

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

FACULTAD DE ARQUITECTURA Y URBANISMO
ESCUELA PROFESIONAL DE ARQUITECTURA



TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE ARQUITECTO

**“PROPUESTA DE UN CENTRO DE ATENCIÓN
INTEGRAL PARA MEJORAR LA COBERTURA
DE SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR EN
LA REGIÓN DE TACNA - 2018”**

AUTOR:

BACH. ARQ. ANGELY KARELL ATENCIO ESCOBAR

ASESOR:

DR. ARQ. Y URB. LUIS ALBERTO CABRERA ZUÑIGA

AGRADECIMIENTO

A Dios por asesorar siempre cada decisión que tomo en la vida y de alguna manera ser parte de este proyecto.

A mi asesor Dr. Arq. y Urb. Luis Alberto Cabrera Zuñiga por la orientación, motivación y tutoría que me permitió desarrollar este proyecto que es parte de mi primera meta en el desarrollo de mi etapa profesional.

DEDICATORIA

A papá y mamá quienes siempre serán el motor de mi vida. Sus consejos, apoyo intangible y motivación me seguirán dando siempre la fuerza y la fortaleza para seguir adelante sin temor a los obstáculos que se me puedan presentar.

A mi hermana, Estefany quien es mi mejor amiga y principal cómplice de todas las amanecidas que he tenido a lo largo de mi formación profesional.

ÍNDICE DEL CONTENIDO

AGRADECIMIENTO	ii
DEDICATORIA	iii
ÍNDICE DEL CONTENIDO	iv
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	ix
DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD	xiv
RESUMEN	xv
ABSTRACT	xvi
INTRODUCCIÓN	1
I. CAPÍTULO I: GENERALIDADES	4
1.1. Planteamiento del Problema	4
1.1.1. Descripción del Problema.....	4
1.1.2. Formulación del Problema.....	8
1.1.3. Justificación e importancia de la investigación.....	9
1.2. Delimitación del ámbito de estudio.....	9
1.2.1. Delimitación temática.....	9
1.2.2. Delimitación geográfica	10
1.2.3. Delimitación temporal	11
1.3. Alcances y limitaciones de la investigación.....	11
1.3.1. Alcances	11
1.3.2. Limitaciones.....	11
1.4. Objetivos.....	11
1.4.1. Objetivo General.....	11
1.4.2. Objetivos Específicos	11
II. CAPÍTULO II: MARCO METODOLOGICO	14
2.1. Hipótesis de la investigación	14
2.2. Variables e indicadores	14
2.2.1. Variable Independiente.....	14
2.2.2. Variable Dependiente	15
2.3. Metodología, Instrumentos de Investigación.....	15

2.3.1. Nivel de Investigación.....	15
2.3.2. Diseño de la investigación.....	15
2.3.3. Población	16
2.3.4. Técnicas e instrumentos de investigación.....	17
2.3.5. Esquema Metodológico	18
18	
III. CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO.....	20
3.1. Antecedentes Históricos.....	20
3.1.1. Evolución del centro de atención para tratar problemas de salud mental ..	20
3.1.2. Evolución del Centro de atención para el adulto mayor.....	22
3.1.3. Evolución de la terminología discapacidad en el Perú.....	24
3.2. Antecedentes Conceptuales.....	26
3.2.1. Bases y enfoques teóricos	26
3.2.2. Definiciones de la variable independiente: Centro de atención integral del adulto mayor	31
3.2.3. Definiciones de la variable dependiente: Mejorar la cobertura de salud mental36	
3.3. Antecedentes Normativos	40
3.3.1. Ministerio de Salud	40
3.3.2. Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables.....	41
3.4. Antecedentes Contextuales.....	43
3.4.1. Análisis situacional de la Región de Tacna.....	43
3.4.2. Análisis del aspecto sociodemográfico.....	45
3.4.3. Análisis del aspecto físico espacial	53
3.4.4. Estudio de casos	57
IV. CAPÍTULO IV: PROPUESTA ARQUITECTONICA	75
4.1. Análisis de usuario.....	75
4.1.1. Paciente.....	75
4.1.2. Personal.....	79
4.1.3. Familiares	79
4.1.4. Amigos.....	80
4.1.5. Público en general.....	80
4.1.6. Premisas de diseño	80
4.2. Análisis del lugar.....	83
4.2.1. Aspecto Físico Natural.....	83
4.2.2. Aspecto Físico Espacial	90
4.2.3. Aspecto Urbano	94

4.2.4. Aspecto Tecnológico Constructivo	99
4.2.5. Aspecto normativo	101
4.3. Criterios de diseño arquitectónico	112
4.3.1. Criterio Arquitectónico	112
4.3.2. Criterio Tecnológico.....	115
4.3.3. Criterio Estructural.....	115
4.4. Síntesis Programática	116
4.4.1. Programación Cualitativa	116
4.4.2. Programación Cuantitativa	121
4.5. Zonificación.....	123
4.5.1. Matriz de relación	123
4.5.2. Organigramas	127
4.6. Conceptualización	131
4.6.1. Idea rectora.....	131
4.7. Toma de partido.....	132
4.7.1. Zonificación por niveles	132
4.8. Anteproyecto.....	134
4.9. Proyecto.....	137
4.10. Memoria Descriptiva.....	144
4.11. Etapabilidad	152
4.12. Presupuesto General del proyecto	154
CONCLUSIONES	155
RECOMENDACIONES.....	156
BIBLIOGRAFIA	157
ANEXOS	163

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Población adulta mayor con discapacidad por sexo afiliada a algún tipo de seguro de salud, Tacna 2012	6
Tabla 2 Porcentaje del total de personas con discapacidad por tipo de limitación, 2012.....	6
Tabla 3 Instituciones públicas y privadas que brindan servicios al adulto mayor ...	7
Tabla 4 Cuadro de indicadores para la variable independiente	14
Tabla 5 Cuadro de indicadores para la variable dependiente.....	15
Tabla 6 Cuadro resumen de Población Adulta Mayor, 2012	16
Tabla 7 Total de adultos mayores con discapacidad intelectual por tipo de limitación.....	17
Tabla 8 Porcentaje y. población adulto mayor de la Región de Tacna.....	44
Tabla 9 Población Adulta Mayor según las Provincias de la Región de Tacna	44
Tabla 10 Población adulta mayor por genero con discapacidad intelectual, Tacna 2012.....	46
Tabla 11 Adulto mayor afiliado por tipo de seguro, Tacna (Porcentaje)	47
Tabla 12 Adulto mayor con discapacidad afiliado por tipo de seguro, Tacna 2012(Porcentaje)	47
Tabla 13 Proyección y estimación del crecimiento poblacional del adulto mayor en la Región de Tacna.....	48
Tabla 14 Actividad económica de la población adulta mayor, Región Tacna.....	48
Tabla 15 Actividad económica de la población adulta mayor por Provincias de la Región de Tacna	49
Tabla 16 Población por genero de adultos mayores en Hogar de ancianos San Jose, 2018	49
Tabla 17 Población por genero de adultos mayores en Hogar Geriátrico San Pedro, 2018	50
Tabla 18 Dx funcional de adultos mayores en Hogar Geriátrico San Pedro, 2018	50
<i>Tabla 19</i> Población por genero de adultos mayores atendida en el Hospital Hipólito Únanue, 2018	52
Tabla 20 Porcentaje de la población atendida por tipo de trastorno mental	52
Tabla 21: Leyenda de Análisis Funcional	60
Tabla 22 Leyenda de Circulación de Tipología 01	62

Tabla 23 Leyenda de análisis espacial de Planta baja - Tipología 01	63
Tabla 24 Leyenda de análisis espacial de Primera y Segunda Planta - Tipología 01	64
Tabla 25 Leyenda de Análisis estructural de Tipología 01	65
Tabla 26 Aportes referente al estudio de casos.....	73
Tabla 27 Clasificación de la persona Adulta Mayor	75
Tabla 28 Resumen de PAM con discapacidad intelectual atendida	75
Tabla 29 Principales Actividades del Adulto Mayor	78
Tabla 30 Programación Cualitativa de Zona Administrativa	116
Tabla 31 Programación Cualitativa de Zona de Asistencia Medica	117
Tabla 32 Programación Cualitativa de Zona Internamiento y residencia medica	118
Tabla 33 Programación Cualitativa de Zona de terapia y talleres ocupacionales	119
Tabla 34 Programación Cualitativa de Zona Complementaria	119
Tabla 35 Leyenda de matriz de relación	123

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Porcentaje de población adulto mayor de la Región de Tacna en el año 2015.....	4
Figura 2 Incidencia de la discapacidad de la población adulta mayor, Región Tacna.....	5
Figura 3 Mapa referente a la delimitación geográfica del proyecto de investigación	10
Figura 4 Esquema metodológico	18
Figura 5 Población adulto mayor de la ciudad de Tacna 2016	45
Figura 6 Porcentaje de hogares con presencia de un adulto mayor.....	47
Figura 7 Manifestación depresiva en adultos mayores en Hogar Geriátrico San Pedro, 2018	51
Figura 8 Vista Frontal de Hogar de Ancianos San Jose	51
Figura 9 Vista Frontal de Centro del Adulto Mayor	51
Figura 10 Porcentaje de población adulta mayor atendida en el CAM, 2018	53
Figura 11 Vista Frontal de Centro del Adulto Mayor	53
Figura 12 División política de la Región de Tacna.....	54
Figura 13 Ubicación de Tacna a nivel nacional	54
Figura 14 Arundo Donax	55
Figura 15 Tillandsia Capillaris	56
Figura 16 Molle	56
Figura 17 Residencia y Centro de Día para discapacitados intelectuales con trastorno de conducta	58
Figura 18 Zonificación de Planta Baja del Proyecto Residencia y Centro de día para discapacitados intelectuales con trastorno de conducta, Barcelona .59	.59
Figura 19 Zonificación de Primera Planta del Proyecto Residencia y Centro de día para discapacitados intelectuales con trastorno de conducta, Barcelona .59	.59
Figura 20 Zonificación de Segunda Planta del Proyecto Residencia y Centro de día para discapacitados intelectuales con trastorno de conducta, Barcelona.....	60
Figura 21 Circulación de Planta Baja del Proyecto Residencia y Centro de día para discapacitados intelectuales con trastorno de conducta, Barcelona	61
Figura 22 Circulación de Primera Planta del Proyecto Residencia y Centro de día para discapacitados intelectuales con trastorno de conducta, Barcelona .61	.61

Figura 23 Circulación de Segunda Planta del Proyecto Residencia y Centro de día para discapacitados intelectuales con trastorno de conducta, Barcelona .62	
Figura 24 Análisis espacial de Planta Baja del Proyecto Residencia y Centro de día para discapacitados intelectuales con trastorno de conducta, Barcelona.....63	63
Figura 25 Análisis espacial de Primera Planta del Proyecto Residencia y Centro de día para discapacitados intelectuales con trastorno de conducta, Barcelona.....64	64
Figura 26 Análisis espacial de Segunda Planta del Proyecto Residencia y Centro de día para discapacitados intelectuales con trastorno de conducta, Barcelona.....64	64
Figura 27 Análisis estructural de Planta típica del Proyecto Residencia y Centro de día para discapacitados intelectuales con trastorno de conducta, Barcelona.....65	65
Figura 28 Ingreso peatonal a Residencia y Centro de Día para discapacitados intelectuales con trastornos de conducta66	66
Figura 29 Ingreso principal a Residencia y Centro de Día para discapacitados intelectuales con trastornos de conducta66	66
Figura 30 Vista Satelital de Centro de Atención para personas de la 3ra edad67	67
Figura 31 Esquema lateral de emplazamiento del Centro de Atención para personas de la 3ra edad.....68	68
Figura 32 Zonificación de Primer Nivel de Centro de Atención para personas de la 3ra edad, Baona69	69
Figura 33 Análisis de circulación de Primer Nivel de Centro de Atención para personas de la 3ra edad, Baona.....70	70
Figura 34 Análisis espacial de Primer Nivel de Centro de Atención para personas de la 3ra edad, Baona70	70
Figura 35 Análisis espacial, vista desde los talleres del Centro de Atención para personas de la 3ra edad, Baona.....71	71
Figura 36 Análisis estructural de Primer Nivel de Centro de Atención para personas de la 3ra edad, Baona.....71	71
Figura 37 Vista del Exterior del Centro de Atención para personas de la 3ra edad, Baona.72	72
Figura 38 Fachada Principal de Centro de Atención para personas de la 3ra edad, Baona.72	72

Figura 39 Medidas de salud para garantizar el envejecimiento saludable	77
Figura 40 Ubicación de predio para el desarrollo de la propuesta arquitectónica .	83
Figura 41 Carretera Tacna – Calana - Pachia	94
Figura 42 Avenida 1	94
Figura 43 Avenida 4	94
Figura 44 Registro de desagüe en vía proyectada	97
Figura 45 Registro de desagüe de San Ramón	97
Figura 46 Poste de media tensión	98
Figura 47 Poste de conexión media tensión	98
Figura 48 Material Predominante de Sector Calana Pueblo Tradicional	99
Figura 49 Material Predominante de Sector Piedra Blanca, bloqueta y adobe	99
Figura 50 Matriz de relación por zonas	123
Figura 51 Matriz de relación de Zona Administrativa	124
Figura 52 Matriz de relación de Zona Consulta Externa	125
Figura 53 Matriz de relación de Zona Internamiento y residencia	125
Figura 54 Matriz de relación de Zona terapia y talleres	126
Figura 55 Matriz de relación de Zona Complementaria	126
Figura 56 Organigrama de Primer Nivel Zona Administrativa	127
Figura 57 Organigrama de Segundo Nivel Zona Administrativa	127
Figura 58 Organigrama de Primer Nivel Zona Unidad de Consulta Externa	128
Figura 59 Organigrama de Primer Nivel Unidad de Internamiento y residencia ..	128
Figura 60 Organigrama de Segundo Nivel Unidad de Internamiento y residencia	129
Figura 61 Organigrama de Primer Nivel Zona Terapia y Talleres recreacionales	129
Figura 62 Organigrama de SUM - Zona Complementaria	130
Figura 63 Organigrama de comedor - Zona Complementaria	130
Figura 64 Zonificación de propuesta arquitectónica - Primer Nivel	132
Figura 65 Zonificación de propuesta arquitectónica - Segundo Nivel	132
Figura 66 Vista de techo de partido arquitectónico	133
Figura 67 Vista isométrica 01 de partido arquitectónico	133
Figura 68 Vista isométrica posterior de partido arquitectónico	133
Figura 69 Plano de ubicación y localización de la propuesta arquitectónica	134
Figura 70 Plano topográfico referente a la propuesta arquitectónica	135
Figura 71 Planimetría referente a la propuesta arquitectónica	135

Figura 72 Segundo nivel referente a la propuesta arquitectónica.....	136
Figura 73 Plano de techos referente a la propuesta arquitectónica.....	136
Figura 74 Cortes referentes a la propuesta arquitectónica	137
Figura 75 Elevaciones referentes a la propuesta arquitectónica	137
Figura 76 Primer nivel - Zona de terapia y talleres ocupacionales	138
Figura 77 Segundo nivel - Zona de terapia y talleres ocupacionales	138
Figura 78 Plano de techos - Zona de terapia y talleres ocupacionales	138
Figura 79 Corte B-B - Zona de terapia y talleres ocupacionales	139
Figura 80 Corte A-A - Zona de terapia y talleres ocupacionales	139
Figura 81 Corte C-C - Zona de terapia y talleres ocupacionales	139
Figura 82 Corte D-D - Zona de terapia y talleres ocupacionales	139
Figura 83 Elevación posterior - Zona de terapia y talleres ocupacionales.....	140
Figura 84 Elevación frontal - Zona de terapia y talleres ocupaciones	140
Figura 85 Elevación lateral derecha - Zona de terapia y talleres ocupacionales .	140
Figura 86 Primer Nivel - Zona de residencia.....	140
Figura 87 Tercer Nivel - Zona de residencia.....	141
Figura 88 Segundo Nivel - Zona de residencia.....	141
Figura 89 Plano de techos - Zona de residencia	141
Figura 90 Corte B-B - Zona de residencia	142
Figura 91 Corte A-A - Zona de residencia	142
Figura 92 Corte C-C - Zona de residencia	142
Figura 93 Elevación frontal - Zona de residencia.....	142
Figura 94 Elevación lateral derecha - Zona de residencia.....	143
Figura 95 Elevación posterior - Zona de residencia.....	143
Figura 96 Elevación posterior izquierda - Zona de residencia	143
Figura 97 Esquema de Ubicación geográfica del proyecto.....	145
Figura 98 Mapa respecto a la ubicación del proyecto.....	145
Figura 99 Esquema de etapabilidad - Primera fase.....	153
Figura 100 Esquema de etapabilidad - Segunda fase	153

ÍNDICE DE ANEXOS

Matriz de consistencia

Vistas 3D exteriores

Vistas 3D interiores

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo Angely Karell Atencio Escobar, en calidad de Bachiller de la Escuela Profesional de Arquitectura participante del VI Taller Tutorial de Tesis de la Facultad de Arquitectura y Urbanismo de la Universidad Privada de Tacna, identificado (a) con DNI 72946461.

Declaro bajo juramento que:

1. Soy autor (a) de la tesis titulada:
“Propuesta de un Centro de Atención Integral para mejorar la cobertura de salud mental del Adulto Mayor en la Región de Tacna - 2018”.
La misma que presento para optar el Título Profesional de Arquitecto.
2. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, respetando las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.
3. La tesis presentada no atenta contra derechos de terceros.
4. La tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
5. Los datos presentados en la investigación son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente LA UNIVERSIDAD cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis, así como por los derechos sobre la obra presentada. En consecuencia, me hago responsable frente a LA UNIVERSIDAD y frente a terceros, de cualquier daño que pudiera ocasionar a LA UNIVERSIDAD o a terceros, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar causa en la tesis presentada, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello. De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Privada de Tacna.

Tacna, diciembre 2018.

Angely Karell Atencio Escobar DNI: 72946461

RESUMEN

En la región de Tacna existe un 23.20% de adultos mayores con problemas de salud mental que no están siendo debidamente atendidos por los centros de salud existentes. Todo ello generado principalmente por la falta de infraestructura, espacios y equipamiento especializado; es ahí, que surge la necesidad de proponer un Centro de Atención Integral que mejore la cobertura de salud mental del Adulto Mayor en la Región Tacna que permita la interacción del factor biológico, psicológico y social facilitando la adaptación de la persona con el nuevo rol que le corresponde vivir a través de tratamientos preventivos, consultas, terapias, talleres y residencia permitiendo mejorar su calidad de vida.

El proyecto está enmarcado en el tipo de investigación proyectual, con el diseño de investigación no experimental, se emplearon las técnicas e instrumentos de investigación a través de estadísticas, documentación epidemiológica y datos testimoniales que fueron obtenidos en campo.

Para la propuesta del Centro de Atención Integral y el cumplimiento de los objetivos planteados se consideraron todas las premisas y criterios de diseño obtenidas a través del desarrollo de la investigación

De esta manera se pudo concluir que la propuesta del Centro de Atención Integral, permitirá mejorar la cobertura de salud mental del adulto mayor incrementando la oferta existente de infraestructura especializada en la Región de Tacna.

Palabras clave

Salud mental, adulto mayor, calidad de vida.

ABSTRACT

In Tacna Region there is a 23.20% of older people with mental health issues that are not being duly taken care of by the existing health centers. All that mainly generated because of the lack of infrastructure, spaces and specialized equipment; that's why the need to propose an Integral Care Center arises, to improve the cover of the older people's mental health in Tacna Region and that allows interaction between biological, psychological and social factors, making easier the adaptation of the person on its new role that is meant to live through the preventive treatments, consults, therapies, workshops and residence, allowing to improve their life quality.

The project is framed in the type of projectual research, with a non-experimental research's design; it has been used techniques and research's instruments through statistics, epidemiological documentation and testimonial data that had been obtained on the field.

For the Integral Care Center proposal and the accomplishment of the objectives set, it's been considered all the premises and design principles obtained through the research development.

This way it was posible to conclude the Integral Care Center proposal, it will allow to improve the cover of older people's mental health, increasing the existing offer of specialized infrastructure in Tacna Region.

Key words

Mental health, older adult, life quality

INTRODUCCIÓN

La presente investigación consiste en proponer un diseño del Centro de Atención Integral para mejorar la cobertura de salud mental del adulto mayor de la Región de Tacna, considerando que las personas de dicho grupo etario pueden poseer diversos tipos de discapacidades, una de ellas es la discapacidad intelectual que muchas veces puede ser de carácter crónico y degenerativo como el Alzheimer o la demencia senil. Según la Organización Mundial de la Salud, la salud mental es un estado de bienestar que le permite al individuo desarrollar su potencial y enfrentarse a las dificultades que se le presentan en la vida, si una persona no cuenta con una salud mental sana no podrá superar los obstáculos y mucho menos avanzar a lo largo de su proyecto de vida.

Según (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2015), en el Perú la población adulta mayor asciende a 3 millones 11 mil 50 personas lo que representa el 9.7% del total de población peruana, la actual oferta de servicios de salud no responde ante las necesidades de este grupo etario ya que ellos necesitan una atención especializada muy diferente a las exigencias del resto de etapas de vida. Asimismo, actualmente en la región de Tacna existen centros del adulto mayor y establecimientos de salud pública que de igual forma, no satisfacen la atención psiquiátrica que se demanda.

Se ha tomado en cuenta factores determinantes; tales como el lugar, el tipo de usuario, las actividades y funciones que se realizan para obtener el diseño de una propuesta arquitectónica de calidad, considerando los aspectos sociales, económicos, espaciales y climatológicos del lugar, de igual manera también se consideró los diversos sistemas constructivos y elementos arquitectónicos que brindan su aporte a la propuesta. Las normas establecidas para el diseño del Centro de Atención Integral, han sido consideradas como premisas y base para consolidar la propuesta asegurando el bienestar y seguridad bajo estándares de calidad.

La investigación comprende cuatro capítulos, el primer capítulo está referido a las generalidades en donde se describe, formula y justifica la problemática, se delimita el ámbito de estudio de la investigación, se determinan los alcances y los objetivos del proyecto. El segundo capítulo está referido al marco metodológico, se determina

la hipótesis, se identifican las variables y sus indicadores, y se determina la metodología con los instrumentos de investigación a utilizar. En el tercer capítulo se desarrolla el marco teórico, que engloba a los antecedentes históricos, antecedentes conceptuales, antecedentes normativos y antecedentes contextuales, cada uno de estos ítems es desarrollado y enfocado de acuerdo al proyecto de investigación. El cuarto capítulo se ha desarrollado en base al análisis de usuario, de lugar, programación arquitectónica, conceptualización y partido, se obtiene la propuesta arquitectónica que culmina con el desarrollo del anteproyecto y proyecto.

Finalmente, se presentan las conclusiones y recomendaciones referidas al trabajo de investigación evidenciando los logros que se pretenden obtener y las recomendaciones que se determinan durante todo el proceso de investigación.

CAPÍTULO I

GENERALIDADES

I. CAPÍTULO I: GENERALIDADES

1.1. Planteamiento del Problema

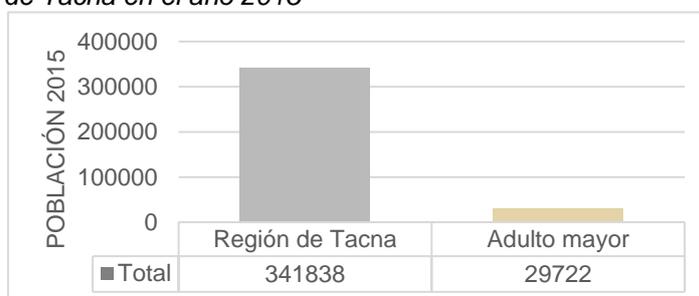
1.1.1. Descripción del Problema

El envejecimiento debe entenderse como un proceso que afronta toda persona, el individuo afronta etapas de carácter biológico, psicológico y social, ya que en la discapacidad intelectual estos 3 factores son muy importantes para la salud mental. La población de 60 y más años de edad constituyen un grupo vulnerable dentro de nuestra sociedad.

Según el Análisis de la Situación de la Discapacidad (Minsa, 2007, pág. 23), la OMS clasifica la discapacidad según el ámbito del ser humano al que afecta, pudiendo ser discapacidad física, discapacidad auditiva, discapacidad visual o discapacidad intelectual, muchas de estas personas que se encuentran en este determinado grupo de edad pueden poseer más de una o dos limitaciones que conlleve cualquiera de estas clasificaciones. Según (Barrio del Campo & Árias, 2007), los trastornos psíquicos más comunes son la pérdida de memoria, demencia, depresión y delirio.

Según la Figura 1, en el año 2015 el adulto mayor representaba el 8.6% de la población total de la Región de Tacna, es decir son 29 722 personas las que conforman este grupo de edad, la tasa de crecimiento anual que se ha identificado es de 0.05%.

Figura 1 Porcentaje de población adulto mayor de la Región de Tacna en el año 2015



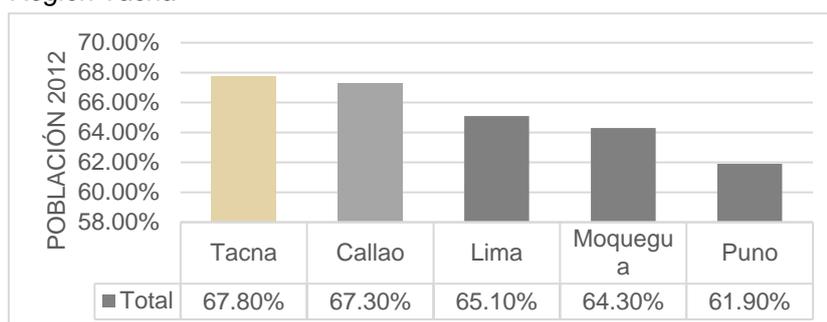
Fuente: Elaboración propia en base al Instituto Nacional de Estadística e Informática 2017.

La tasa de crecimiento demuestra que la población adulta mayor presentará un incremento acelerado en un corto tiempo aumentando aún más la demanda de población desatendida que no se llega a cubrir en la actualidad con respecto a la discapacidad intelectual y a los servicios que conlleva ello.

Es alarmante identificar que en el año 2012 el 47.1% de la población total adulta mayor de ese entonces no se encontraba afiliado a algún tipo de seguro de salud, ellos tenían que verse obligados a acudir a consultas particulares, hoy en día podemos decir que dicha situación se ha revertido ya que según él (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2017), más de la mitad de la población adulta mayor se encuentra afiliado a algún tipo de seguro, sin embargo el problema radica en la escasa atención que se le brinda a la salud mental por parte del estado y entidades privadas.

Según el (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2015), en el año 2012 Tacna ocupó el primer lugar en cuanto a la incidencia de la discapacidad en el adulto mayor, el 67.8 % del total de la población adulta mayor de la Región de Tacna presentaba algún tipo de discapacidad, lo anteriormente descrito se corrobora en la Figura 2.

Figura 2 Incidencia de la discapacidad de la población adulta mayor, Región Tacna



Fuente: Elaboración propia en base al Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2015

Por otro lado, si analizamos la Tabla 1 referente a la población adulta mayor que cuenta con alguna discapacidad, podemos decir que solo el 55.1% del total posee un seguro de salud,

mientras que el 44,9% restante no lo presenta, siendo esta una población de 6357 adultos mayores con discapacidad sin seguro de salud. En Tacna la discapacidad intelectual presenta tipos de limitaciones permanente ya sea para entender o aprender, para relacionarse con los demás o para hablar y comunicarse.

Tabla 1
Población adulta mayor con discapacidad por sexo afiliada a algún tipo de seguro de salud, Tacna 2012

	Total	Mujer	Hombre
Porcentaje	55,1 %	53,6%	56,7%
Población	9 596	5143	4453

Fuente: Elaboración propia en base al Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2012

Asimismo, si analizamos la Tabla 2 siguiente referente a los tipos de limitaciones por discapacidad:

Tabla 2
Porcentaje del total de personas con discapacidad por tipo de limitación, 2012

D. Física	D. Visual	D. Auditiva	D. Intelectual		
			Entender o aprender	Relacionarse con los demás	Hablar o comunicarse
Moverse o caminar	Ver	Oír			
72,5%	54,1%	46,7%	14,8%	4,1%	4,3%
			2 577 p.	714 p.	748 p.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – Perú
características de la población con discapacidad

Podemos afirmar que describe los tipos de limitaciones que conllevan las diversas discapacidades existentes, los porcentajes más altos le pertenecen a la discapacidad física, visual y auditiva que ya vienen siendo atendidas por entidades privadas y públicas, mientras que las 3 limitaciones restantes corresponden a la discapacidad intelectual que viene siendo atendida muy precariamente. La suma total de las limitaciones

en este tipo de discapacidad es de 23.2 % del total de la población adulta mayor con discapacidad, este porcentaje representa a 4 039 adultos mayor con discapacidad intelectual en Tacna.

Existen instituciones públicas y privadas que ofrecen servicios escasos al adulto mayor, ninguna de ellas se encuentra especializada en salud mental y los trastornos asociados a ello. Además, los espacios que poseen dichos establecimientos no satisfacen las necesidades físicas, psicológicas y sociales que demanda este tipo de usuario, la Tabla 3, corrobora lo anteriormente descrito.

Tabla 3

Instituciones públicas y privadas que brindan servicios al adulto mayor

Institución Pública	
Hospital Hipólito Únanue, consulta externa	Ofrece diagnóstico y fármacos.
Centro de Atención de Día, Hospital Hipólito Únanue	Ofrece atención y tratamiento psicológico de día, centra su atención en trastornos originados por abuso de sustancias.
Centro de rehabilitación de salud mental "San Ramón"	Ofrece sus servicios las 24 horas del día, pero centra su atención en trastornos mentales psicóticos.
Centro de Atención Residencial para el adulto mayor "San Pedro" CARPAM	Centro Residencial que ofrece sus servicios solo a los adultos mayores que se encuentran en total estado de abandono.
Institución Privada	
Hermanitas de los pobres, Asilo San Jose	Brinda su atención a adultos mayores en estado de abandono, no reciben casos geriátricos ya que el establecimiento ni las hermanas se encuentran preparadas para albergar esas situaciones.
EsSalud, Centro del adulto mayor CAM	Brinda espacios de encuentro destinados a la mejora del proceso de envejecimiento mediante programas que el CAM propone.
EsSalud, consulta externa	Ofrece diagnóstico y fármacos.

Fuente: Elaboración Propia en base a visitas de campo.

Actualmente la oferta que se brinda en la Región de Tacna para la salud mental del adulto mayor es escaso ya que el Hospital Hipólito Únanue solo cuenta con el área de psiquiatría realizando su atención en consultorio y con tratamiento vía oral, de igual manera EsSalud cuenta con el área de geriatría y un CAM (Centro del adulto mayor) que enfoca la prestación de sus servicios a través de un envejecimiento activo para todos sus asegurados, las instalaciones de los establecimientos mencionados no cumple con las normas vigentes para poder brindar un servicio de calidad que contribuya a mejorar la calidad de vida del adulto mayor con respecto a su salud mental.

1.1.2. Formulación del Problema

1.1.2.1. Problema principal

Luego de haber realizado un análisis empírico con respecto a la problemática en los diversos aspectos que lo conllevan, podemos afirmar que la población adulta mayor no cuenta con la infraestructura especializada que contemple las características arquitectónicas para tratar adecuadamente la salud mental de este grupo etario, es por ello que se formula la siguiente interrogante principal que el trabajo de investigación debe responder a través de una alternativa solución:

¿En qué medida el diseño de un Centro de Atención Integral permitirá mejorar la cobertura de salud mental del adulto mayor en la Región de Tacna?

1.1.2.2. Problema Secundario

¿Que consideraciones arquitectónicas, sociales y espaciales debe poseer el Centro de atención integral para mejorar la salud mental del adulto mayor según la normativa vigente?

1.1.3. Justificación e importancia de la investigación

El motivo de la presente investigación busca responder a la problemática encontrada en la Región de Tacna que atienda la necesidad de la población adulta mayor con problemas de salud mental, por lo cual se desarrolla una propuesta arquitectónica que ayudará a mitigar la demanda encontrada en la población y la escasa oferta que se brinda en la Región de Tacna.

La importancia que posee esta investigación es relevante para poder obtener un producto que responderá y contribuirá ante las necesidades físicas, psicológicas y sociales mejorando a su vez la calidad de vida del adulto mayor; ya que el envejecimiento es una etapa que conlleva dentro de ella diversas limitaciones que se presentan de manera conjunta.

La propuesta de estudio responde ante la escasa oferta de infraestructura destinada a la salud mental del adulto mayor, ya que los centros que actualmente se encuentran en funcionamiento no llegan a cubrir la demanda existente y mucho menos responden adecuadamente ante los requerimientos de este grupo poblacional, no todos los establecimientos enfocan su atención en la prevención, tratamiento y rehabilitación.

Este proyecto no solo responderá ante las necesidades del público objetivo, sino también contribuirá a aumentar la oferta de profesionales especializados en la atención al adulto mayor con discapacidad intelectual, ya sean psicólogos, psiquiatras, geriatras o cualquier otro profesional que se vea involucrado en esta especialidad.

1.2. Delimitación del ámbito de estudio

1.2.1. Delimitación temática

La realización de este proyecto de investigación busca brindar una alternativa solución arquitectónica a la población adulta mayor con problemas de salud mental para que puedan ser

prevenidos, tratados y rehabilitados de acuerdo a las condiciones de habitabilidad que se requiere para brindarlas una mejor calidad de vida.

1.2.2. Delimitación geográfica

El proyecto de investigación se encuentra en la Región de Tacna extremo sur de Perú, se desarrolla exactamente en el casco urbano del Distrito de Calana que se encuentra dentro de la Provincia y Departamento de Tacna.



Figura 3 Mapa referente a la delimitación geográfica del proyecto de investigación

Dentro del Distrito de Calana se encuentra el pueblo tradicional ubicado aproximadamente a 50 km de la ciudad de Tacna, según el (Congreso de la Republica, 2008) los límites del Distrito son los siguientes:

- Por el Noroeste y Norte: Limita con los Distritos de Ciudad Nueva y Pachía.
- Por el Este: Limita con el Distrito de Pachía.
- Por el Sur y Sudoeste: Limita con el distrito de Pocollay

El Distrito de Calana cuenta con cuatro grandes sectores los cuales son Sector Santa Rita, Sector Cerro Blanco, Sector Calana pueblo tradicional y finalmente el Sector Piedra Blanca

en donde se encuentra el terreno destinado al proyecto de investigación.

1.2.3. Delimitación temporal

El proyecto de investigación se encuentra en las determinaciones espacio – temporales del estudio situacional en el año 2016 y 2017, en base a esos años se recopila la información estadística para poder obtener una tasa de crecimiento referente.

1.3. Alcances y limitaciones de la investigación

1.3.1. Alcances

La investigación tiene como propósito medir diversas variables a través de sus indicadores para determinar el área, la cantidad de usuarios y el % de incremento en la oferta referida a la atención de salud mental para el adulto mayor.

1.3.2. Limitaciones

- Ausencia en la actualización de datos anuales referente a la situación del Adulto Mayor con problemas de salud mental.
- El estudio de casos para conocer y comprender la infraestructura referente al tema de investigación fue escaso en la Región de Tacna, es por ello que se recurrió a ejemplos confiables internacionales.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Proponer el diseño de un Centro de atención integral para mejorar la cobertura de salud mental del adulto mayor en la Región de Tacna que cumpla con las necesidades físicas, psicológicas y sociales.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Diseñar considerando las características de la población a la que estará dirigido el centro de atención integral, para que la arquitectura genere bienestar y confort por medio de espacios

interrelacionados, acabados, armonía en las formas y la integración de la vegetación a la infraestructura.

- De acuerdo al estudio realizado, determinar las premisas de diseño en los aspectos constructivos y arquitectónicos conforme a las normas y estándares de diseño.
- Proponer espacios acordes a las necesidades que demanda un adulto mayor con problemas de salud mental como salones de terapia, consultorios para diagnóstico, farmacias para la adquisición de medicamentos, espacios abiertos, entre otros que permitirán alcanzar un nivel de satisfacción en su calidad de vida.

CAPÍTULO II

MARCO METODOLOGICO

II. CAPÍTULO II: MARCO METODOLOGICO

2.1. Hipótesis de la investigación

Si se desarrolla la propuesta arquitectónica Centro de atención integral, se permitirá mejorar la cobertura de salud mental del adulto mayor en la Región de Tacna, contribuirá con una infraestructura que respalde la satisfacción de las necesidades de quien lo demanda.

2.2. Variables e indicadores

2.2.1. Variable Independiente

Centro de atención integral del adulto mayor

Indicadores

Tabla 4
Cuadro de indicadores para la variable independiente

VARIABLE	INDICADOR	METODO DE MEDICIÓN
Centro de atención integral del adulto mayor	Dimensiones mínimas para el diseño de consultorios	Área mínima para consultorios: 12 m ²
		Área mínima para discapacitado: 1.44 m ²
		Área mínima de tópico: 16 m ²
	Dimensiones mínimas para el diseño en residencia	Área mínima para una habitación simple: 11 m ²
		Área mínima para habitación doble: 14 m ²
	% de servicios higiénicos por habitación	Cantidad de servicios higiénicos por habitación: 1 baño privado, área mínima 4m ²
	Dimensiones mínimas para la circulación	Ancho mínimo
	Dimensiones mínimas para espacios administrativos	M ² por persona
Condiciones espaciales para personas con discapacidad	Ancho mínimo de rampa, altura máxima para pasamanos, área mínima en SUM para personas en silla de ruedas.	

Fuente: Elaboración propia

2.2.2. Variable Dependiente

Mejorar la cobertura de salud mental

Indicadores

Tabla 5

Cuadro de indicadores para la variable dependiente

VARIABLE	INDICADOR	METODO DE MEDICIÓN
Mejorar la cobertura de salud mental	% incremento de la cobertura de salud mental	Cantidad de servicios destinados a salud mental
	% incremento para residencia del adulto mayor con problemas de salud mental	Cantidad de centros que brindan el servicio de residencia al adulto mayor.

Fuente: Elaboración propia

2.3. Metodología, Instrumentos de Investigación

2.3.1. Nivel de Investigación

“Investigación Correlacional”

(Hernandez Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 1997), nos dice que la utilidad y el propósito principal de los estudios correlacionales son saber cómo se puede comportar un concepto o variable conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas. La investigación correlacional mide las dos o más variables que se desea conocer, dos variables se encuentran correlacionadas cuando al variar una de ellas la otra también presenta variaciones. La variación que se obtenga puede ser positiva o negativa.

“Investigación Proyectual”

(Sarquis, 2017), nos dice que la Investigación proyectual hace referencia a la necesidad de generar conocimientos disciplinares a partir de la Arquitectura; es el proyecto como actividad y producto. El objetivo es la producción de los conocimientos, en donde la innovación estará basada en nuevas formas de vida y habitar.

2.3.2. Diseño de la investigación

No experimental.

2.3.3. Población

Según el (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2017), la región de Tacna en el año 2012 contaba con 328 915 habitantes de los cuales el adulto mayor representa el 7.8% del total de población tacneña, es decir eran 25 689 habitantes mayores a 60 años.

Para la presente investigación, la población objetiva está conformada por aquellos adultos mayores que presentan algún tipo de trastorno que conlleve la discapacidad intelectual en la Región de Tacna. Esta población fue obtenida de acuerdo al documento Situación de Salud de la población Adulta Mayor (INEI, 2016), en donde se expone lo siguiente:

*Tabla 6
Cuadro resumen de Población Adulta Mayor, 2012*

Total PAM de la Región de Tacna	Total PAM con discapacidad	Total PAM con discapacidad intelectual
7.8%	67.80%	23.20%
25 689 p.	17 417 p.	4 039 p.

*Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática Perú
características de la población con discapacidad*

Según la Tabla 4, la población Adulta Mayor identificada con problemas de salud mental representa el 23.20% del total de población con algún tipo de discapacidad en la Región de Tacna, es decir, son 4 039 usuarios identificados en el ámbito de estudio. Dichos usuarios poseen diversas limitaciones que engloba la discapacidad intelectual, ya sea para entender o aprender, para relacionarse con los demás y para hablar o comunicarse, la Tabla 5 expresa la cantidad total de usuarios que se encuentra en cada tipo de limitación y su representación porcentual.

Tabla 7
Total de adultos mayores con discapacidad intelectual por tipo de limitación

Tipo de limitación por Trastorno mental	Cantidad de Adultos Mayores	Representación Porcentual
Para entender o aprender	2577	14.8
Para relacionarse con los demás	714	4.1
Para hablar o comunicarse	748	4.3

Fuente: Elaboración Propia

2.3.4. Técnicas e instrumentos de investigación

- Técnica: Documental
Instrumento: Estadísticas y encuestas de documento web referente al tema de investigación.
- Técnica: Documental
Instrumento: Fichas de epidemiología
- Técnica: Testimonial
Instrumento: Fotografías

2.3.5. Esquema Metodológico

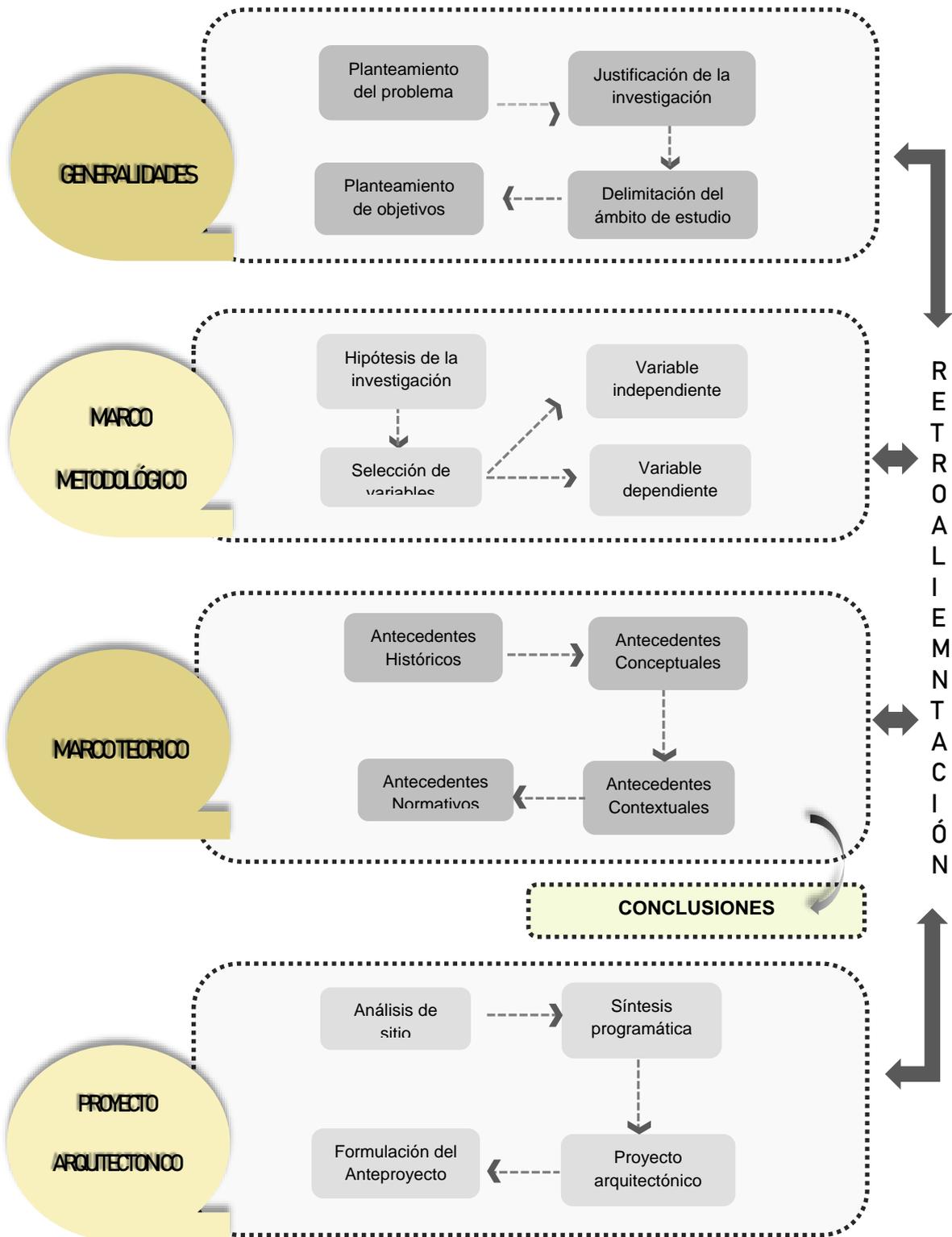


Figura 4 Esquema metodológico

Fuente: Elaboración Propia

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

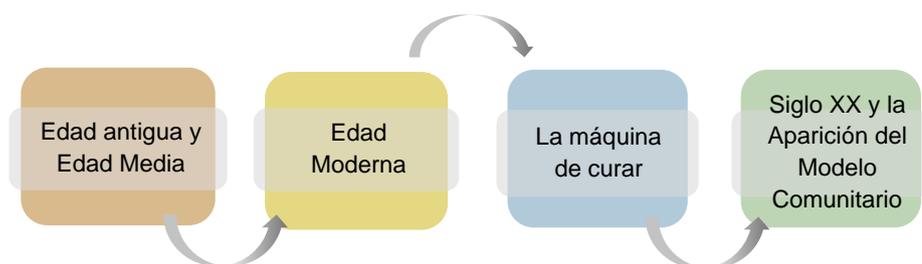
III. CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO

En esta sección se da a conocer toda la información relacionada al proyecto de investigación y los aspectos netamente relacionados con el problema, se toma en cuenta los antecedentes históricos, antecedentes conceptuales, antecedentes normativos y los antecedentes contextuales en el ámbito internacional, nacional y local a fin de obtener una síntesis de trabajos o investigaciones relacionadas al tema.

