

# **UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA**

**FACULTAD DE ARQUITECTURA Y URBANISMO**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ARQUITECTURA**

**CARRERA PROFESIONAL DE ARQUITECTURA**



## **“COMPLEJO GERONTOLÓGICO PARA LA RESIDENCIA Y RECREACIÓN DEL ADULTO MAYOR EN CALANA- TACNA”**

**TESIS**

**TOMO I**

Para Optar el Título Profesional de:

**ARQUITECTO**

**TESISTA:**

**BACH. ARQ. SERGIO CASTAÑEDA CORDERO**

**ASESOR:**

**ARQ. JUAN CARLOS SANTOS DUARTE**

**TACNA – PERÚ**

**2017**

# ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

I.	GENERALIDADES.....	13
1.1.	INTRODUCCIÓN.....	13
1.2.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	14
1.2.1.	Problema general.....	15
1.2.2.	Problemas específicos.....	16
1.3.	JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO .....	16
1.4.	DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO .....	18
1.4.1.	Macro región.....	18
1.4.2.	Región .....	19
1.4.3.	Delimitación del terreno .....	19
1.5.	OBJETIVOS.....	21
1.5.1.	Objetivo General.....	21
1.5.2.	Objetivos Específicos.....	21
1.6.	FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS .....	21
1.6.1.	Hipótesis General .....	21
1.6.2.	Hipótesis Específicas.....	21
1.7.	VARIABLES.....	22
1.7.1.	Variable Independiente-Indicadores.....	22
1.7.2.	Variable Dependiente .....	22
1.8.	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN .....	23
1.8.1.	Tipo de Investigación .....	23
1.8.2.	Diseño de Investigación.....	23
1.8.3.	Esquema metodológico.....	23
II.	MARCO TEÓRICO .....	26
2.1.	ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	26
2.1.1.	Condiciones de vida de los Adultos mayores .....	26
2.1.2.	Gerontología y Geriatria en el contexto mundial .....	27
2.1.3.	Modelos de Atención Gerontológica en Latinoamérica .....	30
2.1.4.	Enfoques Teóricos de la población adulta mayor .....	32
2.1.5.	Política Social para la atención del adulto mayor .....	35
2.1.6.	Infraestructura como determinante para la participación e interacción social del adulto mayor .....	38
2.1.7.	Gerontología y Geriatria en el Perú.....	39

2.1.8.	Cuadro resumen antecedentes históricos .....	43
2.2.	ANTECEDENTES CONCEPTUALES .....	44
2.2.1.	Antecedentes Empíricos .....	44
2.2.2.	Definiciones .....	45
2.2.3.	Cuadro resumen antecedentes conceptuales .....	53
2.3.	ANTECEDENTES CONTEXTUALES .....	54
2.3.1.	Experiencias Confiables.....	54
2.3.2.	Población proyectada .....	70
2.3.3.	Aspecto Poblacional de Tacna.....	71
2.3.4.	Implicancias Sociales del adulto mayor en Tacna.....	75
2.3.5.	Asociaciones y entidades en beneficio del adulto mayor en la región Tacna. ....	77
2.3.6.	Análisis de oferta-demanda .....	78
2.3.7.	Antropometría de los Adultos Mayores. ....	79
2.4.	ANTECEDENTES NORMATIVOS .....	80
2.4.1.	Reglamentos y Normas.....	80
2.4.2.	Cuadro resumen marco normativo .....	93
III.	PROPUESTA ARQUITECTÓNICA.....	95
3.1.	ANÁLISIS DE LUGAR.....	95
3.1.1.	Ámbito Geográfico .....	95
3.1.2.	Análisis de Terreno .....	97
3.1.3.	Análisis físico Ambiental .....	101
3.1.4.	Servicios del proyecto.....	105
3.2.	PREMISAS DE DISEÑO .....	107
3.3.	PROGRAMACIÓN Y ORGANIGRAMAS.....	110
3.3.1.	Esquema general del proyecto.....	110
3.3.2.	Zona de Administración y Recepción .....	111
3.3.3.	Zona de Recreación.....	112
3.3.4.	Zona Social.....	113
3.3.5.	Zona de Servicio .....	114
3.3.6.	Zona Capilla.....	115
3.3.7.	Zona Residencial .....	115
3.3.8.	Zona de Salud .....	116
3.4.	CONCEPTUALIZACIÓN Y PARTIDO ARQUITECTÓNICO .....	117
3.4.1.	Conceptualización.....	117
3.4.2.	Partido Arquitectónico.....	120
3.4.3.	Zonificación.....	122

