica. Es muy importante el tratamiento de la luz, sobre todo por un adulto mayor. Esta debe ser indirecta, pero sin ninguna posibilidad de crear sombras que puedan provocar accidentes. Debe de ser directas en el caso usarla encima de las actividades laborales y debe de

ser suficiente para no crear fatiga, exceso de esfuerzo y abuso de los ojos. El Dr. B. Harmon, ha observado que la mayoría de las criaturas vivientes tiende a orientarse hacia la luz.

4.1.2.2. CRITERIOS AMBIENTALES

En base al análisis de sitio realizado se tomó en consideración colocar vegetación en ciertas zonas para que sirva como amortiguamiento de los vientos generando un microclima interno.

Se buscó la mejor orientación en el equipamiento de tal **forma que los volúmenes tengan iluminación natural** y sobre todo en zonas donde ellos tengan una mayor permanencia.

4.1.2.3. CRITERIOS DE ILUMINACIÓN

Se desarrolla efectos de iluminación en zonas interiores y exteriores del Centro tales como:

- Efectos de iluminación en los ejes principales ya sea como elementos verticales o en los pisos.
- Efecto de iluminación en las fachadas y zonas de accesos en piso y reflejante para dar una mayor jerarquía

4.2.3. CONCEPTUALIZACIÓN

"REINSERCIÓN DEL ADULTO MAYOR DE TACNA"

Centro Geriátrico: son establecimientos de atención, protección y asistencia social, creados para brindar un servicio integral a la población de la tercera edad.

El Centro Residencial Geriátrico: aparte de ofrecer los servicios anteriormente mencionados, busca generar sus propios recursos para sostenerse y presentarse como una infraestructura viable, sustentada en actividades productivas.

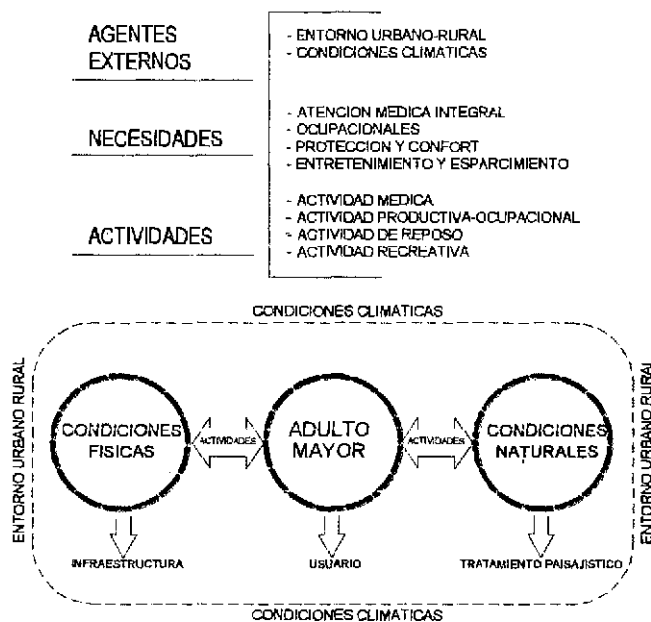


FIGURA N° 22 CONCEPTO

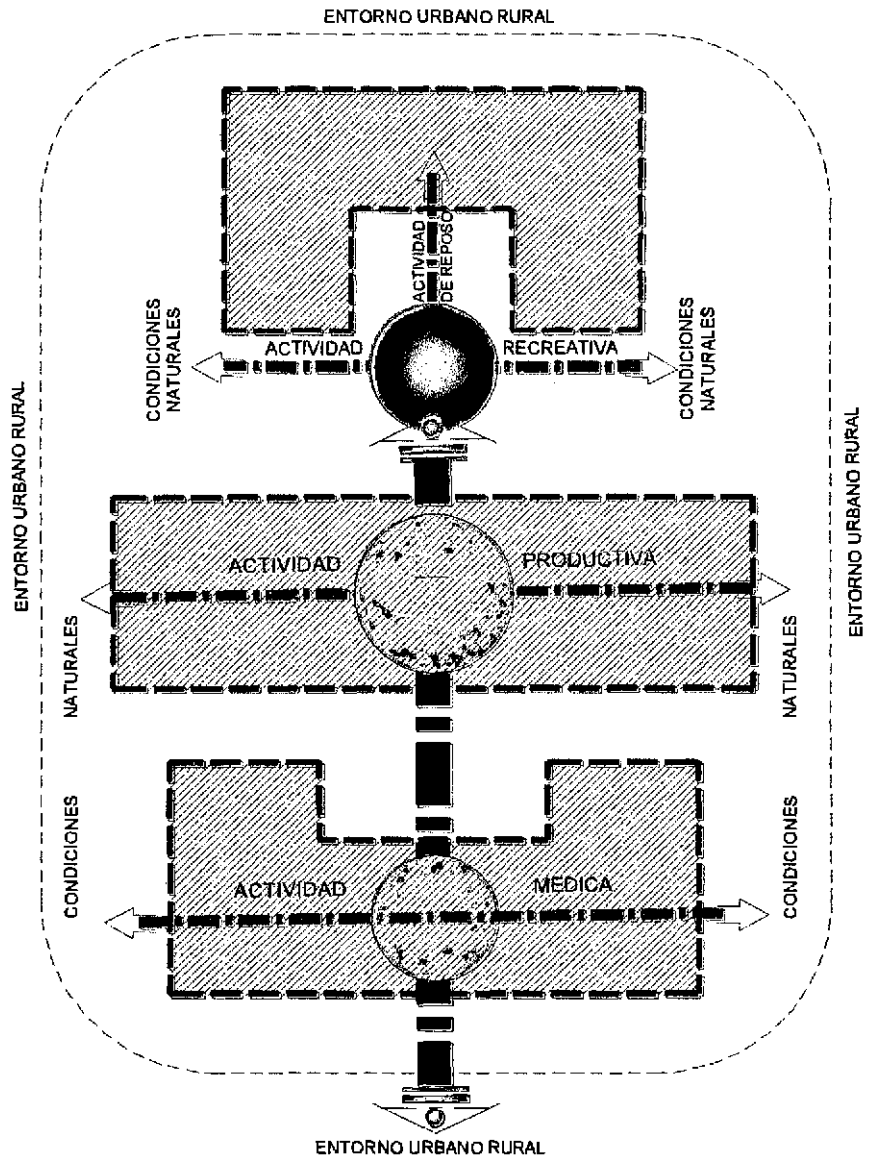
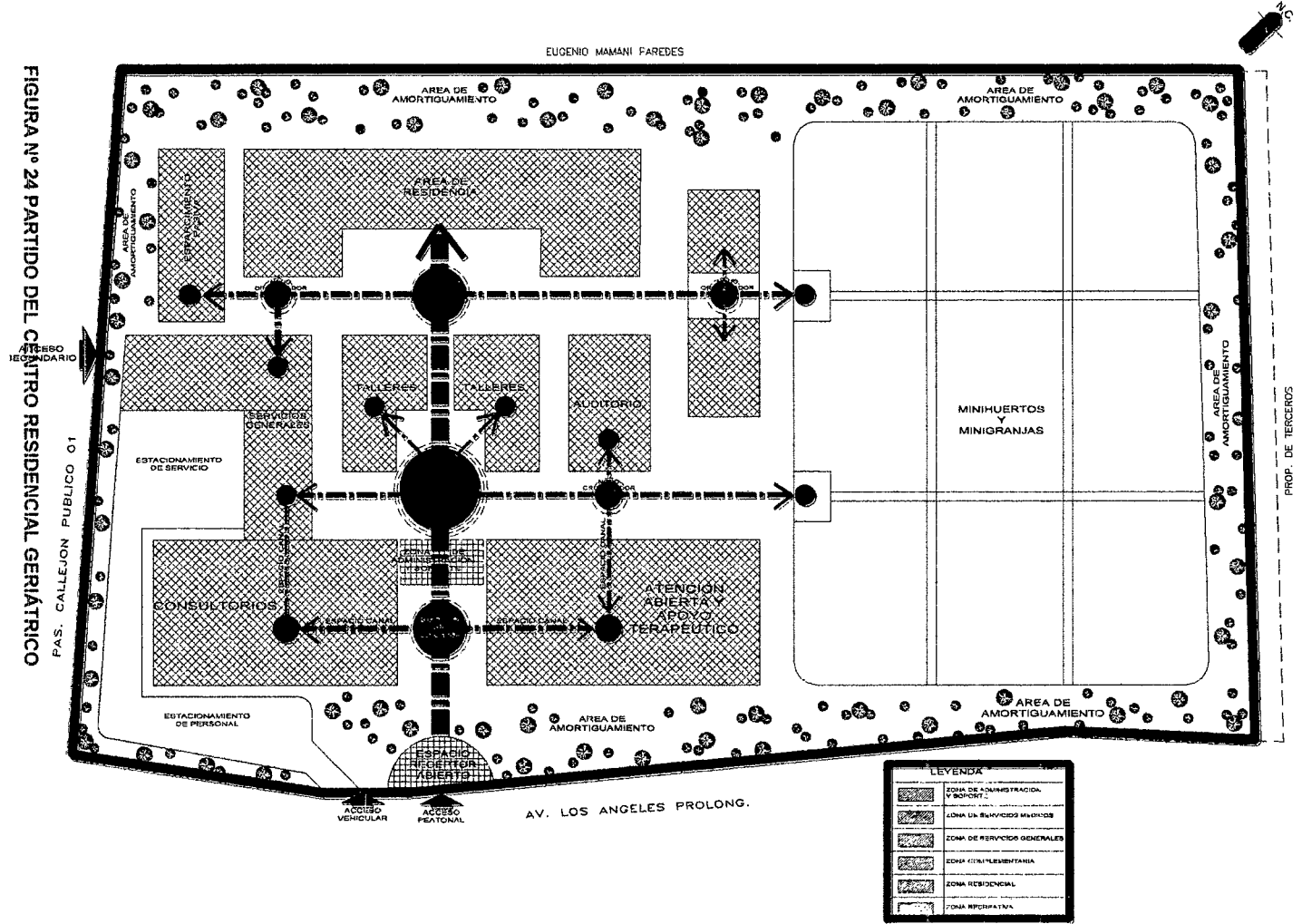