3.1. Antecedentes Históricos

En este apartado se toma en cuenta los diversos acontecimientos históricos que corresponden al trabajo de investigación, se inicia identificando la evolución que tiene el término de salud mental en distintos escenarios.

3.1.1. Evolución del centro de atención para tratar problemas de salud mental



Edad Antigua y la Edad Media

Los trastornos mentales que surgían en esa época eran conocidos como “locura”, diagnosticado como un padecer en la condición humana que era confundida con posesiones demoniacas o divinas, estas personas eran sentenciadas y dentro del contexto en el que se encontraban no le veían cura alguna. Es por ello que los responsables de su tratamiento en esta época, eran chamanes, brujos o alguna otra persona con características similares, ya que todos eran indiferentes a la realidad de estas personas, no se les brindaba un tratamiento adecuado por el desconocimiento que se tenía del tema.

Esta visión no cambio ante la llegada de la Edad Media debido a que todo era basado en la religión, los cristianos o católicos eran considerados las únicas personas capacitadas para interceder en el nombre de Dios para poder alejar el mal que se encontraban en las personas que padecían enfermedades mentales dentro de los claustros.

Edad Moderna

En esta época, la medicina ya había evidenciado varias evoluciones y los conocimientos que poseían respecto al tema eran aún mayores, sin embargo, la condición de vida que presentaban los enfermos mentales era aún deplorable.

A la llegada del siglo XIX, todos los enfermos mentales eran recluidos en asilos y fosas, prisiones construidas que eran exclusivamente para ellos, ya que la idea que se tenía en ese entonces era alejarlos y aislarlos de la sociedad. Estas personas eran vistas como una amenaza, es por ello que eran víctimas de maltratos físicos y psicológicos al momento de ser recluidos en los distintos establecimientos.

La máquina de curar

En el Siglo XIX aparece el capitalismo, el hombre se convierte en una máquina de producción y como ser razonante debe evitar el mal o dejar de producirlo. El Hospital pasa a tener un papel importante en este momento de la Historia, ya que se convierte en un instrumento y máquina para observar, controlar y sanar.

Se postuló un modelo de hospital alejado de la ciudad que buscaba no distanciarse del concepto ENCIERRO para las personas que padecían de enfermedades mentales. Se plantearon dos tipologías arquitectónicas: Pabellones y Radial

- Tipo Pabellón, compuesto por pabellones que tienen distintas funciones de un Hospital, son edificios aislados que se relacionan por medio de corredores. A su variante se le denomina Colonia y la diferencia está en que la comunicación

entre los diversos pabellones que lo componen se da a través del exterior, sin tener interiormente algún vínculo.

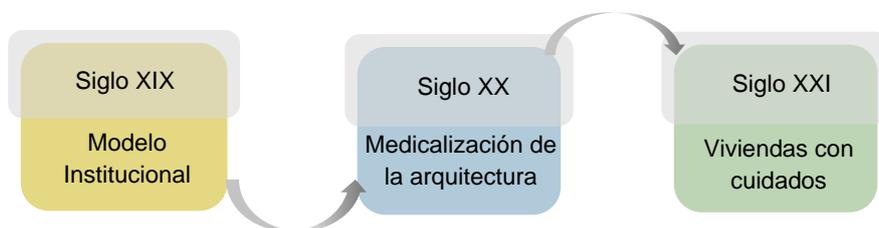
- Tipo Radial, esta tipología a diferencia del anteriormente descrito agrega una variante nueva, que es la vigilancia. La organización parte de un puesto de control y entorno a ello se despliegan los diversos pabellones que albergan a aquellas personas que padecían de enfermedades mentales.

Siglo XX y la aparición del Modelo Comunitario

Durante este siglo comienza una fuerte actividad académica, se desarrolla el psicoanálisis y el conductismo, además de que ya empiezan a verse apariciones de la psicofarmacología y estudios sobre las terapias de trabajo, grupos sumando técnicas dramáticas, musicales y la arte-terapia.

Según (Luque Dongo, 2014), los manicomios son criticados como un lugar de encierro y abandono, es por esa razón que se busca eliminar dichos establecimientos y proponer una institución terapéutica. A mediados de los años 60, surge la psiquiatría Comunitaria, la cual centra su interés en la población, atendiendo por igual los diversos factores sociales, culturales psicológicos y físicos causantes de la enfermedad mental que pudieran llegar a padecer.

3.1.2. Evolución del Centro de atención para el adulto mayor



Siglo XIX – Modelo Institucional

Según (García Lantarón, s.f.) este modelo aparece en Dinamarca, ya que el adulto mayor se distingue entre ser mayor, ser pobre o estar enfermo, es por ello que surge por primera vez en la historia el “Alderdomshjemmet” o también conocido como Hogar de los mayores. Este modelo mantenía un contexto hospitalario ya que

estaba centrado en la atención a personas con algún tipo de necesidad y cuidados físicos o psicológicos. El Hogar de ancianos era un tipo de edificación correspondiente al Modelo institucional, estaba centrado a la ayuda dirigida a los adultos mayores con algún tipo de necesidad, sin embargo, el servicio que ofrecían no era para todas las clases sociales sino tan solo para los pobres que no tenían ningún recurso para generar un sustento es por ello que la segregación social en el modelo institucional se vio a grandes rasgos.

Por otro lado, según (García Lantarón, s.f.) este modelo también se situaba en España, no se realizaba algún tipo de distinción entre los mayores o algún desfavorecido, las instituciones exclusivas para ancianos estaban regidas por órdenes religiosas al servicio de la caridad.

Siglo XX– Medicalización de la arquitectura

Según (García Lantarón, s.f.) la arquitectura moderna empieza a hacerse presente en el ámbito de la salud a través de un cambio y mejora del entorno. El Hogar de ancianos propuesto en el Siglo XIX empieza a sufrir grandes cambios influenciados por las teorías funcionales y la “medicalización” de la arquitectura, se evidencian las modificaciones arquitectónicas a través de la iluminación, ventilación y el contacto con el entorno por medio de las visuales. Es así que el entorno arquitectónico pasa a ser un medio para mejorar las condiciones de salud, el modelo de hogar de ancianos cambia su definición por Residencia o viviendas tuteladas ya que los modelos institucionales son prohibidos en algunos países como consecuencia de una profunda crisis económica ya que los cuidados permanentes no podían ser sostenidos económicamente a largo plazo.

A finales del siglo XX, la dedicación hacia la persona adulta mayor ya no era tan solo una dedicación familiar o caritativa, empezaba a tener mayor importancia debido a todas las políticas que

surgieron su favor, es por ello que la ayuda al adulto mayor paso a convertirse en un deber social.

En 1987 surge una ley que prohíbe la construcción de residencias o viviendas tuteladas ya que las características que poseían iban en contra de las recomendaciones que postulaba la comisión de 1982, es por ello que surgen las viviendas para mayores en donde el origen institucional comienza a desaparecer y los residentes empiezan a pagar un alquiler por su alojamiento para recibir todos los servicios que solicitan.

Siglo XXI – Viviendas con cuidados

Según (García Lantarón, s.f.), la vivienda con cuidados surge en respuesta a la creciente demanda de adultos mayores dependientes que necesitan de alojamientos especializados para poder ser tratados. Este tipo de vivienda brinda su atención las 24 horas, su enfoque está centrado en las necesidades del paciente. Los adultos mayores independientes y autónomos también daban a conocer sus deseos es por ello que el foco de investigación jugo a su favor, se buscan modelos de vivienda que mantengan y promuevan su estilo de vida a través de beneficios en su actividad económica que busque mejorar su posición en la vejez, es por ello que el objetivo principal es la participación social y el envejecimiento activo.

3.1.3. Evolución de la terminología discapacidad en el Perú

Según (Minsa, 2007) dentro del contexto histórico existen diversos momentos y episodios en los cuales se pueden identificar los modelos que surgieron para intentar explicar y dar alguna respuesta ante la problemática que establece el término. Los modelos que tuvieron mayor influencia en la conducta social son los siguientes:

Modelo Demonológico

Durante la edad media S. VI – XV, el termino discapacidad era entendido como una posesión demoniaca asociado al mal, las

personas que padecían de ello sufrían graves consecuencias ya que eran quemados, asesinados o encerrados. Luego la discapacidad fue entendida como un castigo de Dios, las personas debían resignarse a vivir con esa deficiencia y muchas veces eran ocultado y apartados de la sociedad.

Modelo Organicista

Este modelo se desarrolló durante 1400 y 1500, en este contexto ya se buscaba la solución a la discapacidad por medio de remedios y los procedimientos heredados de los alquimistas, todo ello se mantenía dentro del marco proteccionista, asistencial y de beneficencia.

Se crean los lugares especiales para albergar a todas las personas que padecían de algún problema de discapacidad, se potenciaron las actividades internas ya que esas personas eran capaces de aprender y ser independientes, sin embargo, las iniciativas que se tenían en ese entonces fracasaron ya que el costo para mantener a una institución de esas características era muy elevado.

Modelo Socio Ambiental

Aparece por primera vez durante la post guerra 1913 – 1918, aquella persona que padecía de discapacidad era vista como un ser social que debe ser reincorporado a la sociedad. Después de la primera guerra mundial, un gran porcentaje de veteranos de guerra quedaron con secuelas propias de ese acto, muchos padecían de discapacidades físicas y psíquicas. Es por ello que el gobierno decide invertir en el tratamiento de estas personas, para que puedan reincorporarse a las actividades que realizaban durante su vida diaria antes de haber servido a su nación.

Modelo Rehabilitador

Se desarrolla durante la II guerra mundial a la fecha, la persona con discapacidad es reconocida ya que se valoran las potencialidades con las que cuentan. A diferencia de la actuación asistencial, se crean los equipos médicos de rehabilitación para el

desarrollo de destrezas y habilidades que mejoraran el estado del individuo, en este modelo intervienen diversos especialistas que llevarán el control y tratamiento de la persona con discapacidad, la debilidad es que no se considera el propio medio como un factor fundamental para lograr exitosamente la rehabilitación total.

Modelo de integración

Surge a causa del fracaso del modelo rehabilitador durante el año 1960, es por ello que se plantea que tanto la sociedad como la persona con discapacidad debe encontrar formas de relacionarse. El modelo se centra en una estrecha relación entre el individuo y el ambiente social y físico. En la década de los 70 se incorpora los conceptos asociados al tema y se propone un modelo de autonomía personal basado en principios de solidaridad, respeto, individualidad y universalidad promoviendo la igualdad de oportunidades para todos.

3.2. Antecedentes Conceptuales

En este apartado, se precisará las definiciones y bases teóricas vinculadas de manera directa con el tema de investigación.

3.2.1. Bases y enfoques teóricos

3.2.1.1. Teoría de la modernización

Según (Fernández Garrido, 2009), esta teoría tiene inmersa dentro de ella a la teoría de la actividad, pérdida de roles, la teoría de la desvinculación y finalmente la teoría de la continuidad. La teoría de la modernización hace referencia a la posición que tienen hoy en día los adultos mayores relegados socialmente, mientras que en las sociedades tradicionales ellos eran reconocidos por su sabiduría y experiencia. Todo ello se debe al incremento de las innovaciones tecnológicas, el desarrollo industrial y los valores educativos o sociales.

Lo que tienen en común las teorías es que las personas que envejecen están expuestas a sufrir y a padecer una serie de pérdidas ya sean motoras, mentales, sociales, sensoriales, etc.,

su economía es drásticamente reducida lo que lo convierte en una persona socialmente envejecida. Las principales pérdidas psicológicas que una persona puede llegar a padecer son depresión, comportamientos autodestructivos, reacciones paranoicas, síndromes orgánicos cerebrales, insomnio y ansiedad.

A. Teoría de la actividad

La vejez se produce en consecuencia a la pérdida de roles, lo más importante para lograr evitar el envejecimiento es mantenerse socialmente involucrado sin ser excluido. La teoría de la actividad puede llegar a ser un gran respaldo ante la pérdida de roles más importantes ya que el adulto mayor al abandonar algunas de sus responsabilidades empieza a sentirse como una persona que no es de mucha ayuda, es por ello que la actividad que puedan realizar permitirá reconstruir una nueva imagen del adulto mayor que afronta la etapa de envejecimiento.

Sin duda alguna la actividad que vaya a realizarse puede prevenir y retrasar el proceso de envejecimiento ya que si un adulto mayor permanece en estricto reposo no lograra ni alcanzara un nivel de satisfacción en su calidad de vida. Esta surge de alguna manera en contraposición a la teoría del descompromiso ya que solo se valoraban a los individuos en un momento concreto. Algunos de los roles más comunes que pueden ser perdidos en la vejez, son la jubilación o viudez, al afrontar dicha pérdida el individuo adopta o reemplaza nuevos roles en sustitución a ellos que deben estar ligados al desarrollo de una nueva actividad.

Todos los programas que hoy en día existen están justificados por la teoría de la actividad ya que todos los adultos mayores necesitan de ello para poner mantener su autonomía, la actividad y participación deben mantenerse vinculados y no solo generarse de manera individual sino también en equipos colectivos ya que eso ayuda a fortalecer las potencialidades personales del adulto mayor y a descubrir nuevos roles que surgen a consecuencia de las actividades grupales.

B. Teoría de la desvinculación, desacoplamiento o retraimiento

La teoría de la desvinculación fue postulada por E. Cumming y W.E. Henry en el año 1961, su apogeo fue significativo en la década de los 60 y 70, sin embargo, también recibió duras críticas ya que el retraimiento del individuo y la sociedad era bastante notorio. Se realiza una investigación en el medio ambiente natural en donde vivían un grupo de personas de edades avanzadas, dicho estudio se realizó por el Comité de Desarrollo Humano de la Universidad de Chicago y se concluyó que los individuos reducían su interés por el número de actividades y limitaban su interacción social.

Es por ello que surge tal teoría, ya que la desvinculación es un proceso inevitable que forma parte del envejecimiento, su desvinculación promueve el distanciamiento entre la sociedad y el individuo por medio del cese de actividades laborales y la pérdida del rol social y familiar. Según la teoría de la desvinculación, el distanciamiento que surge entre el individuo y la sociedad es algo positivo para ambos ya que por un lado el adulto mayor no se ve sometido a angustias ante la toma de decisiones, o las capacitaciones profesionales que son necesarias para adquirir nuevas herramientas en el desarrollo profesional, es por ello que se dice que el distanciamiento puede llegar a ser algo beneficioso ya que la persona queda relegada de toda responsabilidad alguna que afronta una persona joven.

La teoría se encuentra justificada por el concepto de vejez ya que la declinación o el cambio fisiológico o biológico de la persona se encuentra repleto de pérdidas sensoriales, intelectuales y motoras, todo ello debido al deterioro progresivo de los diversos sistemas que comprende el cuerpo humano.

Cumming y W.E. Henry redefinieron la teoría de la desvinculación reformulando el proceso de envejecimiento, la disminución de actividades debe desarrollarse de manera selectiva para que no todas sean aisladas y mantener a aquellos que el individuo

considera que produjera efectos positivos para alcanzar una satisfacción personal. A este proceso se le denomina desvinculación – vinculación selectiva.

C. Teoría de los roles

Según (Merchán Maroto & Cifuentes Cáceres, s.f.), para poder comprender la teoría de los roles es necesario conocer el significado de la terminología. El rol es la función que una persona adopta en un grupo social o en su vida misma, la asignación de roles proviene de grupos familiares, ocupación profesional a través de cargos y de la dedicación a las actividades lúdicas.

Irving Rosow en 1967 elaboro la teoría de los roles mediante el papel que obtenía un individuo en el proceso de envejecimiento, rol de hijo, rol de estudiante, rol de padre, rol de abuelo, de tal manera se va adquiriendo nuevas actividades en base a los nuevos roles para conformar su autoimagen y la autoestima personal.

La vejez es una de las etapas en donde el individuo tiene una pérdida progresiva de todo lo vinculado a la sociedad es por ello que el adulto mayor se encuentra desposeído de roles, sin lugar y sin un estatus que mantener.

Según la teoría de los roles el individuo debe afrontar la aceptación y su adaptación a los nuevos roles que le competen, es decir su inactividad, pasividad y la irrelevancia social. Si el individuo asume los roles señalados su adaptación ante el envejecimiento será positiva y se producirá mayor satisfacción en la vejez. De alguna manera la teoría de la actividad se entiende como la autoestima de la persona condicionada a los roles que adopta en su nueva etapa de vida.

3.2.1.2. Teoría de la percepción

La teoría de Gestalt o también conocido como la teoría de la forma presenta diversas traducciones ya que algunos lo conocen por el “todo es mayor o diferente a la suma de sus partes” o “ el todo es más que la suma de sus partes”.

Los pioneros ante esta teoría fueron Kurt Koffka, Wolfgang Kolher y Max Wertheimer, surgió en 1900 y se concluyó que la percepción es la impresión que podemos obtener del exterior. Las percepciones visuales son aquellas sensaciones interiores que nos logra reportar un conocimiento a través de estímulos que llegan a registrar nuestros ojos. Se realizaron estudios experimentales acerca de la percepción del movimiento.

3.2.1.3. Arquitectura y color

Según (Citati , Giordano, & Porras, 2015), el color ha sido ampliamente estudiado desde muchas perspectivas por grandes filósofos, pensadores, artistas tales como Platón, Aristóteles, Snell, Goethe y muchos otros más. Se han realizado contribuciones teóricas significativas ya que la teoría del color a aportado calores simbólicos, estéticos y funcionales.

El valor ornamental que adquiere el color a través de todas las culturas humanas ha sido empleado como una fuente de satisfacción para uno mismo por los valores estéticos que conciben, puede llegar a ser un elemento expresivo, suavizador de sufrimientos y una alta fuente de relajación. Sin embargo, el mal empleo del color también puede significar el rechazo hacia alguna obra arquitectónica.

La diversidad de usos que se le da al color en la arquitectura lo convierte en un elemento indispensable que un proyectista debe emplear en sus obras y debe ser un aspecto prioritario que muchas veces no es visto de tal manera. El color es una fuente que permite brindarle cualidades a un espacio, es capaz de alterar proporciones y dimensiones de la forma. Según el Arquitecto Luis Barragán “el color es un complemento de la arquitectura, sirve para ensanchar o achicar un espacio”.

Muchos profesionales dedicados a la psiquiatría y psicología coinciden en que el color tiene el efecto de atraer a los individuos, proporciona una desviación ante el estrés que pueda llegar a sentir la persona en entornos hospitalarios, es por ello que ahora

es considerado como una herramienta terapéutica que puede llegar a influenciar directamente con la sanación del individuo.

3.2.2. Definiciones de la variable independiente: Centro de atención integral del adulto mayor

3.2.2.1. Atención integral

La atención integral es la atención multidimensional a través de un equipo interdisciplinario. Proceso por el cual la necesidad de salud, se debe satisfacer a través de la prestación continua y con calidad de todos los cuidados esenciales de las PAMs considerando las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud (Minsa, 2006, pág. 16).

Por lo tanto, la atención integral solo funciona si es que se tiene un grupo de individuos que realizan las atenciones de manera continua y eficaz. Se habla de todos los servicios que son necesarios y esenciales tales como programas, diagnósticos, tratamientos, alimentación, entre otros.

A. Tratamiento que ofrece un centro de atención para el adulto mayor

• Tratamiento psicofarmacológico

Según (Tello Rodríguez, D. Alarcón, & Vizcarra Escobar, 2016) algunos trastornos mentales requieren del manejo farmacológico para poder conllevar la enfermedad de una manera más controlada. Los medicamentos deben ser usados con precaución ya que los adultos mayores son personas que requieren de mayores cuidados al ser medicados.

Los psicofármacos que sean considerados esenciales deben encontrarse siempre disponibles y figurar indispensablemente en la lista de medicamentos del establecimiento. El tratamiento solo lo puede brindar un profesional calificado que preinscriba el medicamento, es por ello que la comunicación entre el médico que lo receta y el paciente o familiar debe ser la correcta para promover el uso adecuado del fármaco.

• Tratamiento psicopsicoterapéutico

Según (Tello Rodríguez, D. Alarcón, & Vizcarra Escobar, 2016) el tratamiento psicopsicoterapéutico se basa en terapias cognitivas conductuales y psicoterapias que ayuden al adulto mayor en la orientación espacial, la estimulación de los sentidos, ejercitar el lenguaje y mejorar su autoestima.

• Terapia Cognitiva

La terapia cognitiva ayuda a activar la orientación espacial de la persona, activa la memoria personal, ejercitar su lenguaje e incita al adulto mayor a hablar. Este tipo de terapia mayormente es grupal y las actividades que se pueden realizar son las siguientes:

- Leer artículos, boletines y periódicos para mantener una actividad física e intelectual.
- Realizar dinámicas que contengan el ejercicio del habla para poder ser desarrolladas.
- Ejercicios mentales para escribir y comprender números.
- Mejorar las relaciones interpersonales de los adultos mayores con problemas de salud mental.

• Terapia Sensorial

A través de la terapia sensorial se estimula el sentido de la vista, el tacto, el oído, el gusto y el olfato. Este tipo de terapia es mayormente agradable para los adultos mayores que posean demencia senil ya que siempre ha mostrado cambios positivos en el estado de ánimo, su comportamiento y fortalece la concentración que le pone a su entorno, las actividades que se pueden realizar son las siguientes:

- Realizar juegos como bingos o armar rompecabezas siempre serán actividades satisfactorias para el adulto mayor, ya que pone en práctica diversos sentidos y retrasa el deterioro cognitivo y sensorial.
- El reconocimiento de sonidos de instrumentos musicales también es un buen ejercicio sensorial.

- Realizar la relajación con melodías en espacios abiertos son terapias indispensables para el adulto mayor.
- Los adultos mayores también pueden realizar dinámicas de reconocimiento de aromas, para poder identificar la sustancia y el recuerdo que se les viene a la mente.

- **Horticultura – Hortoterapia**

La horticultura es un espacio de actividad saludable y practica para el adulto mayor ya que mejora la autoestima, se realiza la participación en actividades sociales, estimula la memoria, se generan relaciones interpersonales y ayuda a mantener hábitos y rutinas.

- **Terapia física**

La terapia física ayuda a que el adulto mayor restablezca sus capacidades y disminuya el deterioro físico y mental, al poseer una avanzada edad comienza a aparecer el sedentarismo o la inmovilidad del adulto mayor, lo cual genera pérdida de masa muscular y su flexibilidad para poder desplazarse de un lugar a otro. Se debe de tener en cuenta que si se logra mantener el habito de movilidad se estarán evitando futuros problemas físicos que conllevan grandes consecuencias como el incremento de riesgo cardiovascular, problemas respiratorios y neuropsicológicos.

3.2.2.2. Clasificación del Adulto mayor

Según (Minsa, 2006), el adulto mayor presenta 03 tipos de dimensiones que afronta en el proceso del envejecimiento, las cuales son: Persona adulta mayor autovalente, Persona Adulta mayor frágil y persona adulta mayor dependiente o postrada.

A. Persona adulta mayor autovalente

Es aquella que puede realizar actividades básicas por sí mismo, tales como comer, asearse, vestirse, lavar, manejar su medicación, entre otros.

B. Persona adulta mayor frágil

Esta persona presenta algún tipo de limitación para poder realizar sus actividades de la vida diaria, presenta un grado de probabilidad a discapacitarse.

C. Persona adulta mayor dependiente o postrada

Posee una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológica, por lo tanto, requiere de apoyo de terceras personas ya que se les hace imposible realizar las actividades de la vida diaria.

3.2.2.3. Vejez

Según el (Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables, 2013, pág. 9), la vejez se define como una etapa de vida que se conceptualiza a través de la edad cronológica, edad fisiológica y la edad social, depende mucho del significado que le otorga la sociedad a los procesos biológicos.

A. Dificultades cotidianas del adulto mayor

Según (Instituto para la Atención de los adultos mayores , 2014) las dificultades más cotidianas que presenta un adulto mayor son las siguientes:

- Subir y bajar escaleras
- Realizar su propio aseo personal
- Lavar la ropa
- Alimentarse
- Asear la casa
- Apego a algún tratamiento terapéutico
- Movilizarse dentro de la casa
- Utilizar el teléfono

B. Monitoreo de salud

Según el (Instituto para la Atención de los adultos mayores , 2014), el monitoreo de salud consiste en brindar una atención adecuada para aquellos adultos mayores dependientes, ya que deben de llevar una mejor calidad de vida a través de un

estado integro. Se debe considerar el monitoreo de salud al observar los siguientes aspectos:

- Trastorno del sueño
- Incontinencia
- Inmovilidad
- Trastorno de equilibrio y caídas
- Automedicación
- Trastornos del animo
- Trastornos cognitivos
- Duelo disfuncional e higiene y cuidados en general

C. Cuidados básicos del adulto mayor

Según (Auladae, 2013) se debe de considerar los siguientes cuidados específicos:

- Higiene
Es indispensable para la salud física, psíquica y social del adulto mayor. Las actividades que conllevan el aseo personal serán realizadas únicamente por un tercero cuando el adulto mayor no pueda desempeñar dicha tarea por si mismo.
- Alimentación y nutrición
Es necesario suministrar las cantidades necesarias de nutrientes ya que el adulto mayor debe poseer un estado nutricional adecuado para poder mantener su calidad de vida y su salud.
- Elementos de ayuda para el desplazamiento
Este tipo de cuidado es el que posee mayor demanda por parte de la población adulta mayor, los elementos de ayuda pueden ser manipulados con un brazo, por ambos brazos, accesorios y sillas de ruedas.
- Primeros auxilios y actuación ante una emergencia
Nunca se sabe cuándo ocurrirá una emergencia, es por ello que todos los profesionales deben estar capacitados para poder actuar ante una situación de emergencia. Todas las urgencias y emergencias deben realizarse por medio de un protocolo.

3.2.2.4. Envejecimiento

Según el (Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables, 2013, pág. 10), el envejecimiento se puede segmentar en dos dimensiones: envejecimiento que experimenta la población y aquel que viven todas las personas. El envejecimiento corresponde al aumento de población adulta mayor (60 años a mas) con respecto a la población total, este aumento se encuentra relacionado por dos elementos importantes, el demográfico y el epidemiológico.

3.2.3. Definiciones de la variable dependiente: Mejorar la cobertura de salud mental

3.2.3.1. Salud mental

Según el (Minsa, 2005), la salud mental se define como un estado psíquico que la persona debe mantener en el transcurso de su vida, el bienestar subjetivo, ejercicio de las capacidades mentales y la calidad de las relaciones que tiene el usuario con el medio ambiente son factores que confluyen en la salud mental.

La OMS, busca que aquellas personas que padezcan de problemas de salud mental no sean destinadas a los hospitales psiquiátricos, sin embargo, se realizaría una excepción con aquellos casos que realmente son complejos y demuestran una gran alteración e impacto en la sociedad. Los adultos mayores s

3.2.3.2. Discapacidad

Según la (OMS, 2011, págs. 4-6), el termino discapacidad ha venido recibiendo diversos tipos de definiciones a lo largo de todos los años, esto se debe a que cada vez la humanidad toma mayor conciencia y forma parte del problema. El termino discapacidad es considerado genérico y relacional que incluye las condiciones de salud, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación de una persona, lo cual produce un resultado negativo ante la interacción del individuo que posee la discapacidad y el entorno en el que se encuentra, viéndose

participe a las variables propias que forman los contextos sociales, culturales, económicos y espirituales.

El término discapacidad abarca las deficiencias, limitaciones y restricciones de la participación. Se describe también que las deficiencias están referidas a la estructura o función corporal que viene siendo afectada; las limitaciones de la actividad son dificultades para poder ejecutar acciones o tareas de la vida diaria, y las restricciones de la participación esta descrito como problemas para participar en situaciones vitales. Es por ello que nos encontramos en la era de entender a la persona que padece de alguna discapacidad como individuos agentes de derecho y a nuestra sociedad como el principal promotor del cumplimiento de los derechos en la igualdad de oportunidades, principio del hombre y el desarrollo en una sociedad inclusiva.

A. Discapacidad intelectual

“Comprende un funcionamiento intelectual inferior a la media, todos los individuos que se ven comprometidos padecen de un desarrollo que se ve afectado en el ámbito motor, perceptivo, cognitivo, lingüístico, afectivo y social” (Minsa, 2007, pág. 23). La discapacidad intelectual esta comprendida por diversos trastornos que puede llegar a afectar a la persona, pueden ser trastornos leves o graves presentándose en casos complejos.

B. Trastorno mental

Según la (Defensoría del Pueblo, 2009), el trastorno mental son afecciones caracterizadas por alteraciones en el pensamiento, comprende la afectividad o el comportamiento que va asociada a una angustia personal, alteraciones del funcionamiento o ambos. Es decir, estos individuos poseen un desorden en sus ideas y pensamientos que limita la capacidad de reconocer la realidad y poder adaptarse a una vida diaria.

- **Depresión**

La depresión es un trastorno que puede acelerar el deterioro físico del adulto mayor, tiende a tratarse con fármacos antidepresivos y psicoterapia. Para que este

trastorno sea desarrollado tiende a influir múltiples factores ambientales tales como la soledad, acontecimientos estresantes, sentimientos de culpa, entre muchos otros factores que se ven involucrados. El inicio de la depresión puede generarse a muy temprana edad e ir deteriorando al usuario, hechos que hayan sucedido en la niñez y no hayan sido reparados, también influye el deterioro cognoscitivo, el divorcio y la viudez. (Manzur Vera, 2014)

- Alzheimer

Según Casillas 2010 citado en (Manzur Vera, 2014), el alzhéimer es una de las enfermedades más comunes y terminales del adulto mayor ya que desprende la inteligencia y la capacidad para controlar las funciones corporales llegando a causar la muerte de quien lo padece.

- Demencia Senil

Según Casillas 2010 citado en (Manzur Vera, 2014), la demencia es una enfermedad crónico y degenerativo del deterioro cognitivo y conductual. Esta enfermedad aparece en los adultos mayores de avanzada edad y muchas veces es consecuencia propia del Alzheimer, la enfermedad del Parkinson es el segundo trastorno más común que involucra la degeneración neurológica crónica, es por ello que todo trastorno debe ser prevenido, tratado y rehabilitado.

Todo tipo de demencia senil y presenil es irreversible para el adulto mayor, sin embargo, hay maneras de retardar el efecto crónico y degenerativo que causan en el usuario, es por ello que este tipo de trastorno siempre es tratado con fármacos y terapias que ayuden al paciente a sobrellevar la enfermedad.

C. Otras enfermedades

- Hipertensión arterial

Según (Dr. Berreta & Dr. Kociak, 2017) la hipertensión arterial es un riesgo que puede llegar a generar la insuficiencia cardíaca, generar un accidente cerebrovascular, cardiopatía isquémica, y de manera muy

general provoca daño a todos los órganos involucrados. Esta enfermedad no es tratada necesariamente con fármacos, se controla y monitorea la alimentación y se incrementa la actividad física.

- Osteoporosis

Según el (Dr. Surís I, 2014) la osteoporosis es un trastorno esquelético causada por una baja cantidad de mineral ósea y un deterioro del tejido óseo, es una de las enfermedades más frecuentes entre la población adulta mayor. Las consecuencias que se pueden llegar a tener si no se dispone del cuidado necesario son fracturas por fragilidad ósea, fracturas vertebrales y de antebrazo.

- Artrosis

Según (Dr. Giménez Basallote, Dr. Pulido Morillo, & Dr. Trigueros Carrero , 2008) es una patología articular degenerativa del cartílago, afecta a cada una de las articulaciones y debilita los músculos peri articulares.

- Gripe

La gripe es un resfrió habitual que se presenta en las estaciones de otoño e invierno, algunas veces se genera en reacción al cambio de clima dependiendo del tipo de alergias que posean los adultos mayores. Es una enfermedad respiratoria contagiosa acreedora de varios síntomas para poder ser detectada; dolor de cabeza, fiebre, congestión nasal, dolor muscular, malestar, dolor de garganta y tos.

- Estreñimiento

El estreñimiento es un problema frecuente en los adultos mayores ya que está referido a la dificultad que presentar al defecar, acompañado de movimientos infrecuentes del intestino. Los síntomas que presenta para poder ser identificados son; deposición dura, hinchazón y dolor abdominal. Se debe monitorear la alimentación y utilización de fármacos.

3.2.3.3. Calidad de vida

Según la (OMS , 1996), la calidad de vida es lo que el individuo logra percibir en el entorno en el que se encuentra de acuerdo a sus objetivos y expectativas, se toma en cuenta su estado psicológico, su salud física, el grado de independencia que posee, las relaciones sociales que mantiene, factores ambientales y las creencias personales. Sin embargo, la calidad de vida no depende del monto obsoleto de los ingresos de un individuo sino del grado de satisfacción que puede llegar a generar dicho ingreso.

3.3. Antecedentes Normativos

Para poder desarrollar el proyecto de investigación se tiene en cuenta las normativas vigentes que permite desarrollar de manera más sustancial el Centro de atención integral para mejorar la cobertura de salud mental del adulto mayor en la Región de Tacna.

3.3.1. Ministerio de Salud

La (Defensoria del Pueblo, Ministerio de Salud, 2004), publico los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas que padecen de alguna discapacidad por enfermedad mental. En este documento se expone la postura que mantiene la OMS/OPS en el Informe Mundial de la Salud del año 2001 que fue publicado con el tema de Salud Mental, se expusieron las siguientes recomendaciones:

- Dispensar tratamiento en la atención primaria.
- Asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos.
- Prestar asistencia en la comunidad.
- Educar al público.
- Involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores.
- Establecer políticas, programas y legislación a escala nacional.
- Desarrollar los recursos humanos.
- Establecer vínculos y alianzas con otros sectores.
- Vigilar la salud mental de las comunidades.
- Apoyar nuevas investigaciones.

Además de ello, se precisan los estándares establecidos por el sistema de Naciones Unidas y por el sistema interamericano como una guía fundamental en el diseño de las políticas nacionales de la salud mental.

- Derecho a la atención médica.
- Derecho a ser tratado con humanidad y respeto.
- Derecho de igualdad ante la ley.
- Derecho a ser atendido en la comunidad.
- Derecho a proporcionar consentimiento informado antes de recibir tratamiento.
- Derecho a la privacidad, a practicar actividades recreativas y deportivas, a la educación y a adquirir artículos para su vida diaria y libertad de comunicación y religión.
- Derecho a una admisión voluntaria.
- Derecho a garantías judiciales.

(Minsa, 2006) publica la Norma Técnica de Salud para la atención Integral de salud de las personas Adultas Mayores con el fin de establecer los lineamientos que se regirán bajo la normatividad técnica – administrativa que servirá para estandarizar los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, esta norma es de carácter sectorial, nacional, regional y local.

3.3.2. Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables

(Congreso de la Republica, Ley N°28803, 2006), Aprueba la ley referente a las personas adultas mayores con el fin de brindar un marco normativo que garantice el cumplimiento de los derechos reconocidos en la Constitución Política del Perú y los tratados internacionales que se encuentran aún vigentes. Todo ello servirá para mejorar la calidad de vida y para la integración, desarrollo social, económico, político y cultural.

3.3.2.1. Reglamento de los Centros de Atención para personas adultas mayores

(Congreso de la República, Decreto Supremo N°004-2016), 2016), el congreso aprueba el Reglamento de los **Centros de Atención para personas Adultas mayores** con el fin de regular el funcionamiento de los establecimientos destinados a este grupo poblacional, el reglamento nos establece lo siguiente:

A. Centro de Atención integral:

Establecimiento que brindara los diversos servicios que se encuentren orientados a satisfacer las necesidades de

alojamiento, alimentación, nutrición, terapias tanto físicas como psicológicas, atención de salud y recreación que se encuentre a favor de las personas adultas mayores.

B. De los servicios de los Centros de atención:

- Debe contar con evaluación física y mental al menos una vez al mes, y debe ser registrada en su historial clínico.
- Se debe contar con servicio de atención médica las 24 horas, se realizará por turnos de acuerdo a lo que requiera y establezca el Centro de Atención
- El establecimiento debe contar con terapias de mantenimiento de funciones físicas y cognitivas de todos los adultos mayores que sean pacientes ambulatorios y residentes.

C. Del personal de los centros de atención para personas adultas mayores:

- Director
- Administrador
- Médico cirujano a disposición durante las 24 horas del día.
- Técnicas o técnicos de enfermería, al menos uno por cada cinco pacientes.
- Cuidadores o cuidadores, al menos uno por cada cinco pacientes.
- Nutricionista
- Personal de apoyo
- Psicólogo o Psicóloga
- Trabajador o trabajadora social.

D. De los ambientes e infraestructura de los Centros de Atención

- Deben presentar condiciones higiénicas y sanitarias que aseguren el óptimo cuidado que debe recibir el adulto mayor.
- Los espacios deben ser amplios y ventilados, se debe contar con un cartel o placa que identifique el lugar, dicho cartel debe contener la denominación y el tipo de Centro que es.

- La edificación debe ser de preferencia de un solo nivel, en caso contrario se debe de contar con escaleras, rampas, ascensores, camilla transportadora u algún otro elemento similar. Se debe ubicar a aquellos pacientes dependientes en el primer nivel.
- El centro debe contar con salas de visita que les permita realizar cualquier tipo de actividad recreacional, también deben contar con un comedor y dormitorios que posean intercomunicadores, timbres o campanas; libres de barreras arquitectónicas.
- Los dormitorios deben contar con armarios y áreas de almacenamiento.
- Los dormitorios destinados a uso múltiple solo podrán contener un máximo de 4 camas.
- El servicio higiénico debe contener barandas y rampas, además de ello las duchas deben tener agua caliente, se debe contar con un área de almacenamiento de alimentos y medicina.
- Se debe contar con el servicio de lavandería y cocina, en caso no se brinde por terceras personas.
- Los tópicos deben estar equipados con insumos médicos y de enfermería.
- Las escaleras y pasadizos deben tener barandas para el uso de los residentes.

3.4. Antecedentes Contextuales

3.4.1. Análisis situacional de la Región de Tacna

Hoy en día el crecimiento demográfico va asumiendo mayor importancia a nivel mundial, la tendencia creciente de la población adulta mayor genera cada vez mayor demanda de infraestructuras destinadas a este grupo etario. Si bien es cierto, la región de Tacna ofrece atenciones en la especialidad de psiquiatría y geriatría, pero dichas instalaciones solo cuentan con espacios de consulta interna destinados a la evaluación, diagnóstico y medicación del paciente, olvidando que la salud mental debe ser atendida y rehabilitada con base en la comunidad.

Lo anteriormente mencionado se fundamenta a través del (Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables, 2013, pág. 17) ya que hace mención a los principios que un servicio público debe brindar a un adulto mayor: Generalidad, Uniformidad, Continuidad, Regularidad, Obligatoriedad, Calidad y eficiencia, Subsidiariedad y enfoque territorial. Actualmente el adulto mayor representa el 9.0% de la población total de Tacna, es decir son 31 208 personas las que conforman este grupo de edad, se evidencia que la tasa de crecimiento anual es de 0.05%, se muestra la Tabla N°06 con lo anteriormente descrito.

Tabla 8
Porcentaje y población adulto mayor de la Región de Tacna

	2012	2014	2015	2016
Total	25 689	28 317	29 722	31 208
Representación porcentual	7.8%	8.4%	8.7%	9.0 %

Fuente: Elaboración propia en base al Instituto Nacional de Estadística e Informática.

La población total de Adultos mayores se encuentra disgregada en las diversas provincias de la Región de Tacna, siendo la principal Provincia Tacna, seguida de Tarata, Candarave y finalmente la Provincia de Jorge Basadre. Los datos que van a ser mencionados han sido en base al (INEI, 2015).

Tabla 9
Población Adulta Mayor según las Provincias de la Región de Tacna

	2015	%
Tacna	26 182	88
Tarata	1 446	5
Candarave	1291	4
Jorge Basadre	803	3
Total de población	29 722	100%

Fuente: Elaboración propia en base al Instituto Nacional de Estadística e Informática.

En nuestra Región según la atención brindada por el Hospital Hipólito Únanue y la entidad privada EsSalud, se han registrado los principales trastornos mentales que afronta un adulto mayor (60+), los cuales son

trastorno depresivo moderado, trastorno depresivo recurrente, trastorno de ansiedad, demencia senil y otros.

Estos trastornos deben ser tratados o mitigados ya que una salud mental sana le permite al individuo realizar sus actividades con normalidad, enfrentarse ante dificultades y fortalecer su independencia, con el fin de que su propia autonomía económica pueda cubrir sus necesidades.

3.4.2. Análisis del aspecto sociodemográfico

3.4.2.1. Población adulta mayor con discapacidad intelectual en la Región de Tacna

En los últimos años la población adulta mayor con discapacidad intelectual de la Región de Tacna se ha ido incrementando, esto se debe en muchos casos a los estilos de vida que llevan antes de ser parte de este grupo de etario. Existen diversas formas de prevenir algunos de los principales trastornos que puede presentar un adulto mayor ya que muchas veces los factores que se ven implicados vienen de casa y por los propios hábitos del usuario.

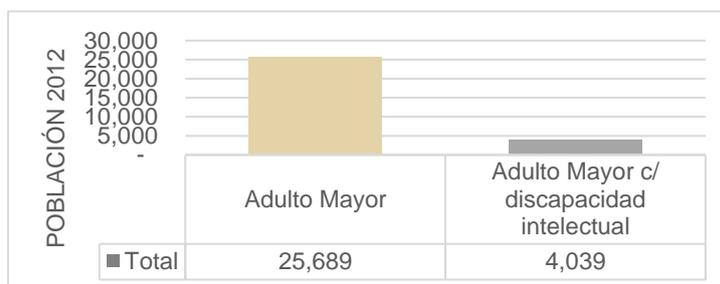


Figura 5 Población adulta mayor de la ciudad de Tacna 2016

Fuente: Elaboración propia en base al Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2015

3.4.2.2. Composición por género de la población adulta mayor con discapacidad intelectual en la Región de Tacna

Según el (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2015), la composición de este grupo se encuentra regido por el sexo femenino, representan el 51.5% del total de la población.

Tabla 10
Población adulta mayor por genero con discapacidad intelectual, Tacna 2012

	Total	Mujer	Hombre
PAM c/ discapacidad intelectual	100 %	51.5%	48.5%
Población	4 039	2 080	1959

Fuente: Elaboración propia en base al Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2012

Según (EsSalud, 2017) Usualmente la mujer de la PAM en la Región de Tacna presenta mayor índice de trastorno depresivo, esto se origina porque muchas veces su propio entorno genera maltratos psicológicos al no tener paciencia con estas personas, o cuando ellos empiezan a sentirse como una carga para su familia ya que las actividades que realiza un adulto mayor no genera el mismo impacto en comparación con su actividad en otras etapas de la vida.

El hombre de la PAM no es indiferente a estos hechos porque también radica el sentimiento de culpa al aparecer enfermedades no necesariamente mentales que hacen que el individuo piense porque no se cuidó cuando puedo o porque no hizo algo para prevenirlo.

3.4.2.3. Hogares con presencia de un adulto mayor

En varios hogares de la población tacneña, se encuentra por lo menos un adulto mayor y en muchos otros casos de 2 a más, en el año 2014 se registró que el 27,4% de hogares contaba con un adulto mayor. Las cifras irán aumentando en el transcurso de los años, ya que la tasa de crecimiento anual siempre manifestara una tendencia creciente.

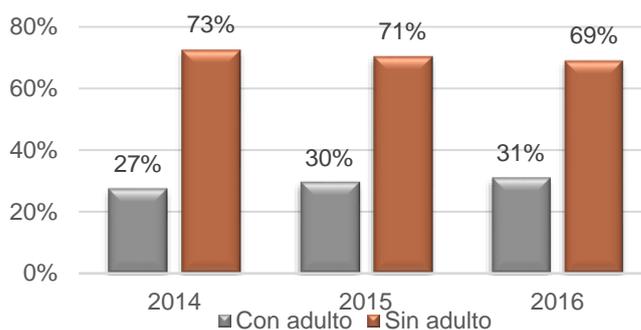


Figura 6 Porcentaje de hogares con presencia de un adulto mayor

Fuente: Elaboración propia en base al Instituto Nacional de Estadística e Informática, Situación de Salud de la Población Adulta Mayor emitido anualmente.

3.4.2.4. Afiliación a algún tipo de seguro de la población adulta mayor en la Región de Tacna

A. Población adulta mayor por condición de afiliación y tipo de seguro.

Tabla 11
Adulto mayor afiliado por tipo de seguro, Tacna (Porcentaje)

	Si afiliado	EsSalud	SIS	Otro	No está afiliado
2012	52,9 %	37,4%	11,4%	4,2%	47,1%
2014	69,9%	40,7%	26,7%	2,5%	30,1%
2016	66,9%	29,2%	34,2%	3,5%	33,1%

Fuente: Elaboración propia en base al Instituto Nacional de Estadística e Informática, Situación de Salud de la Población Adulta Mayor emitido anualmente.