3.4.4.	Materialidad .....	122
3.4.5.	Esquema resumen.....	125
3.4.6.	MEMORIA DESCRIPTIVA.....	126
IV.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	134
4.1.	CONCLUSIONES .....	134
4.2.	RECOMENDACIONES.....	135
	BIBLIOGRAFÍA.....	136

## **ANEXOS**

### ANEXO 01 PROGRAMACIÓN

### ANEXO 02 PLANOS URBANOS

U-01 Plano de ubicación y localización

U-02 Plano de ubicación con el perfil del proyecto

T-01 Plano perimétrico

P-01 Plano topográfico

PL-01 Plano de plataformas

### ANEXO 03 PLANOS DE ANTEPROYECTO

AR-01 Planimetría general del proyecto

AR-02 Planimetría general del proyecto con mobiliario

AR-02 Plano segundo nivel

AR-03 Plano de cortes

AR-05 Plano de elevaciones

AR-06 Plano de corte-elevaciones

### ANEXO 04 PLANOS DE PROYECTO

AR-07 Bloque 1 zona residencial plantas

AR-08 Bloque 1 zona residencial cortes y elevaciones

AR-09 Bloque 2 Dormitorios y terraza primer nivel

AR-10 Bloque 2 Dormitorios y terraza segundo nivel

AR-11 Bloque 2 Dormitorios y terraza cortes y elevaciones

AR-12 Bloque 3 Salud y residencia planta primer nivel

AR-13 Bloque 3 Salud y residencia planta segundo nivel

AR-14 Bloque 3 Salud y residencia cortes

AR-15 Bloque 3 Salud y residencia elevaciones

- AR-16 Bloque 4 Administración y recepción plantas
- AR-17 Bloque 4 Administración y recepción cortes y elevaciones
- AR-18 Bloque 5 Cafetería y S.U.M. planta
- AR-19 Bloque 5 Cafetería y S.U.M. Cortes y elevaciones
- AR-20 Bloque 6 Cocina y comedor planta primer nivel
- AR-21 Bloque 6 Cocina y comedor planta segundo nivel
- AR-22 Bloque 6 Cocina y comedor cortes y elevaciones
- AR-23 Bloque 7 Zona de recreación pasiva planta
- AR-24 Bloque 7 Zona de recreación pasiva cortes y elevaciones
- AR-25 Bloque 8 Zona de servicios plantas
- AR-26 Bloque 8 Zona de servicios cortes y elevaciones
- AR-27 Bloque 9 Gimnasio spa planta
- AR-28 Bloque 9 Gimnasio spa cortes y elevaciones
- AR-29 Bloque 10 Capilla planta
- AR-30 Bloque 10 Capilla cortes y elevaciones
- AR-31 Plano de techos de conjunto
- AR-32 Plano de trazados
- D-01 Detalles mobiliario urbano
- D-02 Detalles arquitectónicos
- D-03 Detalles arquitectónicos constructivos
- D-04 Detalles constructivos
- Panel 3D de exteriores
- Panel 3D de interiores

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

<b>FIG.N° 01</b>	Mapa macro Regional
<b>FIG N° 02</b>	Mapa Regional
<b>FIG N° 03</b>	Esquema de localización
<b>FIG N° 04</b>	Esquema de ubicación
<b>FIG N° 05</b>	Esquema metodológico
<b>FIG N° 06</b>	Ubicación paraíso gold
<b>FIG N° 07</b>	Imagen 1 paraíso gold
<b>FIG N° 08</b>	Imagen 2 paraíso gold
<b>FIG N° 09</b>	Imagen 3 paraíso gold
<b>FIG N° 10</b>	Imagen 4 paraíso gold
<b>FIG N° 11</b>	Imagen 5 paraíso gold
<b>FIG N° 12</b>	Ubicación Santa Rita
<b>FIG N° 13</b>	Imagen 1 Santa Rita
<b>FIG N° 14</b>	Imagen 2 Santa Rita
<b>FIG N° 15</b>	Imagen 3 Santa Rita
<b>FIG N° 16</b>	Imagen 4 Santa Rita
<b>FIG N° 17</b>	Imagen 5 Santa Rita
<b>FIG N° 18</b>	Imagen 6 Santa Rita
<b>FIG N° 19</b>	Ubicación centro de residencia Castellon
<b>FIG N° 20</b>	Imagen 1 centro de residencia Castellon
<b>FIG N° 21</b>	Imagen 2 centro de residencia Castellon
<b>FIG N° 22</b>	Imagen 3 centro de residencia Castellon
<b>FIG N° 23</b>	Imagen 4 centro de residencia Castellon
<b>FIG N° 24</b>	Imagen 5 centro de residencia Castellon
<b>FIG N° 25</b>	Imagen 6 centro de residencia Castellon
<b>FIG N° 26</b>	Ubicación Hogar Atelier Du Point
<b>FIG N° 27</b>	Imagen 1 Hogar Atelier Du Point
<b>FIG N° 28</b>	Imagen 2 Hogar Atelier Du Point
<b>FIG N° 29</b>	Imagen 3 Hogar Atelier Du Point
<b>FIG N° 30</b>	Imagen 4 Hogar Atelier Du Point