FIGURA Nº 23 CONCEPTO DEL CENTRO RESIDENCIAL GERIÁTRICO

4.2.4. PARTIDO ARQUITECTÓNICO

De acuerdo a las premisas de diseño establecidas se mantuvo el ingreso vehicular y peatonal a través de la Vía Principal (Avenida Los Ángeles), jerarquizando así los dos accesos y el área de estacionamiento. El proyecto se organiza a través de un espacio receptor exterior comunicando directamente por medio del eje principal el núcleo administrativo, núcleo de actividades y núcleo natural; estos núcleos se convierten en espacios de interacción al encontrarse inmersos en las zonas de actividades. A su vez cuenta con espacios canales que comunican de forma directa los bloques de actividades.

FIGURA N° 24 PARTIDO DEL CENTRO RESIDENCIAL GERIÁTRICO



LEYENDA

	ZONA DE ADMINISTRACION Y APOYO
	ZONA DE SERVICIOS PRINCIPALES
	ZONA DE SERVICIOS GENERALES
	ZONA RECREATIVA
	ZONA RESIDENCIAL
	ZONA INFORMATIVA

4.2.5. PLAN DE NECESIDADES / ACTIVIDADES

El proyecto “Centro Residencial Geriátrico de Tacna”, está en función a las necesidades y requerimientos del adulto mayor; se tendrá en cuenta el proceso de envejecimiento: cambios psicológicos, biológicos, actitudes sociales y costumbres del usuario.

El Adulto Mayor necesita:

- Sentirse útil
- Asistencia médica preventiva
- Descanso
- Aprendizaje
- Recreación
- Interacción social
- Confort
- Reinserción ocupacional especializada

Actividades a realizar en función de las necesidades:

- Terapia Ocupacional
 - Ocio-Productivo (talleres)
 - Recreativa (ejercicios, bio-huertos, piscina)
 - Educacional (biblioteca, aula de capacitación cultural)

- Residencial
- Socio-cultural
- Servicios
- Administrativa
- Programas sociales: viajes, excursiones a la campiña, zonas turísticas
- Atención médica preventiva

4.2.5.1. Actividades a realizarse en el Centro

- a.) Actividad Residencial
- b.) Actividad Administrativa
- c.) Actividad Médica
- d.) Actividad Complementaria
- e.) Actividad Talleres
- f.) Actividad Recreativa
- g.) Actividad Agrícola

4.2.6. CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN

- Plan Distrital de Pocollay

El terreno está destinado para una zona de agrícola tipo A.S. y presenta un envolvente de área Agrícola Sostenible A.S.

- Adulto Mayor

Se debe tener en consideración que el usuario es una persona mayor de 60 años y se debe tener en cuenta la accesibilidad para personas con discapacidad. Este será un criterio importante para la definición del número de pisos en el volumen arquitectónico.

Otro aspecto principal en criterios de programación es de acuerdo a lo mencionado en la tipificación del Adulto Mayor y en las actividades que realizan este tipo de usuario.

4.2.7. SÍNTESIS PROGRAMÁTICA (Ver láminas adjuntas).

PROGRAMACION TENTATIVA ARQUITECTONICO - CENTRO GERIATRICO

ZONA	SUB ZONA	AREA	AMBIENTES	AREA/AMB	CANT	AREA PARCIAL	TOTAL PARCIAL	AREA M.C. 40%	AREA TOTAL						
ZONA DE SERVICIO MEDICO	ATENCIÓN ABIERTA	SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE EN ACCESO	SALA DE ESPERA	60,00	1	60,00	176,00	70,40	246,40						
			MODULO RECEPCION/ORIENTACION	16,00	1	16,00									
			MODULO DE VENTA DE BONOS Y CAJA	8,00	1	8,00									
			MODULO GENERAL	12,00	1	12,00									
			OFICINA JEFATURA	12,00	1	12,00									
			OFICINA ASISTENTE SOCIAL	12,00	1	12,00									
			BAÑOS PUBLICOS FEMENINOS	3,00	2	6,00									
			BAÑOS PUBLICOS FEMENINOS DISCAPACITADOS	4,00	1	4,00									
			BAÑOS PUBLICOS MASCULINOS	3,00	2	6,00									
			BAÑOS PUBLICOS MASCULINOS DISCAPACITADOS	4,00	1	4,00									
			BAÑO PERSONAL	3,00	2	6,00									
			AREA DE SILLAS DE RUEDAS, BASTONES Y ANDADORES	16,00	1	16,00									
			BODEGA CARRO Y ARTICULOS DE ASEO	6,00	1	6,00									
			KITCHENNE	8,00	1	8,00									
			APOYO TERAPEUTICO	ATENCIÓN	SALA DE ESPERA Y RECEPCION	SALA DE ESPERA Y RECEPCION				60,00	1	60,00	1056,60	422,64	1479,24
						ESTACION DE SILLAS DE RUEDAS				16,00	1	16,00			
						MODULO DE ATENCION				20,00	1	20,00			
	AREA MEDICA	SALA DE ESPERA		SALA DE ESPERA	12,00	1	12,00								
				BOXES DE KINESIOTERAPIA	12,00	10	120,00								
	AREA GIMNASIO	MODULO DE ATENCION		MODULO DE ATENCION	10,00	1	10,00								
				SALA DE ESPERA	20,00	1	20,00								
				GIMNASIO CON MAQUINAS	60,00	1	60,00								
				GIMNASIO DE AREA LIBRE	50,00	1	50,00								
				TALLER DE FRIGIDOLIFEROS	30,00	1	30,00								
	AREA HIDROTERAPIA	TALLER DE TRABAJO EXTERIOR (EN EL PARQUE)		TALLER DE TRABAJO EXTERIOR (EN EL PARQUE)	60,00	1	60,00								
				MODULO DE ATENCION	6,00	1	6,00								
				SALA DE ESPERA	60,00	1	60,00								
				HIDROTERAPIA GRUPAL	2,00	30	60,00								
				PISCINA DE HIDROTERAPIA EN ALTURA	21,60	1	21,60								
				PISCINA DE HIDROTERAPIA MENOR	25,00	1	25,00								
				SALA DE BAÑOS DE PARAFINA	20,00	1	20,00								
	AREA TALLERES	TALLERES DE CHARLAS COMUNITARIAS		TALLERES DE CHARLAS COMUNITARIAS	45,00	1	45,00								
				TALLER MULTIPLE DE TERAPIA OCUPACIONAL	45,00	1	45,00								
				TALLER MULTIPLE DE TERAPIA FAMILIAR	45,00	1	45,00								
	AREA DE APOYO	OFICINA MEDICO JEFE		OFICINA MEDICO JEFE	12,00	1	12,00								
				OFICINA INSTRUCTOR JEFE DE ACTIVIDADES	10,00	2	20,00								
				VESTUARIO PACIENTES FEMENINO GIMNASIO	45,00	1	45,00								
				VESTUARIO PACIENTES MASCULINO GIMNASIO	45,00	1	45,00								
				BAÑOS PACIENTE FEMENINO	2,00	3	6,00								
				BAÑOS PACIENTE MASCULINO	2,00	3	6,00								
				VESTUARIO PERSONAL MEDICO /BAÑO	8,00	2	16,00								
				VESTUARIO PACIENTE FEMENINO HIDROTERAPIA	40,00	1	40,00								
				VESTUARIO PACIENTE MASCULINO HIDROTERAPIA	40,00	1	40,00								
				DEPOSITO DE RESIDUOS	2,00	3	6,00								
				BAÑO PACIENTE MASCULINO HIDROTERAPIA	2,00	3	6,00								
				VESTUARIO PERSONAL MEDICO /BAÑO HIDROTERAPIA	3,00	2	6,00								
				BODEGAS DE EQUIPOS	20,00	1	20,00								
				BODEGA DE CARROS DE ASEO	3,00	1	3,00								
				SALA DE RECEPCION Y ESPERA	40,00	1	40,00								
				CONSULTORIO EVALUACION PROFESIONAL	AREA MEDICA	MODULO DE ATENCION	16,00	1	16,00	224,00	89,60	313,60			
						BOX DE CONSULTA MEDICA	16,00	8	128,00						
	SALA DE ESTABILIZACION (EN CASO DE EMERGENCIA)	20,00				1	20,00								
	BAÑOS PACIENTES VARONES	4,00				2	8,00								
	BAÑOS PACIENTES MUJERES	4,00				2	8,00								
	BODEGA CARROS DE ASEO	4,00				1	4,00								
	BODEGA DE INSUMOS MEDICOS	6,00				1	6,00								