B. Población adulta mayor con discapacidad por tipo de seguro.

Tabla 12
Adulto mayor con discapacidad afiliado por tipo de seguro, Tacna 2012(Porcentaje)

	Si afiliado	EsSalud	SIS	Otro	No está afiliado
2012	93.1 %	66.5%	26.6%	0%	6.9%

Fuente: Elaboración propia en base al Instituto Nacional de Estadística e Informática, Situación de Salud de la Población Adulta Mayor emitido anualmente.

3.4.2.5. Proyección y Estimación del Crecimiento Poblacional del Adulto Mayor

La proyección y estimación de la población adulta mayor en la Región de Tacna esta extraída de un documento elaborado por la (INEI, 2010) .

*Tabla 13
Proyección y estimación del crecimiento poblacional del adulto mayor en la Región de Tacna.*

	2019	2020	2025
PAM	35 919	37 681	47 915

Fuente: Elaboración propia en base al Instituto Nacional de Estadística e Informática, Perú, estimaciones y proyecciones de la población departamental, por años calendario y edades simples 1995-2025

3.4.2.6. Participación en la Actividad Económica

Muchos de los adultos mayores que se encuentran dentro de la edad para trabajar y aquellos que no, necesitan desarrollar actividades que pueda generarles ingresos para que no se conviertan en personas dependientes de la propia familia. Según el (INEI, 2009) el porcentaje de población adulta mayor que realiza aportaciones en la actividad económica es la siguiente:

*Tabla 14
Actividad económica de la población adulta mayor, Región Tacna*

	1993	2007
Activos	41.8%	43%
Inactivos	58.2%	57%

Fuente: Elaboración propia en base al Instituto Nacional de Estadística e Informática, Perfil Sociodemográfico de Tacna.

Tabla 15
Actividad económica de la población adulta mayor por Provincias de la Región de Tacna

Provincia	2007
Tacna	39.8%
Candarave	56.1%
Jorge Basadre	66.9%
Tarata	62.2%

Fuente: Elaboración propia en base al Instituto Nacional de Estadística e Informática, Perfil Sociodemográfico del Departamento de Tacna

3.4.2.7. Establecimientos que brindan atención al adulto mayor

Los establecimientos que brindan atención al adulto mayor en la Región de Tacna, pueden ser clasificados de la siguiente manera:

A. Atención a la PAM vulnerable sin recursos y en estado de abandono

- **Entidad Privada: Hogar de Ancianos San Jose**

Tabla 16
Población por genero de adultos mayores en Hogar de ancianos San Jose, 2018

	Total	Mujeres	Varones
2018	45	15	30
Capacidad: 50 personas			

Fuente: Elaboración propia, visita de campo Agosto 2018

El Hogar de Ancianos San Jose, se encuentra administrado y atendido por la Congregación Hermanitas de los Pobres, este hogar se mantiene en base a caridades de la población Tacneña y del propio ingreso económico de la Congregación. El hogar solo recibe a adultos mayores en estado de abandono y extrema pobreza, usualmente ingresan adultos mayores que no necesitan de atención médica o aquellos que no tienen enfermedades crónicas, ya que no cuentan con muchos ingresos económicos al ser un Hogar basado en la caridad y mucho menos tienen la preparación para tratar

enfermedades degenerativas o problemas que necesiten de atención psiquiátrica.

- **Entidad pública: Hogar Geriátrico San Pedro**

Tabla 17
Población por genero de adultos mayores en Hogar Geriátrico San Pedro, 2018

	Total	Mujeres	Varones
2018	25	8	17
Capacidad: 60 personas			

Fuente: Elaboración propia, visita de campo Agosto 2018

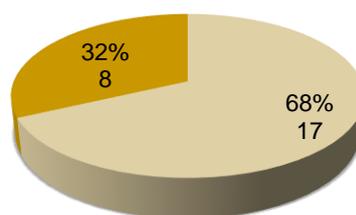
El Hogar Geriátrico San Pedro es una CARPAM perteneciente al estado administrado por la Sociedad de Beneficencia pública de Tacna, dicho hogar genera sus ingresos económicos para los Adultos Mayores por medio del Cementerio General de Tacna.

Ellos brindan atención geriátrica por medio del diagnóstico y la dotación de fármacos a quien lo necesite, el CARPAM solo recibe a adultos mayores que se encuentren en total estado de abandono, para poder ser incorporados se le realiza un estudio para verificar que el adulto mayor no cuente con familiares que pueda encargarse de él. Ya que el hogar geriátrico San Pedro recibe atención psicológica y psiquiátrica, se anexa un estudio de casos.

Tabla 18
Dx funcional de adultos mayores en Hogar Geriátrico San Pedro, 2018

	Independiente	Dependiente Parcial	Dependiente Total
Mujer	2	5	1
Varón	7	8	2

Fuente: Elaboración propia, visita de campo Agosto 2018



- Con manifestaciones depresivas
- Sin manifestaciones depresivas

Figura 7 Manifestación depresiva en adultos mayores en Hogar Geriátrico San Pedro, 2018

Fuente: Elaboración propia, visita de campo Agosto 2018

Del total de adultos mayores que presenta manifestaciones depresivas, solo dos de ellos poseen un diagnóstico de demencia senil.



Figura 8 Vista Frontal de Hogar de Ancianos San Jose

Fuente: Elaboración Propia, visita de campo Agosto 2018

B. Atención a la PAM afiliada a SIS y EsSalud

- **Entidad Publica: Hospital Hipólito Únanue**



Figura 9 Vista Frontal de Centro del Adulto Mayor

Fuente: Hospital Tacna 2015

Actualmente el Hospital Hipólito Únanue no cuenta con la especialidad de geriatría, pero si con psiquiatría. Se realizan consultas internas en donde se registró lo siguiente:

Tabla 19

Población por genero de adultos mayores atendida en el Hospital Hipólito Únanue, 2018

	Total	Mujeres	Varones
2016	157	98	59
2017	112	57	55

Fuente: Elaboración propia en base a la Oficina de Estadística e Informática del Hospital Hipólito Únanue

Tabla 20

Porcentaje de la población atendida por tipo de trastorno mental

	2016
Trastorno depresivo moderado	22%
Trastorno depresivo recurrente	10%
Trastorno de ansiedad	13%
Demencia Senil	19%
Otros	36%

Fuente: Elaboración propia en base a la Morbilidad según grupo etario del Hospital Hipólito Únanue y EsSalud Tacna.

- **Entidad Privada: EsSalud, Centro del Adulto Mayor**

El CAM está orientado a mejorar la calidad de vida mediante el desarrollo de programas integración familiar, intergeneracional, socioculturales, recreativos, productivos y de estilos de vida para un envejecimiento activo.

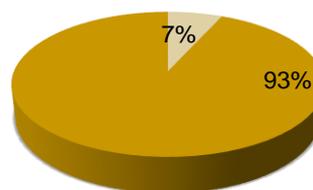


Figura 10 Porcentaje de población adulta mayor atendida en el CAM, 2018

Fuente: Elaboración propia en base la Oficina de Estadística e Informática de EsSalud.



Figura 11 Vista Frontal de Centro del Adulto Mayor

Fuente: Elaboración Propia

3.4.3. Análisis del aspecto físico espacial

3.4.3.1. Contexto Geográfico

Según el (Municipalidad Provincial de Tacna, 2014), La Región de Tacna se ubicada en el extremo Sur del Perú, limita por el Noroeste con la Región de Moquegua, por el Sur con la República de Chile, por el Este con la República de Bolivia, por el noreste con la Región de Puno y por el oeste con el Océano Pacífico. Cuenta con una superficie de 16,075.73 km², representado por el 1.25% del Perú.

La Región de Tacna se encuentra dividido políticamente por 04 provincias las cuales son Tacna, Tarata, Candarave y Jorge Basadre, dentro de estas provincias podemos encontrar 27 distritos que lo componen, uno de ellos el Distrito de Calana en donde se sitúa el proyecto a desarrollar.



Figura 13 Ubicación de Tacna a nivel nacional
 Fuente: Elaboración Propia

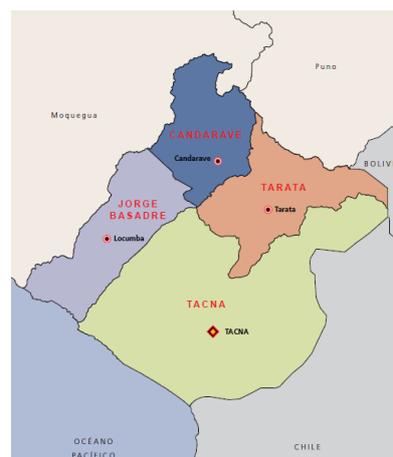


Figura 12 División política de la Región de Tacna
 Fuente: Wikipedia

La ciudad de Tacna fue fundada el 25 de junio de 1855, esto se produjo durante la época republicana, sin embargo, el origen de la ciudad data desde la época colonial. Fue declarada como Ciudad Heroica por el Congreso de la República del Perú el 21 de mayo de 1821, este hecho se produjo debido a todos los acontecimientos que afrontó la ciudad a la causa de la Independencia.

Tacna es la Región con un elevado potencial de desarrollo, cuenta con 03 fortalezas principales las cuales son: ingentes riquezas naturales, posición geográfica privilegiada y un elevado capital humano. Además de ello, se tienen grandes reservas mineras cuya explotación sostenible nos permitirá consolidarnos como una de las regiones con mayor ingreso.

El Distrito de Calana está situado a 850 m.s.n.m, posee un clima templado, seco y estable; el pueblo se encuentra rodeado de una campiña pintoresca con gran abundancia de árboles y hortalizas, también podemos encontrar el cauce seco del Río Caplina.

3.4.3.2. Análisis del aspecto biótico

3.4.3.3. Flora

El Decreto Supremo N°015-2009 MINAM, reconoció en la Provincia de Tacna la presencia del Área de Conservación Regional Vilacota Maure, este sector se caracteriza por poseer abundantes especies de flora y fauna alto andina con un elevado valor ecológico para la Región. Se mencionan algunas de las principales especies de flora típicas de la Región de Tacna:

- Nombre Científico: *Arundo donax*

Nombre Vulgar: Carrizo

Descripción: Es una gramínea muy utilizada por los pobladores tacneños para elaborar esteras que se expanden en los diferentes centros de abasto.



Figura 14 Arundo Donax

Fuente: Blogger 2010

- Nombre Científico: *Tillandsia capillaris*

Nombre Vulgar: Siempre viva

Descripción: Es una planta que crece sobre el suelo, pero no enraizado a él. Posee bromelias o achupallas para retener la poca agua que hay en el desierto tacneño.



Figura 15 Tillandsia Capillaris

Fuente: Blogger 2010

- Nombre Científico: Schinus Molle

Nombre Vulgar: Molle

Descripción: Posee un tronco retorcido que llega a tener entre 5 y 10 metros de altura, sus hojas poseen un peciolo con 15 a 27 hojuelas distribuidas en forma alternada. Posee flores de color blanco crema que están distribuidas en espigas.



Figura 16 Molle

Fuente: Blogger 2010

3.4.3.4. Fauna

La fauna que encontramos está comprendida entre animales domésticos y animales silvestres. La población silvestre es mínima, pero podemos encontrar vizcachas y zorros, así como

aquellas especies que son parte de la avifauna principalmente aves de presa y carroña.

La fauna domestica varía entre el cuidado que se le brinde, son animales de fácil reproducción y no se encuentran en peligro de extinción, podemos encontrar vacas, ovejas, cuyes, liebres, caballos, mulas y muchos otros animales más.

3.4.4. Estudio de casos

Finalmente se realizará un estudio de casos a nivel internacional con proyectos similares a la propuesta establecida como alternativa solución para conocer su funcionalidad, zonificación, circulación, espacialidad, estructuración y forma de proyectos confiables, se mencionan los casos a continuación:

TIPOLOGÍA 01: RESIDENCIA Y CENTRO DE DÍA PARA DISCAPACITADOS INTELECTUALES CON TRASTORNO DE CONDUCTA, BARCELONA

A. Generalidades

Arquitectos: Onze Architecture

Ubicación: Carrer Doctor Font Quer, 9, 08038 Barcelona, Spain

Área: 2 307 m²

Año del proyecto: 2012

B. Descripción del proyecto

Este proyecto se encuentra destinado a las características propias de un determinado grupo de personas, conlleva a que las circulaciones sean fácilmente controlables, la infraestructura lleva un abordaje integral en donde toda el área destinada se encuentra bien planificada para brindar la atención y el apoyo necesario con el fin de cumplir sus objetivos, programas individualizados y específicos.

El programa se distribuye en tres plantas divididas, tanto a nivel visual como funcional, en dos alas cada una. La situación de los vestíbulos, los núcleos de comunicaciones y las enfermerías en el centro del edificio (tanto en sección como en planta) proporciona unos esquemas de circulación claros, cortos y funcionalmente muy articulados, permitiendo el control desde las salas de enfermería de todas las conexiones y desplazamientos por el edificio.



*Figura 17 Residencia y Centro de Día para discapacitados intelectuales con trastorno de conducta
Fuente: Archdaily, 2013*

C. Análisis Funcional

Este proyecto cuenta con 03 niveles, y diversas zonas con ambientes específicos.

- ❖ Zona asistencia medica
 - Área de consulta y asistencia medica
- ❖ Zona Terapia y Talleres
 - Salón de terapias
 - Salón de taller recreacionales y ocupacionales
- ❖ Zona Complementaria
 - Área de servicios
 - SUM
 - Cocina – Comedor
- ❖ Zona de internamiento

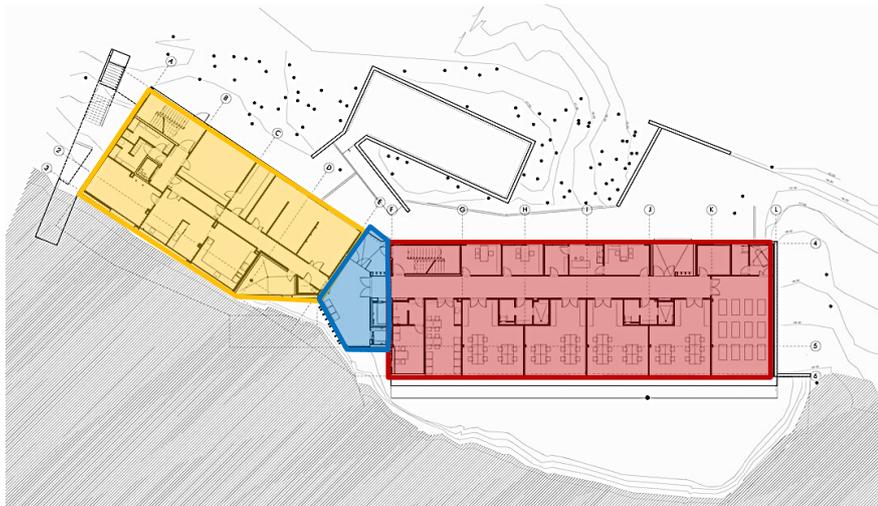
Planta Baja:

Figura 18 Zonificación de Planta Baja del Proyecto Residencia y Centro de día para discapacitados intelectuales con trastorno de conducta, Barcelona

Fuente: Elaboración propia en base a Archdaily, 2013

Primera Planta:

Figura 19 Zonificación de Primera Planta del Proyecto Residencia y Centro de día para discapacitados intelectuales con trastorno de conducta, Barcelona

Fuente: Elaboración propia en base a Archdaily, 2013

Segunda Planta:



Figura 20 Zonificación de Segunda Planta del Proyecto Residencia y Centro de día para discapacitados intelectuales con trastorno de conducta, Barcelona.

Fuente: Elaboración propia en base a Archdaily, 2013

Tabla 21:
Leyenda de Análisis Funcional

LEYENDA	
	Ingreso peatonal y vertical
	Área recreacional
	Área de internamiento
	Área de consulta y asistencia medica
	Área de servicio
	Área de terapia y talleres

Fuente: Elaboración propia

D. Análisis de Circulación

El Proyecto de Residencia y Centro de Día, posee ingreso vehicular y peatonal que conecta con todos los niveles del establecimiento, además de ello, interiormente se tiene las circulaciones verticales de escaleras y ascensores para que el usuario se traslade de acuerdo a sus necesidades.

Planta Baja:



Figura 21 Circulación de Planta Baja del Proyecto Residencia y Centro de día para discapacitados intelectuales con trastorno de conducta, Barcelona

Fuente: Elaboración propia en base a Archdaily, 2013

Primera Planta:

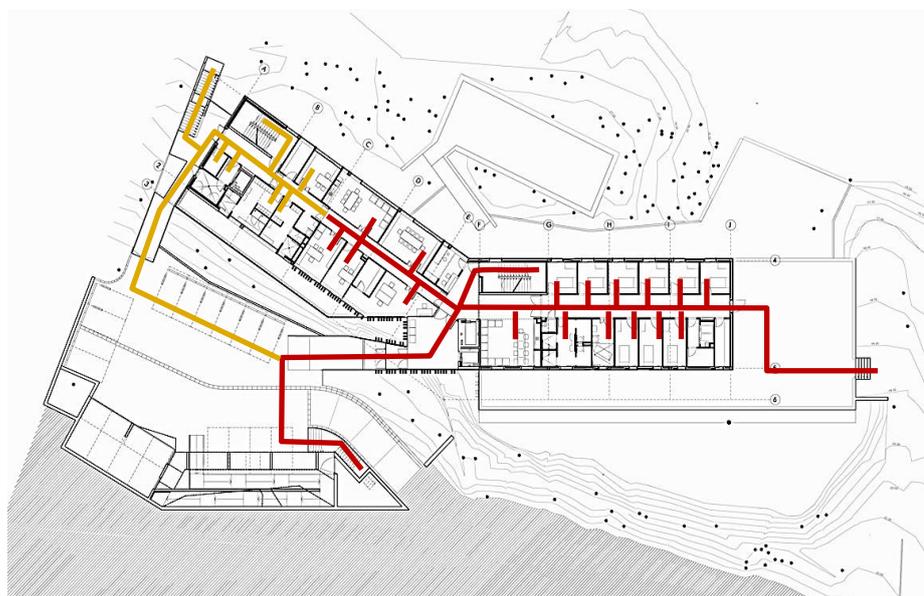


Figura 22 Circulación de Primera Planta del Proyecto Residencia y Centro de día para discapacitados intelectuales con trastorno de conducta, Barcelona

Fuente: Elaboración propia en base a Archdaily, 2013

Segunda Planta:



Figura 23 Circulación de Segunda Planta del Proyecto Residencia y Centro de día para discapacitados intelectuales con trastorno de conducta, Barcelona

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 22

Leyenda de Circulación de Tipología 01

LEYENDA	
	Circulación peatonal - Flujo medio
	Circulación peatonal – Flujo bajo
	Circulación vehicular

Fuente: Elaboración Propia

La circulación peatonal de mayor flujo, se encuentra en el área de terapia y talleres donde los pacientes pasan por una serie de etapas para poder ser rehabilitados y tratados. El ingreso principal a este centro se genera desde el nivel de piso terminado de la segunda planta ya que la infraestructura se encuentra enterrada y en sincronía con la topografía y su entorno, es importante resaltar este estudio de caso por la complejidad que presenta.

E. Análisis espacial:

El análisis espacial se realiza para identificar las zonas y los ambientes que presentan y requieren mayor tamaño y espacio dentro del contexto en el que se encuentran. Se identificará la zona por medio de un color rojo y se realizará por nivel de piso terminado.

Planta baja:

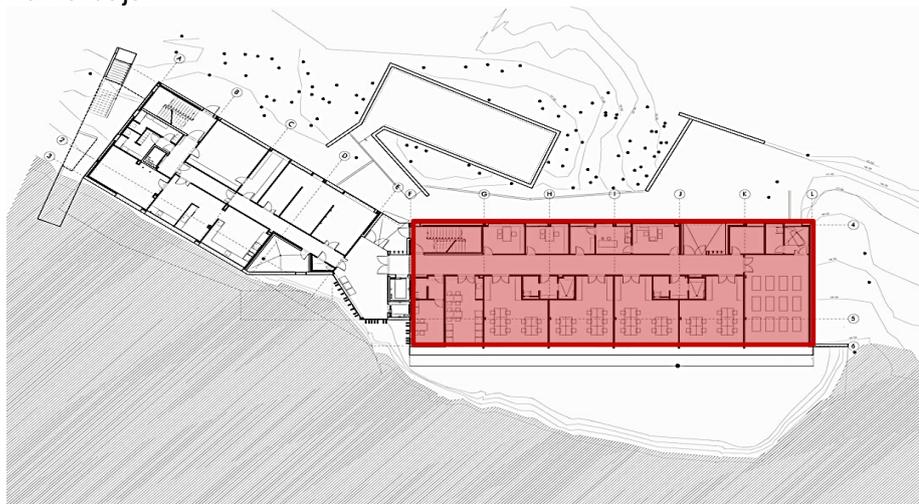


Figura 24 Análisis espacial de Planta Baja del Proyecto Residencia y Centro de día para discapacitados intelectuales con trastorno de conducta, Barcelona

Fuente: Elaboración propia en base a Archdaily, 2013

Tabla 23

Leyenda de análisis espacial de Planta baja - Tipología 01

LEYENDA	
	Zona de rehabilitación
Ambientes:	- Sala de terapia
	- Talleres Recreacionales
	- Talleres Ocupacionales
	- Batería de SS.HH

Fuente: Elaboración Propia

Primera Planta:



Figura 25 Análisis espacial de Primera Planta del Proyecto Residencia y Centro de día para discapacitados intelectuales con trastorno de conducta, Fuente: Elaboración propia en base a Archdaily, 2013

Segunda Planta:



Figura 26 Análisis espacial de Segunda Planta del Proyecto Residencia y Centro de día para discapacitados intelectuales con trastorno de conducta, Barcelona.

Fuente: Elaboración propia en base a Archdaily, 2013

Tabla 24

Leyenda de análisis espacial de Primera y Segunda Planta - Tipología 01

LEYENDA	
	Zona de Internamiento
<hr/>	
Ambientes:	- Dormitorios
	- Batería de SS. HH
	- Áreas comunes
<hr/>	

Fuente: Elaboración Propia

Podemos identificar que la mayor altura de piso a techo se encuentra en la Planta baja, en dicho nivel se encuentran los talleres recreacionales y ocupacionales que desarrollaran los pacientes.

F. Análisis Estructural

El proyecto utiliza el Sistema Aporticado, se realiza el esquema de un solo nivel ya que la estructura es repetitiva en los 3 niveles.



Figura 27 Análisis estructural de Planta típica del Proyecto Residencia y Centro de día para discapacitados intelectuales con trastorno de conducta, Barcelona

Fuente: Elaboración propia en base a Archdaily, 2013

Tabla 25

Leyenda de Análisis estructural de Tipología 01

LEYENDA	
■	Columnas
- - -	Vigas

Fuente: Elaboración propia

G. Análisis Formal

La Residencia y Centro de día para discapacitados intelectuales con trastornos de conducta, está comprendido en 03 niveles, la forma que lo compone esta sectorizado en 2 grandes alas proporcionales entre sí, estos 02 grandes sectores comparten un área común que los une para generar una adecuada distribución de los espacios.

Además de ello, su fachada principal correspondiente al ingreso peatonal utiliza pieles en su exterior para generar un mayor impacto visual, se trata de unos perfiles de acero que han sido anclados a la

propia estructura del proyecto, también se juega con el entorno integrándose a la topografía existente y a la propia vegetación del contexto.



Figura 28 Ingreso peatonal a Residencia y Centro de Día para discapacitados intelectuales con trastornos de conducta

Fuente: Archdaily, 2013



Figura 29 Ingreso principal a Residencia y Centro de Día para discapacitados intelectuales con trastornos de conducta

Fuente: Archdaily, 2013

TIPOLOGÍA 02: CENTRO DE ATENCIÓN PARA PERSONAS DE LA 3RA EDAD, ESPAÑA

A. Generalidades

Arquitectos: Francisco Gómez Díaz, Baum Lab

Ubicación: Calle Demetrio de los Ríos, Baena, Córdoba, España

Área: 1 540 m²

Año del proyecto: 2013

B. Descripción

El Centro de Día de Mayores en Baena es planteado desde el cumplimiento careciente de un programa funcional planteado, resolviendo dos criterios fundamentales para la ciudad, accesibilidad y sensibilidad con el entorno urbano que presenta la ciudad. Se realizó un estudio para poder determinar las condicionantes que debe salvaguardar el proyecto, los accesos a todas sus dependencias presentan una gran amplitud para que puedan ser transitadas por los usuarios con cualquier tipo de discapacidad. El centro de día se plantea ante la necesidad que se ha evidenciado en su localidad considerando la demanda y oferta existente, se brindan talleres que mejoran el estado emocional del adulto mayor y los ayudan a afrontar situaciones de ansiedad, mantenerse socialmente activos, fomentar su autonomía e independencia, mejorar sus capacidades cognitivas, mejorar su psicomotricidad y calidad de vida.



Figura 30 Vista Satelital de Centro de Atención para personas de la 3ra edad

Fuente: Archdaily, 2013

C. Análisis Funcional

Este proyecto es de un solo nivel, al igual que el anterior caso, se identificarán las zonas y los ambientes específicos con los que cuenta este Centro.

La infraestructura se sitúa en una colina, dicha ubicación lo convierte en un Centro privilegiado ya que la vista que posee es de todo el casco histórico de Baena.

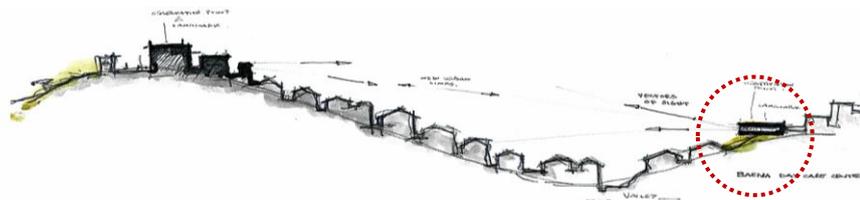


Figura 31 Esquema lateral de emplazamiento del Centro de Atención para personas de la 3ra edad.

Fuente: Archdaily, 2013

Las zonas y ambientes identificados son las siguientes:

- Zona de Atención
 - Área de Administración
 - Área de Consulta externa y asistencia médica al adulto mayor
 - Área de descanso y sensibilización familiar.

- Zona de Talleres y recreación
 - Área de Ocio
 - Área de Talleres recreacionales y ocupacionales
 - Batería de baños

- Zona Complementaria
 - SUM
 - Batería de baños
 - Área de comedor

Primer Nivel:

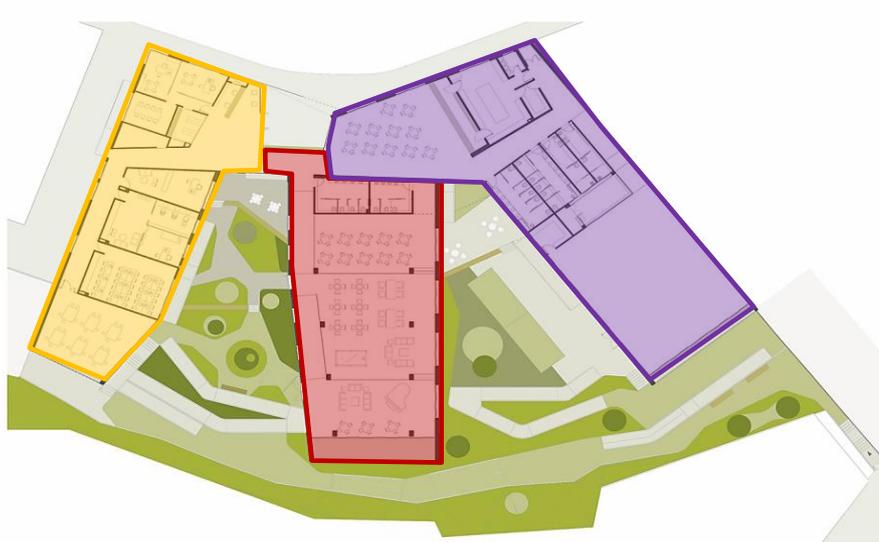


Figura 32 Zonificación de Primer Nivel de Centro de Atención para personas de la 3ra edad, Baona

Fuente: Elaboración propia en base a Archdaily, 2013

LEYENDA	
	Administración y asistencia medica
	Talleres ocupaciones, recreacionales
	Comedor, SUM, baños

D. Análisis de circulación

En el análisis de circulación se identifica el flujo peatonal medio y bajo para poder determinar aquellos ambientes que son más transitados por los usuarios.

Podemos observar un eje longitudinal que se distribuye en las 03 zonas planteadas, dicho eje reparte la circulación a todos los ambientes propuestos en el proyecto. No existe una circulación vertical ya que el diseño es de un solo nivel, tampoco se evidencia una circulación vehicular por el área del terreno y el diseño arquitectónico que posee.

Las áreas verdes presentan una circulación alta ya que es fundamental que el adulto mayor desarrolle sus actividades al aire libre para que su organismo siempre mantenga contacto con el exterior, el desarrollo de actividades recreativas e integrativas son parte de los derechos de las personas Adultas Mayores.

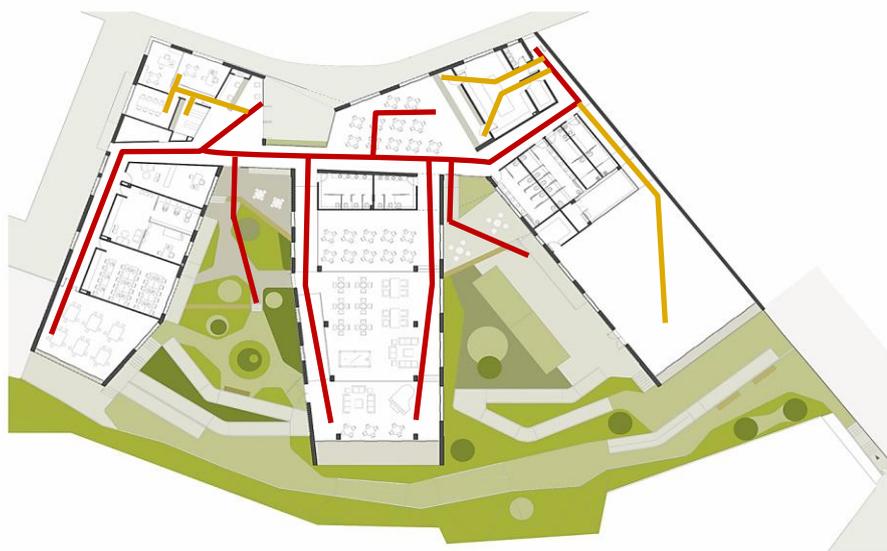


Figura 33 Análisis de circulación de Primer Nivel de Centro de Atención para personas de la 3ra edad, Baona

Fuente: Elaboración propia en base a Archdaily, 2013

LEYENDA	
	Circulación peatonal - Flujo medio
	Circulación peatonal - Flujo bajo

E. Análisis Espacial

El análisis espacial referente a la identificación de espacios por tamaño y forma se desarrollará por zonas para identificar que ambientes es el que presenta una mayor dimensión.



Figura 34 Análisis espacial de Primer Nivel de Centro de Atención para personas de la 3ra edad, Baona

Fuente: Elaboración propia en base a Archdaily, 2013

LEYENDA	
	Zona Complementaria
	- SUM
Ambientes:	- Batería de SS. HH
	- Cocina y comedor

La Zona Complementaria está destinado al desarrollo de actividades masivas de todos los Adultos Mayores que conforman el Centro de Atención, y a la integración de las familias que lo conforman. Es por ello, que la dimensión de dicha zona es más mayor al resto. Sin embargo, la Zona de Talleres y recreación que viene a ser el bloque del medio; también presenta una dimensión semejante a la de la Zona Complementaria. Esto se debe a que los ambientes que lo conforman, trabajan directamente con el usuario objetivo.

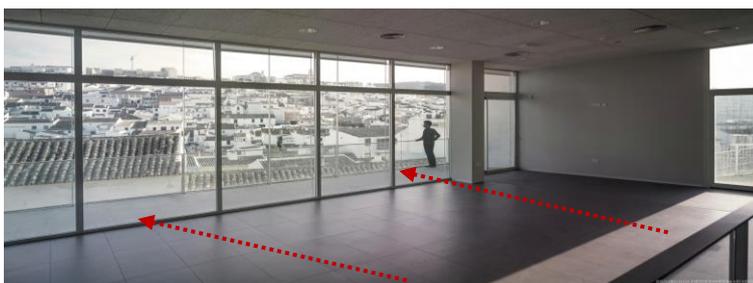


Figura 35 Análisis espacial, vista desde los talleres del Centro de Atención para personas de la 3ra edad, Baona.

F. Análisis Estructural

El sistema que utiliza este proyecto es el Aporticado, posee 03 bloques de formas regulares que son entrelazados entre sí.



Figura 36 Análisis estructural de Primer Nivel de Centro de Atención para personas de la 3ra edad, Baona.

Fuente: Elaboración propia en base a Archdaily, 2013

G. Análisis Formal

El diseño de este proyecto resguarda una composición de volúmenes puros de un solo nivel, que busca obtener una identidad propia dentro del Barrio de Baena ya que no cuenta con elementos urbanos de gran envergadura.



Figura 37 Vista del Exterior del Centro de Atención para personas de la 3ra edad, Baena.

Fuente: Archdaily, 2013

La fachada principal genera una sensación de innovación y de la utilización de arquitectura moderna, esto debido a que su forma y las características arquitectónicas que posee son innovadores, genera la sensación de fachadas perforadas para mimetizar la ventilación e iluminación.



Figura 38 Fachada Principal de Centro de Atención para personas de la 3ra edad, Baena.

Fuente: Archdaily, 2013

3.4.4.1. Conclusiones del estudio de casos

Tabla 26
Aportes referente al estudio de casos

Aspectos analizados	Residencia y Centro de día para discapacitados intelectuales con trastorno de conducta	Centro de Atención para personas de la 3ra edad	Premisas a considerar
Análisis Funcional	<p>El proyecto presenta espacios adecuadamente diseñados y distribuidos en torno a 02 alas, todo el conjunto posee un área en común que conecta a todos los niveles y a los ambientes que lo componen.</p> <p>De igual forma, no solo está dirigido para el público objetivo sino también para acoger a los familiares ya que son parte fundamental para la rehabilitación.</p>	<p>Se encuentra comprendido por 03 bloques de un solo nivel, todos los espacios se encuentran rodeados de vegetación y posee iluminación natural lo cual contribuye en el factor ambiental para la rehabilitación del paciente. Cuentan con un espacio en común que permite unir todas las zonas que compone el conjunto.</p>	<p>Los espacios podrán albergar al paciente y al familiar que lo acompañe. Las Zonas estarán claramente diferenciadas por medio de elementos arquitectos.</p> <p>Se priorizará la iluminación natural y la vegetación para que predominen en la zona de terapias e internamiento.</p>
Análisis espacial y de circulación	<p>La circulación que el proyecto propone en los diversos niveles es repetitiva y lineal, se logra visualizar a través las actividades que se realizan en todas las zonas, ya que es imprescindible el control que se debe de tener con los pacientes.</p> <p>La zona que presenta mayor dimensión es el Internamiento, ello se genera debido a la capacidad, necesidad y su ergonómica.</p>	<p>La circulación que conecta a todas las zonas es lineal, se remata en toda la zona complementaria y la dimensión de la circulación principal es mayor al resto de circulaciones del proyecto.</p> <p>A diferencia de la tipología anteriormente analizada, la zona complementaria es la que presenta mayores dimensiones, cuenta con un comedor, SUM y la batería de baños para el paciente y usuarios acompañantes.</p>	<p>Se planteará una circulación lineal entorno a un eje organizador, las circulaciones principales poseerán mayores dimensiones de acuerdo a las características de la zona.</p> <p>Las zonas predominantes se diferenciarán por su tamaño y forma.</p>
Análisis estructural y formal	<p>El proyecto propone una modulación regular, los elementos estructurales están conformados por columnas, vigas y losa. Sin embargo, se consideran placas para las circulaciones verticales como ascensores.</p> <p>Con respecto a la forma, lo resaltante es que el proyecto cuenta con elementos verticales que cumplen la función de un parasol, juega un rol importante en su forma.</p>	<p>El Sistema empleado es el Aporticado compuesto por columnas, vigas y losa, cada bloque se encuentra modulado y separado por juntas sísmicas para el adecuado funcionamiento estructural.</p> <p>Respecto a la forma, las fachadas que presenta son similares a pieles con perforaciones que permite dar el paso de luz natural hacia los ambientes interiores, de igual forma se visualiza toda la vegetación propia del conjunto.</p>	<p>Todos los bloques que conformaran el proyecto serán modulados y poseerán juntas sísmicas en donde sea necesario.</p> <p>Se utilizarán placas, columnas, vigas, losas aligeradas mediante el Sistema Aporticado.</p> <p>Las fachadas a proponer poseerán elementos arquitectónicos que se mimetizaran con la propia estructura del proyecto, para que todo cumpla una función en específico.</p>

Fuente: Elaboración Propia

CAPITULO IV:

PROPUESTA ARQUITECTONICA

IV. CAPÍTULO IV: PROPUESTA ARQUITECTONICA

4.1. Análisis de usuario

4.1.1. Paciente

Para poder desarrollar una propuesta arquitectónica considerando todas las características y necesidades del usuario, es necesario realizar un análisis acerca de su clasificación Según el Plan Nacional para las personas Adultas Mayores (Mindes, 2006), la clasificación es de la siguiente manera:

Tabla 27
Clasificación de la persona Adulta Mayor

Persona Adulta Mayor independiente o Autovalente	Persona Adulta Mayor Frágil	Persona Adulta Mayor Dependiente o Postrada
		

Fuente: Elaboración Propia

De acuerdo al análisis contextual ya realizado, se identificaron los establecimientos que brindan servicios de alojamiento o atención médica para el adulto mayor. Todo ello para poder diferenciar la cantidad de población que ya está siendo atendida.

Tabla 28
Resumen de PAM con discapacidad intelectual atendida

Total de PAM identificados con D. Intelectual	Hogar Geriátrico San Pedro	Hogar de Ancianos San Jose	Hospital Hipólito Únanue
184	25	2	157

Fuente: Elaboración Propia

En la Tabla 24 se identificó a 184 adultos mayores con discapacidad intelectual atendidos en diversos establecimientos públicos o privados, esa cantidad se refleja en el 4.55% del total de población identificada con algún trastorno mental. La población desatendida es de 3855 adultos mayores, por lo cual el proyecto propondrá mejorar la

cobertura de atención en salud mental al 5% del total, siendo este porcentaje representado por 180 adultos mayores

La clasificación de la población Adulta Mayor nos servirá para determinar el universo que comprenderá el proyecto, es por ello que es necesario determinar las necesidades de cada tipología, de acuerdo a ello podremos proponer los diversos espacios arquitectónicos.

Dentro del desarrollo de la propuesta arquitectónica se identifican dos tipos de paciente:

- Paciente ambulatorio: Son aquellos adultos mayores entre varones y mujeres que visiten el establecimiento de atención en salud mental para obtener algún diagnóstico, tratamiento o talleres que quieran realizar por algún interés propio.
- Paciente residente: Persona adulta mayor con algún trastorno mental que reside en el centro de atención integral para tratar y monitorear el estado de salud mental en el que se encuentra a cargo de profesionales capacitados.

4.1.1.1. Medidas de salud que garanticen el envejecimiento saludable

Según el Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud (OMS, 2015, págs. 42,43), es necesario establecer una acción de salud integral para las personas adultas mayores, es por ello que se determina la propuesta arquitectónica que optimizara las trayectorias de capacidad en el curso de vida de este grupo etario. A continuación, se muestra un gráfico que explicara las medidas que posibilitaran a las personas adultas mayores para ser y hacer lo que ellos valoran promoviendo su capacidad funcional y manteniendo su capacidad intrínseca.

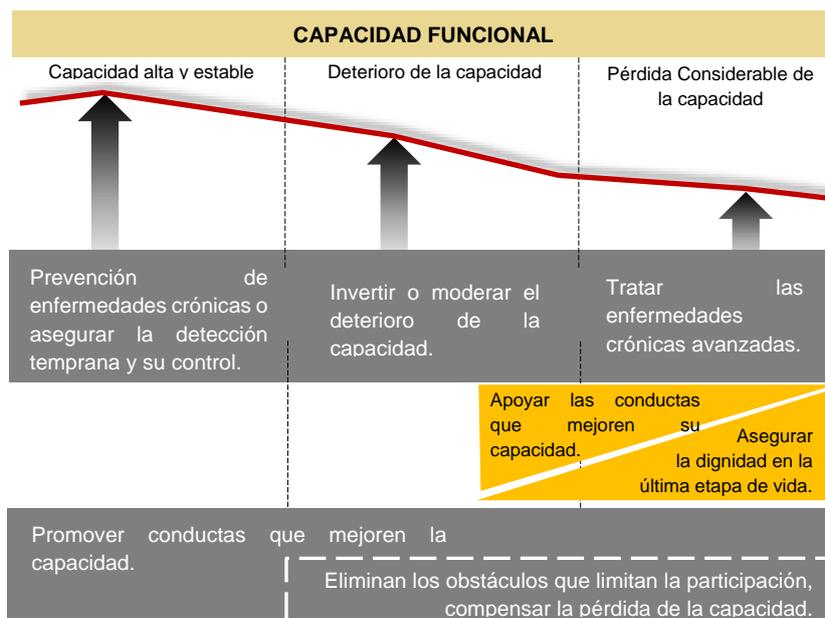


Figura 39 Medidas de salud para garantizar el envejecimiento saludable

Fuente: Elaboración Propia en base al Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud

Una de las esferas prioritarias para la acción que se establece en el informe emitido por la Organización Mundial de la Salud es la creación de entornos adaptados para las personas Adultas Mayores, con el fin de propiciar su autonomía, combatir la discriminación por motivos de edad y apoyar el envejecimiento saludable.

Necesidades básicas del adulto mayor:

- Relación con la familia
- Realización de actividades físicas, psicológicas y sociales
- Calidad de vida con acceso a atención medica integral
- Condición Ambiental adecuada

Actividades del adulto mayor:

También es necesario identificar las principales actividades que realiza una persona adulta mayor, de acuerdo a ello se podrá determinar la propuesta con las características arquitectónicas que mejor se adecuen a sus requerimientos y necesidades. Según (Acosta Quiroz & Mónica González, 2009) en su Informe acerca de las actividades de la vida diaria en

adultos mayores, se expuso que depende mucho del dinero, la salud, la capacidad de moverse y de las preferencias personales del individuo.

Tabla 29
Principales Actividades del Adulto Mayor

ACTIVIDADES QUE PUEDE REALIZAR UN ADULTO MAYOR DE ACUERDO A SU CLASIFICACIÓN	
Actividad de independencia Usuario: Adulto Mayor Independiente	Puede asear su habitación, realizar sus necesidades fisiológicas sin ayuda de terceras personas, ordenar sus prendas, desplazarse de un lugar a otro.
Actividades recreativas mentales Usuario: Adulto Mayor Independiente y Frágil	Las actividades se enfocan en el desarrollo de terapias sensoriales y cognitivos, el desarrollo de talleres recreacionales como manualidades, dibujo, cocina, y juegos mentales.
Actividades recreativas físicas Usuario: Adulto Mayor Independiente y Frágil	Realización de actividad física como yoga, psicomotricidad, terapia física, jardinería, baile.
Actividades sociales Usuario: Adulto Mayor Independiente, Frágil y Dependiente	Asistir a la Iglesia, charlar con familiares y amigos, convivir en grupo y con personas de sus mismas características.
Actividades de cuidado hacia la salud Usuario: Adulto Mayor Independiente, Frágil y Dependiente	Asistir a consultas médicas, recibir tratamiento para tratar y prevenir posibles trastornos mentales, adecuada alimentación.

Fuente: Elaboración Propia

4.1.2. Personal

En este tipo de establecimiento se requiere de diversos profesionales en distintas especialidades para poder desempeñar su labor en los escenarios que se propondrán en el Centro de Atención Integral. La clasificación es la siguiente:

- **Personal Médico**
Son todos aquellos profesionales especializados en los diversos servicios que brinda el Centro de Atención integral para mejorar la cobertura de salud mental del adulto mayor, ya sea en consulta externa y residencia.
- **Personal Técnico**
El personal técnico es un equipo de apoyo para el correcto funcionamiento del establecimiento, estará conformado por técnicos en enfermería y farmacéuticos.
- **Personal Administrativo**
El personal administrativo estará compuesto por un director general del establecimiento, un administrador, un jefe de logística, jefe de contabilidad y demás personal administrativo que se requiera para obtener un adecuado funcionamiento.
- **Personal calificado para desarrollar los talleres ocupacionales**
El personal que estará a cargo de dichos talleres, serán personas capaces y con experiencia en el desarrollo de cada taller que se propone en el Centro de atención integral.
- **Personal de servicio**
Son todas aquellas personas que brindarán el servicio de mantenimiento a todas las áreas que comprenda la propuesta arquitectónica, estarán a cargo de la cocina, lavandería, el mantenimiento del establecimiento, vigilancia, entre otros servicios que se vayan a requerir.