<b>FIG N° 31</b>	Imagen 5 Hogar Atelier Du Point
<b>FIG N° 32</b>	Figura 1 antropometría mujeres adultas mayor
<b>FIG N° 33</b>	Figura 2 antropometría mujeres adultas mayor
<b>FIG N° 34</b>	Figura 1 antropometría hombres adultos mayor
<b>FIG N° 35</b>	Esquema de servicios para discapacitados
<b>FIG N° 36</b>	Mapa regional de Tacna y aledaños
<b>FIG N° 37</b>	Mapa provincial de Tacna
<b>FIG N° 38</b>	Mapa hogares geriátricos de Tacna
<b>FIG N° 39</b>	Mapa distrital de Calana 1
<b>FIG N° 40</b>	Mapa distrital de Calana 2
<b>FIG N° 41</b>	Mapa ubicación terreno
<b>FIG N° 42</b>	Plano topográfico del terreno
<b>FIG N° 43</b>	Plano localización y terreno
<b>FIG N° 44</b>	Corte topográfico 1
<b>FIG N° 45</b>	Corte topográfico 2
<b>FIG N° 46</b>	Plano de riesgos Tacna
<b>FIG N° 47</b>	Plano de vías del terreno
<b>FIG N° 48</b>	Sección vial carretera a Calana
<b>FIG N° 49</b>	Gráfico asoleamiento terreno
<b>FIG N° 50</b>	Gráfico asoleamiento
<b>FIG N° 51</b>	Gráficos viento de terreno
<b>FIG N° 52</b>	Gráficos viento
<b>FIG N° 53</b>	Humedad Calana
<b>FIG N° 54</b>	Temperatura y humedad Calana
<b>FIG N° 55</b>	Precipitaciones Calana
<b>FIG N° 56</b>	Servicios básicos de terreno
<b>FIG N° 57</b>	Servicios red eléctrica
<b>FIG N° 58</b>	Servicios red de agua
<b>FIG N° 59</b>	Servicios desagüe
<b>FIG N° 60</b>	Organigrama general del proyecto
<b>FIG N° 61</b>	Organigrama zona administración y recepción 1
<b>FIG N° 62</b>	Organigrama zona administración y recepción 2

<b>FIG N° 63</b>	Organigrama zona de recreación activa
<b>FIG N° 64</b>	Organigrama zona de recreación pasiva
<b>FIG N° 65</b>	Organigrama zona social 1
<b>FIG N° 66</b>	Organigrama zona social 2
<b>FIG N° 67</b>	Organigrama zona servicio
<b>FIG N° 68</b>	Organigrama zona residencial
<b>FIG N° 69</b>	Organigrama zona salud
<b>FIG N° 70</b>	Gráfico 1 concepto
<b>FIG N° 71</b>	Gráfico 2 concepto
<b>FIG N° 72</b>	Gráfico 3 concepto
<b>FIG N° 73</b>	Gráfico 4 concepto
<b>FIG N° 74</b>	Gráfico 1 partido
<b>FIG N° 75</b>	Gráfico 2 partido
<b>FIG N° 76</b>	Gráfico 3 partido
<b>FIG N° 77</b>	Gráfico 4 partido
<b>FIG N° 78</b>	Gráfico 5 partido
<b>FIG N° 79</b>	Gráfico zonificación
<b>FIG N° 80</b>	Gráfico 1 materialidad
<b>FIG N° 81</b>	Gráfico 2 materialidad
<b>FIG N° 82</b>	Gráfico 3 materialidad
<b>FIG N° 83</b>	Gráfico 4 materialidad