CONSULTORIO EVALUACION MULTIPROFESIONAL	ATENCION	SALA DE RECEPCION Y ESPERA	80,00	1	80,00	2600,00	1040,00	3640,00
		MODULO DE ATENCION	10,00	4	40,00			
		BAÑOS PACIENTES MUJERES	4,00	2	8,00			
		BAÑOS PACIENTES VARONES	4,00	2	8,00			
		SALA DE ENTREVISTAS FAMILIARES	16,00	2	32,00			
	U. DE TRATAMIENTO AVANZADO DE HERIDAS	BOX DE CONSULTA MEDICA Y PROCEDIMIENTO (BAÑO Y DUCHA)	24,00	50	1200,00			
		BOX DE CONSULTA ENFERMERIA	16,00	5	80,00			
	U. DE TRASTORNO DEL EQUILIBRIO Y LA MARCHA	BOX DE CONSULTA MEDICA	16,00	2	32,00			
		SALA DE REHABILITACION ESPECIALIZADA MULTIPROPOSITO	25,00	10	250,00			
	U. DE GERONTOGINTINANCIA	BOX DE CONSULTA MEDICA Y MATRONA (BAÑO)	18,00	10	180,00			
		BOX PROCEDIMIENTO COLOPROCTOLOGICO (BAÑO)	18,00	1	18,00			
		BOX PROCEDIMIENTO GINECOLOGICO (BAÑO)	18,00	1	18,00			
	U. DE PSICOGERIATRIA	BOX CONSULTA MULTIPROFESIONAL	12,00	1	12,00			
		BOX CONSULTA NEUROPSICOLOGO	16,00	1	16,00			
		BOX PSICOLOGICO CLINICO	16,00	2	32,00			
		SALA DE ESTIMULACION COGNITIVA	35,00	1	35,00			
		SALA DE ESTIMULOS AMBIENTALES	35,00	1	35,00			
		SALA DE TERAPIA GRUPAL	40,00	1	40,00			
	U. DE NUTRICION	BOX CONSULTA MULTIPROFESIONAL	18,00	2	32,00			
		BOX CONSULTA TRASTORNO DE LA DEGLUCION	16,00	1	16,00			
		SALA DE REHABILITACION ESPECIALIZADA EN DEGLUCION BAÑO	18,00	1	18,00			
	U. EVALUACION DE TRASTORNO DE PESO	BOX CONSULTA NUTRICIONISTA	16,00	2	32,00			
		SALA DE REHABILITACION ESPECIALIZADA EN TRASTORNO BAÑO	18,00	1	18,00			
	U. REHABILITACION DE PARKINSON	BOX CONSULTA MEDICA	16,00	2	32,00			
		SALA DE REHABILITACION ESPECIALIZADA EN PARKINSON	16,00	2	32,00			
	U. DE ALZHEIMER	BOX CONSULTA PSICOLOGO	16,00	3	48,00			
		BOX CONSULTA MEDICA	16,00	1	16,00			
		SALA DE ESTIMULACION COGNITIVA	24,00	1	24,00			
	AREA DE APOYO	OFICINA COORDINADORES DE AREAS	16,00	5	80,00			
		SALA DE REUNIONES CLINICAS	24,00	1	24,00			
		ESTAR PERSONAL	48,00	1	48,00			
		KIT CHENNE	8,00	1	8,00			
		BAÑOS PERSONAL MUJERES	4,00	5	20,00			
BAÑOS PERSONAL VARONES		4,00	5	20,00				
BODEGA CARROS DE ASEO		8,00	2	16,00				
ABASTECIMIENTO E INSUMOS	ADMINISTRACION CENTRALIZADA	SALA DE RECEPCION	20,00	1	20,00	333,00	133,2	466,20
		MODULO SECRETARIA	12,00	1	12,00			
		BODEGA DE ARCHIVOS	6,00	1	6,00			
		OFICINA JEFE ADMINISTRATIVO BAÑO	16,00	1	16,00			
		SALA DE REUNIONES	20,00	1	20,00			
	FARMACIA DE ATENCION SEMIABIERTA	AREA DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS A PACIENTES	20,00	1	20,00			
		MODULO SECRETARIA RECEPCION	12,00	1	12,00			
		OFICINA JEFE FARMACEUTICO	16,00	1	16,00			
		SALA PREPARACION Y DISPENSACION DE DOSIS CLAVAMANOS	25,00	1	25,00			
		SALA DE REFRIGERACION	4,00	1	4,00			
		BODEGA TRANSITORIA	18,00	1	18,00			
		AREA DE CARROS DE TRANSPORTE	8,00	1	8,00			
		BAÑO PERSONAL FEMENINO	4,00	1	4,00			
	BODEGA CENTRALIZADA	BAÑO PERSONAL MASCULINO	4,00	1	4,00			
		KIT CHENNE	8,00	1	8,00			
		OFICINA JEFE DE BODEGA	16,00	1	16,00			
		SECRETARIA Y RECEPCION	12,00	1	12,00			
		BODEGA DE MEDICAMENTOS	25,00	1	25,00			
		BODEGA DE INSUMOS CLINICOS	20,00	1	20,00			
		BODEGA DE INSUMOS NO CLINICOS	35,00	1	35,00			
		DESPACHO Y REPOSICION	16,00	1	16,00			
BAÑO PERSONAL	4,00	2	8,00					
AREA DE CARROS DE TRANSPORTE	8,00	1	8,00					

ADMINISTRACION Y SOPORTE	ADMINISTRACION CENTRALIZADA	SALA DE ESPERA	30,00	1	30,00	495	198	693
		MODULO SECRETARIA RECEPCION	12,00	1	12,00			
		OFICINA DE PARTES (DESPACHO Y ARCHIVO)	18,00	1	18,00			
		OFICINA DIRECTOR C/BAÑO	24,00	1	24,00			
		SALA DE REUNIONES GENERALES	30,00	1	30,00			
		OFICINA DE SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACION	16,00	1	16,00			
		OFICINA SUBDIRECTOR MEDICO	16,00	1	16,00			
		OFICINA DE SUBDIRECTOR DE ENFERMERIA	16,00	1	16,00			
		OFICINA SUBDIRECTOR DE INVESTIGACION Y DOCENCIA	16,00	1	16,00			
		SALA DE IMPRESION Y FOTOCOPIADO	8,00	1	8,00			
		OFICINA JEFE DE CONTABILIDAD	12,00	1	12,00			
		OFICINA JEFE DE RECURSOS HUMANOS	12,00	1	12,00			
		OFICINA DE JEFE DE CALIDAD Y EPIDEMIOLOGIA	12,00	1	12,00			
		ESTACIONES DE TRABAJO	4,00	6	24,00			
		BODEGA DE ARCHIVOS	8,00	1	8,00			
		BAÑO PERSONAL FEMENINO	4,00	1	4,00			
		BAÑO PERSONAL MASCULINO	8,00	3	24,00			
		KIT CHENNE	8,00	1	8,00			
	CAFETERIA	25,00	1	25,00				
	SOPORTE	SALA DE ROPAS LICIA	10,00	1	10,00			
		SALA DE ROPALIMPIA	24,00	1	24,00			
		BAÑOS PERSONAL FEMENINO C/DUCHA	3,00	4	12,00			
		BAÑOS PERSONAL MASCULINO C/DUCHA	3,00	4	12,00			
		VESTIDORES FEMENINOS	2,00	6	12,00			
		VESTIDORES MASCULINOS	2,00	6	12,00			
		AREA DE CASILLEROS	0,20	60	12,00			
	EQUIPO Y MAQUINAS	SALA DE BASURAS	10,00	1	10,00			
		SALA DE BOMBAS	20,00	1	20,00			
		GRUPO ELECTROGENO	16,00	1	16,00			
	RECREACION	ESPARCIAMIENTO PASIVO	SISTEMA DE CLIMATIZACION CENTRAL	40,00	1			
MODULO SECRETARIA RECEPCION			8,00	1	8,00			
OFICINA SUBDIRECTOR DE INVESTIGACION Y DOCENCIA			16,00	1	16,00			
BIBLIOTECA			48,00	1	48,00			
SALA DE INTERNET			30,00	1	30,00			
SALA DE JUEGOS DE MESA			100,00	1	100,00			
ESPARCIAMIENTO ACTIVO		SALA DE BAILE	80,00	1	80,00			
		SALA DE LECTURA	25,00	1	25,00			
		CAFETERIA	60,00	1	60,00			
		SALAS DE TV	30,00	1	30,00			
		CANCHA MULTUSO	650,00	1	650,00			
APOYO		JUEGOS DE MESA	40,00	1	40,00			
		VIVERO	40,00	2	80,00			
		BODEGA DE JARDINERIA	12,00	1	12,00			
		BODEGA DE LIMPIEZA	8,00	1	8,00			
	BAÑOS	3,00	2	6,00				
	VESTIDORES	3,00	2	6,00				