4.1.3. Familiares

Los familiares pueden ser de los pacientes ambulatorios o los pacientes residentes:

- **Familiares de pacientes ambulatorios:**
Son personas con algún parentesco del paciente, ellos podrán acompañarlos en sus consultas externas y llevarlos hasta la zona de talleres o terapias que ellos vayan a realizar. También podrán acceder libremente sin el paciente en caso vayan a realizar algún trámite para su familiar.
- **Familiares de pacientes en residencia:**
Son personas que tendrán acceso a las instalaciones de residencia para poder visitar a sus familiares en el horario de atención que plantee el centro de atención integral.

4.1.4. Amigos

Su permanencia es esporádica ya que ellos visitan a los adultos mayores que se encuentran en la zona de residencia, también estarán sujetos bajo el horario de atención que plantee el centro de atención integral.

4.1.5. Público en general

Son personas que no tienen algún vínculo con el Centro de Atención integral, pueden realizar visitas esporádicas de ayuda al adulto mayor, o hacer uso de aquellas instalaciones versátiles que propone el establecimiento.

4.1.6. Premisas de diseño

Las premisas de diseño serán utilizadas como parámetros y criterios dentro del desarrollo de la propuesta arquitectónica, permitirá sustentar de manera eficiente los diferentes aspectos a tomar en cuenta.

A. Paciente Adulto mayor residente

- La PAM que presenta y tiene diagnóstico de trastornos mentales no cuenta con los espacios adecuados para ser tratados y rehabilitados, es por ello que se debe de diseñar espacios acordes a sus necesidades en donde puedan ser diagnosticados, medicados y rehabilitados a través de terapias y talleres ocupacionales.
- La PAM asegura con problemas de salud mental crónico y degenerativo necesitan espacios para ser tratados por

personal capacitado que les permita ser correctamente evaluados e internados ya que el trastorno mental degenerativo necesita de atención especializada, y espacios de encuentro con su familia.

- La depresión, ansiedad y demencia senil son los trastornos que presentan mayor porcentaje de incidencia en el adulto mayor, es por ello que el Centro de Atención Integral estará enfocado principalmente en el tratamiento de esos trastornos.

B. Paciente Adulto Mayor ambulatorio

- Este porcentaje del total de población asegurada que en su gran mayoría son adultos mayores entre 60 y 70 años deben de tener una atención de salud mental eficaz en el ámbito comunitario ya que los trastornos mentales pueden ser prevenidos y diagnosticados prematuramente para que sean tratados a tiempo con el fin de mejorar su calidad de vida para que tengan hábitos activos y saludables propiciando un estilo de vida sano. Es por ello que se debe de diseñar espacios destinados a la optimización física y psíquica, tratamiento de enfermedades físicas conexas; detección y tratamiento de síntomas comportamentales y psíquicos en espacios abiertos y cerrados.

C. Personal

- Toda clase de personal que requiera el establecimiento necesita de servicios higiénicos, vestidores y zonas de estar de ser el caso.

D. Familiares y amigos

- Los familiares de adultos mayores ambulatorios necesitan un espacio para poder acompañar a su familiar en la consulta externa, terapias o talleres que vayan a realizar.
- Los familiares y amigos de adultos mayores residentes, necesitan espacios de socialización para poder pasar un agradable tiempo con aquellos a los que visitan.

E. Público en general

- El público en general necesita de espacios versátiles para poder desarrollar distintas actividades que ellos requieran, se propondrá el diseño de un salón de usos múltiples que podrá ser utilizado para actividades propias del centro de atención integral y para el público en general que requiera de ese espacio.

4.2. Análisis del lugar

4.2.1. Aspecto Físico Natural

A. Localización



País: Perú
 Departamento: Tacna
 Provincia: Tacna
 Distrito: Calana

País: Perú
 Departamento: Tacna
 Provincia: Tacna
 Distrito: Calana

DIVISIÓN DE DISTRITOS - TACNA

- Tacna
- Pocollay
- Alto de la Alianza
- Ciudad Nueva
- Gregorio Albarracín
- Calana
- Palca
- Sama
- Inclán
- Pachia

PREMISAS

- Ya que la forma del terreno es regular y alargada, se propondrán bloques que respetarán la forma del terreno, de tal manera todo quedara mimetizado en conjunto.
- La zonificación del proyecto arquitectónico será emplazado por orden jerárquico.

B. Ubicación

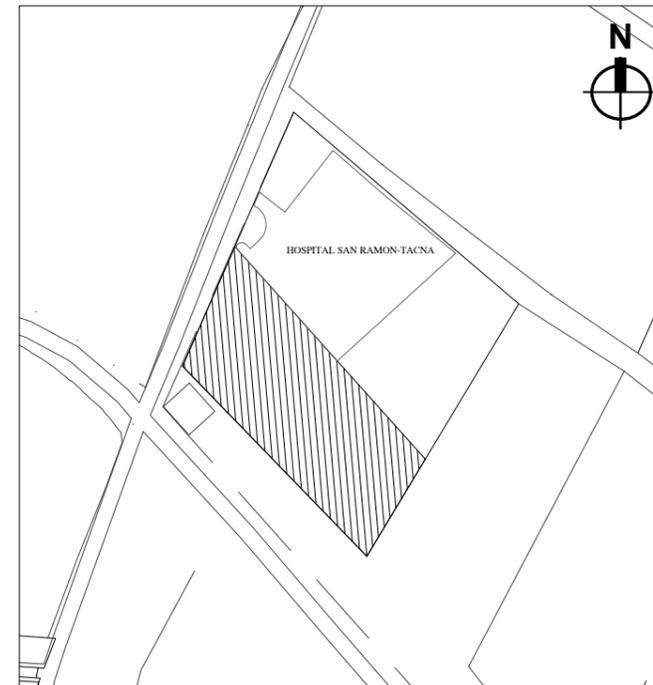


Figura 40 Ubicación de predio para el desarrollo de la propuesta arquitectónica

Fuente: Elaboración propia

El terreno se encuentra emplazado en la primera cuadra entre la Av. 1 y la Calle N°4 de Calana.

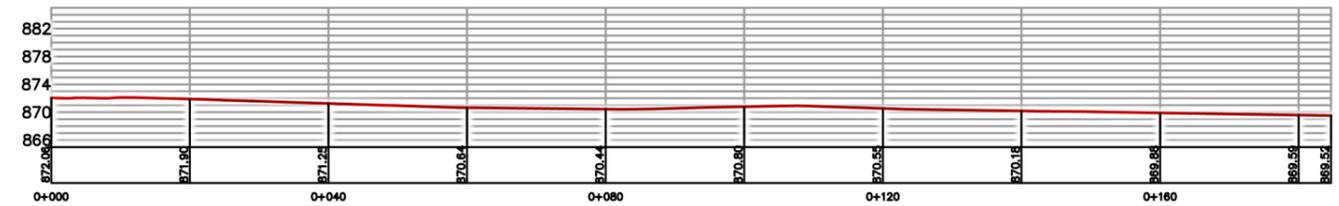
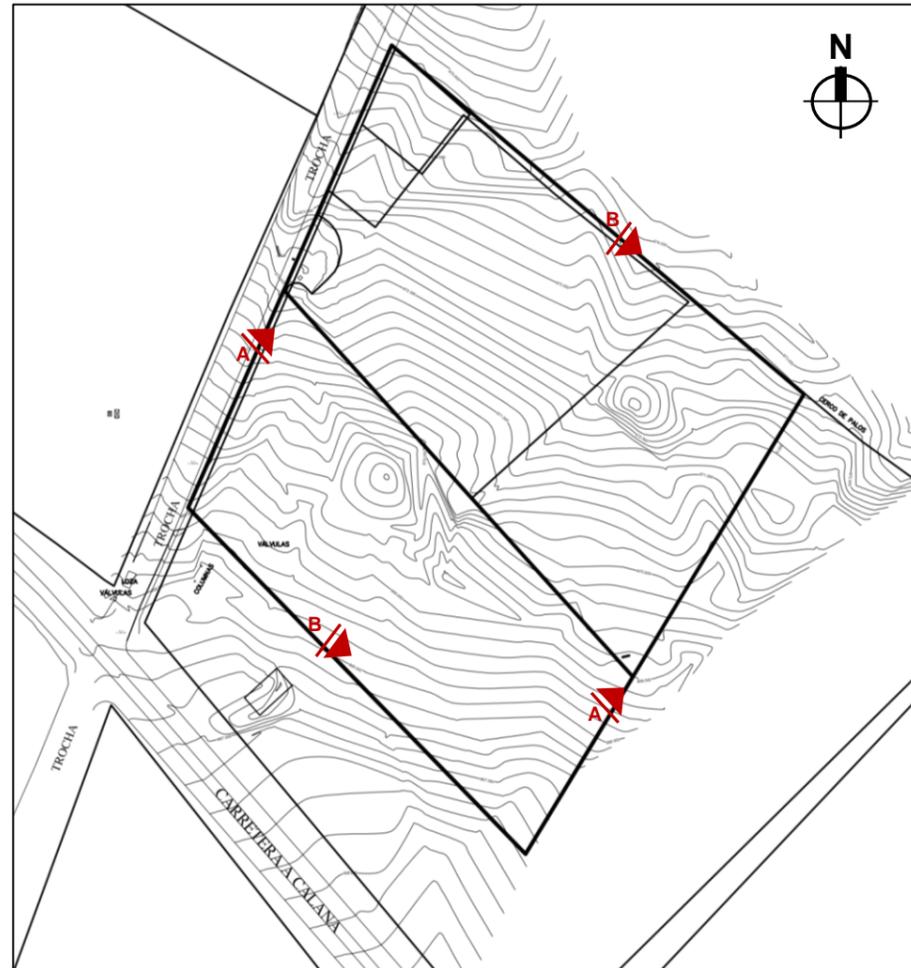
Área: 13 717 m²
 Perímetro: 517.82 ml

Linderos y Colindantes:

- **Por el Frente** en línea recta con 182.45 ml. con la calle n°4.
- **Por el lado derecho** en un segmento de 80.00 ml con una vía no consolidada.
- **Por el lado izquierdo** en un segmento de 69.28 ml con un terreno eriazo propiedad de terceros.
- **Por el Fondo** en línea recta con 186.10 ml. con terreno eriazo del estado.

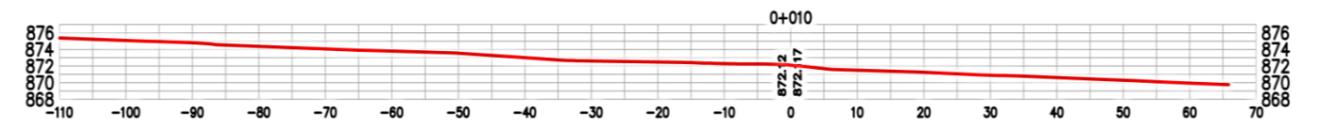


C. Topografía



CORTE A –A

En el corte A-A' el terreno cuenta con una diferencia de 5 metros, la pendiente es de 3%



CORTE B–B

En el corte B-B' el terreno cuenta con una diferencia de 7 metros, la pendiente es de 4%

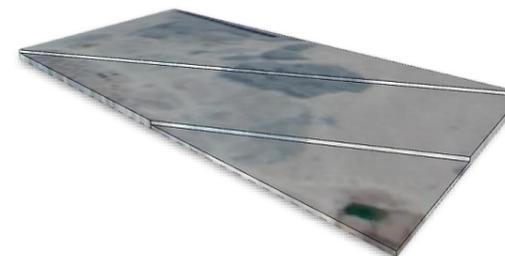
Características del terreno

- El terreno elegido cuenta con un polígono casi regular, contando con tres frentes libre para facilitar el acceso, las vías que generan accesibilidad son: Av N°1 o Carretera a Calana, la Av. N°4 no consolidada y una vía proyectada.
- El área del terreno permite desarrollar la UPSS a construir, así como las ampliaciones futuras previsibles y la destinación de estacionamientos y áreas verdes (50%) para lograr la integración de las actividades del establecimiento con los espacios externos.

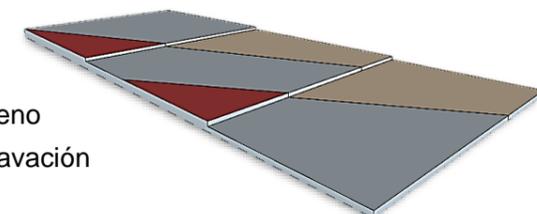
Los terrenos elegibles como nuevos establecimientos de salud deberán ser predominantemente planos la zona muestra una topografía suave de norte a sur, cortada por la quebrada palca. se observan cerros que están sobre los 2000 metros de altitud, asimismo, vestigios de meteorización y erosión, generalmente de las rocas granodiorita que han sido depositadas como material de pie de monte y terrazas fluviales.

PREMISAS

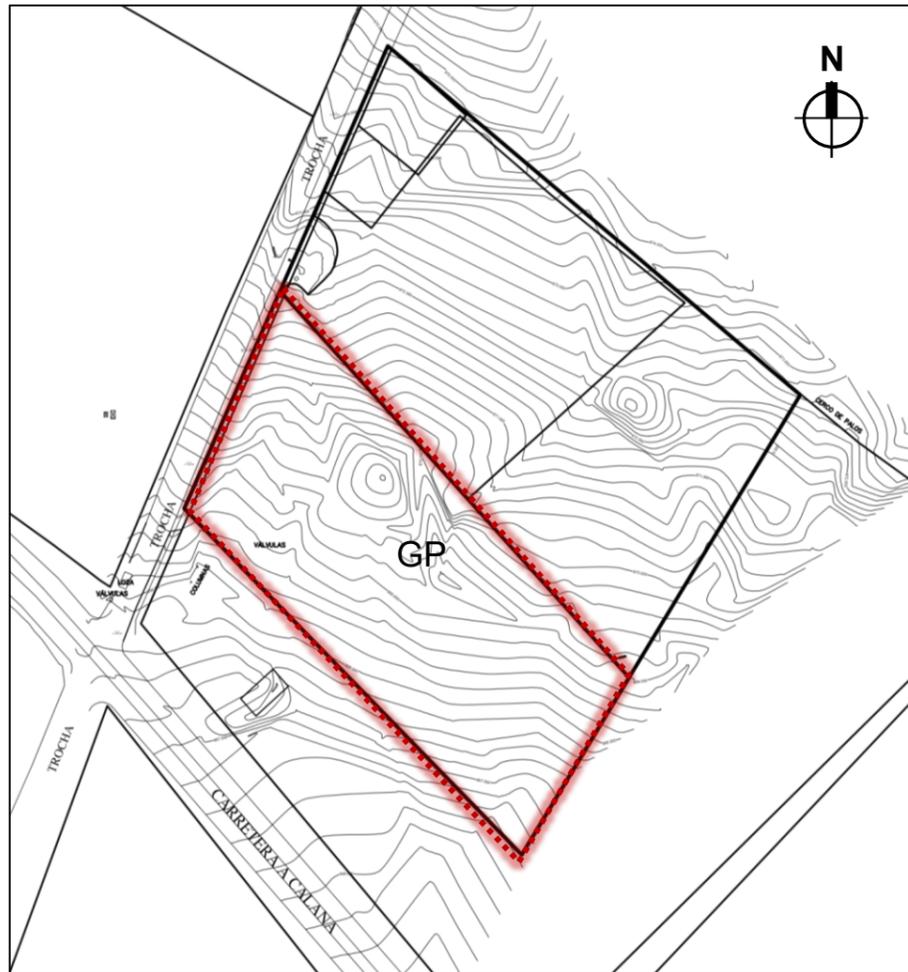
- Debido a la topografía del terreno, se considerará rellenar en donde sea necesario para mayor comodidad del adulto mayor, con el fin de no generar muchas plataformas que perjudiquen y dificulten el desplazamiento del Adulto Mayor.



■ Relleno
■ Excavación



D. Resistencia de suelo



Plano de riesgos Tacna FUENTE MTA
 Plano de riesgos Tacna FUENTE MTA
 Terreno GP: Grava mal graduada

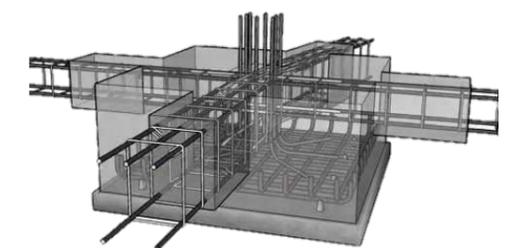
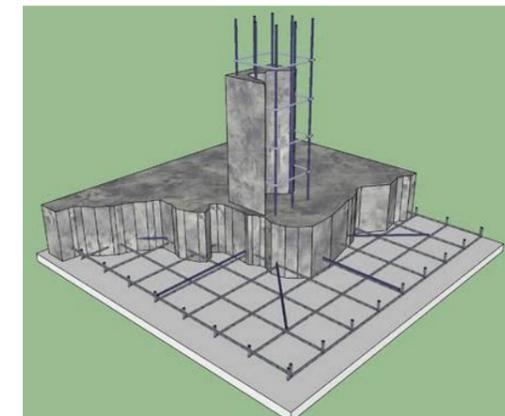
Según el plano de zonificación superficial de suelos, el terreno cuenta con suelo de gravas mal graduadas. Según el Sistema Unificado de Clasificación de Suelos la grava mal graduada es un suelo granular grueso, que posee características rocosas; por lo cual se puede decir, que se cuenta con un terreno apto para llevar a cabo el diseño y construcción con una alta resistencia.

Es importante mencionar que el distrito está formado por suelos arenosos y gravas mal graduadas teniendo también la presencia de material de rellena en la zona de canteras, esto nos da a conocer el buen comportamiento del lugar con respecto a la construcción. La capacidad portante de es de 3.0 Kg/cm²

Según el plano de zonificación superficial de suelos, el terreno cuenta con suelo de gravas mal graduadas. según el sistema unificado de clasificación de suelos la grava mal graduada es un suelo granular grueso, que se caracteriza por tener presencia rocosa; por lo cual se puede decir, que se cuenta con un suelo apto para la construcción y alta resistencia. teniendo una resistencia entre 2,0 a 3,0 kg/cm² una resistencia entre 2,0 a 3,0 kg/cm²

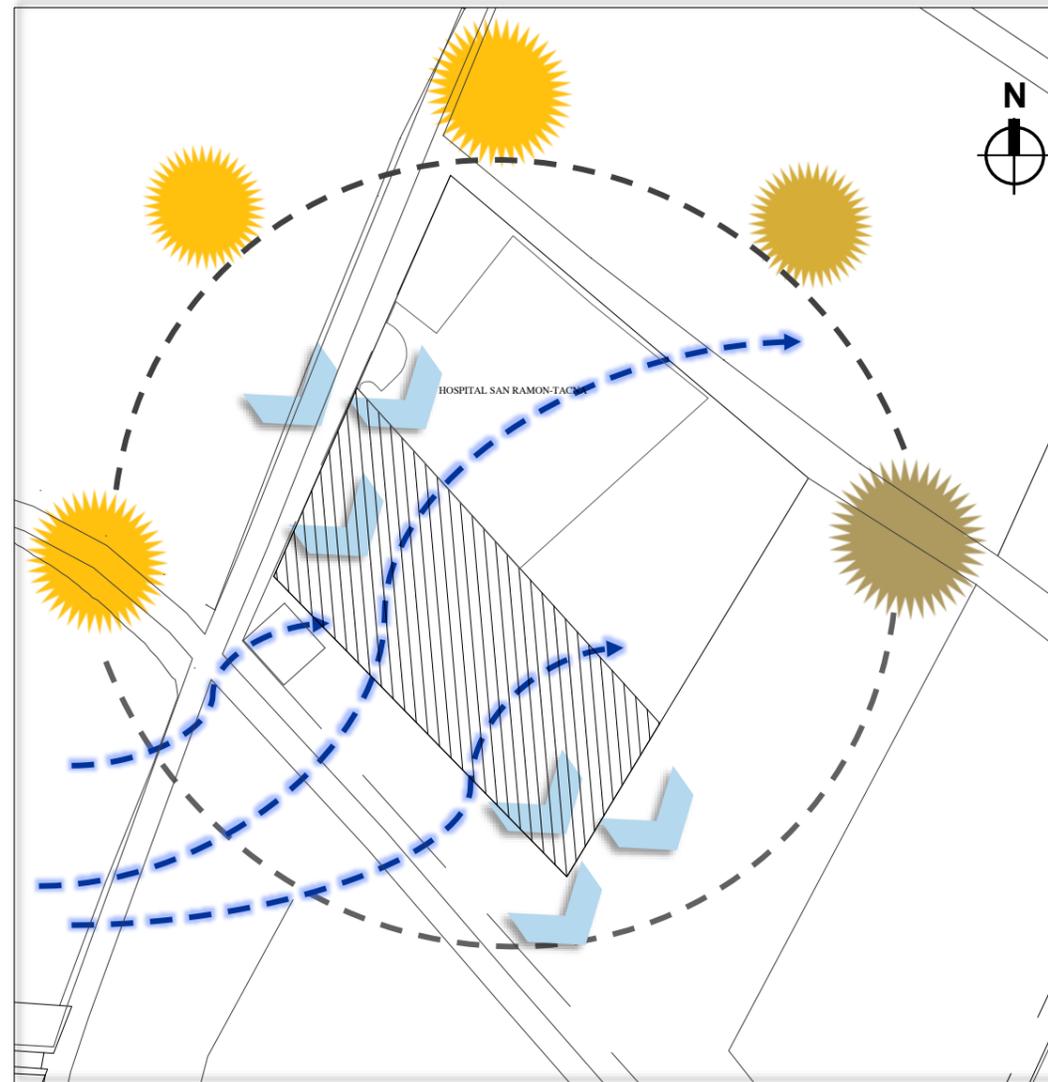
PREMISAS

- La edafología del terreno nos permitirá proponer un proyecto arquitectónico de mayor complejidad, pudiendo establecer diversos sistemas constructivos como el mixto.
- Debido al tipo de suelo GP, se plantea una cimentación en base a zapatas aisladas o conectadas.

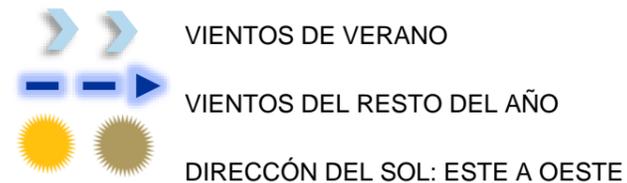


DIVISIONES MAYORES	SÍMBOLO		DESCRIPCIÓN
	SUCS	GRÁFICO	
SUELOS GRANULARES	GRAVA Y SUELOS GRAVOSOS	GW	GRAVA GRADUADA BIEN
		GP	GRAVA GRADUADA MAL
		GM	GRAVA LIMOSA
		GC	GRAVA ARCILLOSA
	ARENA Y SUELOS ARENOSOS	SW	ARENA GRADUADA BIEN
		SP	ARENA GRADUADA MAL
		SM	ARENA LIMOSA
		SC	ARENA ARCILLOSA
SUELOS FINOS	LIMOS Y ARCILLAS (LL < 50)	ML	LIMO INORGÁNICO DE BAJA PLASTICIDAD
		CL	ARCILLA INORGÁNICA DE BAJA PLASTICIDAD
		OL	LIMO ORGÁNICO O ARCILLA ORGÁNICA DE BAJA PLASTICIDAD
	LIMOS Y ARCILLAS (LL > 50)	MH	LIMO INORGÁNICO DE ALTA PLASTICIDAD
		CH	ARCILLA INORGÁNICA DE ALTA PLASTICIDAD
		OH	LIMO ORGÁNICO O ARCILLA ORGÁNICA DE ALTA PLASTICIDAD

E. Climatología



Fuente: Senamhi



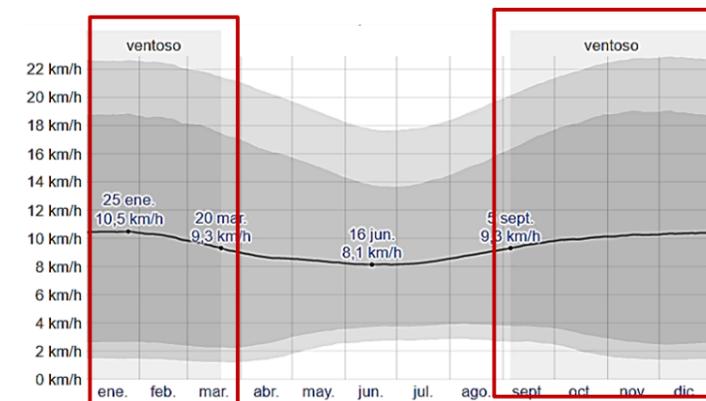
PREMISAS

- Se tomará en cuenta principalmente los vientos predominantes de Suroeste a Noreste, se propondrán bloques de un solo nivel en los extremos y de 2 niveles a mas en el medio para evitar barreras y que se realice una adecuada circulación y renovación de aire de los espacios a proponer.

• **Vientos**

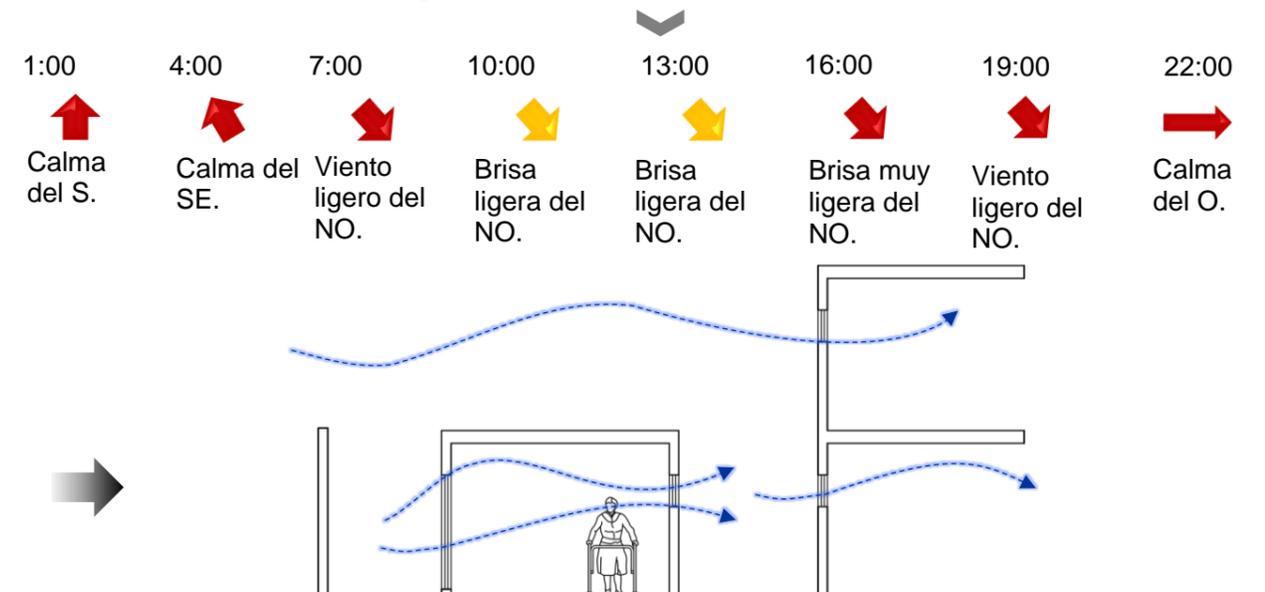
La Estación Tacna - CORPAC señala la predominancia de vientos medianamente moderados con dirección sur en el verano y de suroeste en el resto del año, persistiendo esta direccionalidad del viento hasta la fecha, con una fuerza máxima de 10 m/seg. Teniendo como velocidad promedio el último año de 3 m/seg.

En los meses de verano hay vientos de gran intensidad que soplan en horas de la tarde, lo cual en combinación con el sol intenso del Distrito y el aire seco de esos meses; origina el aumento de la evapotranspiración, causando como consecuencia la erosión del suelo y pequeños remolinos de viento que son una gran molestia para la población.



La parte más ventosa del año dura 6-5 meses, de septiembre a marzo, con velocidades promedio del viento de más de 9,3 kilómetros por hora. Siendo el tiempo más calmado a fines del mes de marzo y la primera semana de septiembre. El día más calmado del año es el 16 de junio, el cual tiene una velocidad promedio del viento de 8,1 kilómetros por hora.

Diagrama de acceso de vientos al terreno



Asoleamiento

El asoleamiento de la ciudad de Tacna es de este a oeste. El terreno al estar orientado Norte – Sur, posee una mayor influencia de sol en la fachada de Este – Oeste. Por lo que sería recomendable que las zonas que se encuentren en esa zona tengan mayor protección para molestias durante el verano.

Incidencia solar por estaciones	Verano	10 horas sol por día
	Otoño	7 horas sol por día
	Invierno	6 horas sol por día
	Primavera	7 horas sol por día

Radiación UVC

Según el Ministerio de Ambiente y Senamhi, Tacna es uno de los departamentos con RADIACIÓN UV MUY ALTO, esto nos indica que la intensidad de la radiación Ultravioleta puede afectar la salud de la población si hay una exposición al sol de varias horas o si no se mide el nivel de riesgo.

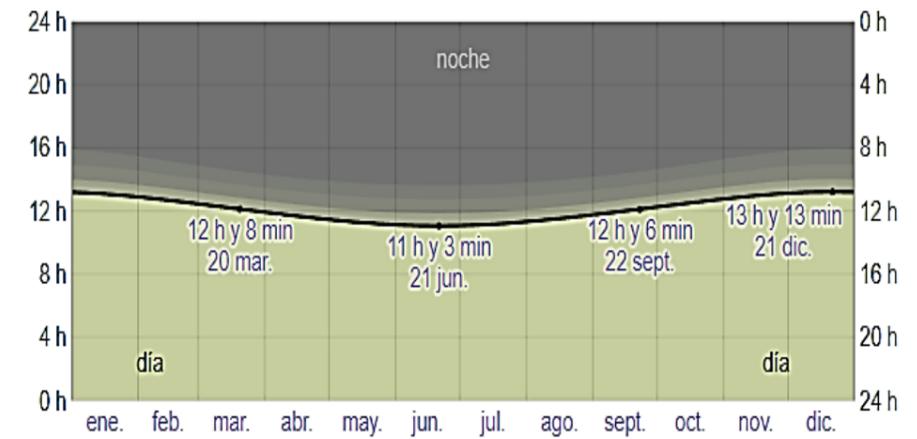


Fuente: Ministerio del Ambiente - Senamhi

PREMISAS

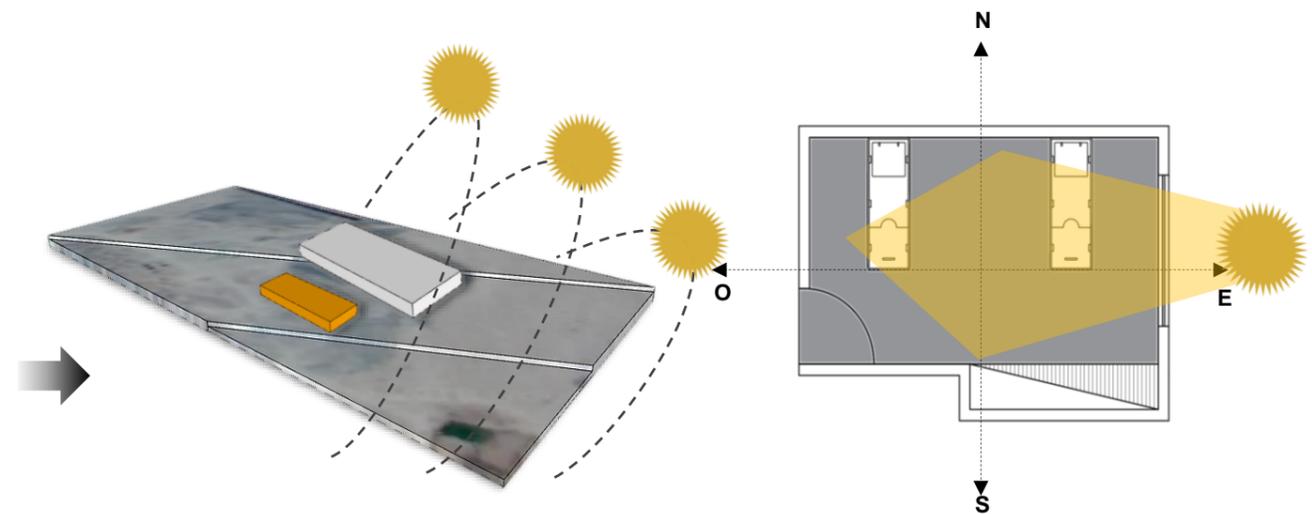
- La dirección de sol permitirá orientar adecuadamente los espacios de internamiento para el adulto mayor, de tal modo que siempre reciban luz natural al interior de sus habitaciones y demás espacios de estar.
- Al conocer el nivel de radiación se propondrá que el ingreso de luz natural no sea directamente al mobiliario interior de la zona de internamiento ya que podría generar problemas en la vista y el cuerpo.

Hora de luz natural y crepúsculo



La cantidad de horas durante las cuales el sol está visible (línea negra). De abajo (más amarillo) hacia arriba (más gris), las bandas de color indican: luz natural total, crepúsculo (civil, náutico y astronómico) y noche total.

Salida de sol temprana	4:55 am	26 Noviembre
Salida de sol más tardía	6:12 am	7 Julio
Puesta de sol más temprana	17:12 am	4 de Junio
La puesta de sol más tardía	18:22 pm	16 de Enero



• **Temperatura**

Según los informes las más altas temperaturas se dan en el mes de febrero, alrededor de 26.10 ° C. Las temperaturas medias más bajas del año se producen en el mes de julio, y se encuentra alrededor de 10.1 ° C. La temperatura en el distrito de Calana se clasifica como templado seco.

Incidencia de temperatura ➔

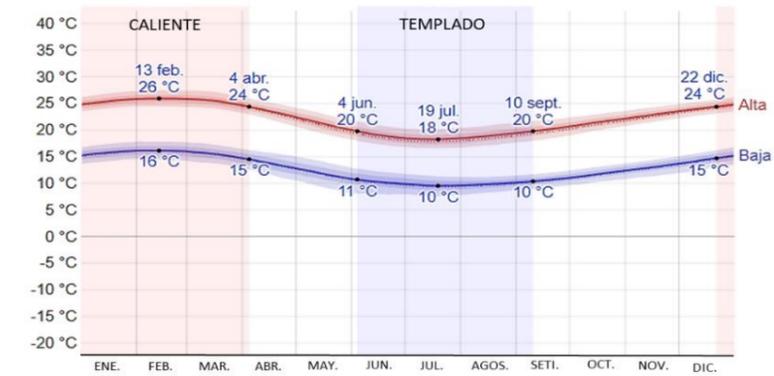
Alta	Enero, Febrero, Marzo	26.10 °C
Promedio	—	18.30 °C
Baja	Junio, Julio, Agosto	10.10 °C

Temperatura mensual ➔

MES	MEDIA	MINIMA	MAXIMA
Enero	20°	15°	25°
Febrero	21°	15°	26°
Marzo	20°	14°	25°
Abril	18°	12°	23°
Mayo	16°	10°	20°
Junio	14°	9°	18°
Julio	13°	8°	17°
Agosto	14°	8°	17°
Setiembre	15°	9°	18°
Octubre	16°	10°	20°
Noviembre	18°	11°	22°
Diciembre	19°	13°	23°

PREMISAS

- Al poseer un clima templado y seco se propondrán ambientes de 2.80 m de alto para las terapias y talleres grupales, dichos ambientes deben ser amplios ya que deben generar un confort térmico al usuario.
- Las aberturas poseerán aleros o parasoles que brindarán una protección directa de los rayos solares.
- Se plantearán diversas alturas para que el proyecto no se visualice plano.



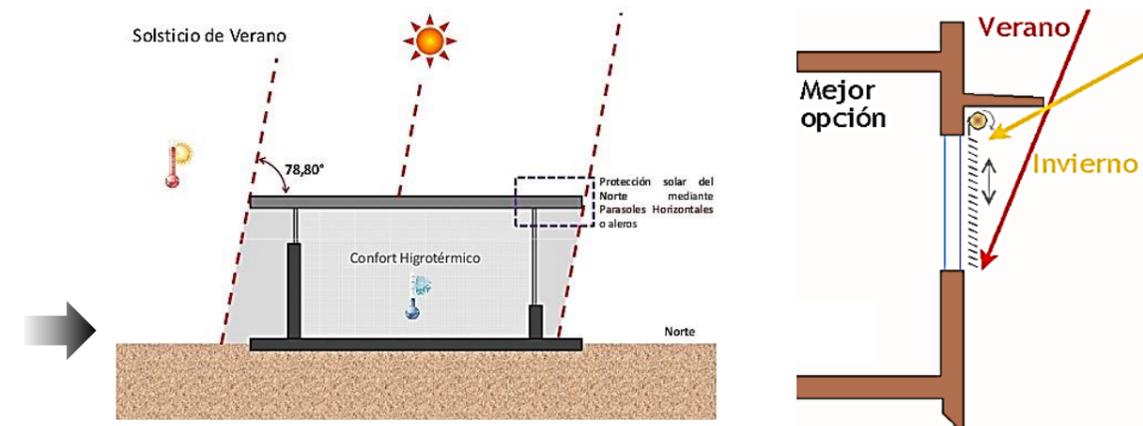
ALTO La temperatura es moderada por la influencia del contexto que crea un microclima agradable ideal; es decir, un clima templado.
BAJO

• **Humedad**

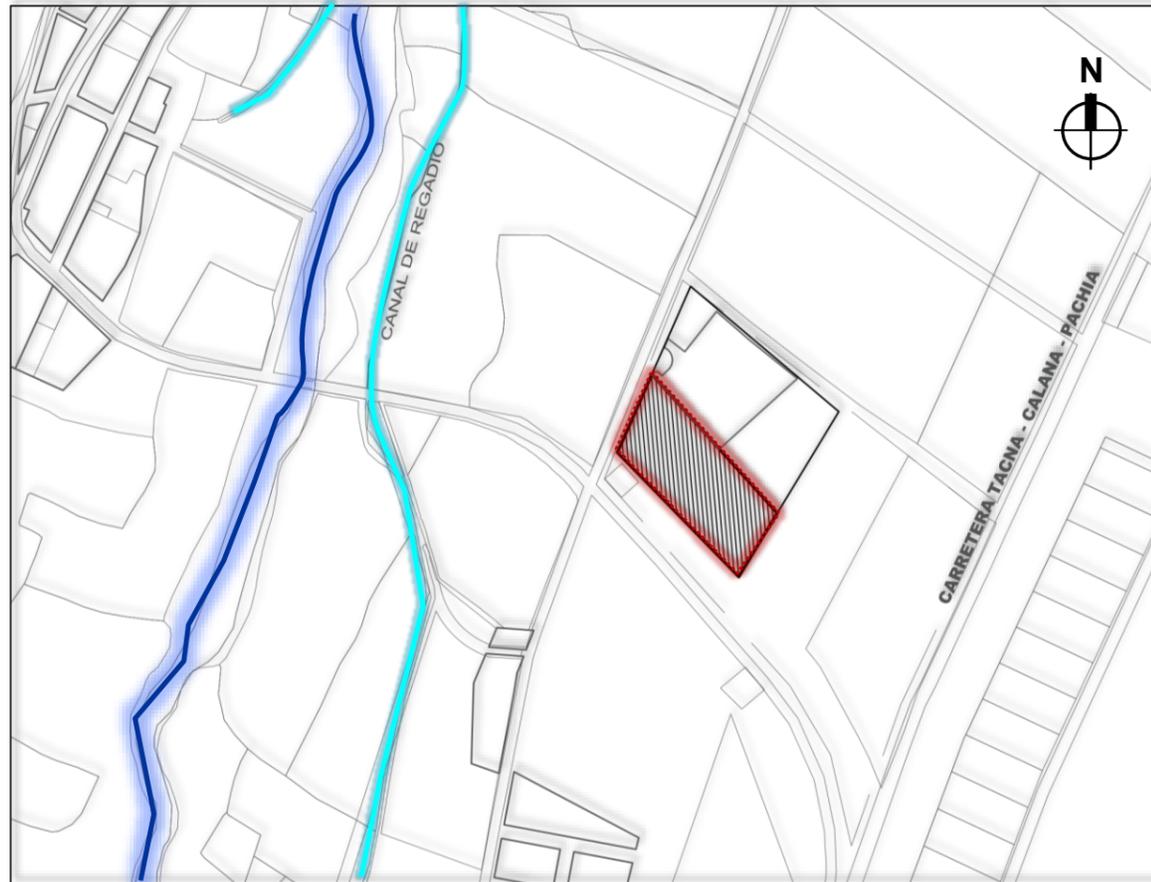
No varía considerablemente durante el año, y permanece prácticamente en porcentaje mínimo de 10%.



HUMEDO No varía considerablemente durante el año, se presenta en los meses de enero a comienzos de abril y permanece prácticamente constante a un nivel de 9%.
COMODO
SECO



• Hidrología



-  Ex cauce del río caplina
-  Canal de regadío
-  Terreno para propuesta arq.

El cauce del Antiguo Río Caplina atraviesa todo el Distrito de Calana, genera abasto para todos los cultivos de los pobladores. Este cauce se encuentra a 321.60 m del terreno

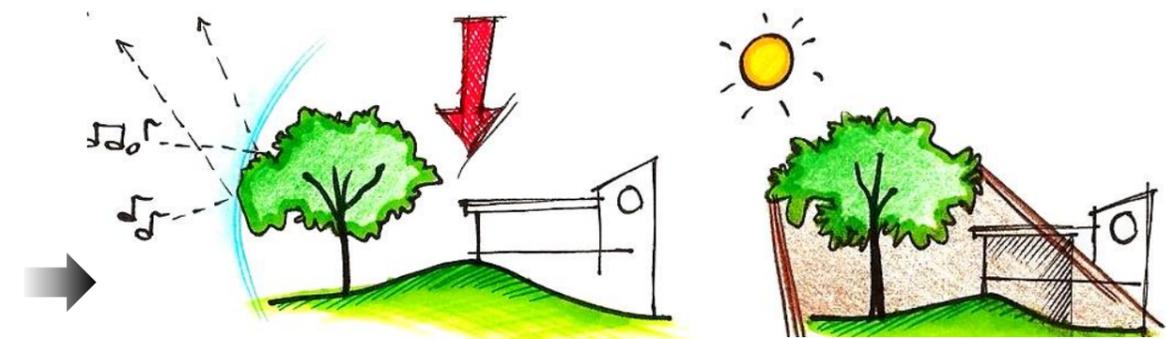
PREMISAS

- Se utilizará la vegetación como barrera amortiguadora y grandes zonas recreacionales al aire libre para que el adulto mayor pueda desarrollar sus actividades en contacto a la naturaleza.
- El ingreso principal peatonal poseerá una circulación enmarcada por vegetación natural que generará una sensación de confort y bienestar
- Se propondrá un biohuerto terapéutico como un taller ocupacional para brindarle al adulto mayor mas actividad física y cognitiva, a su vez se aprovechará el clima y el suelo para el desarrollo del mismo.

• Flora

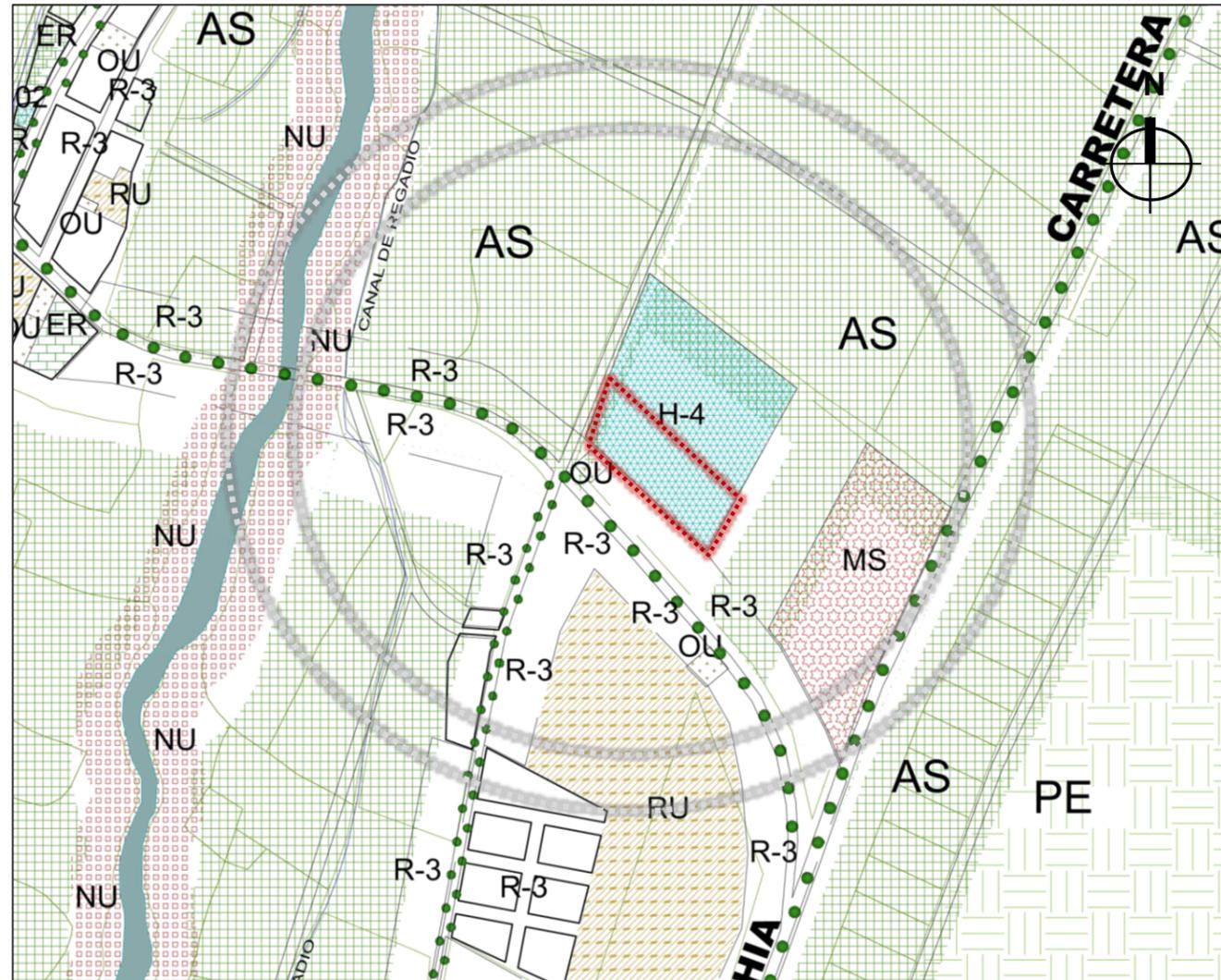
El terreno no cuenta con algún tipo de vegetación; sin embargo, en sus alrededores aledaños encontramos diversos tipos de flora, los más predominantes son los mencionados a continuación:

Planta	Figura	Datos	Uso
Maleza		Diámetro: Altura: 1.00 m	Vegetación natural propia de la zona con la que cuenta el terreno.
Molle		Diámetro: 8.00 m Altura: 10.00 m	Desarrolla elegantes y colorudas ramas, proporciona sombra y es ideal para plazas y avenidas.
Ciprés		Diámetro: 8.00 m Altura: 15.00 m	Muy resistentes a las acequias, su follaje tiene una textura regular muy fina, es apropiado para proporcionar sombra.