## **ÍNDICE DE TABLAS**

<b>TABLA Nº 01.</b>	Variable independiente e indicadores
<b>TABLA Nº 02.</b>	Variable dependiente e indicadores
<b>TABLA Nº 03</b>	Resumen de antecedentes históricos
<b>TABLA Nº 04</b>	Resumen de antecedentes conceptuales
<b>TABLA Nº 05</b>	Conclusiones y premisas de las experiencias confiables
<b>TABLA Nº 06</b>	Población adulta mayor proyectada en la región Tacna
<b>TABLA Nº 07</b>	Población adulta mayor por género
<b>TABLA Nº 08</b>	Población proyectada adulta mayor por género
<b>TABLA Nº 09</b>	Población adulta mayor por edad
<b>TABLA Nº 10</b>	Población proyectada adulta mayor por edad
<b>TABLA Nº 11</b>	Población adulta mayor por provincia
<b>TABLA Nº 12</b>	Población adulta mayor por provincia Tacna
<b>TABLA Nº 13</b>	Población adulta mayor por provincia Candarave
<b>TABLA Nº 14</b>	Población adulta mayor por provincia Jorge Basadre
<b>TABLA Nº 15</b>	Población adulta mayor por provincia Tarata
<b>TABLA Nº 16</b>	Gráfico sistema de seguro
<b>TABLA Nº 17</b>	Gráfico nivel educativo
<b>TABLA Nº 18</b>	Gráfico de sistema de pensiones
<b>TABLA Nº 19</b>	Población proyectada y demanda permanente
<b>TABLA Nº 20</b>	Resumen de antecedentes normativos
<b>TABLA Nº 21</b>	Programación general del proyecto
<b>TABLA Nº 22</b>	Programación zona recepción y administración
<b>TABLA Nº 23</b>	Programación zona de recreación
<b>TABLA Nº 24</b>	Programación zona social

<b>TABLA Nº 25</b>	Programación zona servicio
<b>TABLA Nº 26</b>	Programación capilla
<b>TABLA Nº 27</b>	Programación zona residencial
<b>TABLA Nº 28</b>	Programación zona salud
<b>TABLA Nº 29</b>	Esquema resumen conceptualización

## **RESUMEN**

---

Con el paso de los años la arquitectura ha ido desarrollando nuevas tendencias e innovaciones tecnológicas y constructivas, las ciudades han evolucionado acorde al estilo de vida moderno de las personas, sin embargo, dicha evolución no favorece equitativamente a todos los sectores de la población; los adultos mayores en muchas ocasiones carecen de infraestructuras especializadas acorde a sus necesidades y capacidades; el cual es el caso de la Región Tacna; por consecuencia se genera una problemática y una exigencia por parte de la población geriátrica de contar con un centro especializado, donde puedan realizar sus actividades de manera adecuada.

Existen diversas asociaciones y entidades a nivel nacional e internacional que se encargan de estudiar a los adultos mayores, no solamente en aspectos de salud, sino también se enfocan en sus estados psicológicos, cognitivos, sociales, entre otros; obteniendo diversas teorías y conceptos con la finalidad de promover un envejecimiento saludable y activo.

En el Perú existen diversos planes y lineamientos políticos que promueven y ejercen beneficios a la población geriátrica, también existen programas de salud ya sean públicos o privados, que tienen por obligación proporcionar infraestructura especializada en favor a dichos usuarios.

En la Región Tacna se encuentran diversos centros destinados a la población adulta mayor, sin embargo, estos no satisfacen la demanda al no contar con la amplitud ni las características necesarias, por lo cual es justificable la implementación del complejo gerontológico.

Por lo tanto, para diseñar un complejo gerontológico para la residencia y recreación es necesario tomar en cuenta las teorías, conceptos, lineamientos, planes y normatividad establecida, para que cuente con las condiciones adecuadas.

## **ABSTRACT**

---

With the passage of the years architecture has been developing new technological and constructive innovations, cities have evolved according to the modern way of life, however, that evolution does not favor equally to all sectors of the population; seniors often lack infrastructure specialized according to your needs and abilities; which is the case of the Tacna Region; Consequently develops a problem and a demand by the geriatrician for a specialized center, population where can carry out their activities properly.

There are various associations and institutions at national and international level who are in charge of studying seniors, not only on health aspects, but also focus on their psychological, cognitive, social, States among others; obtaining various theories and concepts with the aim of promoting an aging healthy and active.