SERVICIOS GENERALES	LAVANDERIA	AREA DE LAVANDERIA	20,00	1	20,00	2994,00	1197,6	4151,60			
		AREA DE SECADO	60,00	1	60,00						
		AREA DE PLANCHADO	18,00	1	18,00						
		GUARDARROPA	24,00	1	24,00						
	ALMACEN	BAZAR	12,00	1	12,00						
		PELUQUERIA	20,00	1	20,00						
	LUGAR DE CULTO	CAPILLA ECUMENICA	18,00	1	18,00						
	AREA VERDE	JARDINES	VARIABLE	1	800,00						
	PERSONAL	HABITACION DE ENFERMEROS	12,00	50	600,00						
		VESTIDORES	3,00	10	30,00						
	SEGURIDAD	GUARDIANA	8,00	1	8,00						
		CUARTO DE MONITOREO	8,00	1	8,00						
	ALMACENAJE	BODEGA EXTERIOR	9,00	1	9,00						
	CUARTO DE MAQUINAS	CUARTO DE MAQUINA	18,00	1	18,00						
	PARQUEADEROS	PARQUEADEROS	VARIABLE	1	800,00						
	COCINA	ALMACEN DE SECOS	16,00	1	16,00						
		CAMARA DE CONSERVACION	12,00	1	12,00						
		CAMARA DE CONGELAMIENTO	12,00	1	12,00						
		PANADERIA	20,00	1	20,00						
		PREPARACION DE FRIOS	30,00	1	30,00						
		COCINA CALIENTE	60,00	1	60,00						
		AREA DE SERVICIO	24,00	1	24,00						
		PREPARACION DE POSTRES	24,00	1	24,00						
		RECEPCION Y PRE ELABORACION	20,00	1	20,00						
		LAVADO DE OLLAS Y UTENSILIOS	25,00	1	25,00						
		LAVADO DE VAJILLA	14,00	1	14,00						
		SALIDA DE VAJILLA LIMPIA	9,00	1	9,00						
		INGRESO VAJILLA SUCIA	9,00	1	9,00						
		LINEA DE AUTOSERVICIO	10,00	1	10,00						
	COMEDOR	SS. HH. MUJERES SERV. MEDICO	3,00	1	3,00						
		SS. HH. VARONES SERV. MEDICO	3,00	1	3,00						
		CUARTO DE LIMPIEZA	9,00	1	9,00						
		CUARTO DE BASURA	5,00	1	5,00						
		COMEDOR SERV. MEDICO	20,00	1	20,00						
		SS. HH. MUJERES PACIENTES	4,00	3	12,00						
		SS. HH. VARONES PACIENTES	4,00	3	12,00						
		COMEDOR PACIENTES	180,00	1	180,00						
	ZONA RESIDENCIAL	DORMITORIOS	1000,00	1	1000,00				1851	740,4	2591,4
		CUARTO DE LIMPIEZA DE DORMITORIOS	8,00	1	8,00						
		CONTROL	5,00	1	5,00						
		ENFERMERIA	12,00	1	12,00						
		BANO FEMENINO	3,00	3	9,00						
BANOS MASCULINOS		3,00	3	9,00							
CUBICULO DE NUTRICIONISTA		8,00	1	8,00							
LAVANDERIA		8,00	1	8,00							
ZONA COMPLEMENTARIAS	DESARROLLO PSICOMOTRIZ	TALLER DE MANUALIDADES	80,00	1	80,00	1723,00	669,2	2412,20			
		TALLER DE PINTURA	80,00	1	80,00						
		TALLER DE CARPINTERIA	120,00	1	120,00						
		TALLER DE CORTE Y CONFECCION	120,00	1	120,00						
		TALLER DE COCINA Y PASTELERIA	120,00	1	120,00						
	DESARROLLO PRODUCTIVO	AREA DE MIMIFUERTO	100,00	6	600,00						
		AREA DE MINIGRANJA	50,00	4	200,00						
	AUDITORIO	VESTIBULO	60,00	1	60,00						
		RECEPCION	16,00	1	16,00						
		AUDITORIO	225,00	1	225,00						
		SS. HH. FEMENINOS	3,00	3	9,00						
		SS. HH. MASCULINOS	3,00	3	9,00						
		ESCENARIO	60,00	1	60,00						
		SALA MULTIUSO	16,00	1	16,00						
DEPOSITO	8,00	1	8,00								

CUADRO RESUMEN DE AREAS

“CENTRO RESIDENCIAL GERIÁTRICO EN TACNA”

ZONA	AREA PARCIAL
ZONA DE SERVICIO MEDICO	5679,24
ABASTECIMIENTO E INSUMOS	466,2
ADMINISTRACION Y SOPORTE	693
RECREACION	1678,6
SERVICIOS GENERALES	4191,6
ZONA RESIDENCIAL	2591,4
ZONA COMPLEMENTARIAS	2412,2
AREA TOTAL + 40% CIRCUL.	17712,24

4.2.8. DIAGRAMA DE INTERRELACIONES

Los diagramas de interrelaciones, permiten crear un sistema de afinidad por el cual, se puede determinar el grado de relación entre cada una de las zonas y el resto, este diagrama se expresa en la propuesta como un indicador de que zonas y sub zonas deben estar comunicados, para posteriormente zonificarlo en el terreno.

ORGANIGRAMA GENERAL
FLUJOGRAMA DE CIRCULACIÓN GENERAL

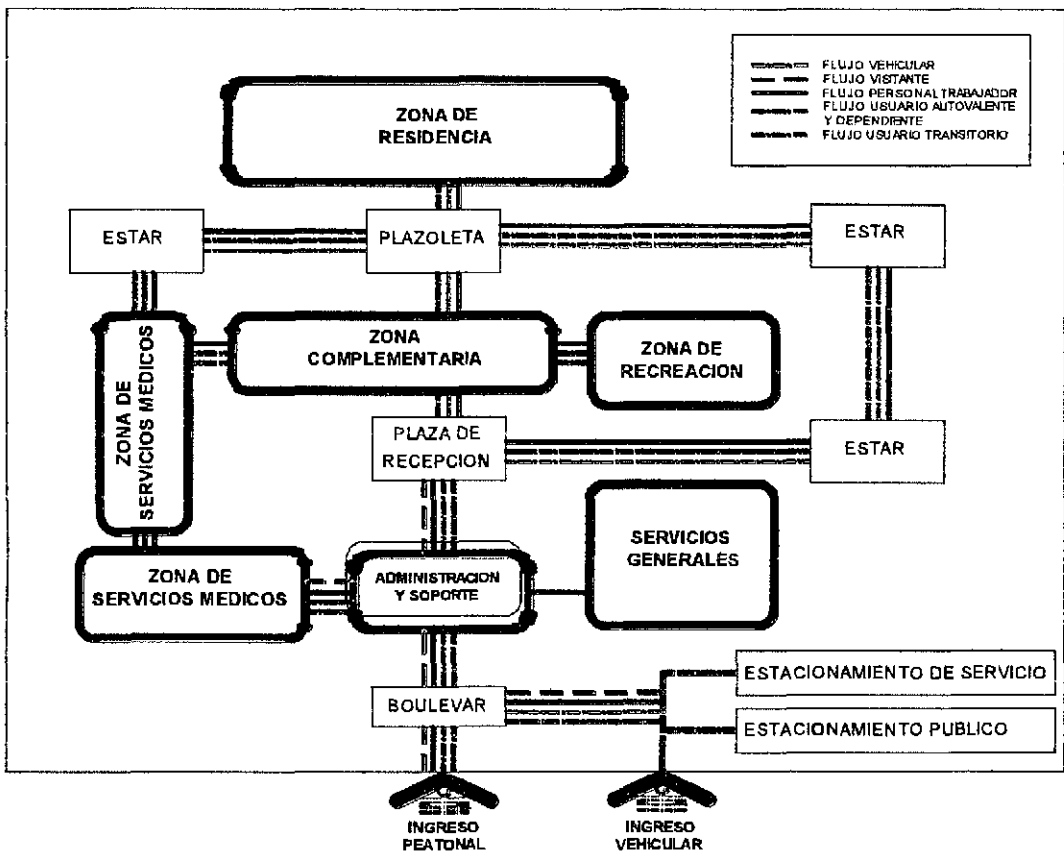


FIGURA N° 25 DIAGRAMA GENERAL

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

4.2.9. ESQUEMAS CONCEPTUALES

4.2.9.1. Zonificación

Se realizó la zonificación de acuerdo a las diversas actividades que se plantean y a criterios bioclimáticos; teniendo como resultado:

- En la vía principal se generó un retiro para el aparcamiento del transporte público así este no interfiere en la circulación de la vía principal.
- Como primer punto se encuentra la Zona de Acceso, que consiste en una Plaza de Recepción, la zona de estacionamientos y los accesos peatonales y vehiculares; generando este sector un retiro de la Vía Principal.
- Zona de Consultorio Médico, que será de uso exclusivo para el usuario residente y transitorio de este Centro.
- La Zona de Terapéutica se encuentra próxima al área de consultorio médico.

Posibilitando estos de forma práctica a una interacción social y reinserción ocupacional

especializada, logrando que el Adulto Mayor se sienta útil.

- Zona de Servicios Generales en las cuales se encuentra el comedor, área de mantenimiento y lavandería. Esta zona presenta relación directa con el patio de maniobras.
- La Zona Residencial, se encuentra dentro del envolvente natural agrícola y se encuentra con una mejor orientación con el fin de que tengan una buena iluminación; este sector tiene una atención de 120 camas para el usuario residente.
- Zona Agrícola y jardinería, como atractivo de paisaje dentro del Centro por su grado de naturalidad.

4.2.9.2. Organización Espacial

La organización del Centro se da a través del eje principal este servirá para articular y estructurar al conjunto.

A lo largo de este eje se generan 2 espacios abiertos centrales como elemento configurador del espacio,

sirviendo estos como áreas de desfogue e interacción social.

También se aprecian espacios canales de circulación peatonal cubiertas que servirán para dar una comunicación directa con las diferentes zonas.

4.2.9.3. Sistema de Movimiento

El sistema de movimiento está compuesto por las vías: Peatonales y Vehiculares; contando cada una de ellas con jerarquías, según el rol que desempeñan en el conjunto. En términos generales estas vías tienen carácter dominante y visual, permitiendo al usuario acceder con claridad a las diferentes zonas del conjunto.

- El movimiento peatonal tiene como componente principal al eje Lineal Estructurador, articulando este a los espacios abiertos principales convirtiéndolos en centros de actividades públicas.
- Existen también vías peatonales secundarias que vinculan los núcleos de actividades del conjunto.
- Hay 2 tipos de movimiento vehicular el del acceso al público en general/ usuario y el de servicios,

llegando este solo hasta un espacio receptor, esto se hizo con el fin de evitar cruces de circulación peatonal y vehicular.

4.2.9.4. Sistema Edificio

Dentro de la organización espacial se observa una masa edilicia definida en 3 zonas:

- El primer bloque en forma de L, alberga las zonas de administración, consultorio médico y la zona de terapéutica; siendo la de 2 niveles la zona administrativa y consultorio médico ubicado en medio de ambas.
- El segundo bloque ubicado en la parte central del conjunto posee un nivel y alberga las zonas de ocio-productiva, servicios generales.
- En el tercer bloque se encuentra la zona de residencia del Adulto Mayor siendo esta de 1 nivel.

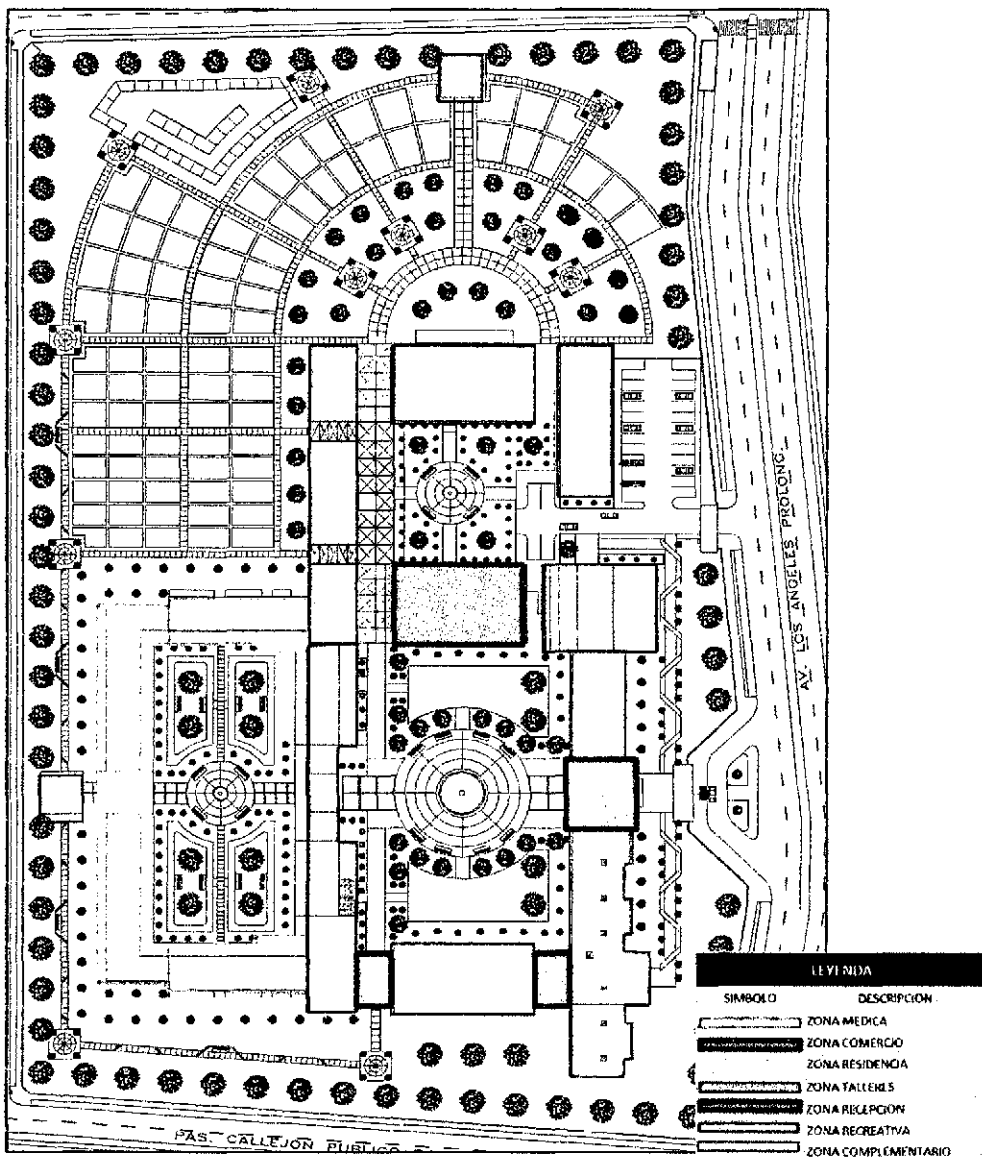
4.2.9.5. Sistema de Vegetación

El sistema de arborización se plantea con el fin:

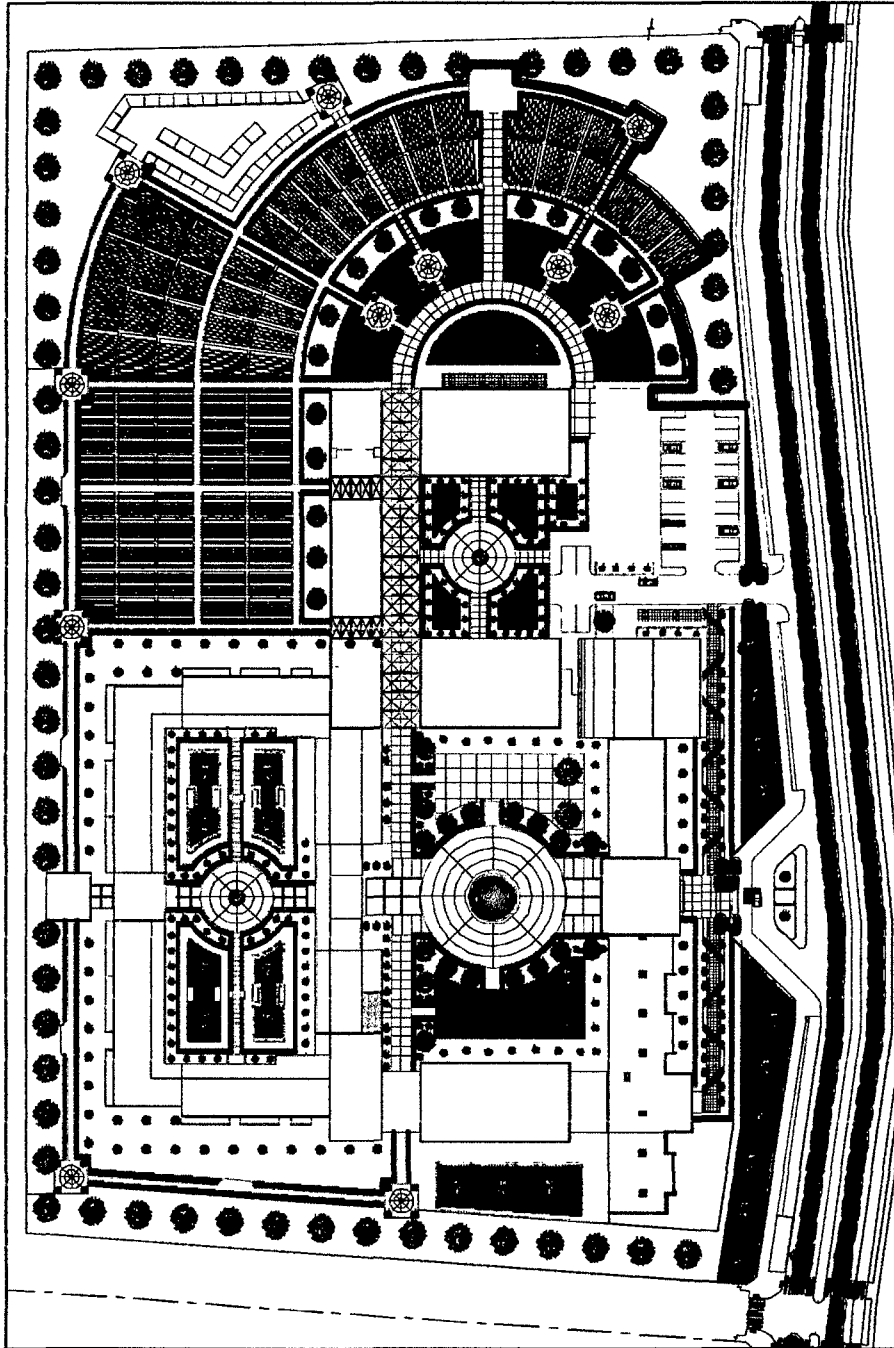
- Reforzar la configuración direccional de un recorrido y estará ubicado en el eje principal.

- Crear una zona de microclima, previniendo así el ingreso directo de los vientos.
- Permite configurar los espacios públicos.
- Se respetará el verde natural agrícola que es característico de la zona campiña de Tacna.