4.2.2. Aspecto Físico Espacial

A. Zonificación



Fuente: PDU Calana

..... Terreno

PREMISAS

- Al conocer el tipo de uso de suelo del terreno y del contexto en el que se encuentra, se planteará una infraestructura hospitalaria de 02 niveles a más de densidad media.
- Se aprovechará el tipo de suelo agrícola para vegetación exterior y propia de rehabilitación para los pacientes del Centro de Atención Integral.

Realizando un radio de influencia de 500 metros, podemos observar que el mayor uso de suelo que predomina en este sector es el agrícola sostenible, seguido por Comercio y RU (Reserva Urbana).

El sector de Calana se caracteriza por poseer una gran variedad de uso de suelos, de acuerdo al Plano de Desarrollo Urbano correspondiente a zonificación; el terreno emplazado pertenece a uso de Hospital Especializado H4, esta zonificación es ideal para diseñar el Centro de Atención Integral que se quiere proponer.

LEYENDA		
Descripción	Clasificación	Código
Educación	Instituto Superior	E2
	Primario – Secundario	E1
Salud	Hospital Especializado	H4
	Hospital General	H3
	Puesto de Salud	I – 02
Comercialización	Comercio Local	C – 1
	Mercado Sectorial	MS
Recreación	Recreación Pasiva	ER
	Recreación Activa	

B. Imagen Urbana

• **Hitos, bordes y sendas**

- 1 Hito; área verde, Cruce de Av. Celestino Vargas con Carretera Tacna, Calana Pachia.



- 2 Hito: Plaza Crnl. Marcelino Varela, esta plaza se encuentra ubicada al inicio del pueblo Tradicional CALANA.



- 3 Senda: Av. 01 es la Av. Principal colindante al predio para la propuesta arquitectónica.



PREMISAS

- El diseño de la propuesta arquitectónica será un hito para el Distrito de Calana, ya que su ubicación estratégica se encuentra kilómetros antes de llegar a todo el casco urbano.
- Se revitalizarán las avenidas ya que son sendas circundantes al terreno en donde propondrá el proyecto.

- 4 Senda: Av. General Varela, Esta vía es netamente urbana; se encuentra ubicada al medio del pueblo Tradicional de Calana.

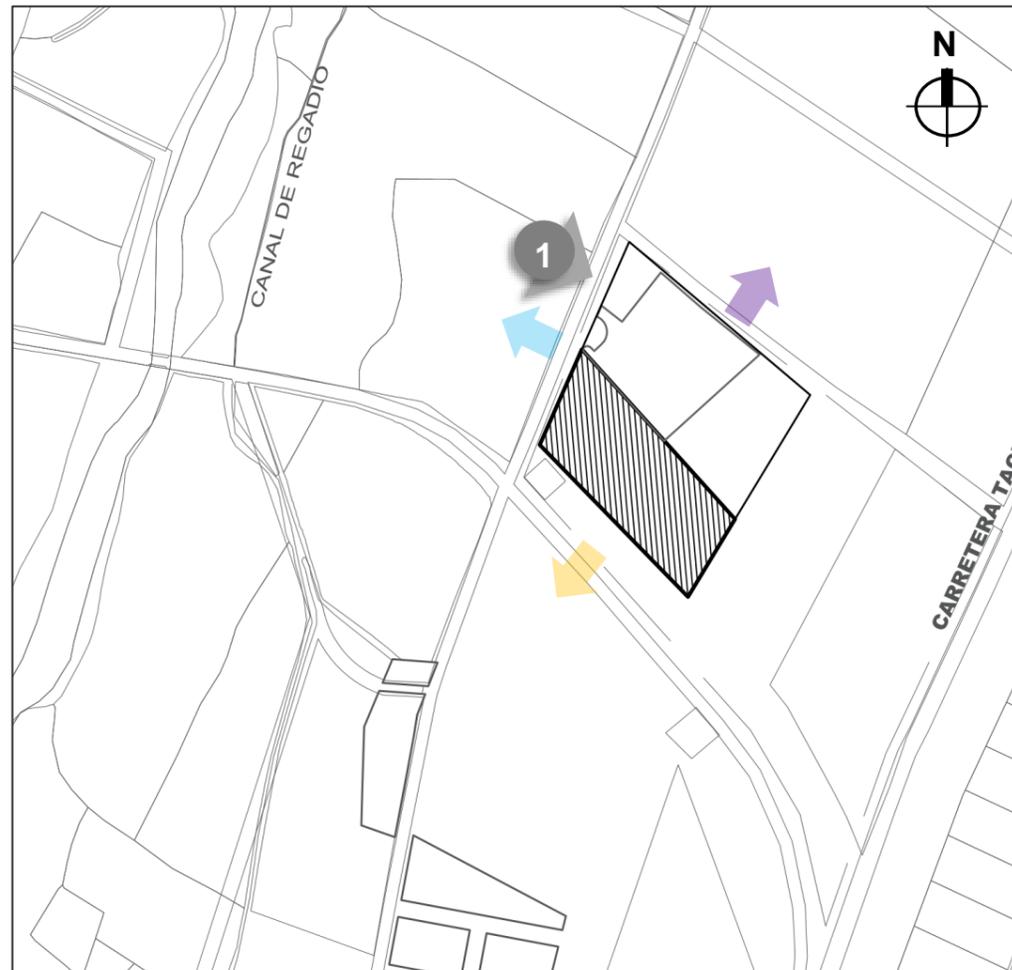


- 5 Borde: Antigo Cauce del Río Caplina, a partir del Mes de Diciembre empieza a verse la actividad en este Cauce.



- 6 Borde: Canal de regadío, este canal abastece a la población agrícola de ese Distrito. Además de ello, este canal divide al Distrito entre población agrícola y urbana.

• Perfil Urbano



El terreno cuenta con una construcción existente siendo este su perfil urbano, ya que no posee colindantes consolidados solo encontramos terreno eriazo con desmonte

PERFIL 1 – CENTRO DE REHABILITACIÓN SAN RAMÓN

Perfil frente al terreno - Eriazo



Perfil izquierdo al terreno - Eriazo

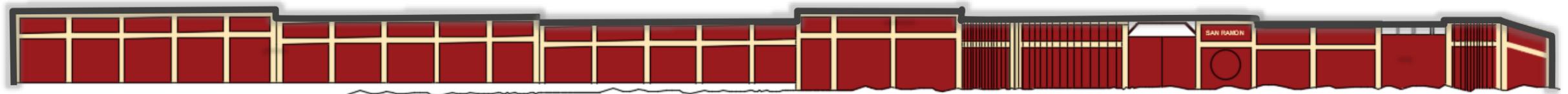


Perfil derecho al terreno - Eriazo



PREMISAS

- Se propondrán ambientes a doble altura en áreas comunes y a aquellos ambientes que posean un gran aforo.
- Los ambientes destinados a terapia, talleres recreacionales y ocupacionales tendrán visuales naturales del propio Centro de Atención Integral ya que las colindantes al terreno son predios eriazos.



• Equipamientos

- Otros Usos
- Recreación
- Educación
- Salud

Dentro del Distrito de Calana se tienen equipamientos existentes y algunos proyectados que aún no se encuentran consolidados. Podemos identificar equipamientos como una Comisaria, Locales Comunales, Colegios, Centros de Salud y



4.2.3. Aspecto Urbano

A. Vialidad



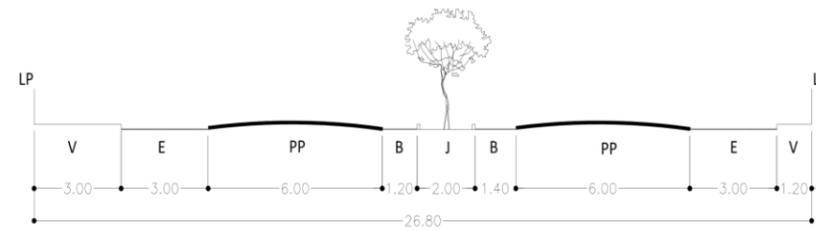
- Vía de Interconexión Internacional
- Vía Arterial
- Vía Colectora

Las vías ubicadas cerca al terreno están conformadas por vías arteriales y colectoras:

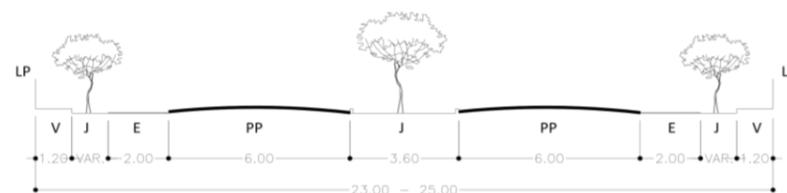
Vía Arterial	Vía Colectora
Av 1.	Calle Coronel Alcazar
Av. 4	Pasaje 12

Características

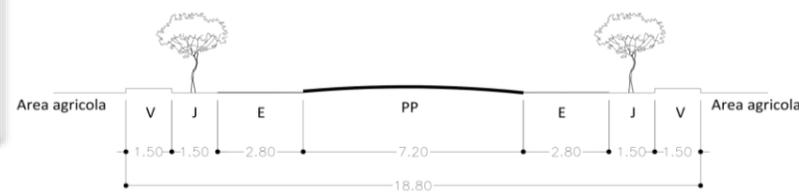
El sistema vial del predio se organiza por un eje de articulación principal que sería la Avenida 4, esta avenida actualmente no se encuentra asfaltada y posee una conexión directa con la Avenida 1 hacia la Carretera Tacna – Calana – Pachia, esta vía permite tener la unión directa entre los Sectores Piedra Blanca y Santa Rita.



Sección A-A'
Carretera Tacna – Calana - Pachía



Sección B-B'
Avenida 1



Sección C-C'
Avenida 4



Figura 41 Carretera Tacna – Calana - Pachía



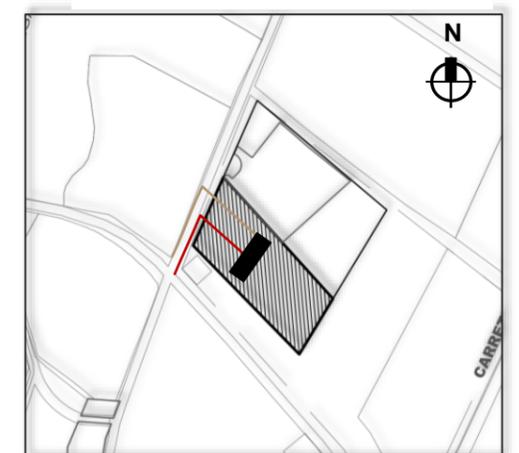
Figura 42 Avenida 1



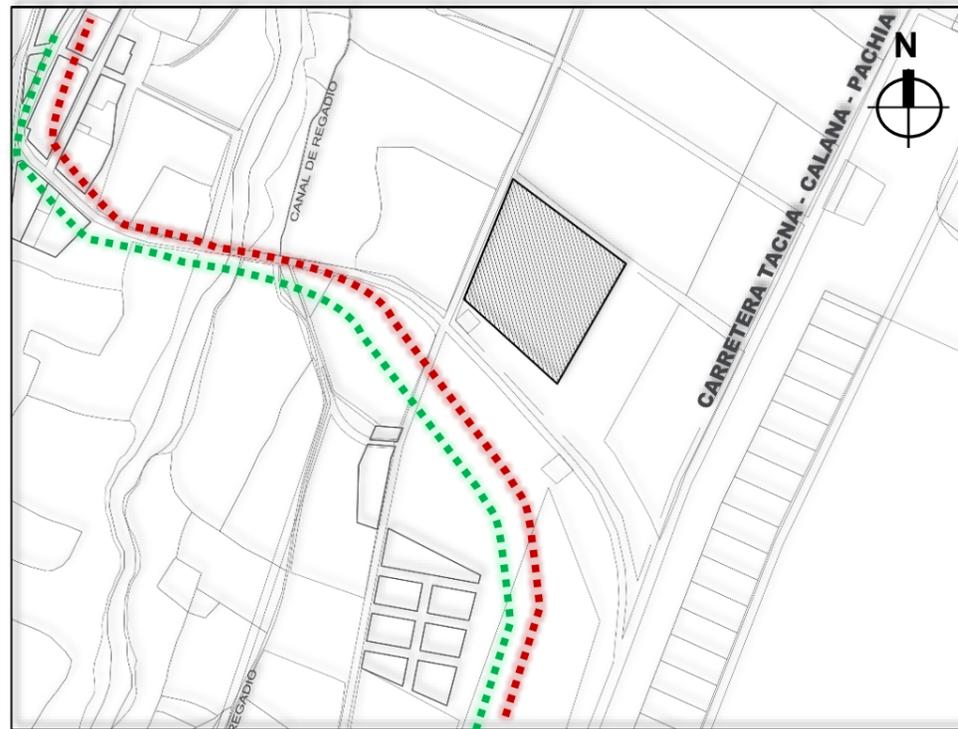
Figura 43 Avenida 4

PREMISAS

- Los ingresos serán ubicados de acuerdo a la jerarquía vial de mayor y menor flujo, poseerá un ingreso vehicular y peatonal por la Av. N°4.
- El proyecto poseerá 02 ingresos peatonales, uno hacia la zona de internamiento - asistencia médica y otro hacia los talleres ocupacionales y recreacionales.
- El estacionamiento vehicular poseerá veredas



A. Accesibilidad y transporte



- ⋯ Transporte público: RUTA 12
- ⋯ Transporte Privado: Colectivos

La accesibilidad debe brindarse en el ámbito peatonal y vehicular, las rutas en Calana son las siguientes:

TRANSPORTE PUBLICO DE CALANA:

Ruta	Salida de Ruta	Ultima Ruta
12	5:00 am	7:45 pm
200	5:30 am	7:30 pm
30 - A	5:30 am	8:30 pm

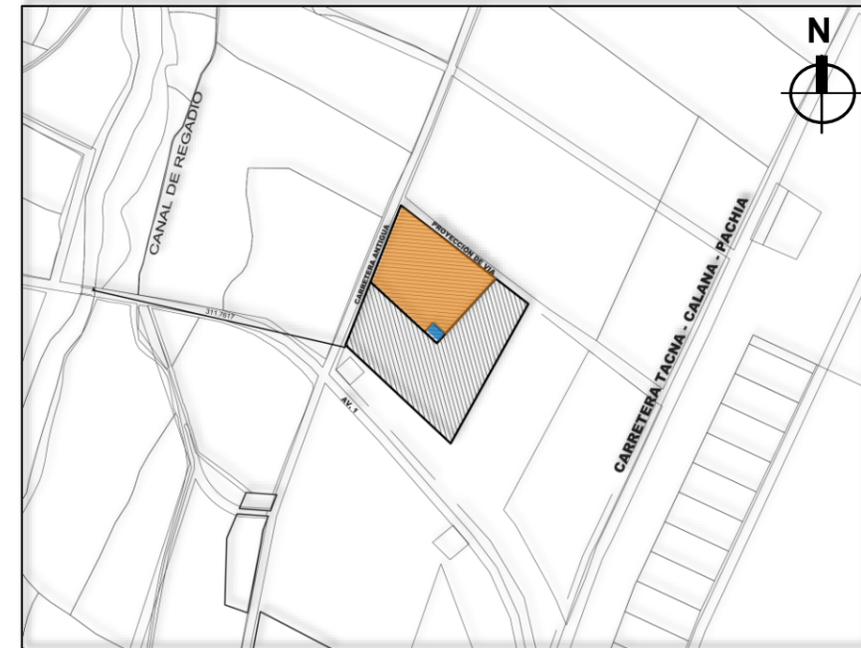
Ruta que pasa cerca al terreno.

Fuente: Elaboración propia

Colectivos privados: Estos vehículos inician su recorrido en la esquina de la Av. Celestino Vargas con Basadre y Forero. Su recorrido es igual al de la Ruta 12, dependiendo del destino del usuario.

Ruta	Salida de Colectivo	Ultimo Colectivo
Colectivo	7:00 pm	10:30 pm

Foco de Contaminación



- Centro Psiquiátrico "San Ramón"
- Ubicación de Horno Piroolitico dentro de Centro Psiquiátrico San Ramón

Dentro del Centro de Rehabilitación "San Ramón", se encuentra el Horno Piroolitico propiedad de EsSalud, esto vendría a ser un foco de contaminación ya que está ubicado dentro del predio. Además de ello, el terreno se encuentra ubicado a 311 ml del Antiguo Cauce del Río Caplina.

PREMISAS

- Se utilizarán rampas de acceso hacia todos los niveles del establecimiento tomando en cuenta las características del usuario, de igual forma se colocarán pasamanos por todas las circulaciones interiores, rampas exteriores e interiores.
- Las circulaciones peatonales y vehiculares estarán debidamente diferenciados y separados uno del otro.



B. Infraestructura de Servicios

• Agua



Imagen 00: Esquema de Agua del Distrito de Calana y el terreno

Con conexión de servicio de agua potable

PREMISAS

- El proyecto se abastecerá de la empresa OSSA, por medio de las troncales de agua que pasan por la Av. 4, la vegetación tendrá gran importancia en este ámbito ya que se propondrán jardines xerófilos que no necesitan de irrigación.
- Las salidas de agua se nuclearizarán para que las tuberías no creen recorridos excesivos, de tal forma se ahorrara también en el uso de tubería de pvc.
- Se utilizará un tanque cisterna para el apropiado almacenamiento de agua que será ubicado cerca al ingreso principal del establecimiento.

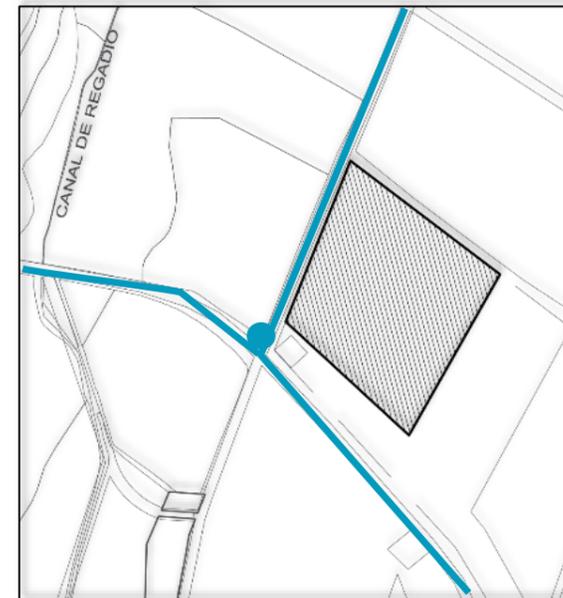


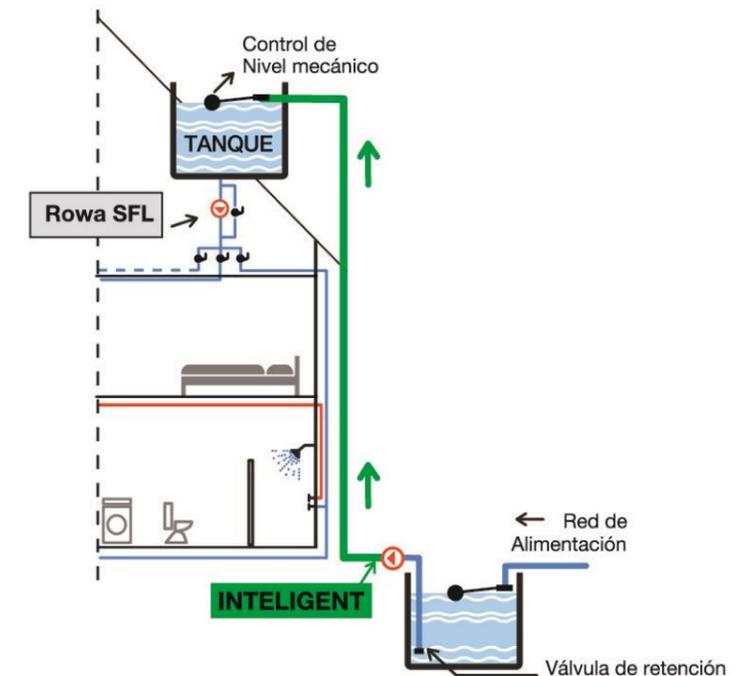
Imagen 00: Esquema de red de agua potable en el terreno

Red de agua potable

Las redes de agua de la empresa OSSA, se distribuyen por toda el área urbana y además de ello también prestan sus servicios al área rural o la zona agrícola de los pobladores ya que muchos de ellos generan sus ingresos económicos por medio de esos recursos. Se cuenta con 02 troncales de agua en la Av 4, las cuales son de 2" y 6".



Imagen 00: Buzón de agua de OSSA



• Desagüe

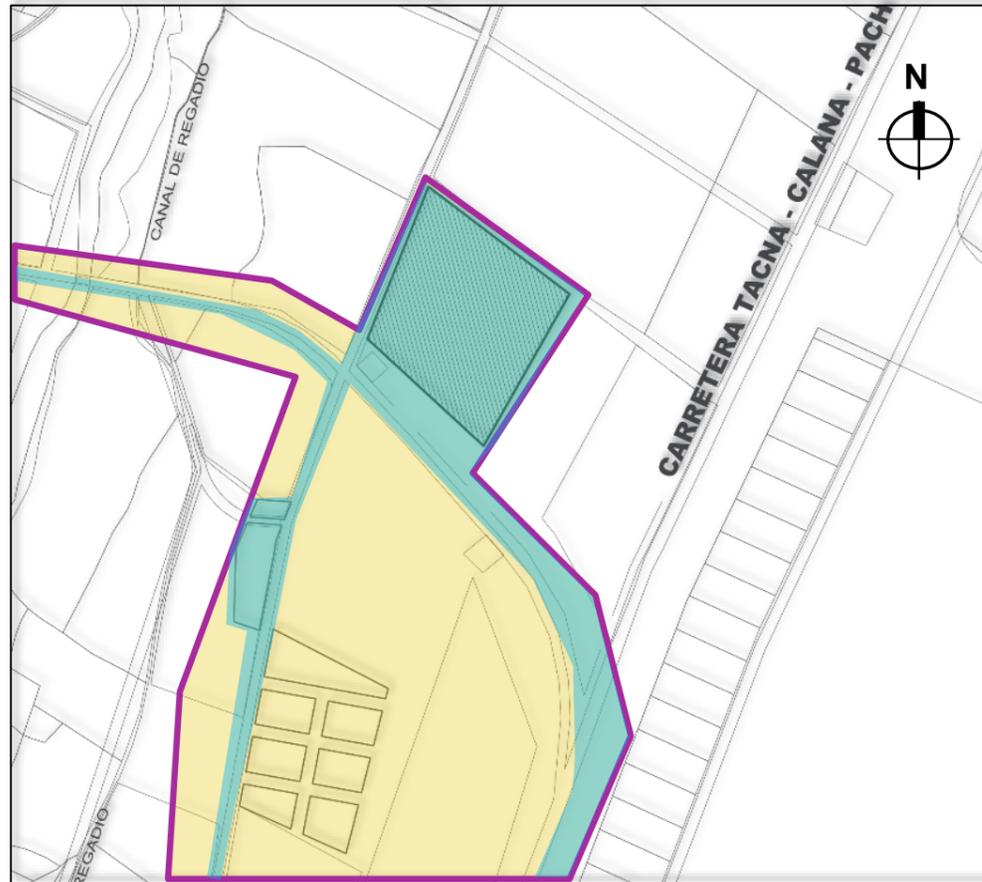


Imagen 00: Esquema de Desague del Distrito de Calana y el terreno

- Área sin servicio de alcantarillado
- Área con servicio de alcantarillado

PREMISAS

- Todas las redes de desagüe que estén dentro del proyecto tendrán una pendiente mínima de 2%, que estarán conectadas a las redes exteriores al predio.
- Identificar el punto de empalme para la salida de residuos hacia la red de desagüe del Distrito.



Imagen 00: Esquema de red de alcantarillado

La recolección y evacuación de todos los residuos de la población del Distrito de Calana, son captados por redes de 10", dichas redes tienen una evacuación por gravedad debido a la topografía que presenta el Distrito. Las redes secundarias llegan a ser integradas con las principales que de la Carretera Tacna – Calana - Pachía



Figura 44 Registro de desagüe en vía proyectada



Figura 45 Registro de desagüe de San Ramón

• **Energía Eléctrica**



Imagen 00: Esquema de Energía Eléctrica del Distrito de Calana y el terreno

- Área sin servicio de energía eléctrica
- Área con servicio de energía eléctrica

PREMISAS

- Identificar el punto de empalme para la ubicación estratégica de la subestación y el grupo electrógeno que abastecerá a toda la edificación que se vaya a proponer en el proyecto de investigación.
- Se colocarán faroles en las caminerías exteriores e interiormente se utilizará luz artificial que ira empotrado en el cielo raso y los muros de la edificación.
- La red eléctrica dentro del establecimiento será captada por conexiones subterráneas.

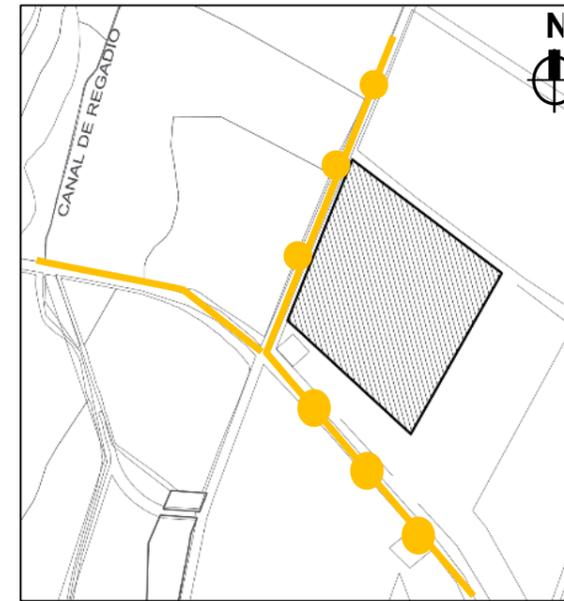


Imagen 00: Esquema de red de energía eléctrica

Red de energía eléctrica

El Distrito de Calana se abastece de energía eléctrica por medio de la empresa ElectroSur S.A., dicha empresa se encarga de administrar y distribuir por toda la Provincia de Tacna y los diversos Distritos que lo componen. Actualmente la Av 4 y la Av. 1 cuentan con postes de media tensión distribuidos estratégicamente por toda la vía.



Figura 46 Poste de media tensión



Figura 47 Poste de conexión media tensión

4.2.4. Aspecto Tecnológico Constructivo

A. Materialidad

- Material de muros

Según la visita de campo realizada, se pudo observar que el material predominante en muros es el ladrillo, seguido de la bloqueta y el adobe. Dichos materiales se identificaron en el Sector Calana Pueblo Tradicional ya que es el sector al que pertenece el predio.

El Sector de Piedra Blanca colindante al predio demuestra las mismas tipologías anteriormente mencionadas, sin embargo, las edificaciones más próximas de ese sector son de bloqueta y adobe.



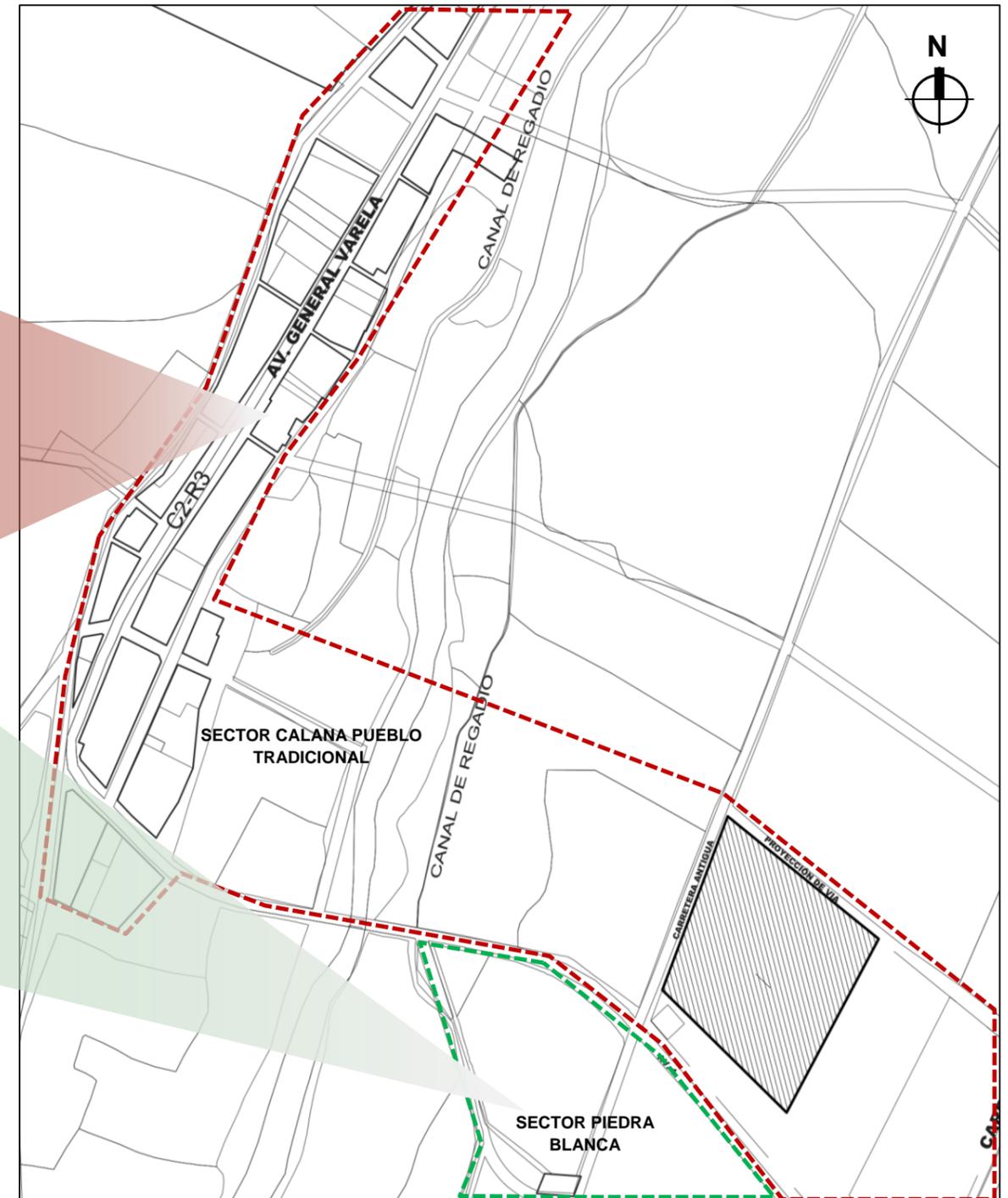
Figura 48 Material Predominante de Sector Calana Pueblo Tradicional



Figura 49 Material Predominante de Sector Piedra Blanca, bloqueta y adobe

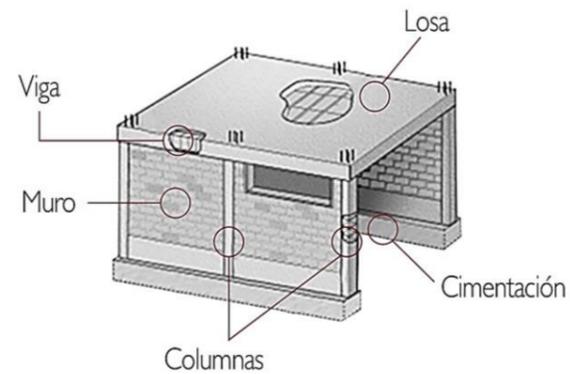
PREMISAS

- La materialidad a emplear en el proyecto arquitectónico será de mampostería, la cual estará en relación con el sistema constructivo que se vaya a proponer.
- La fachada principal a proponer se caracterizará por la utilización de vallados tubulares.



- Sistemas Estructurales y Sistema Constructivo

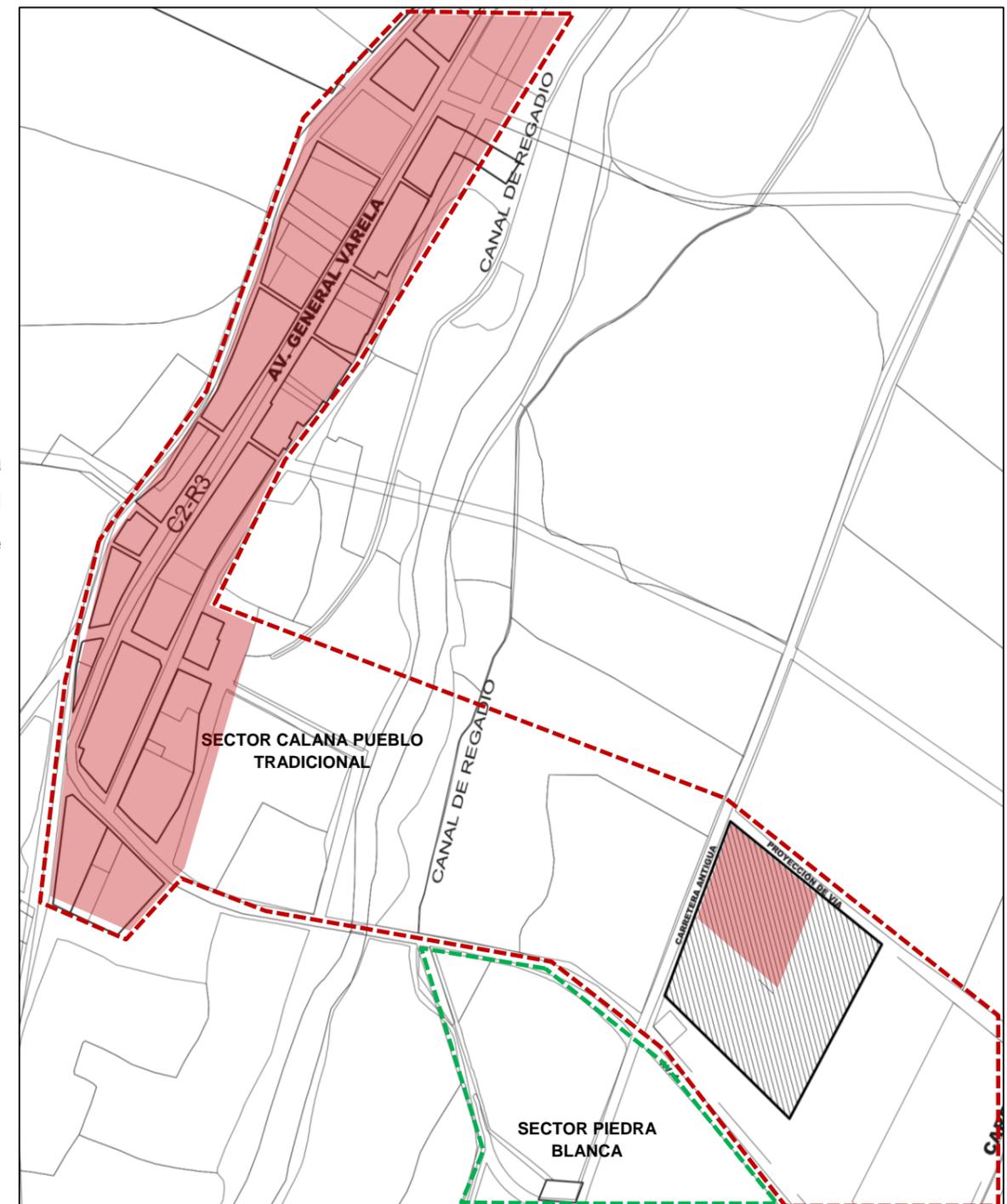
Según la visita de campo realizada, se pudo observar que el sistema estructural predominante es la Albañilería Confinada ya que el Sistema Constructivo más empleado es el Aporticado.



Los muros portantes están compuestos de ladrillo King Kong más mortero, el sistema lo conforman los muros, columnas, vigas y losa. El tipo de losa más empleado es el aligerado horizontal e inclinado, seguido de la calamina metálica y la losa torta de barro.

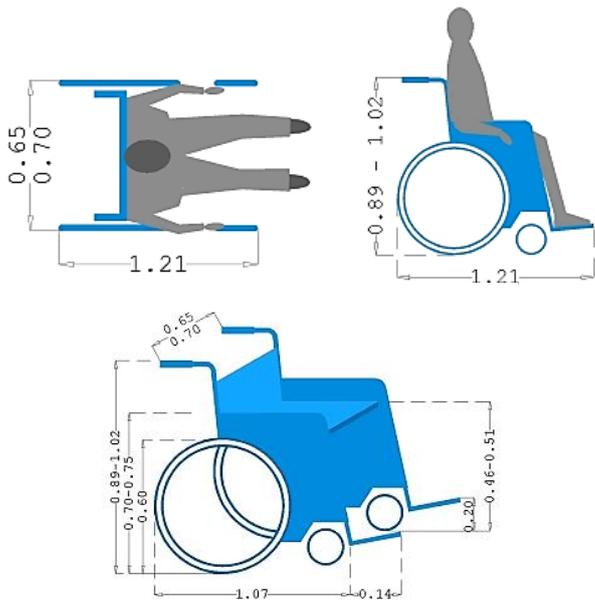
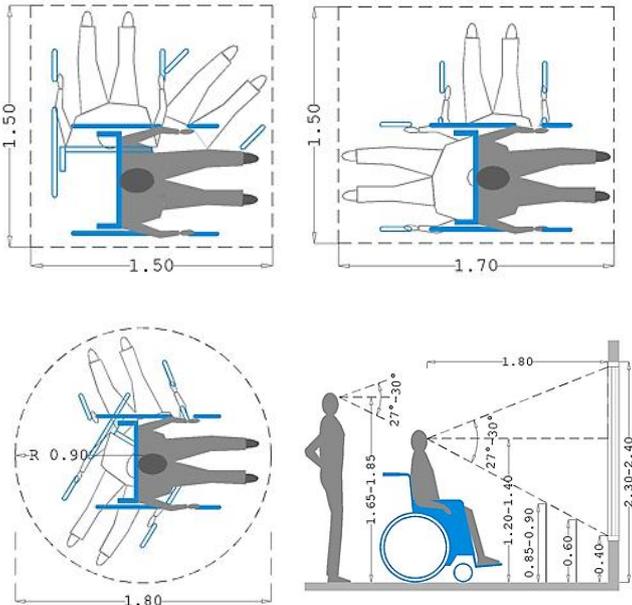
PREMISAS

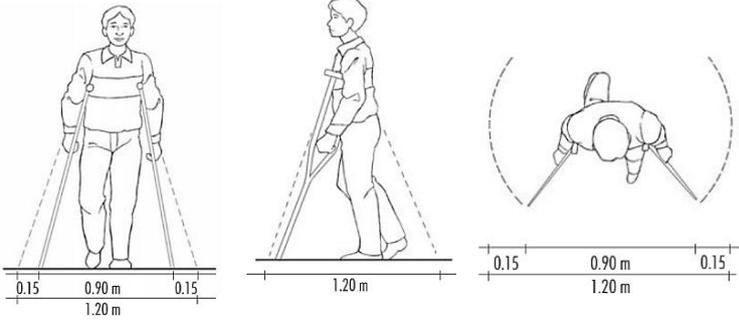
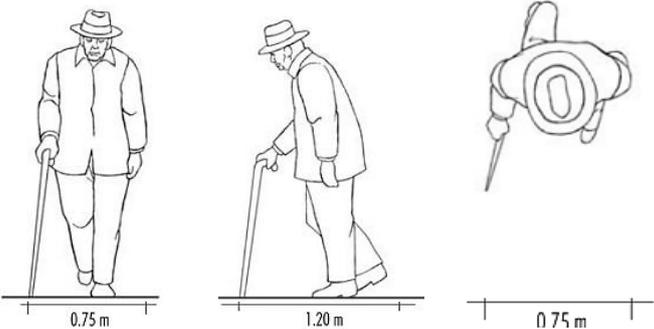
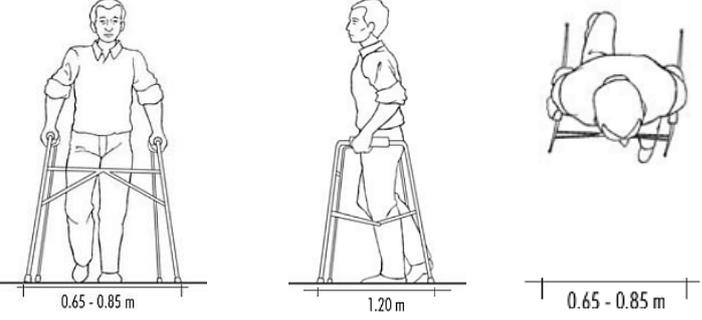
- Se utilizará el Sistema Constructivo Aporticado empleando el sistema estructural de albañilería confinada en Zonas de internamiento, administración y talleres. Para aquellos ambientes que posean grandes dimensiones, se utilizará vigas postensadas en dirección opuesta a la mayor luz.
- Se considerará el uso de concreto armado y la modulación de acuerdo a las áreas que se identifiquen en la programación arquitectónica.
- La tecnología a emplear como parte del diseño arquitectónico estará compuesta por un sistema contra incendios, almacenamiento de agua, no se utilizará aire acondicionado ya que se plantea que los ambientes sean amplios y que la renovación de aire se dé naturalmente. Se utilizará un muro cortina en el ingreso principal.

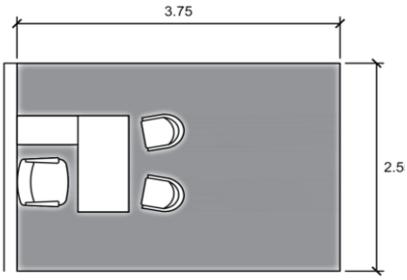
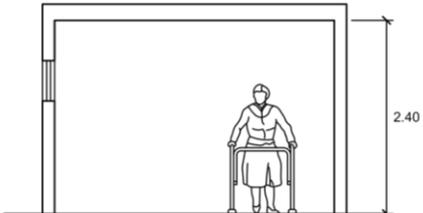
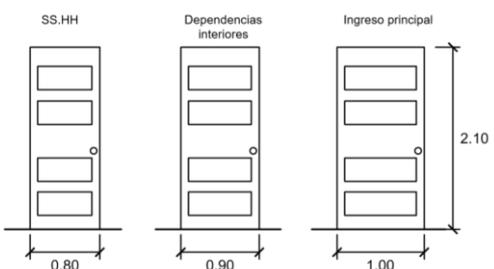
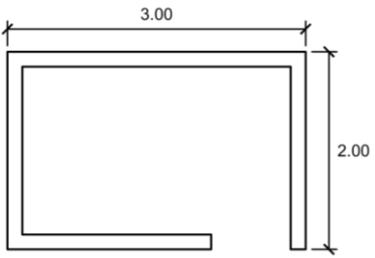


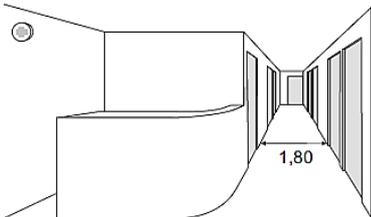
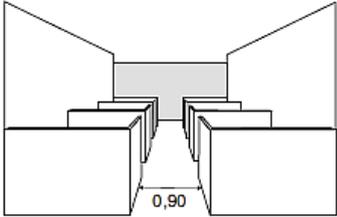
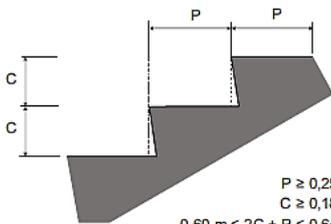
■ Sistema Constructivo Tradicional o Aporticado

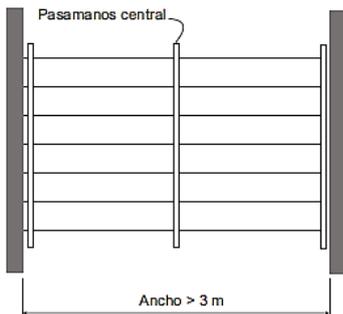
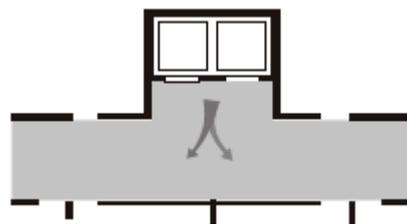
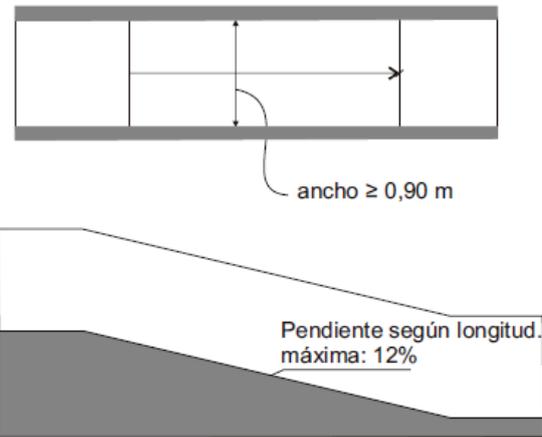
4.2.5. Aspecto normativo

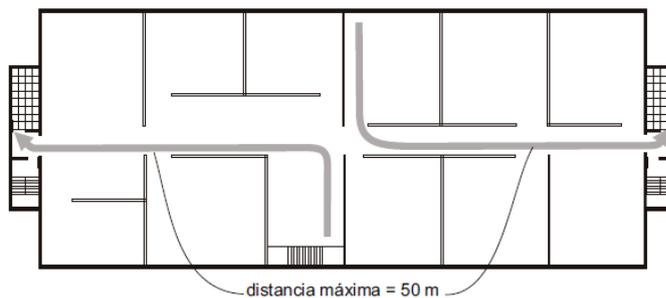
Cuadro N°01: Antropometría de ayuda técnica al adulto mayor	
Norma	Medidas de ayuda técnica al adulto mayor: Bastón, andador, silla de ruedas
Ambiente	Medidas de una silla de ruedas
<ul style="list-style-type: none"> Medidas básicas de una silla de ruedas 	
Desplazamiento para una silla de ruedas	
	

Norma	Medidas Básicas de personas con discapacidad
Ambiente	Medidas de una persona en muletas
<ul style="list-style-type: none"> Muletas para persona con discapacidad física o movilidad reducida. 	
Ambiente	Medidas de una persona con bastón
	
Ambiente	Medidas de una persona con andador
	

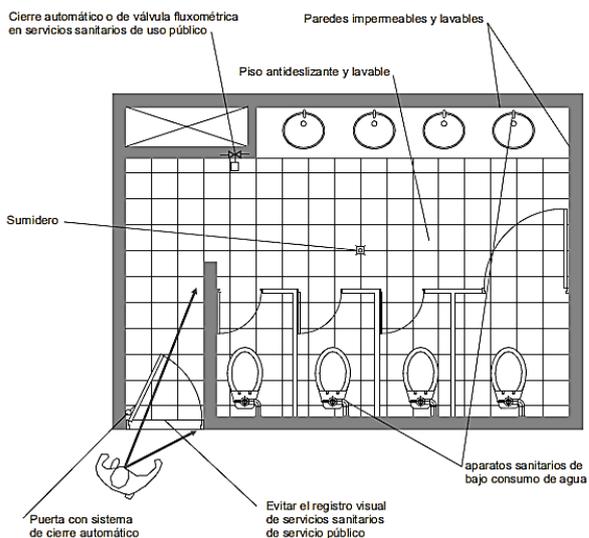
Cuadro N°02.: Análisis de aspectos espaciales y circulación	
Norma	Según el RNE, Oficinas – Norma A.080 – Cap II, III
Ambiente	Oficina
<ul style="list-style-type: none"> Las edificaciones para oficina podrán contar optativa o simultáneamente con ventilación natural o artificial. Índice de ocupantes por oficina: 9.5 m 	
	
<ul style="list-style-type: none"> Altura mínima entre piso terminado y cielo raso: 2.40 m. 	
	
<ul style="list-style-type: none"> Dimensión de vanos: <ul style="list-style-type: none"> Altura mínima: 2.10 m. Ancho mínimo: 	
	
<ul style="list-style-type: none"> Área mínima para ambiente de basura: 6m² 	
	

Cuadro N°02: Análisis de aspectos espaciales y circulación	
Norma	Según el RNE, Nomas A.010 Condiciones generales de Diseño, Cap. V ,VI,VII,XI
Ambiente	Consultorios y zona de internamiento
<ul style="list-style-type: none"> La circulación en locales de salud corresponde a:  <p>Locales de salud $\geq 1,80$ m *</p>	
Ambiente	Oficinas
<ul style="list-style-type: none"> La circulación corresponde a:  <p>Áreas de trabajo interiores en oficinas $\geq 0,90$ m</p>	
Ambiente	Escaleras
<ul style="list-style-type: none"> Descanso mínimo: 0.90 m Se debe de cumplir con lo siguiente: $0,60\text{ m} \leq 2\text{contrapasos} + 1\text{ paso} \leq 0,64\text{ m}$  <p>$P \geq 0,25\text{ m}$ $C \geq 0,18\text{ m}$ $0,60\text{ m} \leq 2C + P \leq 0,64\text{ m}$</p> <ul style="list-style-type: none"> Las escaleras que tengan de ancho entre 1.20 y 2.40 deben de contar con pasamanos a ambos lados y las que sean mayor a 3m deberán contar además con un pasamanos central. 	

	
Ambiente	Ascensores
<ul style="list-style-type: none"> El ascensor debe de entregar a un vestíbulo de distribución. 	
	
ENTREGA A VESTÍBULO DE DISTRIBUCIÓN	
Ambiente	Rampa
<ul style="list-style-type: none"> Ancho mínimo: 0.90 m. Pendiente máxima: 12% Las barandas se colocarán siguiendo los mismos criterios de una escalera. 	
	
Ambiente	Servicios Sanitarios
<ul style="list-style-type: none"> Distancia máxima de recorrido para acceder a un servicio sanitario: 50 m. 	



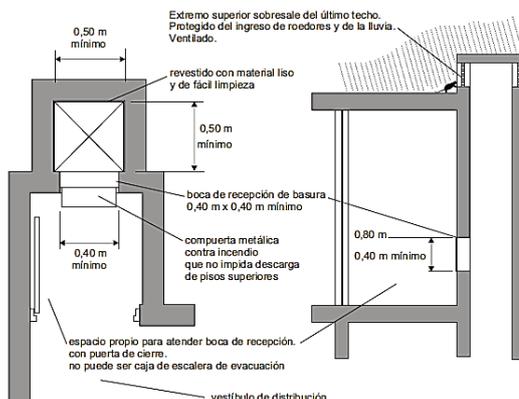
- Material de acabado: Antideslizante para pisos, Impermeable para paredes
- Las puertas de servicios sanitarios de uso público deben de tener un sistema de cierre automático.
- Se debe de contar con sumideros para la evacuación de agua.

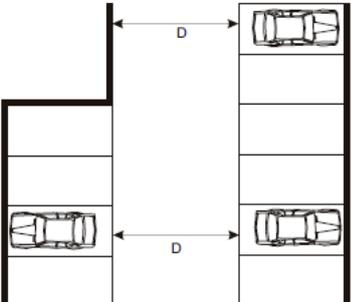
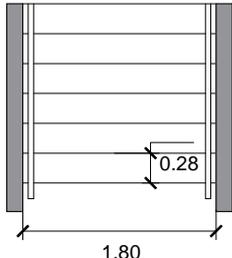


Ambiente

Ductos de basura

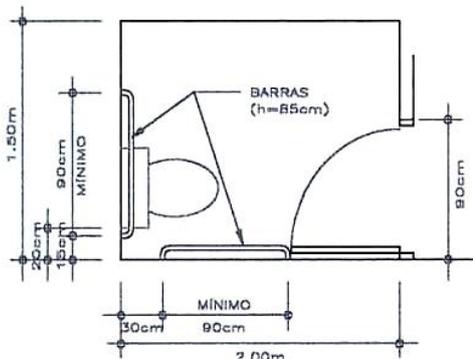
- Dimensión mínima de sección de un ducto: 0.50 m x 0.50 m.
- La boca de recepción de basura estará a 0.80 m del nivel de piso, con una dimensión mínima de 0.40 x 0.40m.



Ambiente	Estacionamientos
<ul style="list-style-type: none"> • Dimensión mínima de tres o más estacionamiento: 2.40 m. cada uno. Largo: 5.00 m. Altura 2.10 m. • Dimensión entre espacios de estacionamiento opuestos: 6.00m. 	 <p data-bbox="885 728 1045 763">D uso privado: 6,00 m D uso público: 6,50 m</p>
Norma	Según el RNE, Nomas A.120 Salud, Cap. I
Ambiente	Servicios Básicos
<ul style="list-style-type: none"> • Se debe de contar con grupos electrógenos de encendido automático. • Se debe de contar con un sistema de protección contra incendios. 	
Ambiente	Accesibilidad
<ul style="list-style-type: none"> • El predio debe ser preferentemente regular y delimitado por 02 vías. • El terreno debe ser accesible tanto vehicular como peatonalmente, debe permitir un fluido ingreso de pacientes, público y vehículos de bomberos. 	
Ambiente	Internamiento, Consultorios
<ul style="list-style-type: none"> • La circulación tendrá un ancho mínimo de 2.20 m. para pacientes ambulatorios. • La circulación externa auxiliar para personal poseerá un ancho mínimo de 1.20 m. • El ancho mínimo de escalera es de 1.80 m. entre paramentos y pasamanos, • El paso de las escaleras debe ser entre 0.28 m. y 0.30 m. el contrapaso debe ser de 0.16 m. y 0.17 m. 	
<ul style="list-style-type: none"> • El ascensor debe proveerse en edificaciones de más de un piso. 	

Norma	Según el RNE, Nomas A.040 Educación, Cap I, II, III, IV												
Ambiente	Talleres Ocupacionales												
<ul style="list-style-type: none"> • Para el cálculo del ambiente se tomará en consideración el m² por persona: 5m² por persona • La pintura debe ser lavable. • Los vanos que abren hacia circulaciones transversales deben tener puertas de 180 grados. 													
Ambiente	SS.HH												
<ul style="list-style-type: none"> • El interior de los servicios debe contar con material de fácil cuidado y limpieza. • Los pisos serán antideslizantes y de alto tránsito. <table border="1" data-bbox="710 667 1241 779"> <thead> <tr> <th>Nº de individuos</th> <th>Hombre</th> <th>Mujer</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0 a 30</td> <td>1L, 1U, 1 I</td> <td>1L, 1I</td> </tr> <tr> <td>31 a 80</td> <td>2L, 2U, 2 I</td> <td>2L, 2I</td> </tr> <tr> <td>81 a 120</td> <td>3L, 3U, 3 I</td> <td>3L, 3I</td> </tr> </tbody> </table>		Nº de individuos	Hombre	Mujer	0 a 30	1L, 1U, 1 I	1L, 1I	31 a 80	2L, 2U, 2 I	2L, 2I	81 a 120	3L, 3U, 3 I	3L, 3I
Nº de individuos	Hombre	Mujer											
0 a 30	1L, 1U, 1 I	1L, 1I											
31 a 80	2L, 2U, 2 I	2L, 2I											
81 a 120	3L, 3U, 3 I	3L, 3I											
Norma	Según el RNE, Nomas A.120 Accesibilidad para personas con discapacidad y de las personas adultas mayores, Cap. II												
Ambiente	Condiciones Generales												
<ul style="list-style-type: none"> • Los accesos deberán tener las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> ○ Los pisos deben ser fijos y antideslizantes. ○ El radio de redondeo de canto en escaleras no será mayor a 13 mm. ○ Las manijas de las puertas, mamparas y paramentos serán de palanca con protuberancia final o de otra forma que evite el deslizamiento. ○ La altura de la cerradura será como máximo de 1.20 m. de altura desde el piso terminado. ○ El ancho mínimo de las puertas es de 1.20 m. y 0.90 m. para interiores. <div data-bbox="790 1377 1157 1691" style="text-align: center;"> <p>The diagram illustrates two door configurations. The first, labeled 'Ingreso principal', shows a door with a width of 1.20 m and a height of 2.10 m. The second, labeled 'Interiores', shows a door with a width of 0.90 m and the same height of 2.10 m. Both diagrams show a door handle at a height of 1.20 m from the floor.</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> • Ancho mínimo para rampa: 0.90 m. • El ascensor será de 1.50 de ancho y 1.40 de profundidad. • Los objetos que deba alcanzar una persona en silla de ruedas no debe ser menor a 0.25 m. ni mayor a 1.35 m. 													
Ambiente	SS.HH												
<ul style="list-style-type: none"> • El lavatorio debe tener un espacio libre de 0.75 m. x 1.20 m. para la aproximación de una persona en silla de ruedas. 													

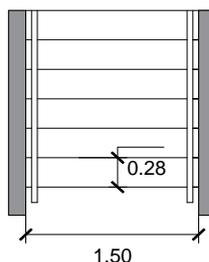
- El espacio inferior del lavatorio debe quedar libre de cualquier obstáculo, salvo el desagüe.
- La puerta de acceso al inodoro será no menor a 0.90 m.
- Tanto los inodoros como urinarios deben de tener apoyos tubulares.



Ambiente	Estacionamiento
<ul style="list-style-type: none"> • Los estacionamientos de uso público deben de cumplir lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ De tener 6 a 20 estacionamiento, se debe de considerar 01 para personas con discapacidad ○ De tener 21 a 50 estacionamientos, se debe de considera 02 para personas con discapacidad. ○ La dimensión mínima será de 3.80 m. x 5.00 m. 	

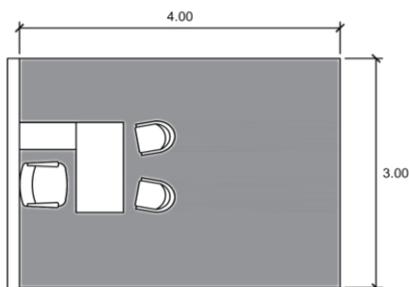
Norma	Según Norma Técnica para proyectos de arquitectura Hospitalaria
Ambiente	Terreno
<ul style="list-style-type: none"> • La ocupación del terreno no será mayor al 30 %, 20 % será para ampliación y el resto estará destinado a área libre. • El retiro mínimo a vías principales será de 6.00 m. y de 3.00 en avenidas secundarias. • Debe poseer dos accesos como mínimo • Se debe de contar con los siguientes núcleos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Núcleo para pacientes hospitalizados ○ Núcleo de pacientes ambulatorios ○ Núcleo de ayuda al diagnóstico y tratamiento ○ Núcleo de servicios generales ○ Núcleo de administración ○ Núcleo de Confort Medico y personal • El flujo más alto de circulación lo constituyen los pacientes ambulatorio y los visitantes, su circulación debe ser diferenciada de los hospitalizados. 	
Ambiente	Escaleras
<ul style="list-style-type: none"> • Ancho mínimo de 1.80 m. • La distancia entre la última puerta de hospitalización y la escalera no debe ser mayor a 35.00 m. 	

- La escalera de servicio tendrá un ancho mínimo de 1.50 m.



- El paso debe ser de 0.30 m. y el contrapaso no mayor a 0.16 m.
- Los vestíbulos que dan a escaleras tendrán un ancho mínimo de 3.00 m.

Ambiente	Rampas																																		
	<ul style="list-style-type: none"> Pendiente máxima: 6% Ancho mínimo: 2.00 m. para pacientes y 2.50 para servicio. Piso antideslizante con barandas a ambos lados. 																																		
Ambiente	Unidad de Consulta Externa																																		
	<ul style="list-style-type: none"> La sala de espera debe considerar lo siguiente: 10 personas por consultorio General y 8 personas por consultorio de especialidad. Para hospitales con menos de 50 camas se considera solo 4 consultorios. Se debe de tener un closet para guardar material médico por cada 20 consultorios. 																																		
Ambiente	SS.HH. para pacientes																																		
	<ul style="list-style-type: none"> Hombres <table border="1"> <thead> <tr> <th>N° Consultorios</th> <th>Inodoro</th> <th>Lavatorio</th> <th>Urinario</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hasta 4 consultorios</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>De 4 a 14 Consultorios</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Por cada 10 adicionales</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> Mujeres <table border="1"> <thead> <tr> <th>N° Consultorios</th> <th>Inodoro</th> <th>Lavatorio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hasta 4 consultorios</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>De 4 a 14 Consultorios</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Por cada 10 adicionales</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> Discapacitados <table border="1"> <thead> <tr> <th>Urinario</th> <th>Inodoro</th> <th>Lavatorio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2.16 m²</td> <td>1.95 m²</td> <td>1.35 m²</td> </tr> </tbody> </table> 	N° Consultorios	Inodoro	Lavatorio	Urinario	Hasta 4 consultorios	1	1	1	De 4 a 14 Consultorios	2	2	2	Por cada 10 adicionales	1	1	1	N° Consultorios	Inodoro	Lavatorio	Hasta 4 consultorios	1	1	De 4 a 14 Consultorios	2	2	Por cada 10 adicionales	1	1	Urinario	Inodoro	Lavatorio	2.16 m ²	1.95 m ²	1.35 m ²
N° Consultorios	Inodoro	Lavatorio	Urinario																																
Hasta 4 consultorios	1	1	1																																
De 4 a 14 Consultorios	2	2	2																																
Por cada 10 adicionales	1	1	1																																
N° Consultorios	Inodoro	Lavatorio																																	
Hasta 4 consultorios	1	1																																	
De 4 a 14 Consultorios	2	2																																	
Por cada 10 adicionales	1	1																																	
Urinario	Inodoro	Lavatorio																																	
2.16 m ²	1.95 m ²	1.35 m ²																																	
Ambiente	Consultorios																																		
	<ul style="list-style-type: none"> Área mínima: 12.00 m² El tópic y el ambiente de enfermería no debe ser menor a 16.00 m². El ingreso a consultorio es a través de una Sala de espera, recepción y control. El consultorio destinado a salud mental debe tener un área mínima de 12.00 m². 																																		



- De tener más de 200 camas se debe incluir un ambiente denominado Cama Vogel que debe estar continuo al consultorio, más una sala de espera para familiares.
- La oficina para trabajo social es indispensable cuando se tiene más de 50 camas, 1 trabajadora social por cada 100 camas. El área no debe ser menos a 6.00 m²

Ambiente	Tópico y Triaje
----------	-----------------

- Los ambientes para la aplicación de medicamento y soluciones biológicos debe tener un área mínimo de 4.00 m²

Ambiente	Terapia Ocupacional
----------	---------------------

- Debe contar con un depósito para almacenamiento de materiales.
- El área de Terapia con menos de 50 camas será de 24.00 m² y con más de 50 camas será de 30.00 m².

Ambiente	Hospitalización
----------	-----------------

- Se recomienda de 25 a 30 camas por Unidad.
- Área mínima de cama: 9.00 m², cuartos con más de una cama 7.20 m²



- Distribución de camas: cuartos individuales, cuartos con 2 camas, cuartos con 3 camas, cuartos con 6 camas.
- Para establecimientos pequeños no debe diseñarse cuartos con más de 2 camas.

Ambiente	Auditorio
----------	-----------

- Se considera 1.00 m² cada 2 camas.

Ambiente	Estar medico
----------	--------------

- Estará destinado al 10% del número total de médicos.

4.3. Criterios de diseño arquitectónico

Los criterios de diseño serán utilizados como parámetros dentro del desarrollo de la propuesta arquitectónica, permitirá sustentar de manera eficiente los diferentes aspectos a tomar en cuenta. Se clasificará de la siguiente manera: Aspecto Social, Aspecto Funcional, Aspecto Físico Natural, Aspecto Físico Espacial, Aspecto urbano.

4.3.1. Criterio Arquitectónico

4.3.1.1. Aspecto Funcional

- Las zonas que se vayan a proponer deben estar unidas por un espacio en común que permitirá la interacción de zonas con una adecuada fluidez.
- Se centralizará en un núcleo los servicios comunes que se brindaran para que esté al alcance de todos los usuarios.
- Se colocarán rampas de acceso hacia todos los niveles del establecimiento tomando en cuenta las características del usuario, dichas rampas tendrán los pasamanos y barandas reglamentarios.
- Las actividades a desarrollar por cada tipo de usuario, estarán agrupadas según el grado de compatibilidad que posean, de tal modo se nuclearizarán los espacios.
- Se elaborará una programación cualitativa y cuantitativa para determinar las necesidades y el área de los espacios a diseñar, luego se realizará una matriz de relación y los diagramas necesarios para poder determinar la zonificación de la propuesta arquitectónica.
- De acuerdo al análisis realizado, el usuario al que está destinado la propuesta arquitectónica (adulto mayor), necesita espacios libres de barreras arquitectónicas y la conexión inmediata con la naturaleza.

4.3.1.2. Aspecto Formal

Esta variable va de la mano con el Aspecto Funcional ya que es indispensable que la forma exprese el significado de la función, de ese modo será un elemento de ubicación para el espectador. El diseño a proponer será minimalista, poseerá formas que de alguna manera facilitaran la circulación lineal que debe de tener el establecimiento según parámetros reglamentarios.

Materialidad

- El material predominante será el concreto cara-vista para muros exteriores, los ambientes destinados a internamiento para adultos mayores, poseerán colores para diferenciar los espacios y generar sensaciones de confort.
- Todas las aberturas que vayan a utilizar vidrio poseerán las siguientes características: vidrio templado con una lámina de seguridad al interior. Esto se considera ya que el adulto mayor es una persona que presenta limitaciones para el desarrollo de sus actividades, es por ello que se quiere prevenir cualquier tipo de accidente que se pueda ocasionar.
- Para los pisos exteriores en áreas comunes como patios y zonas de estar se utilizarán baldosas de caucho para generar seguridad y protección ante caídas.
- Para pisos exteriores destinados a caminerías, se utilizará el granito lavado color gris.
- Para pisos interiores se utilizará el porcelanato antideslizante mate, la cualidad de alto tránsito se definirá de acuerdo a las características del ambiente.
- Se utilizarán aleros de concreto cara vista y celosías para los dormitorios del Adulto Mayor.

Superficie y color

Se empleará la psicología del color en las diversas zonas que se vaya a proponer para transmitir diversas sensaciones que

mejoren el estado de ánimo del adulto mayor. Según (Pérez, 2017) los colores que se deben de tomar en cuenta para los adultos mayores son los siguientes:

- Blanco: Este color va asociado a la luz, el significado que expresa es seguridad, limpieza y pureza, su interpretación siempre será positiva así que es una buena opción para ser aplicada dentro de la zona de internamiento.
- Amarillo: Se encuentra netamente relacionado a la luz del sol, representa la energía, felicidad y alegría, este color estimula la actividad mental y muscular. Puede ser empleado en la zona de internamiento para las áreas comunes y talleres recreacionales destinadas al ocio del adulto mayor.
- Naranja: Este tono mezcla 2 significados importantes, la energía y vitalidad del color rojo y la energía del amarillo, representa la creatividad, atracción y es un excelente estimulante ya que produce la sensación de de oxigenación al cerebro, también estimula la actividad mental. Podrá ser empleado en las zonas de terapia.
- Azul: La sensación que genera el color es beneficioso para la mente y el cuerpo, esta netamente asociado con el tema de la salud y la tranquilidad, podrá ser usado en fachadas exteriores o en el color de los vidrios del establecimiento.

Tamaño y proporción

- Los ambientes ubicados en los ingresos destinados a hall de distribución y sala de espera, poseerán doble altura y tendrán ventanas amplias hacia el exterior.
- La edificación no sobrepasara los 2 niveles, sin embargo, se jugarán con las alturas para que el proyecto no se visualice plano.
- Los ambientes destinados a talleres y demás espacios con características similares poseerán una altura de piso a techo mayor a la reglamentaria para espacios destinados a salud, con el fin de facilitar la renovación de aire y un

amplio espacio para que el usuario realice sus actividades adecuadamente.

4.3.2. Criterio Tecnológico

- Se utilizará el muro cortina para la fachada principal, con spiders o algún otro tipo de soporte para la fachada de cristal.
- De acuerdo a una experiencia confiable, se propondrá la utilización de perfiles de aluminio horizontales para vanos.
- Los materiales constructivos serán similares a los analizados en el lugar, la predominancia del ladrillo y concreto se mantendrá como parte de la propuesta arquitectónica. Se añadirá la utilización de muros estructurales de concreto armado en donde se vea necesario como la caja de ascensor que se propondrá.

4.3.3. Criterio Estructural

- En la premisa establecida dentro del análisis de lugar, se planteó la utilización del Sistema Constructivo Aporticado con el Sistema estructural de albañilería confinada, vigas postensadas para ambientes con grandes luces y además de ello la utilización de muros estructurales para la caja de ascensor y demás espacios.
- Los bloques deben distribuir uniformemente la carga a través de los diferentes elementos estructurales empleados.
- El diseño estructural debe responder ante la finalidad por la cual se propondrá el Centro de Atención Integral, su estructura a su vez forma parte del diseño interior y exterior aportando a la arquitectura que se está planteando.
- El proyecto plantea utilizar aleros que estarán anclados a las vigas para ser la base de elementos verticales que propiciarán sombra a los espacios, es primordial vincular y armonizar los elementos estructurales con los arquitectónicos para obtener un resultado gratificante.

4.4. Síntesis Programática

4.4.1. Programación Cualitativa

Tabla 30
Programación Cualitativa de Zona Administrativa

ZONA ADMINISTRATIVA			
Ambiente	Usuario	Necesidad	Mobiliario
Control de ingreso	Personal adm.	Controlar	Mesa, sillas
Informes al publico	Público y personal administrativo	Informar y orientar	Modulo
Hall	Público y personal administrativo	Distribuir espacios	
Sala de espera	Público	Esperar	Sillas
SS.HH Varones	Publico	Fisiológicas	1u, 1l, 1i
SS.HH. Mujeres	Publico	Fisiológicas	1l, 1i
Oficina de trabajadora social	Público y personal administrativo	Prevención y atención	Escritorio, sillas, estante
Secretaria	Personal administrativo	Recepcionar y apoyar	Escritorio, sillas, estante
Oficina de Dirección	Personal administrativo	Control y dirección	Escritorio, sillas, estante
Oficina de Administración	Personal administrativo	Control y dirección	Escritorio, sillas, estante
Oficina de Contabilidad	Personal administrativo	Control y dirección	Escritorio, sillas, estante
Oficina de Recursos Humanos	Personal administrativo	Control y dirección	Escritorio, sillas, estante
Sala de Reuniones	Personal administrativo	Coordinar y toma de decisiones	Escritorio, sillas, estante
Secretaria	Personal administrativo	Asistir	Escritorio, sillas, estante
Oficina de Informática	Personal administrativo	Elaborar y Controlar	Escritorio, sillas, estante
Oficina de Logística	Personal administrativo	Controlar y ejecutar	Escritorio, sillas, estante
SS.HH. Varones	Personal administrativo	Fisiológicas	1u, 1l, 1i
SS.HH Mujeres	Personal administrativo	Fisiológicas	1l, 1i

Fuente: Elaboración propia

Tabla 31
Programación Cualitativa de Zona de Asistencia Médica

ZONA ASISTENCIA MEDICA			
SUB ZONA CONTROL			
Ambiente	Usuario	Necesidad	Mobiliario
Admisión	Público y personal administrativo	Recepción y control	Modulo
Tópico	Paciente y personal medico	Atención de enfermería	1l, Camilla, sillas, escritorio, biombo
Triage	Paciente y personal medico	Toma de datos y selección	Escritorio, sillas
SUB ZONA UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA			
Ambiente	Usuario	Necesidad	Mobiliario
Sala de espera	Publico	Esperar la atención	Sillas
Archivo de historias clínicas	Personal Administrativo	Almacenar	Estantería, escritorio, silla.
Consultorio de Geriatria	Paciente y personal medico	Atención de pacientes	Camilla, 1l, mesa, sillas
Consultorio de Psiquiatria	Paciente y personal medico	Atención de pacientes	Camilla, 1l, mesa, sillas
Consultorio de Psicología	Paciente y personal medico	Atención de pacientes	Camilla, 1l, mesa, sillas
Consultorio de Cardiología	Paciente y personal medico	Atención de pacientes	Camilla, 1l, mesa, sillas
Consultorio de Nutrición	Paciente y personal medico	Atención de pacientes	Camilla, 1l, mesa, sillas
Consultorio de Medicina General	Paciente y personal medico	Atención de pacientes	Camilla, 1l, mesa, sillas
SS.HH Varones	Publico	Fisiológicas	1u, 1l, 1i
SS.HH. Mujeres	Publico	Fisiológicas	1l, 1i
SS.HH. Discapacitados	Publico	Fisiológicas	1u, 1l, 1i, pasamanos
Cuarto de Limpieza	Personal de mantenimiento	Limpieza	Almacenes
Farmacia	Paciente y personal medico	Brindar medicamentos	Estantería, 1 modulo, sillas

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 32
Programación Cualitativa de Zona Internamiento y residencia medica

ZONA INTERNAMIENTO Y RESIDENCIA			
SUB ZONA INTERNAMIENTO			
Ambiente	Usuario	Necesidad	Mobiliario
Control de ingreso	Paciente, personal medico	Recepción y control	Mesa, sillas
Director + SS.HH	Personal medico	Dirigir	Mesa, sillas
Depósito de Ropa limpia	Personal medico	Almacenar	Estantería
Depósito de Ropa Sucia	Personal medico	Almacenar	Estantería
Área de Juegos	Paciente, personal medico	Recreación	Mesa, sillas, sapo
Área de estar	Paciente, personal medico	Recreación	Sillones
Dormitorio Doble + SS.HH.	Paciente, personal medico	Descansar	Cama, estantes, sillones.
Dormitorio Simple + SS.HH	Paciente, personal medico	Descansar	Cama, estantes, sillones.
Sala de visitas	Paciente, familiares	Visitar e interactuar	Mesas, sillas
Cuarto de Limpieza	Personal de mantenimiento	Limpieza	Estantería
ESTAR MEDICO			
Ambiente	Usuario	Necesidad	Mobiliario
Kitchenette	Personal medico	Alimentarse	Cocina, Horno,
SS.HH. Varones	Personal medico	Fisiológicas	1u, 1l, 1i
SS.HH Damas	Personal medico	Fisiológicas	1l, 1i
Estar	Personal medico	Descansar	Sillones, estantería
SUB ZONA LAVANDERIA Y ROPERIA			
Ambiente	Usuario	Necesidad	Mobiliario
Lavandería	Personal medico	Lavar	2 lavadoras, 2 tómbolas
Costura y reparación	Personal medico	Remendar prendas	Mesa, sillas
Ropa limpia	Personal medico	Almacenar ropa limpia	Estantería

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 33
Programación Cualitativa de Zona de terapia y talleres ocupacionales

ZONA TERAPIA Y TALLERES OCUPACIONALES			
SUB ZONA TERAPIA			
Ambiente	Usuario	Necesidad	Mobiliario
Terapia Cognitiva Grupal	Paciente, personal medico	Rehabilitarse y Tratarse	Sillas y estantería
Terapia Sensorial	Paciente, personal medico	Rehabilitarse y Estimulación	Sillones, mesas, sillas, implemento
Terapia de Psicomotricidad	Paciente, personal medico	Rehabilitarse y Tratarse	Sillas, implementos
Terapia Física	Paciente, personal medico	Rehabilitarse y Tratarse	Implementos físicos
SUB ZONA TALLERES OCUPACIONALES			
Ambiente	Usuario	Necesidad	Mobiliario
Huerto Terapéutico	Paciente, personal medico	Estimulación Funcional y Cognitivo	Estantería, implementos
Taller de Costura	Paciente, personal medico	Fomentar habilidades	Mesas, sillas, Estantería
Taller de Dibujo y pintura	Paciente, personal medico	Estimulación Funcional y Cognitivo	Mesas, sillas, Estantería
Taller de Cocina	Paciente, personal medico	Fomentar habilidades	Mesones, horno, cocina, estantería, Refrigerador
Taller de Manualidades	Paciente, personal medico	Estimulación Funcional y Cognitivo	Mesas, sillas, Estantería

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 34
Programación Cualitativa de Zona Complementaria

ZONA COMPLEMENTARIA			
SUB ZONA COMEDOR			
Ambiente	Usuario	Necesidad	Mobiliario
Área de mesas	Paciente, personal	Alimentarse	Mesas y sillas
Atención	Paciente, personal	Atender	Mesón, implementos
Cocina	Personal	Preparación de alimentos	Cocina, Horno, Refrigeradora, Mesón, implementos

Almacén de Alimentos	Personal	Conservar y mantener los alimentos	Estantería
SUB ZONA SUM			
Ambiente	Usuario	Necesidad	Mobiliario
Escenario	Paciente, personal,	Transmitir	Pasamanos
Foyer	Paciente, personal, familias	Transmitir	Pasamanos
Zona de sillas	Paciente, personal, familias	Observar	Sillas
SS.HH. Varones	Paciente, personal, familias	Fisiológicas	1u, 1l, 1i
SS.HH. Mujeres	Paciente, personal, familias	Fisiológicas	1l, 1i
SS.HH. Discapacitados	Paciente, familias	Fisiológicas	1u, 1l, 1i, pasamanos
SUB ZONA CUARTO DE MAQUINAS			
Ambiente	Usuario	Necesidad	Mobiliario
Deposito General	Personal	Almacenar	Estantería
Cuarto de Grupo electrógeno	Personal	Brindar energía	Grupo Electrógeno
SUB ZONA MANTENIMIENTO			
Ambiente	Usuario	Necesidad	Mobiliario
Depósito de basura	Personal de mantenimiento	Almacenar	Depósitos
Cuarto de limpieza	Personal de mantenimiento	Limpieza	Estantería

Fuente: Elaboración Propia

4.4.2. Programación Cuantitativa

"PROPUESTA DE UN CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA TRATAR LA SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR EN LA REGIÓN DE TACNA - 2018"								
1. ZONA: ADMINISTRACIÓN								
Cod	Sub zona y/o Ambiente	Cap	Indice m2	Area m²	Nº de ambientes	Area techada por ambientes m2	Area sin techar por ambientes m2	Base Normativa
1.1.	Control e ingreso							
	Control e informes publico general	8	1	9.00	1	9.00		Elaboración Propia
	Control de personal	3	1	3.00	1	3.00		Elaboración Propia
	Hall de Ingreso	8	1	9.00	1	9.00		Elaboración Propia
	Sala de espera	12	0.8	9.00	1	9.00		RNE Norma A.010 Capitulo VI
	SS.HH. Varones	2	1.5	3.00	1	3.00		RNE Norma A.010 Capitulo VI
	SS.HH. Mujeres	2	1.5	3.00	1	3.00		RNE Norma A.010 Capitulo VI
	SS.HH. Discapacitados	1	3	3.00	1	3.00		RNE Norma A.010 Capitulo VI
	Trabajo Social	1	9.5	9.50	1	9.00		RNE Norma A.010 Capitulo VI
1.2.	Administración							
	Secretaria	2	9.5	18.00	1	18.00		Calculo de Aforo - Norma A.080 Art. 11 - RNE
	Oficina de Dirección + SS.HH	2	9.5	18.00	1	18.00		Calculo de Aforo - Norma A.080 Art. 11 - RNE
	Oficina de Administración + SS.HH	2	9.5	18.00	1	18.00		Calculo de Aforo - Norma A.080 Art. 11 - RNE
	Oficina de Contabilidad	2	9.5	18.00	1	18.00		Calculo de Aforo - Norma A.080 Art. 11 - RNE
	Oficina de Recursos Humanos	2	9.5	18.00	1	18.00		Calculo de Aforo - Norma A.080 Art. 11 - RNE
	Sala de Reuniones	10	1.5	15.00	1	15.00		Calculo de Aforo - Norma A.080 Art. 11 - RNE
	SS.HH. Varones	2	1.5	3.00	1	3.00		RNE Norma A.010 Capitulo VI
	SS.HH. Mujeres	2	1.5	3.00	1	3.00		RNE Norma A.010 Capitulo VI
1.3.	Informatica y logistica							
	Oficina de Informatica	3	9.5	27.00	1	27.00		Calculo de Aforo - Norma A.080 Art. 11 - RNE
	Oficina de Logistica	2	9.5	19.00	1	19.00		Calculo de Aforo - Norma A.080 Art. 11 - RNE
	Secretaria	2	9.5	18.00	1	18.00		Calculo de Aforo - Norma A.080 Art. 11 - RNE
	Area total					223.00		
	Area total + 30% de circulación y muros					289.90		

2. ZONA: UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA								
Cod	Sub zona y/o Ambiente	Cap.	Indice m2	Area m²	Nº de ambientes	Sub total por ambientes m2	Area sin techar por ambientes m2	Base Normativa
2.1.	Control							
	Admisión	3	1.2	3.60	1	3.60		Normas T. para Proyectos de Arq. Hospitalaria
	Topico	2	6	12.00	1	12.00		Calculo de Aforo - Norma A.050 Art. 6 - RNE
	Triaje	2	6	12.00	1	12.00		Calculo de Aforo - Norma A.050 Art. 6 - RNE
2.2	Consulta Externa							
	Sala de Espera	25	1.2	30.00	1	30.00		Normas T. para Proyectos de Arq. Hospitalaria
	Archivo de historias clinicas	80	0.4	33.00	1	33.00		Normas T. para Proyectos de Arq. Hospitalaria
	Consultorio de Geriatria	2	6	12.00	1	12.00		Calculo de Aforo - Norma A.050 Art. 6 - RNE
	Consultorio de Psiquiatria	2	6	12.00	1	12.00		Calculo de Aforo - Norma A.050 Art. 6 - RNE
	Consultorio de Psicología	2	6	12.00	1	12.00		Calculo de Aforo - Norma A.050 Art. 6 - RNE
	Consultorio de Cardiología	2	6	12.00	1	12.00		Calculo de Aforo - Norma A.050 Art. 6 - RNE
	Consultorio de Nutrición	2	6	12.00	1	12.00		Calculo de Aforo - Norma A.050 Art. 6 - RNE
	Consultorio de Medicina General	2	6	12.00	1	12.00		Calculo de Aforo - Norma A.050 Art. 6 - RNE
	SS.HH. Varones	3	1.5	3.00	1	3.00		RNE Norma A.010 Capitulo VI
	SS.HH. Mujeres	3	1.5	3.00	1	3.00		RNE Norma A.010 Capitulo VI
	SS.HH. Discapacitados	1	3	3.00	1	3.00		RNE Norma A.010 Capitulo VI
	Cuarto de limpieza	1		3.00	1	3.00		Elaboración Propia
	Farracia	3	0.8	15.00	1	15.00		Calculo de Aforo - Norma A.050 Art. 6 - RNE
	Area total					189.60		
	Area total + 30% de circulación y muros					246.48		

3. ZONA: RESIDENCIA E INTERNAMIENTO								
Cod	Sub zona y/o Ambiente	Cap.	Indice m2	Area m²	Nº de ambientes	Sub total por ambientes m2	Area sin techar por ambientes m2	Base Normativa
3.1. Internamiento								
	Control de ingreso	3	1	3,00	1	3,00		Elaboración Propia
	Deposito de ropa sucia	2	—	18,00	1	18,00		Elaboración Propia
	Deposito de ropa limpia	2	—	18,00	1	18,00		Elaboración Propia
	Sala de espera familiar	15	1.5	22,50	2	45,00		Calculo de Aforo - Norma A.100 Art. 7 - RNE
	Área de Estar	15	1.5	22,50	1	21,00		Calculo de Aforo - Norma A.100 Art. 7 - RNE
	Comedor	80	1.5	120,00	1	120,00		RNE A.070 Comercio Art. 7
	Dormitorio Doble +SS.HH	2	8	16,00	35	560,00		Calculo de Aforo - Norma A.050 Art. 6 - RNE
	Dormitorio Simple + SS.HH	1	8	8,00	10	90,00		Calculo de Aforo - Norma A.050 Art. 6 - RNE
	Sala de estar común	90	0.8	72,00	1	72,00		Calculo de Aforo - Norma A.050 Art. 6 - RNE
	Quarto de limpieza	1	—	6,00	1	6,00		Elaboración Propia
3.2. Estar Medico								
	kitchenette	3	—	12,00	1	12,00		Elaboración Propia
	SS.HH Varones	2	1.5	3,00	1	3,00		RNE Norma A.010 Capitulo VI
	SS.HH. Damas	2	1.5	3,00	1	3,00		RNE Norma A.010 Capitulo VI
	Estar para personal	5	1	6,00	1	6,00		Calculo de Aforo - Norma A.100 Art. 7 - RNE
3.3. Lavanderia y roperia								
	Lavandería	2	—	21,00	1	21,00		Elaboración Propia
	Costura y reparación	2	—	6,00	1	6,00		Elaboración Propia
	Rompa Limpia	80	0.8	64,00	1	64,00		Elaboración Propia
Area total						1068,00		
Area total + 30% de circulación y muros						1388,40		

4. ZONA: TERAPIA Y TALLERES OCUPACIONALES								
Cod	Sub zona y/o Ambiente	Cap.	Indice m2	Area m²	Nº de ambientes	Sub total por ambientes m2	Area sin techar por ambientes m2	Base Normativa
4.1. TERAPIA								
	Sala de espera	12	0.8	9,60	1	9,60		RNE Norma A.010 Capitulo VI
	Terapia Cognitiva Grupal	10	1.5	15,00	1	15,00		Calculo de Aforo - Norma A.100 Art. 7 - RNE
	Terapia Sensorial	10	1.5	15,00	1	15,00		Calculo de Aforo - Norma A.100 Art. 7 - RNE
	Terapia de Psicomotricidad	10	1.5	15,00	1	15,00		Calculo de Aforo - Norma A.100 Art. 7 - RNE
	Terapia Fisica	15	1.5	22,50	1	22,50		Calculo de Aforo - Norma A.100 Art. 7 - RNE
4.2. TALLERES OCUPACIONALES								
	Huerto Terapeutico	15	3	30,00	1	30,00		Elaboración Propia
	Taller de Costura	20	2,25	39,00	1	39,00		Calculo de Aforo - Norma A.100 Art. 7 - RNE
	Taller de Dibujo y pintura	20	2,25	39,00	1	39,00		Calculo de Aforo - Norma A.100 Art. 7 - RNE
	Taller de Manualidades	20	2,25	39,00	1	39,00		Calculo de Aforo - Norma A.100 Art. 7 - RNE
	Taller de Baile	20	2,25	39,00	1	39,00		Calculo de Aforo - Norma A.100 Art. 7 - RNE
	Taller de Cocina	20	2,25	39,00	1	39,00		Calculo de Aforo - Norma A.100 Art. 7 - RNE
4.3. SERVICIOS								
	Depositos	2	1.5	3,00	1	3,00		Elaboración Propia
	Bateria de baño Varones	6	1.5	9,00	1	9,00		RNE Norma A.010 Capitulo VI
	Bateria de baño Damas	6	1.5	9,00	1	9,00		RNE Norma A.010 Capitulo VI
Area total						323,10		
Area total + 30% de circulación y muros						420,03		

5. ZONA: COMPLEMENTARIA								
Cod	Sub zona y/o Ambiente	Cap.	Indice m2	Area m²	Nº de ambientes	Sub total por ambientes m2	Area sin techar por ambientes m2	Base Normativa
5.1. Comedor								
	Area de mesas	80	1.5	120,00	1	120,00		RNE A.070 Comercio Art. 7
	Atención	5	1.5	9,00	1	9,00		RNE A.070 Comercio Art. 8
	Cocina	3	10	30,00	1	30,00		RNE A.070 Comercio Art. 9
	Quarto frio	2	—	12,00	1	12,00		Elaboración Propia
	Almacen de viveres	2	—	12,00	1	12,00		Elaboración Propia
	Almacen de vajillas	2	—	12,00	1	12,00		Elaboración Propia
	Almacen de bebidas	2	—	12,00	1	12,00		Elaboración Propia
5.2. SUM								
	Escenario	15	1	15,00	1	15,00		Calculo de Aforo - Norma A.100 Art. 7 - RNE
	Foyer	150	1	150,00	1	150,00		Calculo de Aforo - Norma A.100 Art. 7 - RNE
	Zona de Sillas	350	1	350,00	1	350,00		Calculo de Aforo - Norma A.100 Art. 7 - RNE
	SS.HH. Varones	3	1.5	6,00	1	6,00		RNE Norma A.010 Capitulo VI
	SS.HH. Mujeres	3	1.5	4,50	1	4,50		RNE Norma A.010 Capitulo VI
	SS.HH. Discapacitados	1	3	3,00	1	3,00		RNE Norma A.010 Capitulo VI
5.5. Cuarto de maquinas								
	Deposito general	1	—	12,00	1	12,00		Elaboración Propia
	Subestación	1	—	12,00	1	12,00		Elaboración Propia
	Grupo Electrogeno	1	—	12,00	1	12,00		Elaboración Propia
5.6. Mantenimiento								
	Quarto de limpieza	1	—	12,00	1	12,00		Elaboración Propia
	Deposito de basura	1	—	12,00	1	12,00		Elaboración Propia
	SS.HH de personal	2	1.5	2,80	1	2,80		Elaboración Propia
Area libre								
	Estacionamientos	320	15	15,00	80	—	1200,00	Elaboración Propia
	Gloneta Central	1	—	20,00	1	—	20,00	Elaboración Propia
Area total						798,30	1220,00	
Area total +30% de circulación y muros						1037,79	1830,00	

CUADRO RESUMEN			
ITEM	ZONA	AREA TECHADA m ²	AREA SIN TECHAR m ²
1	Zona Administrativa	289.90	
2	Zona de Asistencia Medica	246.48	
3	Zona de Internamiento	1388.40	
4	Zona de terapia y talleres ocupacionales	420.03	
5	Zona Complementaria	1037.79	1830.00
	AREA TOTAL CONSTRUIDA + 30% DE C Y M	3382.60	—
	AREA LIBRE + 50% DE C	—	1830.00
	AREA OCUPADA	5212.60	
	AREA DEL TERRENO	13 660.00 m ²	

4.5. Zonificación

4.5.1. Matriz de relación

Se elabora la matriz para determinar la relación entre las zonas y entre los ambientes que se encuentran dentro de ella, podemos identificar la relación directa, relación media y relación nula.