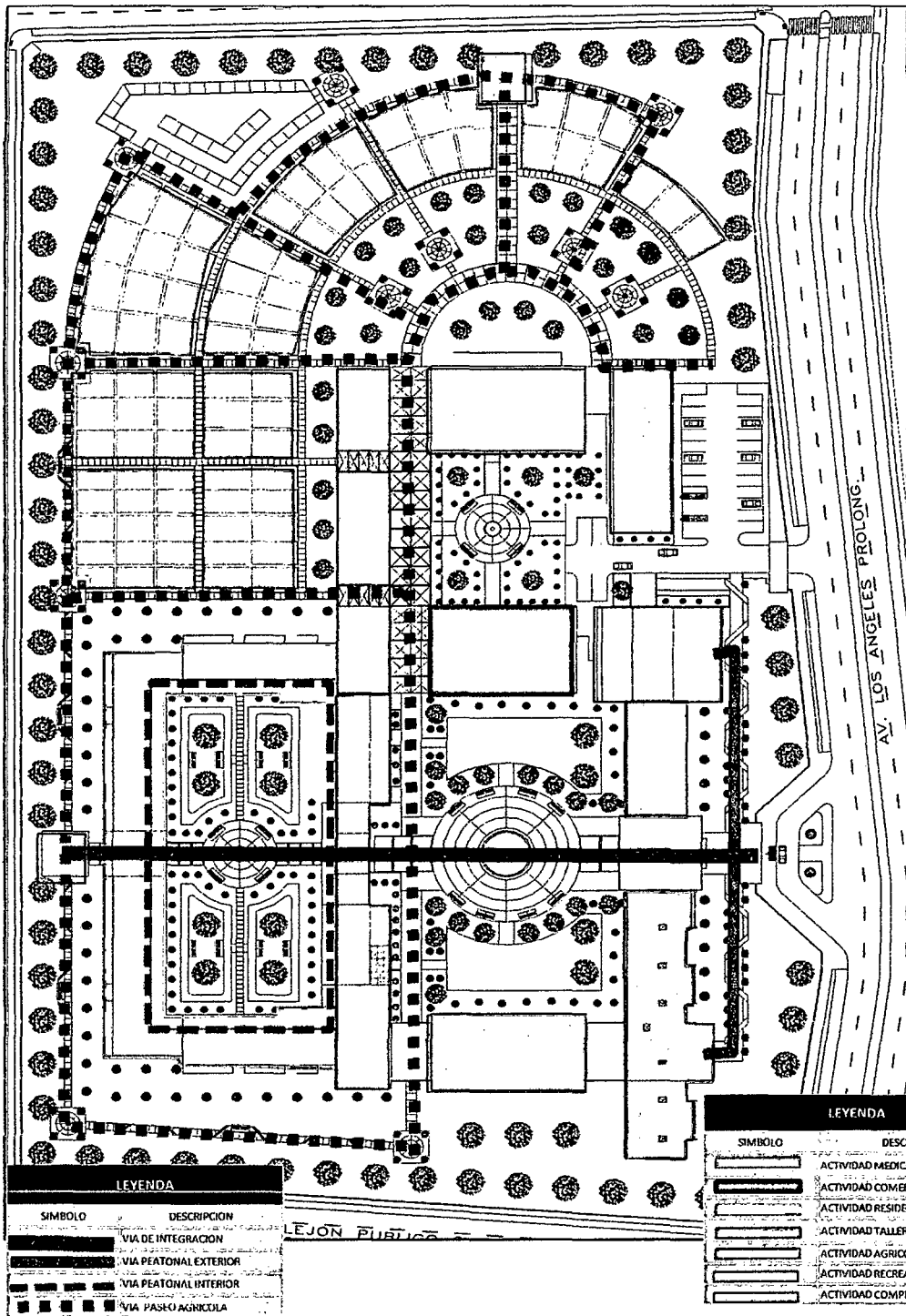
ZONIFICACIÓN



SISTEMA DE VEGETACIÓN



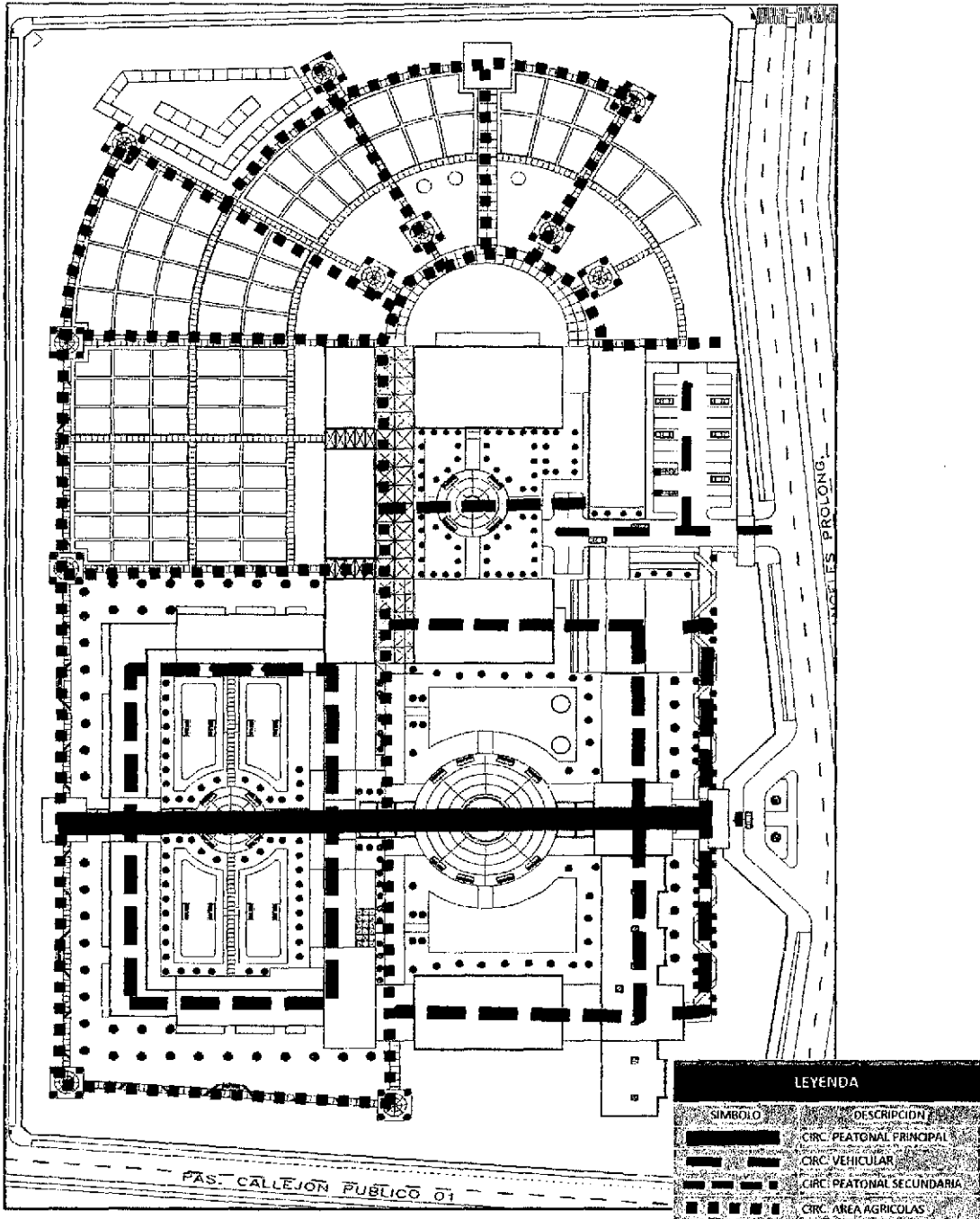
SISTEMA DE ACTIVIDADES



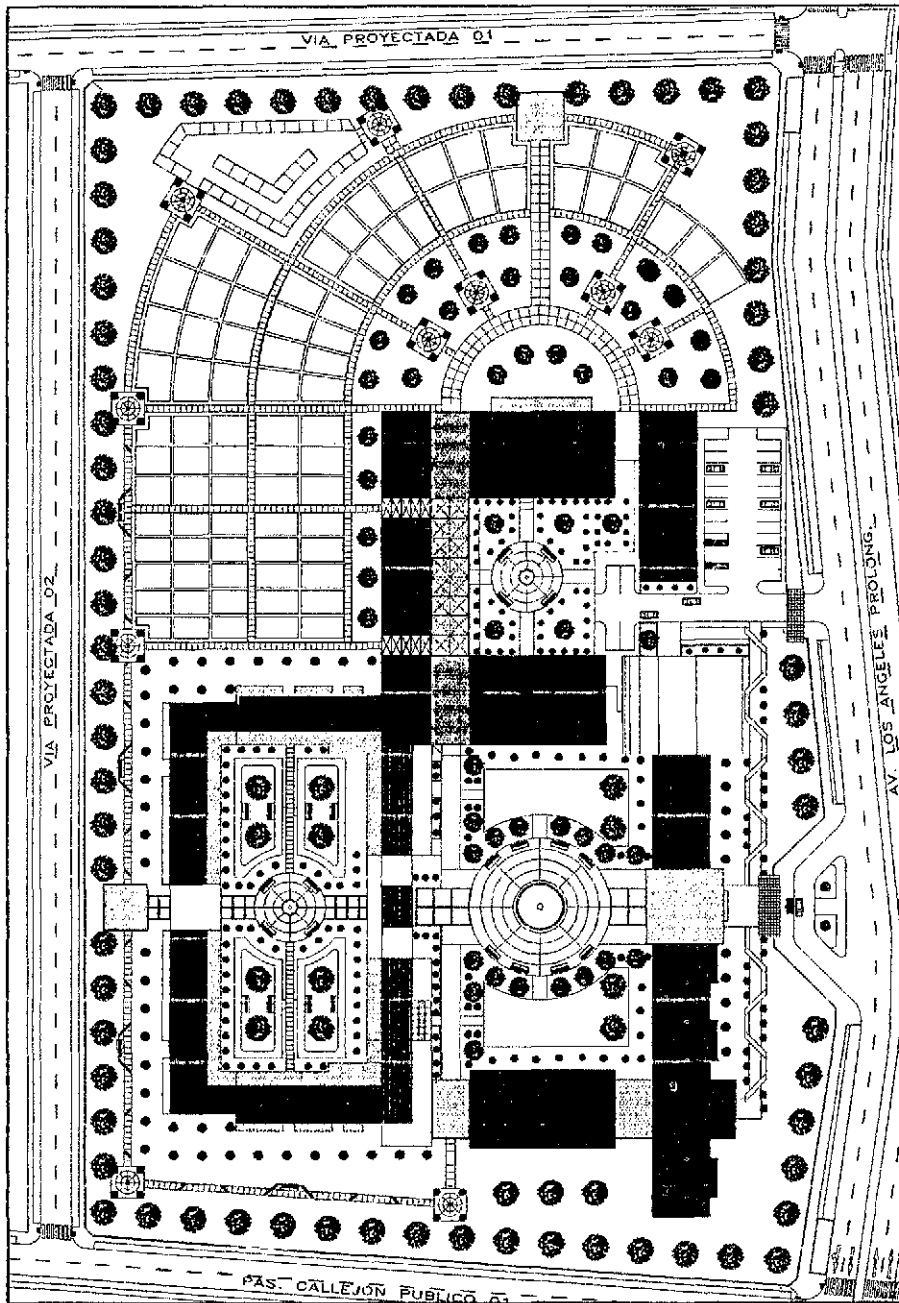
LEYENDA	
SIMBOLO	DESCRIPCION
	VIA DE INTEGRACION
	VIA PEATONAL EXTERIOR
	VIA PEATONAL INTERIOR
	VIA PASO AGRICOLA

LEYENDA	
SIMBOLO	DESCRIPCION
	ACTIVIDAD MEDICA
	ACTIVIDAD COMERCIO
	ACTIVIDAD RESIDENCIA
	ACTIVIDAD TALLERES
	ACTIVIDAD AGRICOLA
	ACTIVIDAD RECREATIVA
	ACTIVIDAD COMPLEMENTARIO

SISTEMA DE MOVIMIENTO



ESQUEMA DE SISTEMA EDIFICIO



4.3. MEMORIA DESCRIPTIVA

4.3.1. Título:

“Centro Residencial Geriátrico en Tacna”

4.3.2. Nombre del Proyecto:

“Centro Residencia Geriátrico en Tacna”

4.3.3. Ubicación:

El terreno para el proyecto se localiza en la avenida Los Ángeles, se encuentra en el distrito de Pocollay, provincia de Tacna.

4.3.4. Perímetro y Área:

El terreno se encuentra enmarcado dentro de un perímetro de 808,49 ml encerrando un área total de 38 814,41 m².

4.3.5. Linderos y Colindantes:

Por el frente: En línea quebrada de 4 tramos de 55,49; 18,80; 145,12 y 41,90 ml; que colinda con la Av. Los Ángeles.

Por la derecha: En línea recta de 147,83 ml; colinda con propuesta de vía y propiedad privada.

Por la izquierda: En línea recta de 150,55 ml; que colinda con pasaje callejón público.

Por el Fondo: En línea recta de 247,06 ml; que colinda propuesta de vía y con áreas agrícolas.

4.3.6. Descripción del Proyecto:

El proyecto Arquitectónico, dentro de su concepción en conjunto presenta las siguientes características:

4.3.6.1. Del Proyecto

El Centro que se propone tiene como objetivo, dar al Adulto Mayor ambientes saludables, tranquilos y seguros en los cuales ellos puedan realizar sus actividades de terapia ocupacional, recreación y estancia. Es por tal motivo que la distribución de las unidades se concentra y se orienta hacia el interior del terreno; separando así mediante una plaza de recepción a la Vía principal del conjunto creando una zona de amortiguamiento y siendo destinada para uso de estacionamientos y para el espacio receptivo principal.

4.3.6.2. Organización

- Al conjunto se accede a través de la Av. Principal, teniendo 2 accesos:

El ingreso peatonal que presenta un retiro para que el carro pueda ingresar y dejar al público y no interfiera en la vía principal; este presenta una caseta de control y tiene un espacio de recepción abierto.

El ingreso vehicular permite el acceso a los estacionamientos públicos, relacionados a la zona administrativa y a la zona de asistencia médica preventiva en caso de una emergencia. También está relacionada de forma indirecta con el área de servicios (comedor, depósito general, etc.)

- En cuanto al tratamiento de espacios abiertos:

Se aprecia una plaza de recepción externa ubicada al frontis del acceso peatonal (área administrativa), permitiendo así un ingreso agradable y acogedor al usuario.

También se encuentran espacios abiertos en el interior del centro a lo largo del eje principal, creando espacios públicos entre las unidades arquitectónicas sirviendo como zonas de interacción social, áreas de seguridad y de orientación para el adulto mayor.

Se crea una plazoleta con el fin de área en común entre las zonas de residencia; esta tendrá un carácter completamente diferenciado del resto debido a que se encuentra ubicado en el área agrícola; para darle al usuario la interacción con el medio natural.

- En cuanto a la estructuración espacial:

Se da a través del Eje principal el cual interrelaciona con las unidades arquitectónicas y con los espacios abiertos que enmarcan el proyecto mediante nodos de actividades, rematando este es una zona cultural donde el usuario pueda realizar actividades al aire libre.

A su vez de 2 espacios canales transparentes que relaciona de manera directa las unidades de asistencia médica preventiva, comedor, zona de terapia ocupacional y capilla.

- En cuanto a los volúmenes / unidades arquitectónicas:

Se creó una organización interna en el conjunto con el fin de que el volumen no esté nuclearizado en un solo bloque, para poder darle al usuario una sensación agradable y que este interactúe con el medio natural por encontrarse en este medio el terreno.

Se generó 3 volúmenes diferenciados por actividades respectivamente, a cada uno se le dio un espacio abierto en las cuales puedan servir como áreas de desfogue.

4.4. VALORIZACIÓN DE LA EDIFICACIÓN

Para la valorización de la edificación se tomara en cuenta lo señalado en el "Reglamento Nacional De Tasaciones Del Perú" tomando en cuenta las áreas construidas y el valor del metro cuadrado establecido en el "**Cuadro De Valores Unitarios Oficiales De Edificaciones Para La Costa**".

- VALOR DEL TERRENO

ÁREA DEL TERRENO * VAU = VALOR DEL TERRENO

970 360,25 m².

- “CENTRO RESIDENCIAL GERIÁTRICO”

VALORIZACIÓN SEGÚN CUADRO DE VALORES UNITARIOS

MUROS Y COLUMNAS	TECHOS	PISOS	PUERTAS Y VENTANAS	REVESTIMIENTOS	BAÑOS	INST. ELECTRI. Y SANIT.	TOTAL
B	C	D	D	C	C	B	
293,19	148,90	84,89	73,66	149,54	47,35	192,62	990,15

- VALORIZACIÓN POR NIVELES

Primer nivel: 6 768,11 m² x 990,15 = 6 701 444,11

Segundo nivel: 1 367,95 m² x 990,15 = 1 354 475,69

TOTAL : S/. 8 055 919,80

4.5. ETAPAS DE EDIFICACIÓN DEL PROYECTO

El siguiente proyecto está planificado para realizarse en dos etapas:

➤ **Primera Etapa:**

Comprenderá las zonas de Residencia para el Adulto Mayor y zona Complementaria en las cuales se puedan generar algún tipo de ingreso, cabe mencionar a las áreas agrícolas existentes en el terreno; el cual beneficiara al usuario residente.

➤ **Segunda Etapa:**

Comprende la zona Administrativa y Soporte, Abastecimiento e insumos y la zona de Servicio Médico.

4.6. FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO

Las fuentes de financiamiento para la ejecución del proyecto serán de dos tipos con capital externos como internos.

➤ **Capitales Internos.**

La Institución Gestiva “Gobierno Regional de Tacna” a través de la Gerencia Regional de Desarrollo Social GRDS se encargara de administrar el proyecto junto con la Gerencia Regional de Infraestructura GRI que realizara dicha ejecución.

➤ **Capitales Externos.**

Los encargados del financiamiento general serán realizados a través de una ONG junto con el Gobierno Regional de Tacna.

Al culminar la primera etapa de la construcción realizada con capitales externos e internos, el centro será capaz de autofinanciar su culminación. La captación de recursos se realizara poniendo en práctica un conjunto de tarifas para la utilización de los espacios de residencia y terapia ocupacional.

➤ **Capitales Externos.**

Los encargados del financiamiento general serán realizados a través de una ONG junto con el Gobierno Regional de Tacna.

Al culminar la primera etapa de la construcción realizada con capitales externos e internos, el centro será capaz de autofinanciar su culminación. La captación de recursos se realizara poniendo en práctica un conjunto de tarifas para la utilización de los espacios de residencia y terapia ocupacional.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

PRIMERA: A pesar de que existen leyes y normas a favor de los adultos mayores, hasta ahora se nota muy poco interés por parte de las autoridades locales para atender a dicha población de manera adecuada e integral.

SEGUNDA: La propuesta arquitectónica del centro residencial geriátrico de Tacna, propone una alternativa de solución a una problemática específica, que tiene como principal carencia la existencia de una infraestructura óptima, a través de la cual se pueda mejorar la calidad de vida del adulto mayor en Tacna.

TERCERA: Finalmente podemos decir que el equipamiento a proponer tiene como principal finalidad la "revaloración de la vejez", entendiendo a la persona mayor no como una carga para la sociedad sino como una fuente de conocimientos y capacidades al servicio de la sociedad, a través de un envejecimiento saludable mediante la prevención y promoción en las actividades cotidianas.

5.2. RECOMENDACIONES

1. Recurrir a este informe como referencia para el desarrollo de proyectos relacionados con la población de adultos mayores, para que el diseño sea exclusivamente a sus requerimientos, estimulando y mejorando su calidad de vida.
2. Tomar en cuenta que la persona de tercera edad puede ser productiva, creativa y mostrar frutos intelectuales y artísticos en esta etapa de la vida; por lo que no debe pensarse en ella solo como un objeto de asistencia, sino ante todo, mantener su dignidad con afecto y respeto.
3. El adulto mayor debe tomar conciencia sobre sus derechos y obligaciones, su posibilidad de asociarse, opinar y participar activamente en la comunidad, valorizar sus posibilidades de autocuidado y autogestión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI), *Realidad de la Tercera edad - Cap. I y II - Tacna, Perú.*
2. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI), *Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda Tacna, Perú.*
3. Instituto Nacional de Desarrollo Urbano (2001-2010)- *Plan Director de la ciudad de Tacna - Perú.*
4. Panero, J. y Zelnik, M. - *Las dimensiones humanas en los espacios interiores.*- Ed.: Ed. Gustavo Gili, S.A.
5. MIMDES. (2002-2006). *Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores.*
6. Mora U., C. (Enero 2013). *Principios de la Arquitectura Sustentable Centro Geriátrico* (Tesis), Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas Laureate International Universities, Lima, Perú.
7. Ley del Adulto Mayor (2006), *Ley N° 28803*, Perú.
8. Subia Canlla, Ethiel (Enero 2008). *Centro Promocional Autosostenible del Adulto Mayor* (Tesis), UNSA, Arequipa, Perú.
9. MIMDES. (2013-2017). *Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores.*

10. Según la Real Academia de la Lengua Española.
11. Dorsch, F. (1985). *Diccionario de Psicología España*.
12. Trilla, J. (1989). *Ocio, tiempo libre y recreación sociocultural*
13. Ernest Neufert, P. (1995). *Arte de Proyectar en Arquitectura-14º*
Edición 1996 – Editorial Gustavo Gili, S.A. – Barcelona.
14. Plazola C. (Edición 2001). - *Enciclopedia de Arquitectura Plazola*
Tomo 8 Edificios para Minusválidos - Editorial Limusa S.A. De C.V.,
2002.
15. Valera P., L. (2004). *Perfil del Adulto Mayor en el Perú*, INTRA II 2004
– Ministerio de Salud de Perú.
16. Gobierno del Distrito Federal (2000). *Recomendaciones de*
Accesibilidad para persona con Discapacidad – Edición 2000 México.
17. Comisión de Reglamentos Técnicos y Comerciales-INDECOPI NTP
399.010-1. (2004). *Señales de Seguridad, Colores, símbolos, formas y*
dimensiones de señales de seguridad – 2º Edición.

ANEXOS

Ver. Lámina de Vegetación

Ver. Lámina de Sistema Edificio