Tabla 35
Leyenda de matriz de relación

Representación	Tipo de relación
●	Relación Directa
◐	Relación Media
○	Relación Nula

Fuente: Elaboración Propia

4.5.1.1. Matriz de relación por zonas



Figura 50 Matriz de relación por zonas

Fuente: Elaboración Propia

4.5.2. Organigramas

4.5.2.1. Zona Administrativa

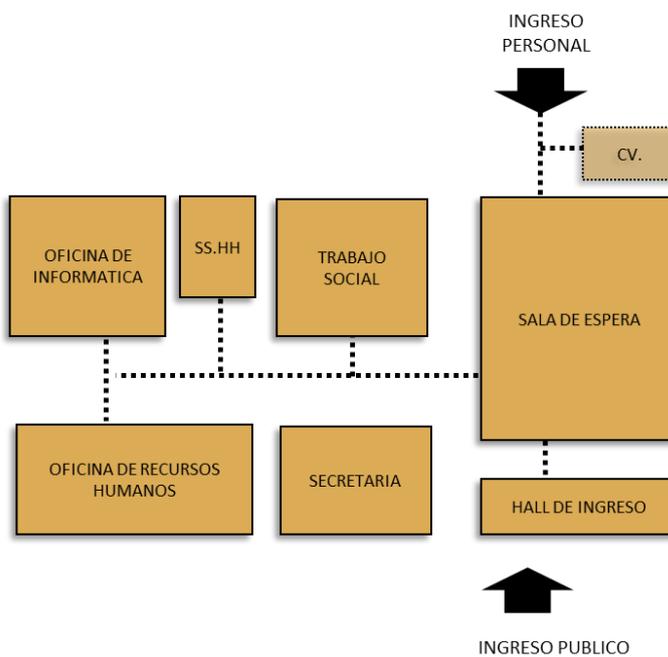


Figura 56 Organigrama de Primer Nivel Zona Administrativa

Fuente: Elaboración Propia

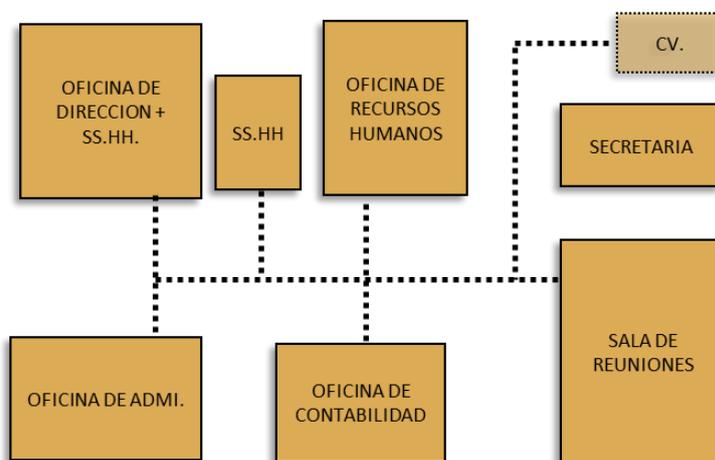


Figura 57 Organigrama de Segundo Nivel Zona Administrativa

Fuente: Elaboración Propia

4.5.2.2. Zona Unidad de Consulta Externa

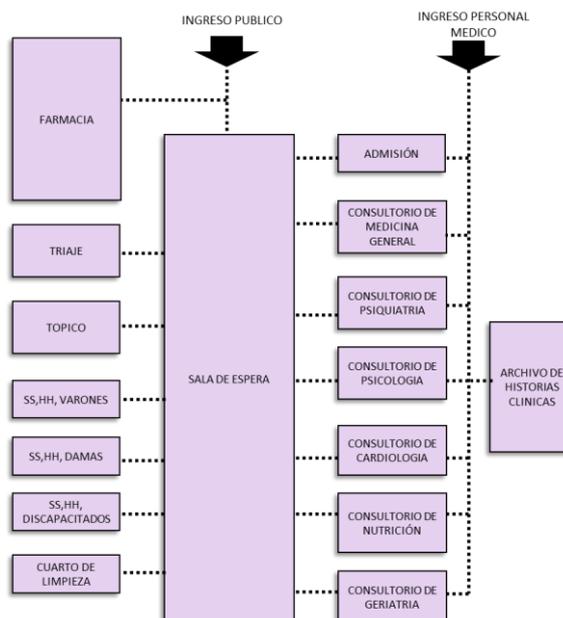


Figura 58 Organigrama de Primer Nivel Zona Unidad de Consulta Externa

Fuente: Elaboración Propia

4.5.2.3. Zona de unidad de Residencia e internamiento

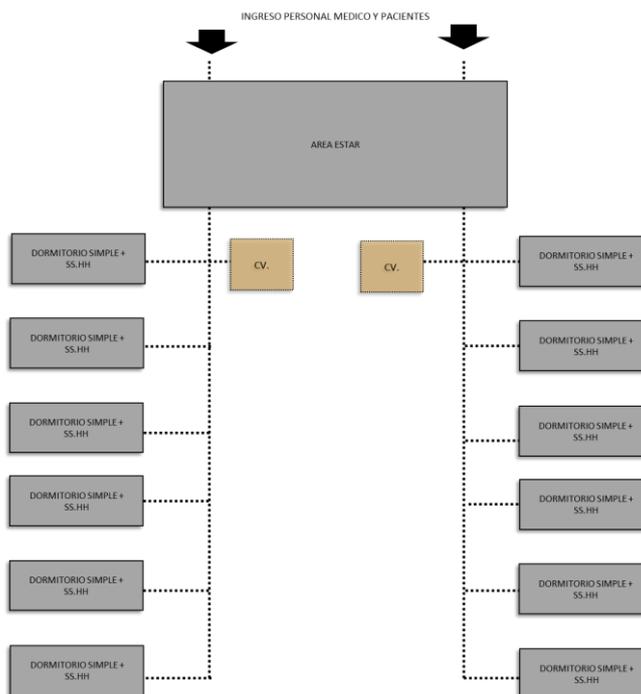


Figura 59 Organigrama de Primer Nivel Unidad de Internamiento y residencia

Fuente: Elaboración Propia

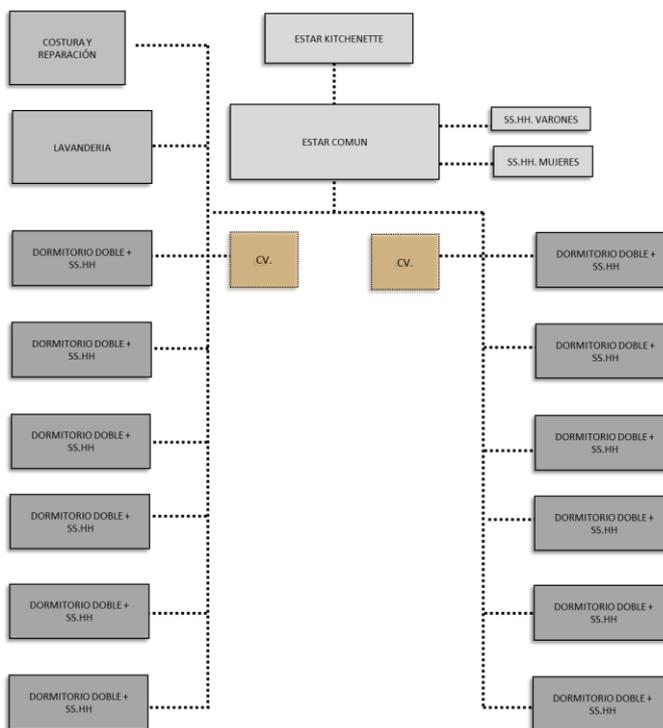


Figura 60 Organigrama de Segundo Nivel Unidad de Internamiento y residencia

Fuente: Elaboración Propia

4.5.2.4. Zona Terapia y talleres ocupacionales

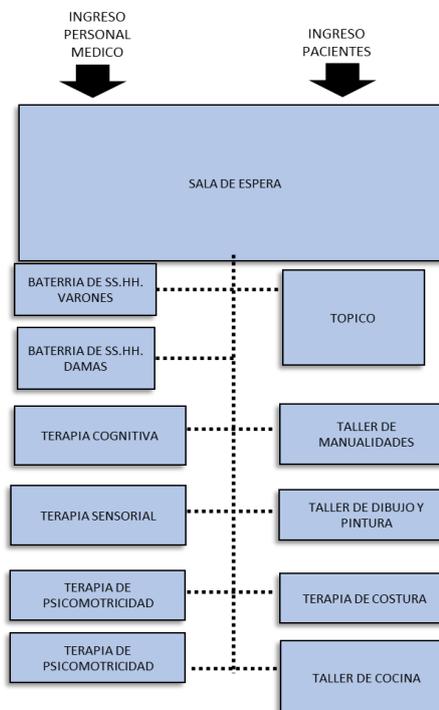


Figura 61 Organigrama de Primer Nivel Zona Terapia y Talleres recreacionales

Fuente: Elaboración Propia

4.5.2.5. Zona Complementaria

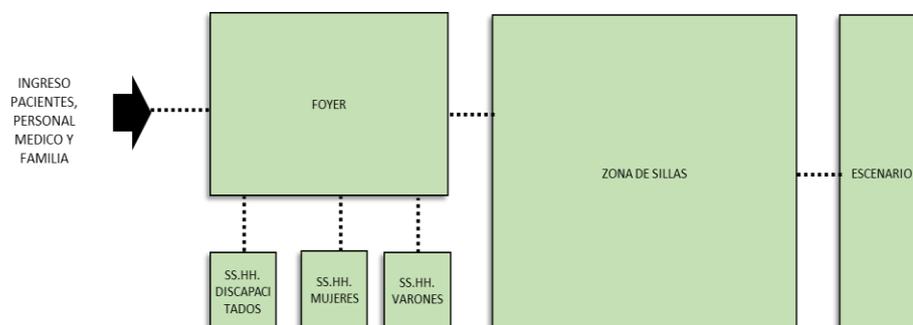


Figura 62 Organigrama de SUM - Zona Complementaria

Fuente: Elaboración Propia

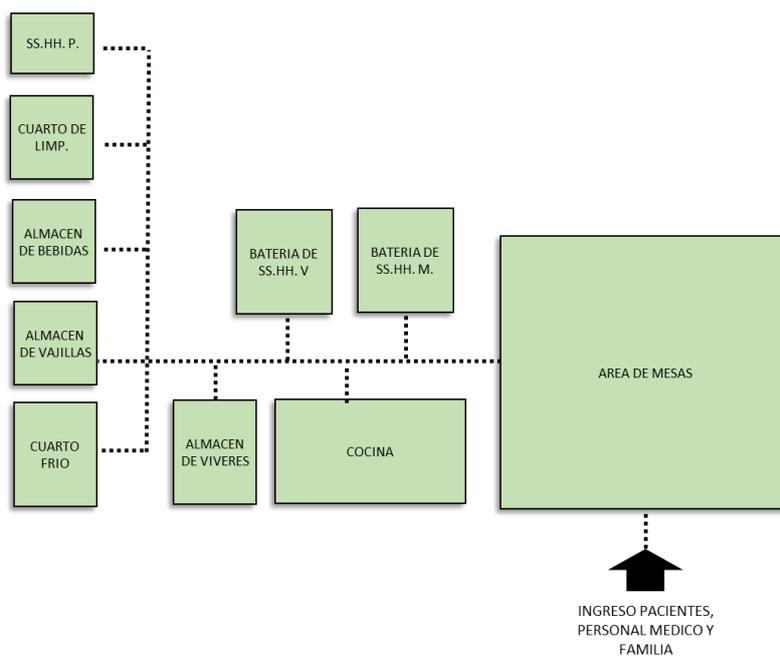


Figura 63 Organigrama de comedor - Zona Complementaria

Fuente: Elaboración Propia

4.6. Conceptualización

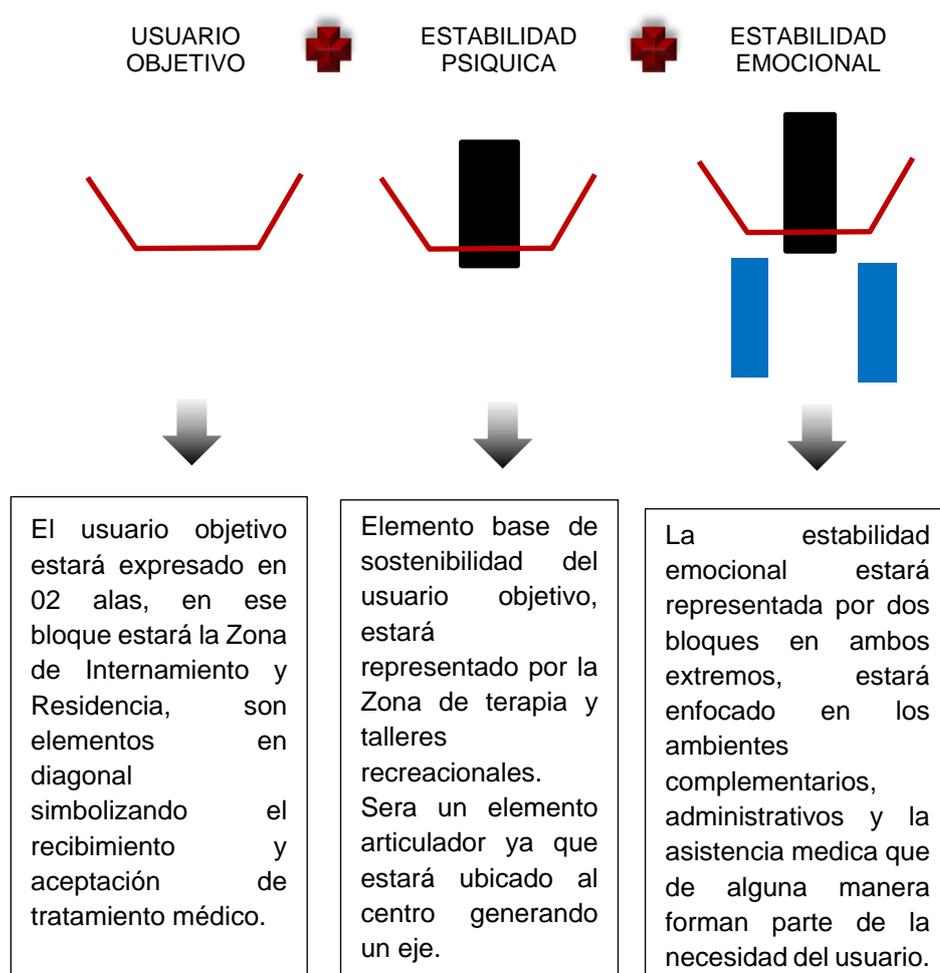
4.6.1. Idea rectora

“EQUILIBRIO PSIQUICO EMOCIONAL”

La salud mental se define como un estado de equilibrio de la persona en un momento dado de su vida y en el que influye el nivel de bienestar subjetivo, el ejercicio de las capacidades mentales y la calidad de las relaciones con el medio ambiente.

Adulto Mayor:

Persona mayor de 60 años que necesita una atención especializada muy diferente a las exigencias del resto de etapas de vida.



4.7. Toma de partido

4.7.1. Zonificación por niveles

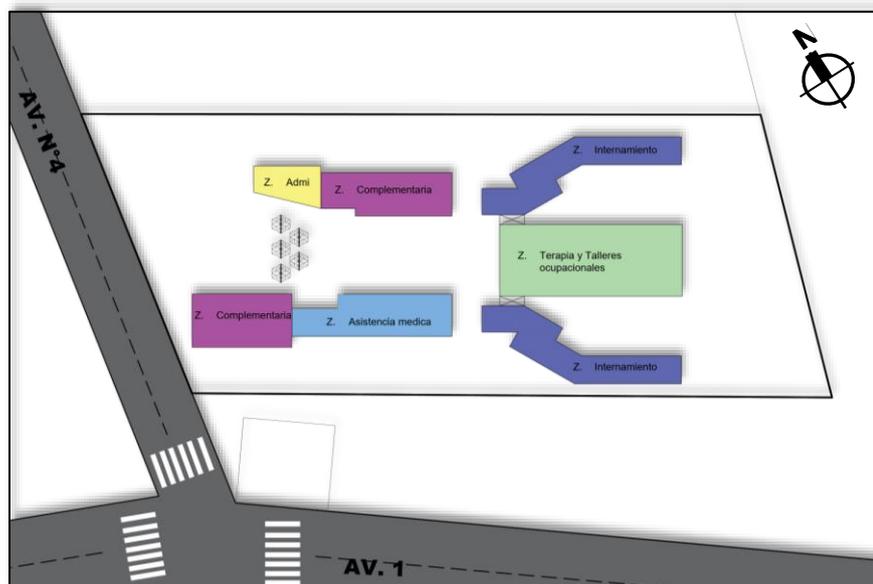


Figura 64 Zonificación de propuesta arquitectónica - Primer Nivel

Fuente: Elaboración Propia

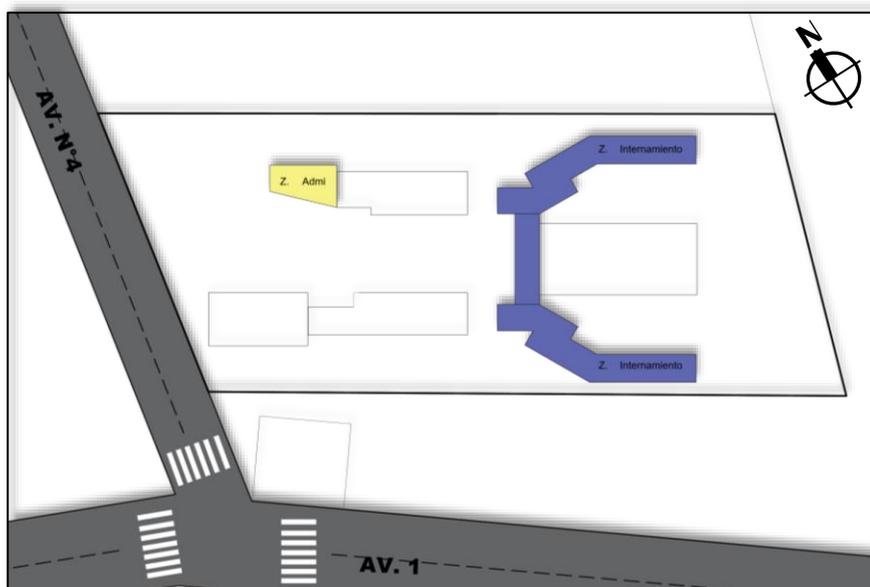


Figura 65 Zonificación de propuesta arquitectónica - Segundo Nivel

Fuente: Elaboración Propia

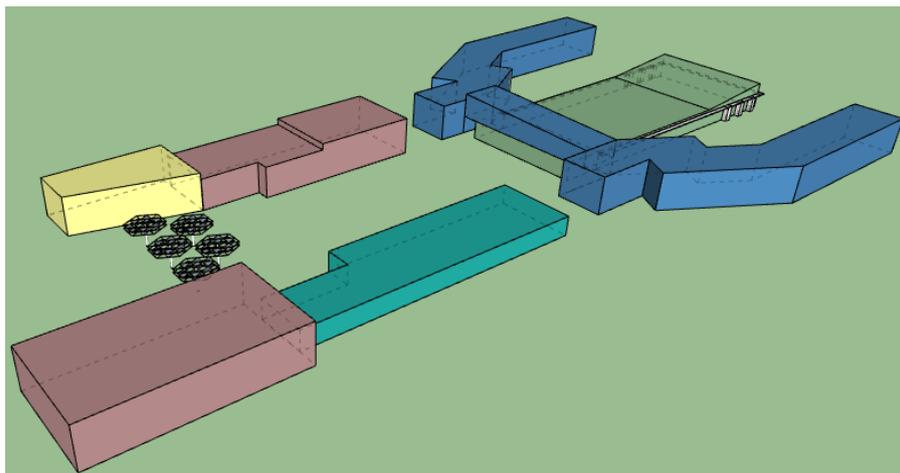


Figura 67 Vista isométrica 01 de partido arquitectónico

Fuente: Elaboración Propia

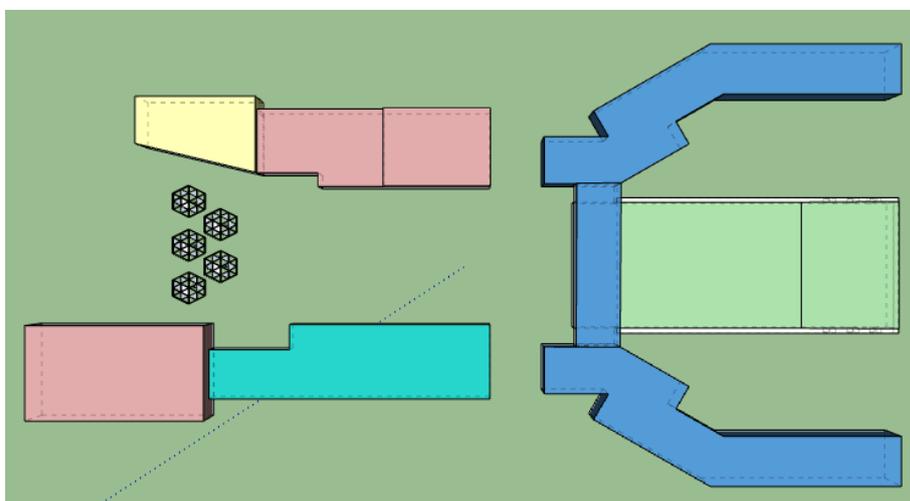


Figura 66 Vista de techo de partido arquitectónico

Fuente: Elaboración Propia

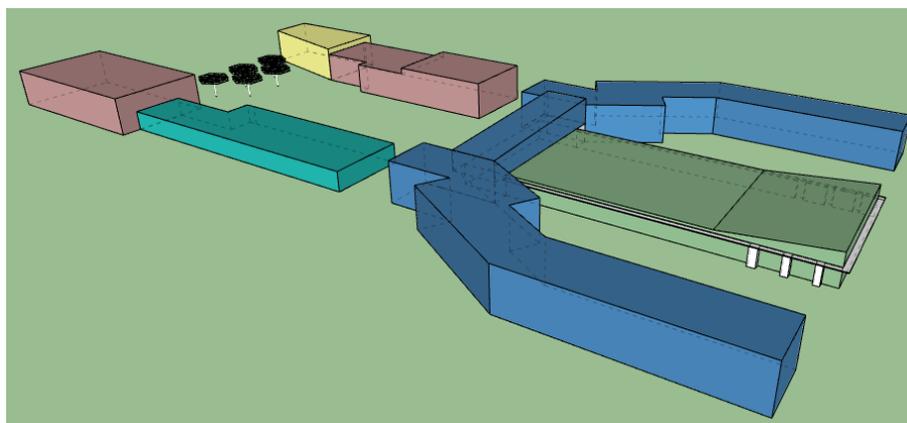


Figura 68 Vista isométrica posterior de partido arquitectónico

Fuente: Elaboración Propia

4.8. Anteproyecto

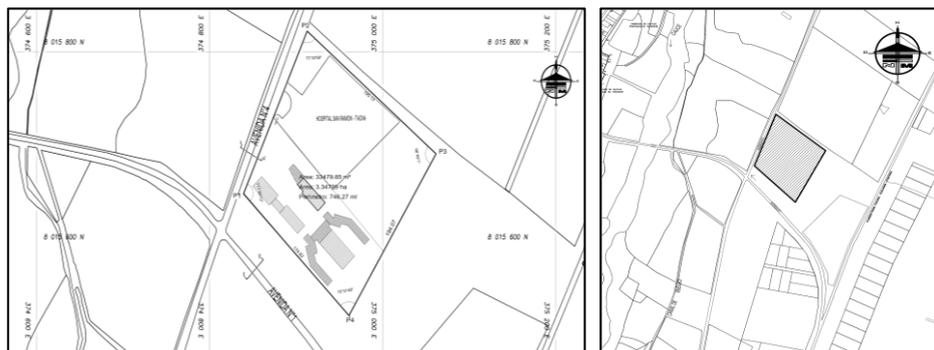


Figura 69 Plano de ubicación y localización de la propuesta arquitectónica

Fuente: Elaboración Propia

Uno de los criterios a considerar para la elección del predio fue la zonificación ya que no se requiere el cambio de uso de suelos debido a que el terreno es H4. El entorno, clima y vegetación contribuye a fortalecer la infraestructura que se propone ya que es una parte vital y fundamental para el desarrollo de terapias y talleres ocupacionales que ayuden al Adulto Mayor a retrasar los efectos que causan en ellos los trastornos mentales.

El proyecto se desarrolla en el Sector Calana Pueblo tradicional, dicho sector se encuentra encima de Piedra Blanca, posee gran abundancia de sectores agrícolas. El predio cuenta con 33479.85 m², sin embargo, existe una sección del predio perteneciente al Hospital Psiquiátrico San Ramón que ya se encuentra ejecutado y habitado. La sección a utilizar para la propuesta arquitectónica, posee una pendiente de 2.8%, se realizará el relleno con el propio material excedente, es por ello que se han considerado 02 plataformas con el uso de escaleras y rampas para el desplazamiento del usuario.

El predio cuenta con una sola vía principal denominada Avenida 4, actualmente es una trocha perpendicular a la Avenida 1 que conecta con el Pueblo Tradicional de Calana y con la Carretera Tacna – Calana – Pachía.



Figura 70 Plano topográfico referente a la propuesta arquitectónica

Fuente: Elaboración Propia

La primera plataforma está diseñada para la zona complementaria, zona de asistencia médica y la zona administrativa, mientras que la segunda plataforma alberga a la zona de residencia, la zona de terapia y talleres ocupacionales. El ingreso a cada zona es individual, todos los bloques se organizan en torno a un eje que vendría a ser la plaza principal del conjunto arquitectónico, los bloques se mimetizan a través de la utilización de elementos arquitectónicos repetitivos en cada zona, son elementos que hacen resaltar tanto la estructura como la arquitectura. La zona de residencia está diseñada en 02 alas, cada una de ellas alberga a un grupo de adultos mayores varones y mujeres, la clasificación por sexo se hace a través de la distribución.

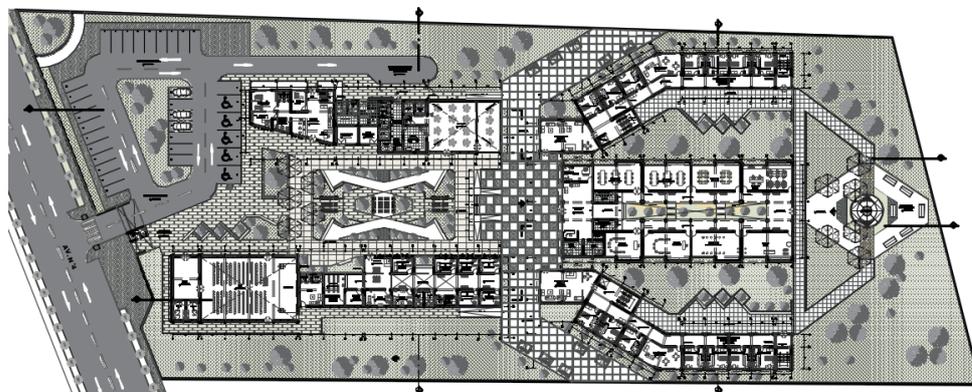


Figura 71 Planimetría referente a la propuesta arquitectónica

Fuente: Elaboración propia

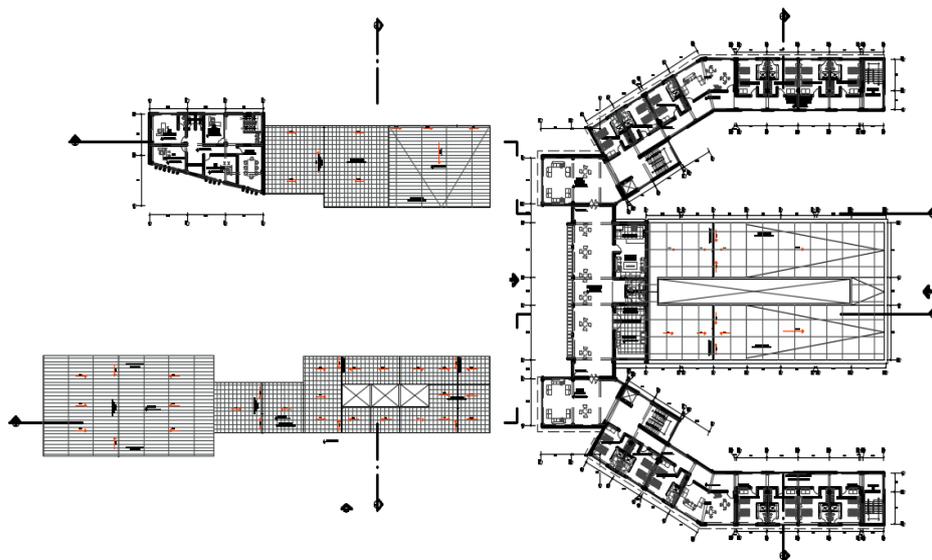


Figura 72 Segundo nivel referente a la propuesta arquitectónica

Fuente: Elaboración propia

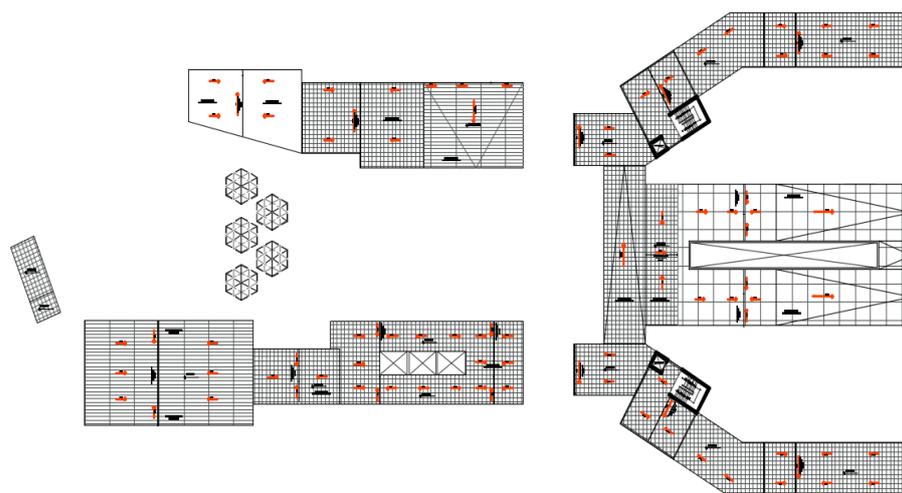


Figura 73 Plano de techos referente a la propuesta arquitectónica

Fuente: Elaboración propia

La psicología del color ha sido considerada principalmente en la Zona de terapia y talleres ocupacionales ya que es ahí en donde el usuario busca la rehabilitación y mejora en su estado de salud mental, el resto de zonas también cuenta con la utilización de dicha premisa, sin embargo, se busca recalcar su importancia para lograr el efecto en la variable dependiente.

La materialidad de los elementos es otro factor importante que se a considerado dentro del proyecto, ya que se proponen revestimientos de

madera, de aluminio, estares exteriores de concreto cara vista y madera machihembrada. Todo ello genera una composición propia de la tesis propuesta.

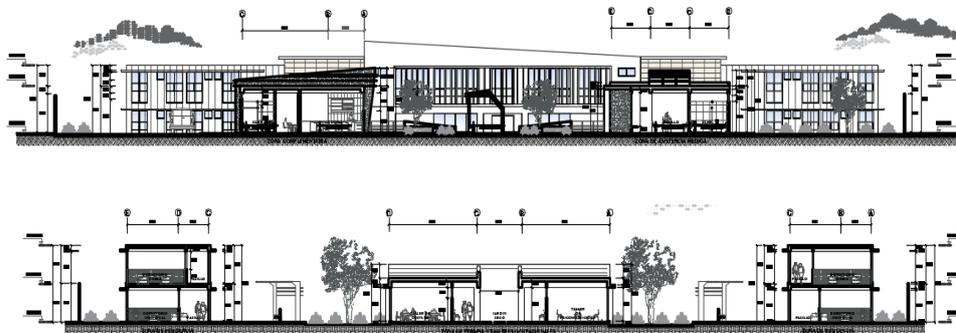


Figura 74 Cortes referentes a la propuesta arquitectónica

Fuente: Elaboración propia

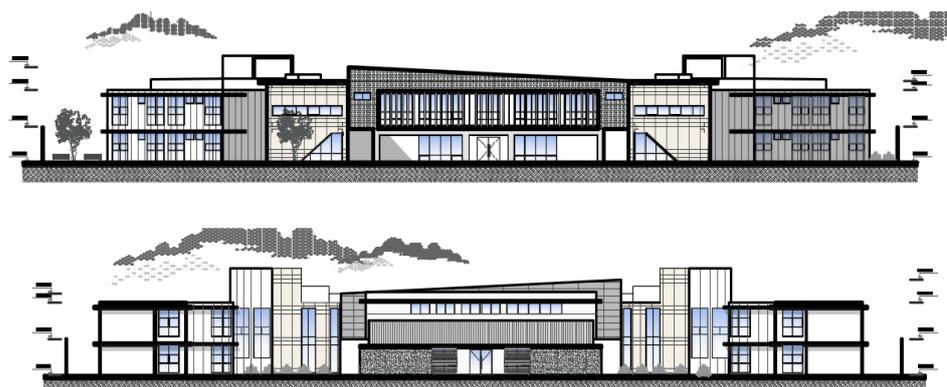


Figura 75 Elevaciones referentes a la propuesta arquitectónica

Fuente: Elaboración propia

4.9. Proyecto

El desarrollo a nivel de proyecto se realizó en dos bloques del conjunto arquitectónico, se presentan los planos correspondientes a la zona de terapia y talleres ocupaciones y la zona de residencia. Además de ello, se realizaron los planos de detalles referente al desarrollo a nivel de proyecto y detalles generales del conjunto.

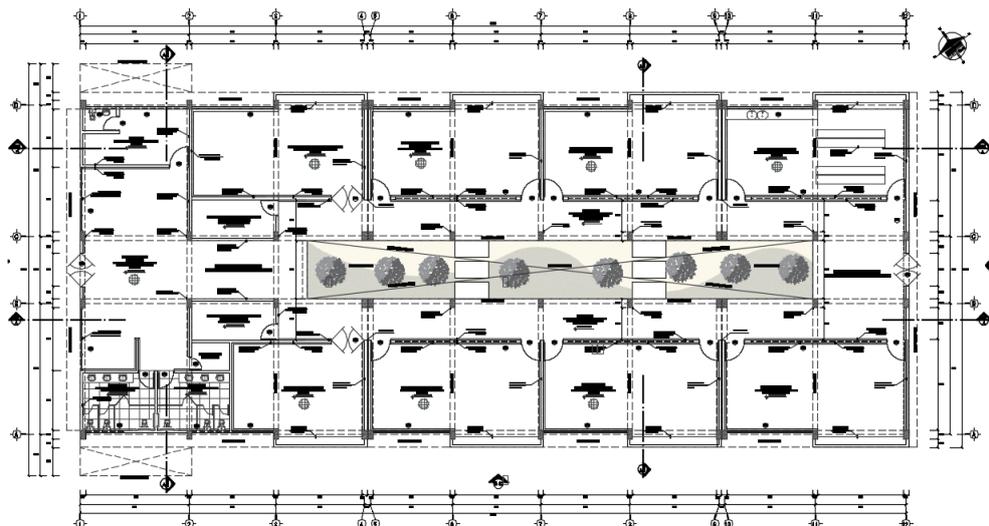


Figura 76 Primer nivel - Zona de terapia y talleres ocupacionales

Fuente: Elaboración propia

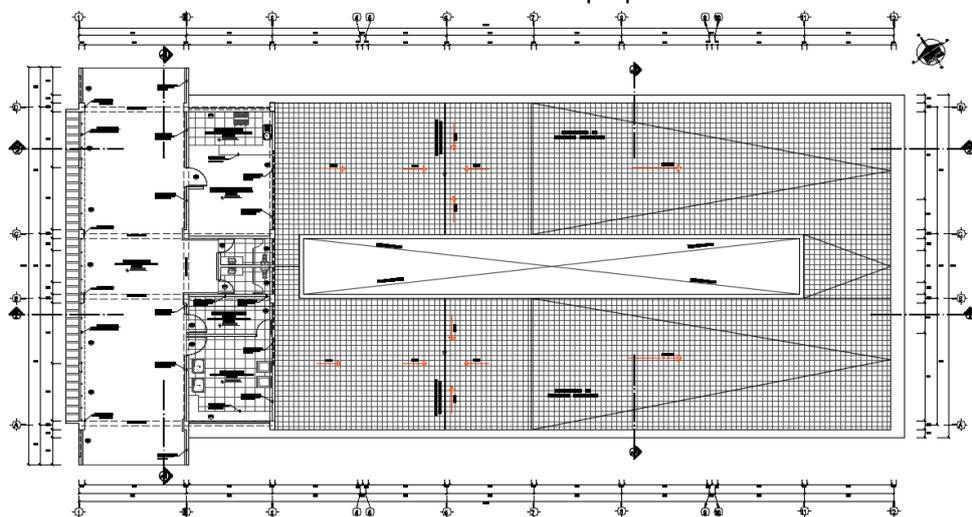


Figura 77 Segundo nivel - Zona de terapia y talleres ocupacionales

Fuente: Elaboración propia

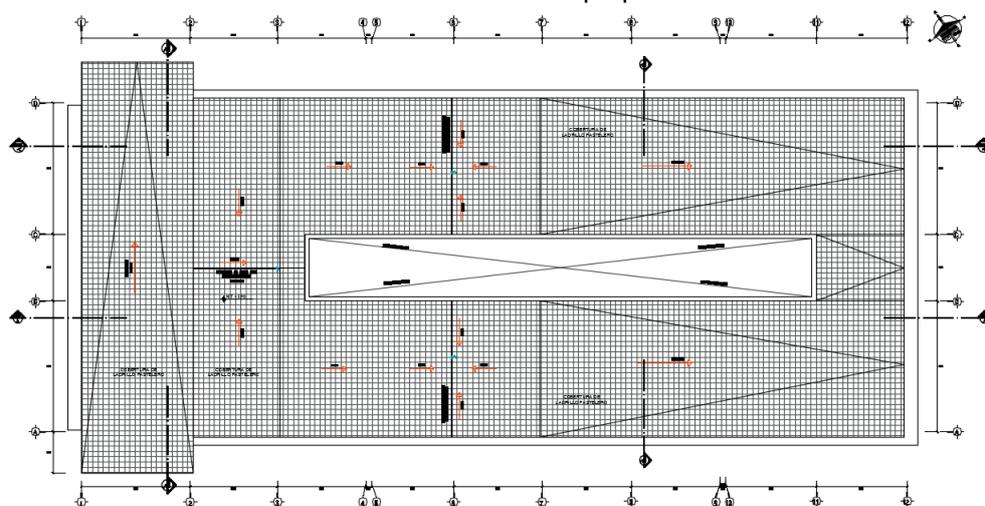


Figura 78 Plano de techos - Zona de terapia y talleres ocupacionales

Fuente: Elaboración propia

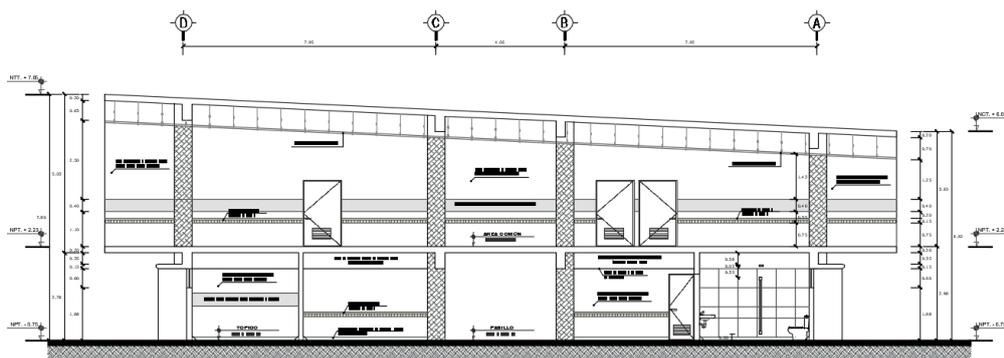


Figura 80 Corte A-A - Zona de terapia y talleres ocupacionales
Fuente: Elaboración propia

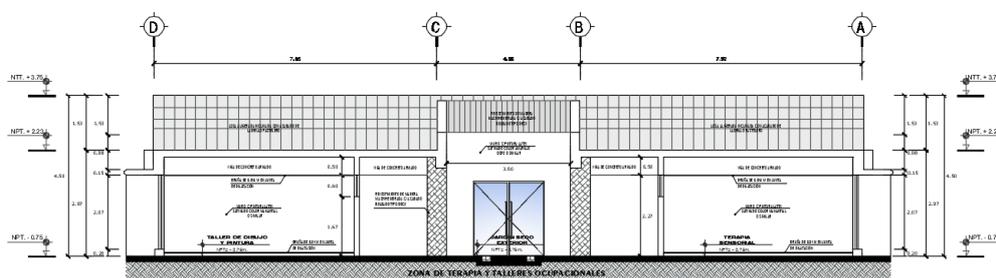


Figura 79 Corte B-B - Zona de terapia y talleres ocupacionales
Fuente: Elaboración propia

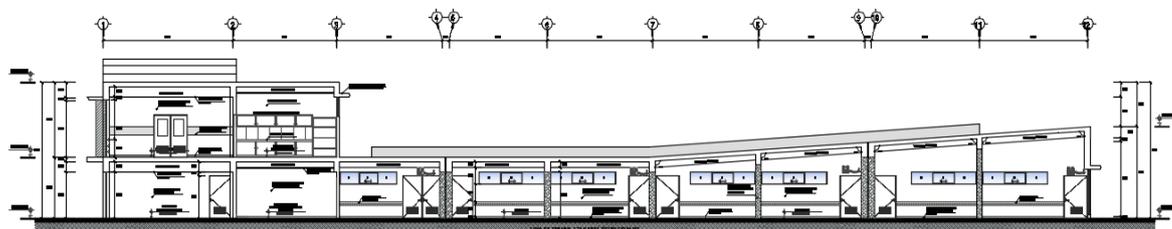


Figura 81 Corte C-C - Zona de terapia y talleres ocupacionales
Fuente: Elaboración propia

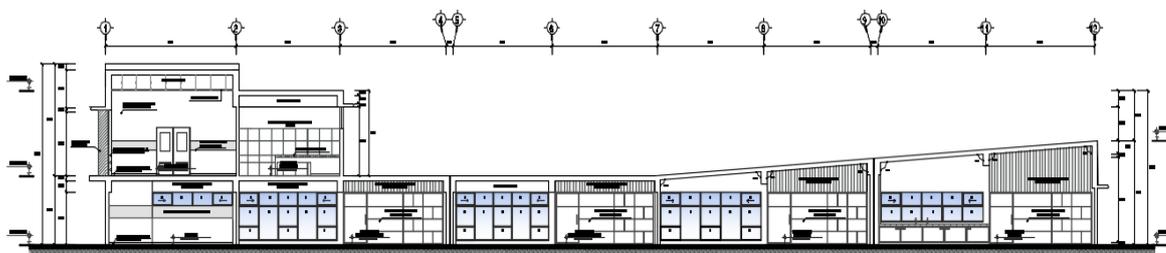


Figura 82 Corte D-D - Zona de terapia y talleres ocupacionales
Fuente: Elaboración propia

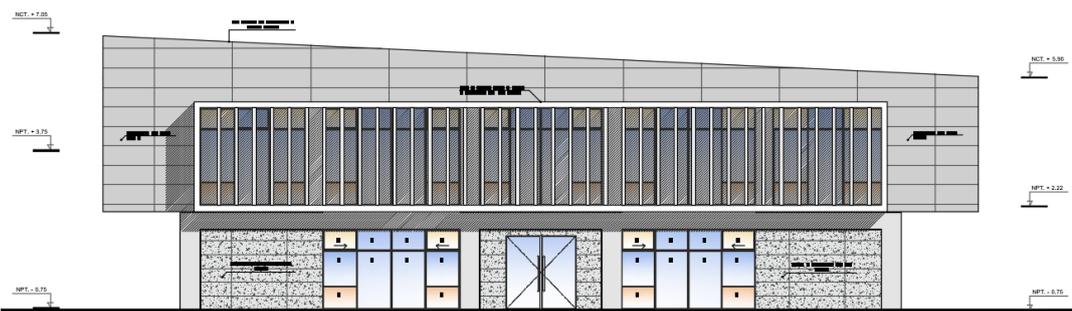


Figura 84 Elevación frontal - Zona de terapia y talleres ocupacionales

Fuente: Elaboración propia



Figura 83 Elevación posterior - Zona de terapia y talleres ocupacionales

Fuente: Elaboración propia

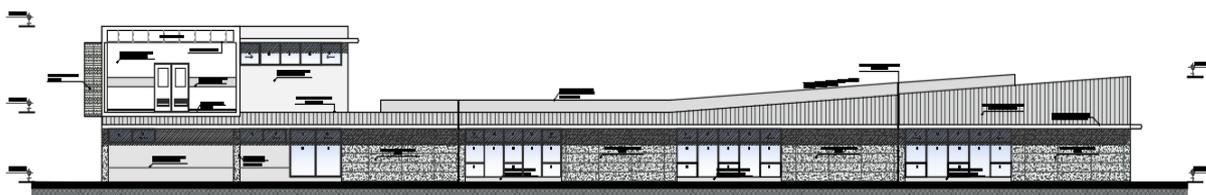


Figura 85 Elevación lateral derecha - Zona de terapia y talleres ocupacionales

Fuente: Elaboración propia

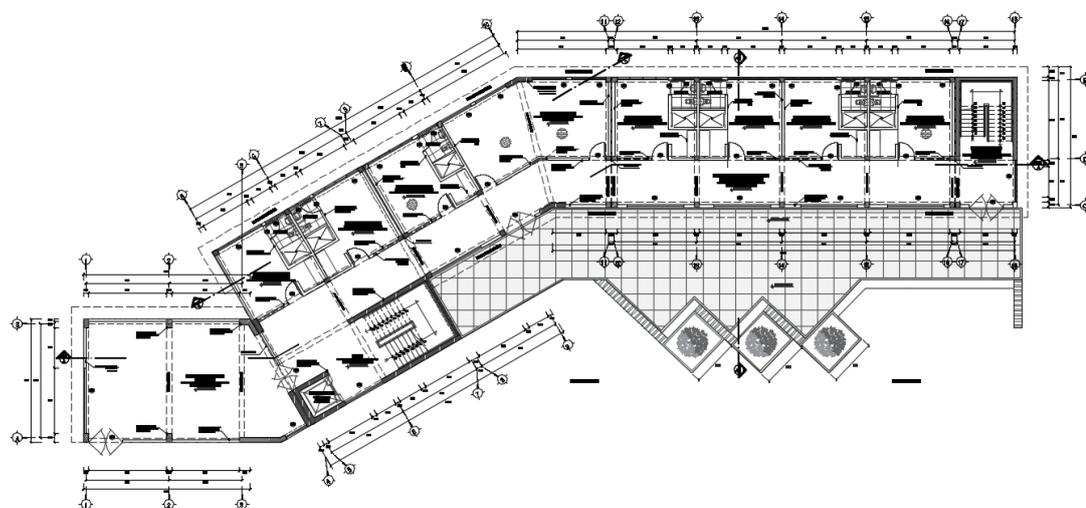


Figura 86 Primer Nivel - Zona de residencia

Fuente: Elaboración propia

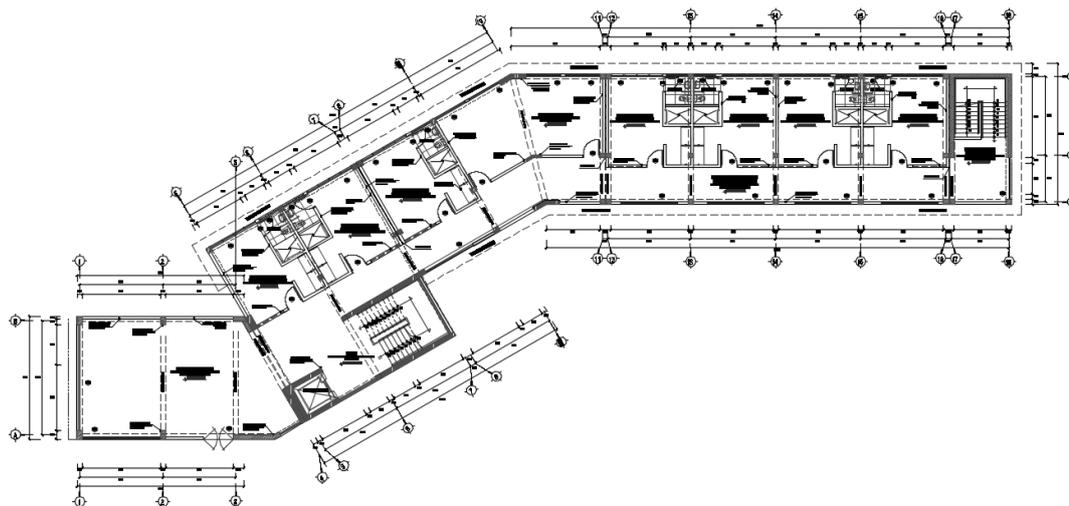


Figura 88 Segundo Nivel - Zona de residencia

Fuente: Elaboración propia

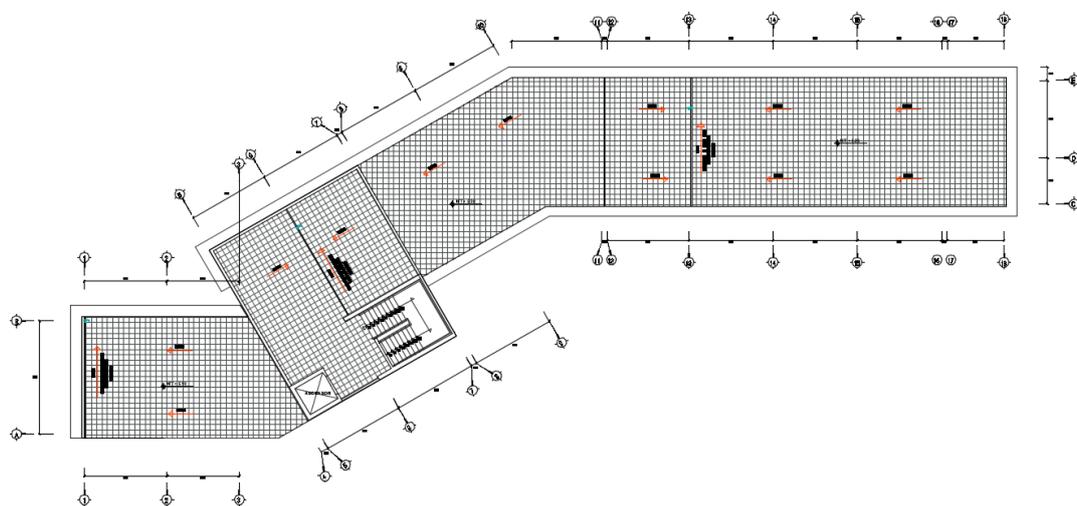


Figura 87 Tercer Nivel - Zona de residencia

Fuente: Elaboración propia

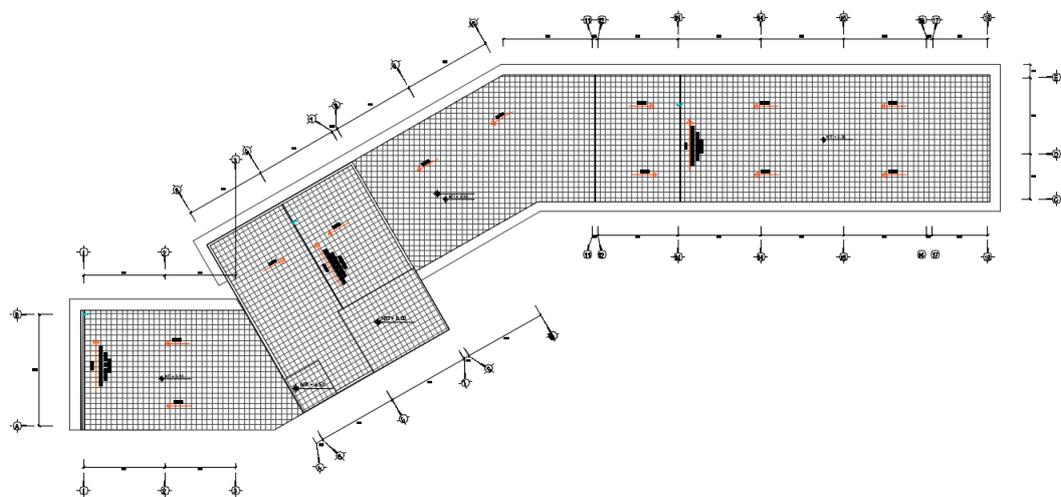


Figura 89 Plano de techos - Zona de residencia

Fuente: Elaboración propia

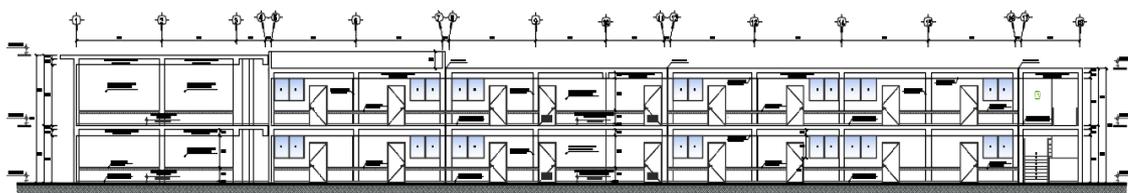


Figura 91 Corte A-A - Zona de residencia
Fuente: Elaboración propia

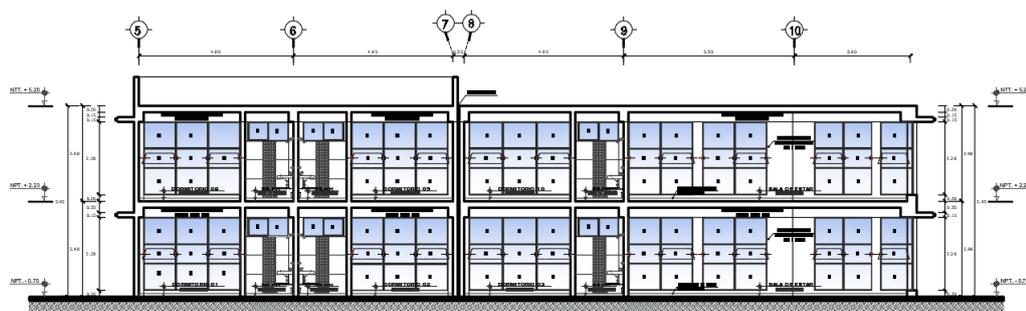


Figura 90 Corte B-B - Zona de residencia
Fuente: Elaboración propia

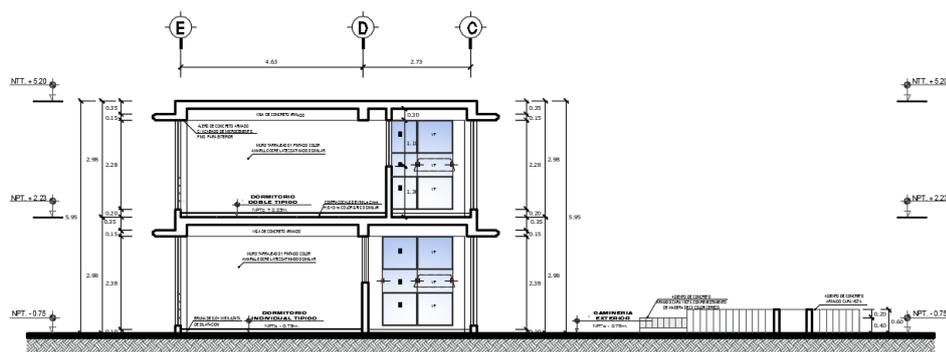


Figura 92 Corte C-C - Zona de residencia
Fuente: Elaboración propia

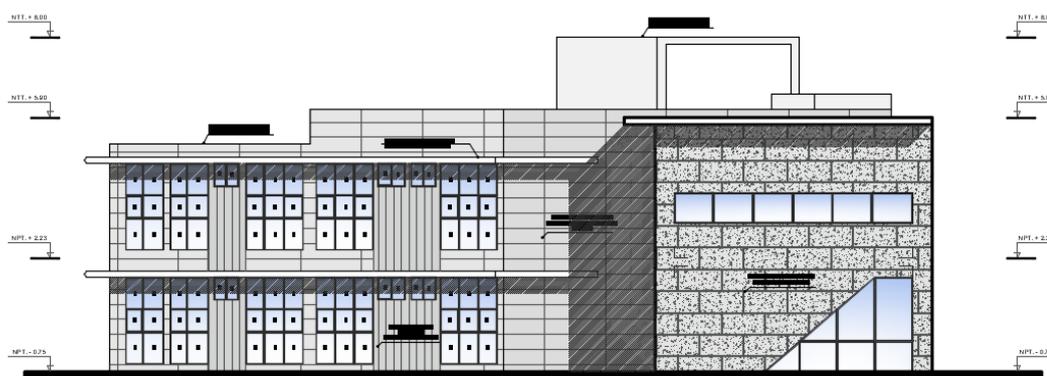


Figura 93 Elevación frontal - Zona de residencia
Fuente: Elaboración propia

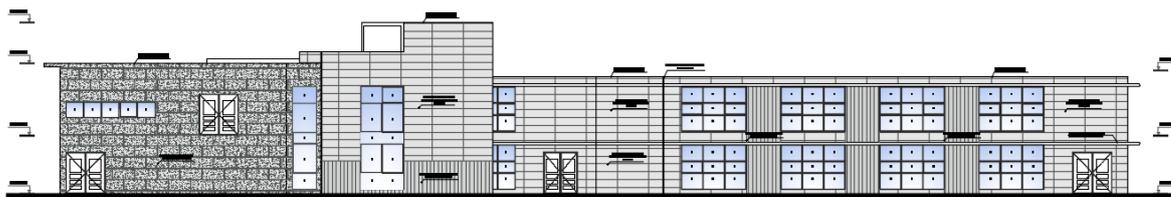


Figura 94 Elevación lateral derecha - Zona de residencia

Fuente: Elaboración propia



Figura 95 Elevación posterior - Zona de residencia

Fuente: Elaboración propia

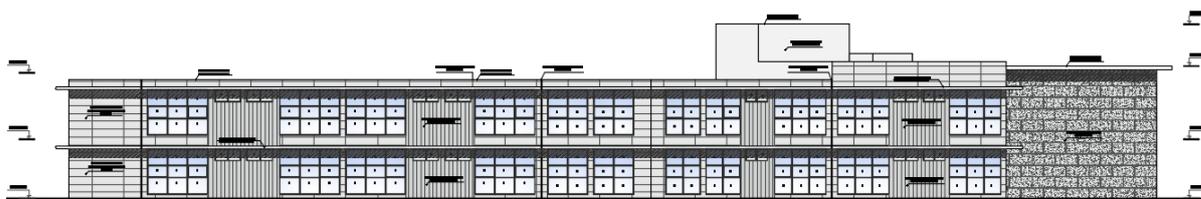


Figura 96 Elevación posterior izquierda - Zona de residencia

Fuente: Elaboración propia

4.10. Memoria Descriptiva

A. Generalidades:

Se elabora el proyecto arquitectónico denominado “**Propuesta de un centro de atención integral para mejorar la cobertura de salud mental del adulto mayor en la región de Tacna - 2018**”, como respuesta ante la falta de infraestructura destinado a este tipo de servicio de salud.

B. Objetivo del proyecto:

Solucionar la problemática respecto a la cobertura de salud mental para el beneficio de los adultos mayores cubriendo sus necesidades físicas, psicológicas y sociales.

C. Del terreno y edificación existente

El terreno en el que se desarrolla el Anteproyecto, es un polígono de forma irregular, posee solo un frente principal hacia la Avenida N°4. La topografía de Calana es ligeramente irregular, cuenta con una pendiente ascendente en el sentido Sureste – Noroeste.

Es un predio que cuenta con Habilitación Urbana reglamentaria compatible, con todos los servicios públicos. Existen edificios de 1 nivel que se encuentran destinados para el Hospital Psiquiátrico San Ramón.

Ubicación Geográfica

- **Región:** Tacna
- **Provincia:** Tacna
- **Distrito:** Calana
- **Nombre de la vía:** Avenida N°04



Figura 97 Esquema de Ubicación geográfica del proyecto

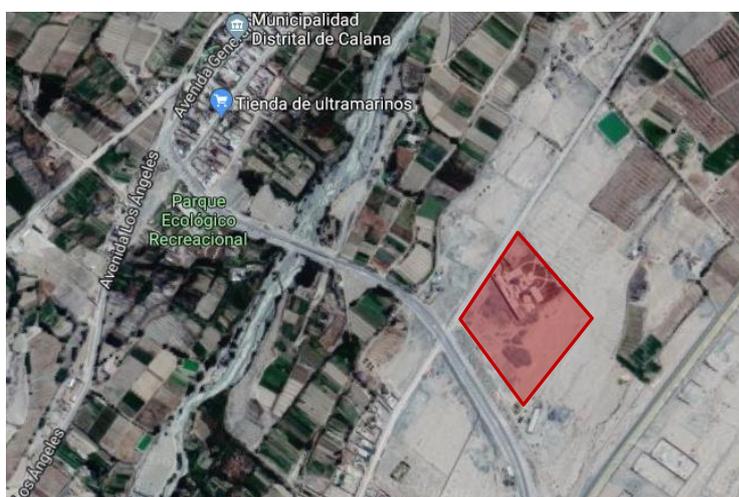


Figura 98 Mapa respecto a la ubicación del proyecto

Áreas y linderos del terreno

- Área: 33479.85 m²
- Perímetro: 746.27 ml

Linderos:

Por el frente: En línea recta de un tramo de 182.45 ml, con la Av. N°04.

Por la derecha: En línea recta de un tramo de 195.13 ml, con propiedad de terceros.

Por la izquierda: En línea recta de un tramo de 174.62 ml, con propiedad de terceros.

Por el fondo: en línea recta de un tramo de 194.07 ml, con propiedad de terceros.

D. Propuesta anteproyecto Centro de Atención Integral para mejorar la cobertura de salud mental del adulto mayor

Considerando la edificación existente y las áreas de terreno disponible, se ha propuesto el proyecto arquitectónico colindante al Hospital Psiquiátrico San Ramón.

Áreas y linderos del terreno

- Área: 13717.29 m²
- Perímetro: 523.37 ml

Linderos:

Por el frente: En línea recta de un tramo de 85.80 ml, con la Av. N°04.

Por la derecha: En línea recta de un tramo de 187.90 ml, con el Hospital Psiquiátrico San Ramón.

Por la izquierda: En línea recta de un tramo de 174.62 ml, con propiedad de terceros.

Por el fondo: en línea recta de un tramo de 75.20 ml, con propiedad de terceros.

E. Descripción por niveles

La propuesta arquitectónica se a realizado en 02 niveles, se encuentra organizado por un espacio central destinado a recreación. El emplazamiento está organizado por 01 acceso vehicular y 01 acceso peatonal ubicados en el unico frente que posee el predio (Avenida N°04).

Correspondiente al Primer Nivel

El primer nivel se encuentra comprendido por las 05 zonas que se proponen en la programación arquitectónica, la zona administrativa fue emplazada cerca al estacionamiento y cuenta con 02 ingresos, uno de ellos destinado al acceso público y otro para el acceso de personal administrativo. De igual forma el comedor que es una sub zona complementaria fue emplazada cerca al estacionamiento para el ingreso de alimentos destinado a la zona de residencia. El SUM y la Zona de consulta externa han sido ubicadas frente al estacionamiento, están situadas en la primera plataforma del proyecto. Las 02 zonas restantes correspondientes a residencia y terapia con talleres ocupacionales fue emplazado en la segunda plataforma debido a que el flujo de circulación entre los bloques será recíproco.

Zona Administrativa

- Control de ingreso público y secretaria
- Hall de ingreso para personal administrativo
- Oficina de Informes
- Oficina de Trabajo social
- Oficina de Control y monitoreo
- Oficina de Recursos Humanos
- Oficina de Informática
- 01 caja de escaleras

Zona Complementaria

Comedor

- Cocina
- Comedor
- SS.HH. Varones
- SS.HH. Mujeres
- SS.HH. Discapacitados
- Despacho
- Depósito de Vajillas

- Cuarto Frio
- Depósito de víveres
- Depósito de bebidas.
- Cuarto de limpieza
- SS.HH. para personal

Salón de usos múltiples

- Patio de sillas
- Escenario
- Foyer
- SS.HH. Mujeres
- SS.HH. Varones
- Estar
- 02 vestidores
- SS.HH.

Cuarto de maquinas

- Subestación
- Grupo electrógeno

Área de mantenimiento

- Deposito
- Cuarto de limpieza
- Cuarto de basura
- SS.HH. Mujeres + Vestidor
- SS.HH. Varones + Vestidor

Zona Unidad de Consulta externa

- Admisión
- Archivo Clínico
- Triage
- Tópico
- Consultorio de Medicina General
- Consultorio de cardiología
- Consultorio de Nutrición
- Consultorio de Psicología

- Consultorio de Geriatría
- Consultorio de Psiquiatría
- SS.HH. Varones
- SS.HH. Mujeres
- SS.HH. Discapacitados
- Cuarto de limpieza

Zona de Residencia

- 02 Sala de espera familiar
- 02 caja de escaleras
- 02 ascensores
- 02 escaleras de evacuación
- 02 sala de estar
- 07 dormitorios individuales para dama+ SS.HH
- 07 dormitorios individuales para varón + SS.HH

Zona de terapia y talleres ocupacionales

- Control de ingreso
- Tópico
- SS.HH. Mujeres
- SS.HH. Varones
- Depósito de materiales para talleres
- Taller de manualidades
- Taller de dibujo y pintura
- Taller de Costura
- Taller de Cocina
- Depósito de materiales para terapia
- Terapia Cognitiva
- Terapia sensorial
- Terapia de Psicomotricidad
- Terapia física

Correspondiente al Segundo Nivel

El segundo nivel se encuentra comprendido por la zona administrativa y la zona de residencia. La zona de residencia realiza su circulación vertical por medio de escaleras y ascensores, se encuentra organizada por pabellones en 02 grandes alas segregadas por el tipo de sexo del usuario.

La zona de residencia cuenta con 42 camas para adultos mayores dependientes y adultos mayores frágiles.

Zona Administrativa

- Oficina de logística
- Oficina de Contabilidad
- Sala de reuniones
- Kitchenette
- Oficina de Administración
- Oficina de Dirección + SS.HH
- SS.HH. Mujeres
- SS.HH. Varones
- 01 caja de escaleras

Zona de Residencia

- 02 Sala de estar familiar
- 02 caja de escaleras
- 02 ascensores
- 02 escaleras de evacuación
- 07 dormitorios dobles para varón + SS. HH
- 07 dormitorios dobles para mujer + SS. HH
- Área común
- Estar de personal + Kitchenette
- Cuarto de ropa limpia
- Lavandería
- SS.HH. Mujeres
- SS.HH. Varones

F. Cuadro general de áreas techadas

Zona Administrativa.....	346.10 m2
Zona Complementaria.....	805.90 m2
Zona Unidad de consulta externa.....	434.00 m2
Zona de residencia.....	1960.45 m2
Zona de terapia y talleres ocupacionales.....	1021.20 m2
Total área techada nueva.....	4587.65 m2

G. Sistema Constructivo

- Estructuras:

Se considera que la Región de Tacna se ubica en una zona de alto riesgo sísmico, se plantea una estructura de concreto armado diseñado en base a placas y columnas cuyas dimensiones se encuentran debidamente predimensionadas. Se han considerado juntas sísmicas entre bloques.

- Instalaciones eléctricas, data, mecánicas, sanitarias, etc;

Serán necesarias para un óptimo funcionamiento de todas las áreas que comprende el proyecto arquitectónico.

- Arquitectura

Los elementos arquitectónicos poseerán gran carácter para poder cumplir con el propósito de generar confort en diversos ámbitos que el adulto mayor necesite. Los materiales serán duraderos, poseerán un fácil mantenimiento, serán seguros para los usuarios, poseerán colores y acabados sobrios. Las circulaciones interiores se han diseñado de tal forma que generen espacios de encuentro. Posee la cantidad necesaria de circulación vertical; ya sea escaleras o ascensores.

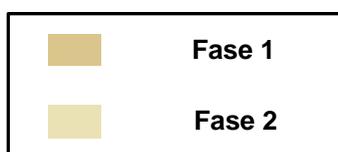
Se considera los siguientes acabados:

- Pisos: Porcelanato de 0.60 x0.60, piso de terrazo lavado, piso adoquinado y piso de cemento pulido y bruñado.
- Zócalos y contra zócalo: Zocalo de porcelanato de acuerdo a diseño en planos, contra zócalo de terrazo pulido.

- Muros Interiores: Tarrajado y acabado con pintura latex satinado
- Muros exteriores: Tarrajado y acabado con pintura latex satinado, tarrajado con acabado de microcemento fino, revestimiento de aluminio Hunter Douglas con modulación de acuerdo a planos.
- Cielo raso: Tarrajado y acabado con pintura latex satinado.
- Falso cielo raso: Paneles acústicos 0.50x0.50, paneles acústicos revestidos con madera tipo Hunter Douglas según modulación del proyecto.
- Columnas y vigas: Tarrajado y acabado con pintura latex satinado.
- Carpintería: Madera en puertas contraplacadas y machihembradas, ventanas y mamparas tipo sistema, barandas de acero inoxidable con acabado de pintura esmalte anticorrosiva, celosías y parasoles de aluminio con acabado de pintura anticorrosiva.
- Vidrios: Cristal templado de 6 mm, cristal templado de 6 mm con lamina de seguridad.
- Veredas exteriores: Cemento pulido con adoquín.

4.11. Etapabilidad

La etapabilidad del proyecto fue dividido en 02 fases, la primera fase destinada a la zona de Residencia, Zona de Terapia y talleres ocupacionales y una Sub zona complementaria que vendría a ser el Comedor. Si llegase a estar en funcionamiento solo esas zonas, el proyecto podría funcionar de alguna manera hasta la construcción de la siguiente fase. La zona de asistencia médica no fue considerada en la primera fase debido a que su atención era para el usuario residente y el usuario visitante, sin embargo, el usuario residente puede ser diagnosticado y controlado por el personal médico en sus habitaciones.



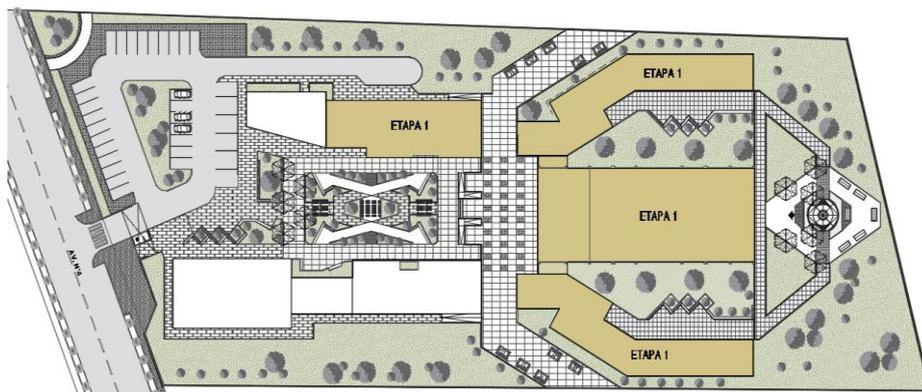


Figura 99 Esquema de etapabilidad - Primera fase

Fuente: Elaboración propia

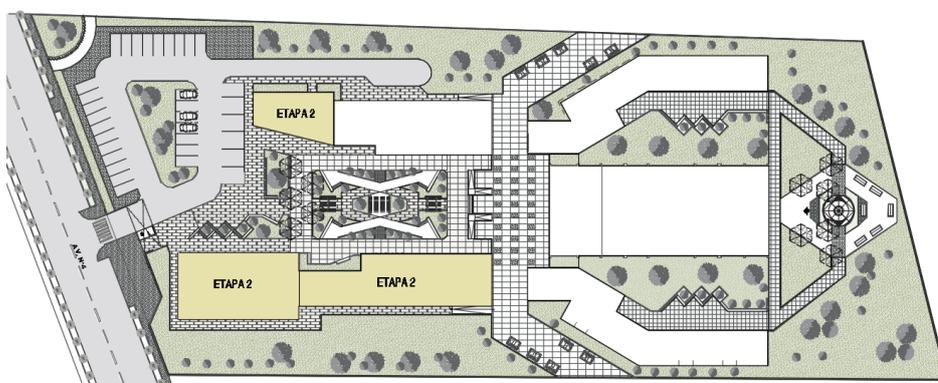


Figura 100 Esquema de etapabilidad - Segunda fase

Fuente: Elaboración propia

La segunda fase se encuentra comprendida por la Zona Administrativa, zona de asistencia médica y la zona complementaria restante.

4.12. Presupuesto General del proyecto

El monto asignado para el proyecto es referencial, según ejemplos obtenidos de proyectos similares.

Obras Provisionales	S/. 250 000.00
Movimiento de tierras	S/. 400 000.00
Estructuras	S/. 3 100 000.00
Arquitectura	S/. 2 800 000.00
Instalaciones sanitarias	S/. 380 000.00
Instalaciones eléctricas	S/. 450 000.00
Costo Directo	S/. 7 380 000.00
Gastos Generales 7%	S/. 516 600.00
Utilidad 10%	S/. 738 000.00
IGV 18%	S/. 1 328 400.00
PRESUPUESTO TOTAL	S/. 9 963 000.00

CONCLUSIONES

- PRIMERA:** A partir del análisis empírico referente a la problemática, se concluye que el 23.2% del total de la población Adulto Mayor de la región de Tacna presenta problemas de salud mental que no están siendo atendidas por la oferta existente, es por ello que se plantea la propuesta arquitectónica dentro del mercado actual que permitirá mejorar la cobertura de salud mental a través de los factores biológicos, psicológicos y contextuales mejorando la calidad de vida del grupo poblacional al que se atenderá.
- SEGUNDA:** El diseño arquitectónico del proyecto que ha considerado todas las premisas para el desarrollo del anteproyecto, permite consolidar los objetivos planteados a través de la creación de espacios cerrados, abiertos y de esparcimiento para la prevención, tratamiento y rehabilitación del adulto mayor con problemas de salud mental.
- TERCERA:** La ubicación del proyecto es una fortaleza que aporta al tratamiento y rehabilitación del adulto mayor, debido a las características espaciales y climatológicas del lugar. Es por ello que el entorno inmediato de todas las zonas consideradas dentro de la propuesta han sido diseñadas para aprovechar las bondades del contexto en el que se encuentra.
- CUARTA:** La propuesta arquitectónica logra incrementar el porcentaje de población adulta mayor atendida con problemas de salud mental, mejorando una cobertura aproximada del 12% a través de los espacios propuestos que brindan diversos tipos de atención especializada.

RECOMENDACIONES

El presente trabajo de investigación plantea las siguientes recomendaciones:

Es importante que los organismos privados y estatales le presten mayor importancia al problema de salud mental en adultos mayores mediante la ejecución de proyectos tales como el presente trabajo de investigación que busca brindar una infraestructura que cumpla con los estándares de calidad y satisfaga las necesidades requeridas por el usuario.

Según la tasa de crecimiento identificada en el trabajo de investigación, se evidencio que el porcentaje del crecimiento poblacional del adulto mayor es de 0.05%, es por ello, que se deben de tomar las medidas necesarias para poder atender y abastecer toda la demanda que se manifiesta. Los Centros deben estar preparados para albergar a mayores pacientes, por lo tanto, las edificaciones deben estar aptas para afrontar una futura expansión.

El envejecimiento es un proceso que en algún momento todos llegaremos a afrontar, llegando hasta la etapa de vejez o ancianidad en donde los roles que ocuparemos no serán relevantes ni satisfactorios para alcanzar la mejor calidad de vida, es por ello, que se deben implementar programas para que el adulto mayor logre su adaptación ante el envejecimiento, ya que la exclusión que se le brinda en la actualidad es un factor relevante para el deterioro de su salud mental, la inclusión con el entorno social y contextual les permitirá volver a sentirse útiles evitando la segregación de los beneficios que en algún momento llegaron a tener.

BIBLIOGRAFIA

- Acosta Quiroz, C. O., & Mónica González, A. L. (23 de Junio de 2009). *Actividades de la vida diaria en adultos mayores: La experiencia de dos grupos focales*. Obtenido de Psicysalud: <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-19-2/19-2/Christian-Oswaldo-Acosta-Quiroz.pdf>
- Auladae. (2013). *Cuidados basicos a la persona mayor*. Obtenido de Auladae: https://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/edad_avanzada.pdf
- Barrio del Campo, J., & Árias, M. (2007). *Envejecimiento y discapacidad intelectual; La nueva etapa*. Obtenido de Revista INFAT: http://infad.eu/RevistaINFAD/2007/n2/volumen1/0214-9877_2007_2_1_43-56.pdf
- Citati , A., Giordano, P., & Porras, N. (Marzo de 2015). *La arquitectura como recurso para la humanización de la Salud*. Obtenido de Gestión y diseño del recurso físico en salud: <http://www.fadu.edu.uy/sepep/files/2016/03/Giordano-Paula.pdf>
- Congreso de la Republica. (17 de Enero de 2008). *Normas Legales*. Obtenido de El Peruano: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/7A06CE8C6513784005257B83006FEEA1/\\$FILE/29189.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/7A06CE8C6513784005257B83006FEEA1/$FILE/29189.pdf)
- Congreso de la República, Decreto Supremo N°004-2016). (s.f. de Abril de 2016). *Reglamento de los Centros de Atención para personas Adultas Mayores*. Obtenido de El Peruano: https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/DS_004_2016_MIMP.pdf
- Congreso de la Republica, Ley N°28803. (21 de Julio de 2006). *Ley de las personas adultas mayores*. Obtenido de Mindes: [https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/diapam/Ley_28803_Ley_de I_Adulto_Mayor.pdf](https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/diapam/Ley_28803_Ley_de_I_Adulto_Mayor.pdf)

- Defensoria del Pueblo. (Abril de 2009). *Salud Mental y Derechos Humanos, Supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables*. Obtenido de Serie Informes Defensoriales N°140: <http://www.defensoria.gob.pe/modules/Downloads/informes/defensoriales/informe-defensorial-140-vf.pdf>
- Defensoria del Pueblo, Ministerio de Salud. (s.f. de s.f. de 2004). *Los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad por enfermedad mental*. Obtenido de Cuadernos de Promoción de la Salud N°08: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1021_CPS8.pdf
- Dr. Berreta, J., & Dr. Kociak, D. (26 de Abril de 2017). *Hipertensión arterial en adultos mayores, tratamiento según comorbilidades y daños de órganos*. Obtenido de Rev. Arg. de Gerontología y Geriátrica: <http://www.sagg.org.ar/wp/wp-content/uploads/2017/08/RAGG-08-2017-52-59.pdf>
- Dr. Giménez Basallote, S., Dr. Pulido Morillo, F., & Dr. Trigueros Carrero, J. (2008). *Guía de Buena Práctica clínica en Artrosis*. Obtenido de OMC: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_artrosis_edicion2.pdf
- Dr. Surís I, X. (2014). *Conceptos basicos para la buena práctica clínica*. Obtenido de Servei de Medicina Interna: <http://www.forumgeriatrics.org/Upload/Documents/2/26.pdf>
- EsSalud. (16 de Junio de 2017). *Conservar salud mental y autonomia economica previene maltratos en el adulto mayor*. Obtenido de Seguro Social de Salud: <http://www.essalud.gob.pe/essalud-conservar-salud-mental-y-autonomia-economica-previene-maltratos-en-el-adulto-mayor/>
- Fernández Garrido, J. (2009). *Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba*. Obtenido de Departamento de Antropología social: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10297/fgarrido.pdf;jsessionid...>
- García Lantarón, H. (s.f.). *Modelos de Alojamiento para personas mayores: Orígenes, Evolución y Tendencias*. Obtenido de Fundación Cesar:

https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/adjuntos/modelosdealojamiento_heitor.pdf

Hernandez Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (s.f. de s.f. de 1997). *Metodología de la Investigación*. Obtenido de Compendio, Metodología de la Investigación: <http://josetavarez.net/Compendio-Metodologia-de-la-Investigacion.pdf>

INEI. (Abril de 2009). *Perfil Sociodemografico del Departamento de Tacna*. Obtenido de ODEI: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0838/Libro25/Libro.pdf

INEI. (Noviembre de 2010). *Perú, estimaciones y proyecciones de la población departamental, por años calendario y edades simples 1995-2025*. Obtenido de Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales del Instituto Nacional: <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib1039/libro.pdf>

INEI. (2015). *Estimaciones y proyecciones*. Obtenido de INEI: <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/archivo/tacna2015.pdf>

INEI. (Setiembre de 2016). *Situación de Salud de la población Adulta Mayor*. Obtenido de Oficina técnica de difusión: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1459/libro.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (25 de Agosto de 2015). *En el Perú viven mas de 3 millones de adultos mayores*. Obtenido de Nota de Prensa: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-viven-mas-de-3-millones-de-adultos-mayores-8570/>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (Marzo de 2015). *Perú, características de la población con discapacidad*. Obtenido de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1209/Libro.pdf

- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (Noviembre de 2017). *Compendio Estadístico 2017*. Obtenido de Sistema Estadístico Nacional: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1508/libro.pdf
- Instituto para la Atención de los adultos mayores . (2014). *Manual de cuidados generales para el adulto mayor disfuncional o dependiente*. Obtenido de Literatura y Alternativas en Servicios editoriales SC: https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/09/Manual_cuidados-generales.pdf
- Luque Dongo, L. (2014). *Centro de Salud Mental comunitario en Chosica*. Obtenido de UPC: <http://docplayer.es/2217388-Centro-de-salud-mental-comunitario-en-chosica.html>
- Manzur Vera, G. (2014). *Calidad de vida y deterioro cognitivo en adultos mayores del centro del adulto mayor de salud y hogar de ancianos san pedro de la beneficencia pública*. Tacna: UPT.
- Merchán Maroto, E., & Cifuentes Cáceres, R. (s.f.). *Teorías psicosociales del envejecimiento*. Obtenido de Junta de comunidades de Castilla la Mancha: <http://asociacionciceron.org/wp-content/uploads/2014/03/00000117-teorias-psicosociales-del-envejecimiento.pdf>
- Mindes. (Julio de 2006). *Plan Nacional para las personas Adultas Mayores*. Obtenido de Biblioteca Nacional del Perú: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1386.pdf>
- Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables. (Julio de 2013). *Plan nacional para las personas adultas mayores*. Obtenido de Corpografem: <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/planpam3.pdf>
- Minsa. (2005). *Nociones de Salud Mental*. Obtenido de Dirección General de Promoción de la Salud: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2105.pdf>
- Minsa. (2006). *Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las personas Adultas Mayores*. Obtenido de Sinco: http://bvs.minsa.gob.pe/local/DGSP/800_MS-DGSP211.pdf

- Minsa. (2007). *Análisis de la situación de la discapacidad en el Perú, 2007*.
Obtenido de Instituto Nacional de Rehabilitación:
http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1153_MINSA1489.pdf
- Municipalidad Provincial de Tacna. (2014). *Plan de Desarrollo Urbano de la Ciudad de Tacna 2014 - 2023*. Obtenido de Gerencia de Desarrollo Urbano:
http://www.munitacna.gob.pe/msottac/descargaspy/archivos/1188550200_1405987265.pdf
- OMS . (1996). *La gente y la salud, ¿Qué calidad de vida?* Obtenido de Bitstream:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- OMS. (2010). *Atención médica y rehabilitación*. Obtenido de Discapacidades y rehabilitación: <https://www.who.int/disabilities/care/es/>
- OMS. (2011). *Informe Mundial sobre la discapacidad*. Obtenido de Malta:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920_spa.pdf?sequence=1
- OMS. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Obtenido de Biblioteca de la OMS:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=16A48F9FA16A791A9053066E3C92B033?sequence=1
- Pérez, S. (2017). *Que colores les conviene usar a los adultos mayores*. Obtenido de Guioteca: <https://www.guioteca.com/adulto-mayor/%C2%BFque-colores-les-conviene-usar-a-los-adultos-mayores/>
- Reglamento Nacional de Edificaciones. (s.f. de s.f. de 2016). *Reglamento Nacional de Edificaciones*. Perú : Macro. Obtenido de <http://www.construccion.org/normas/rne2012/rne2006.htm>
- Sarquis, J. (2017). *Investigación Proyectual - Orientación Vivienda*. Obtenido de UBA, FADU:
[file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Maestr%C3%ADa%20MIP%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Maestr%C3%ADa%20MIP%20(1).pdf)
- Senadis. (Diciembre de 2015). *Discapacidad y salud mental: Una visión desde Senadis*. Obtenido de Alvimpress:

file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Libro%20Discapacidad%20y%20Salud%20Mental%20SENADIS.pdf

Tello Rodríguez, T., D. Alarcón, R., & Vizcarra Escobar, D. (Junio de 2016). *Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño*. Obtenido de Scielo:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200021

UPT. (2017). *Manual para la presentación de planes e informes de investigación*.

Obtenido de FAING: https://mail-attachment.googleusercontent.com/attachment/u/0/?ui=2&ik=6a9f368140&attid=0.2&permmsgid=msg-f:1608922577808125263&th=16540a8f615bed4f&view=att&disp=safe&realattid=f_jkvz1r5q0&sadbat=ANGjdJ-mMVObnGgUn9Kq2MQKQp5pvW34orqRnCXfjbs2xg9qqcwGa8J-3rz

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA – INFORME FINAL DE TESIS

TITULO DE LA TESIS: “PROPUESTA DE UN CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA MEJORAR LA COBERTURA DE SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR EN LA REGIÓN DE TACNA - 2018”

TITULANDO: Angely Karell, ATENCIO ESCOBAR

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGIA
<p>1. INTERROGANTE PRINCIPAL ¿En qué medida el diseño de un Centro de Atención Integral permitirá mejorar la cobertura de salud mental del adulto mayor en la Región de Tacna?</p>	<p>1. OBJETIVO GENERAL Proponer el diseño de un Centro de atención integral para mejorar la cobertura de salud mental del adulto mayor en la Región de Tacna que cumpla con las necesidades físicas, psicológicas y sociales.</p>	<p>1. HIPOTESIS GENERAL Si se desarrolla la propuesta arquitectónica Centro de atención integral, se permitirá mejorar la cobertura de salud mental del adulto mayor en la Región de Tacna, contribuirá con una infraestructura que respalde la satisfacción de las necesidades de quien lo demanda.</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE Centro de atención integral del adulto mayor</p> <p>INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dimensiones mínimas para el diseño de consultorios • Dimensiones mínimas para el diseño en residencia • Porcentaje de servicios higiénicos por habitación • Dimensiones mínimas para la circulación • Dimensiones mínimas para espacios administrativos • Condiciones espaciales para personas con discapacidad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tipo de investigación Correlacional - Proyectual ▪ Diseño de la investigación No experimental ▪ Ámbito de estudio Región de Tacna, adultos mayores con problemas de salud mental ▪ Población 4 039 habitantes mayores a 60 años con problemas de salud mental.

CONTINÚA...

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGIA
<p>2. INTERROGANTES SECUNDARIAS</p> <p>¿Que consideraciones arquitectónicas, sociales y espaciales debe poseer el Centro de atención integral para mejorar la salud mental del adulto mayor según la normativa vigente?</p>	<p>2. OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <p>a) Diseñar considerando las características de la población a la que estará dirigido el centro de atención integral, para que la arquitectura genere bienestar y confort por medio de espacios interrelacionados, acabados, armonía en las formas y la integración de la vegetación a la infraestructura.</p> <p>b) De acuerdo al estudio realizado, determinar las características arquitectónicas a través de las premisas de diseño en los aspectos constructivos y arquitectónicos conforme a las normas y estándares de diseño.</p> <p>c) Proponer espacios acordes a las necesidades que demanda un adulto mayor con problemas de salud mental como salones de terapia, consultorios para diagnóstico, farmacias para la adquisición de medicamentos, espacios abiertos, entre otros que permitirán alcanzar un nivel de satisfacción en su calidad de vida.</p>	<p>2. HIPÓTESIS ESPECIFICAS</p>	<p>Variable dependiente Mejorar la cobertura de salud mental</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Porcentaje de incremento de la cobertura de salud mental ▪ Porcentaje de incremento para residencia del adulto mayor con problemas de salud mental 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Técnicas de recolección de datos Documental Testimonial ▪ Instrumentos Cuestionario Estadísticas y encuestas de documento web referente al tema de investigación. Fichas de epidemiología Fotografías

VISTAS 3D EXTERIORES





VISTAS 3D INTERIORES