In the Peru there are various plans and political guidelines that promote and exercise benefits the geriatrician population, there are also health programs whether they are public or private, which have obligation to provide infrastructure, specialized in favor to those users.

The Tacna Region inside centres aimed at the older population, however, these do not fulfill the demand to not having the breadth nor the necessary characteristics, by which the implementation of the gerontological complex is justifiable.

Therefore, to design a gerontological complex for residence and recreation it is necessary to take into account the theories, concepts, guidelines, plans and established regulations, so that it has the right conditions.

# **CAPÍTULO I**

## **GENERALIDADES**

## **I. GENERALIDADES**

### **1.1. INTRODUCCIÓN**

El envejecimiento es considerado un proceso en el cual la persona va cambiando de hábitos, estilo de vida, sus capacidades físicas tienden a tener mayores limitaciones y la inserción a la sociedad no se da de la misma manera, estos cambios traen como consecuencia daños en la salud física y psicológica.

El presente trabajo está orientado a dar respuesta a la problemática presentada por la población Adulta Mayor de la ciudad de Tacna, con el objetivo de desarrollar el proyecto de un Complejo Gerontológico con el propósito de fomentar sus actividades sociales, culturales, de recreación, residencia y salud en condiciones adecuadas.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática indica que la población geriatra representa un porcentaje significativo en la Región de Tacna y que tiene un índice de crecimiento anual de 2.5%, el cual va aumentando; debido a las mejoras médicas y las nuevas tecnologías, lo cual ha reducido su tasa de mortalidad.

El 71% de la población adulta mayor de Tacna que es aproximadamente 21.102 habitantes, está afiliada a un Seguro de Salud, ya sea en un sistema privado o en un sistema público, pero dichas entidades sólo cuentan con establecimientos enfocados en el servicio de Salud, y no cuentan con infraestructura para el desarrollo de actividades que fomenten el aumento de calidad de vida.

La Organización Mundial de la Salud traza como objetivo para los adultos mayores que logren un envejecimiento activo donde puedan alcanzar su potencial físico, mental y social para participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades.

Existen diversos planes y leyes enfocados en brindar óptimas condiciones de infraestructura y servicios para la población geriatra, sin embargo, en la ciudad de Tacna a diferencia de otras ciudades del país, no se cuenta con establecimientos de carácter gerontológico ni geriátrico, generando así una carencia de espacios especializados en las necesidades y condiciones adecuadas para los adultos mayores, por tal motivo estos deben desarrollar sus

actividades en infraestructuras que muchas veces son inapropiadas, las cuales presentan como principal problema las barreras arquitectónicas.

Tacna por sus características de ciudad limítrofe, permitirá al Complejo Gerontológico tener una mayor posibilidad de demanda, ya que existe gran cantidad de usuarios provenientes de otras regiones nacionales e internacionales; lo cual es un punto a impulsar desde un enfoque socio-económico. El proyecto es considerado de carácter social, y a la vez fomentará los ámbitos, económicos y culturales de los adultos mayores.

Es por tal medida que se fundamenta dotar de un Complejo Gerontológico en la ciudad, el cual albergará los servicios especializados para dicho grupo poblacional permitiendo a los usuarios utilizar los espacios ya sea de manera temporal en los ambientes sociales y de recreación o de manera permanente en los ambientes de residencia.

## **1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Según estadísticas del Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI en el año 2015 la Región de Tacna cuenta con 341,838 habitantes, donde el 8.7% representa la población adulta mayor la cual es de 29,722, de los cuales el 89.9% (26,182) viven en la Provincia de Tacna, y se componen 52% (15,333) de varones y 48 % (14,389) de mujeres; y más del 90% es población urbana; sin embargo, la ciudad no cuenta con un espacio de recreación e interacción diseñado específicamente para estos usuarios.

Considerando la tasa de crecimiento poblacional del adulto mayor a nivel nacional, en el año 2005 había 2 millones 163 mil 237 adultos mayores, y en el año 2015 había 3 millones 011mil 050 adultos mayores (estadísticas Programa del Adulto Mayor), es decir, hubo un crecimiento en el índice de población de aproximadamente 25% en 10 años, este porcentaje se maneja de manera paralela en la ciudad de Tacna.

En base a dichas cifras; aproximando un índice de crecimiento del 2.5% (el cual tiende a aumentar) para el año 2027 Tacna contará con 38 893,032 adultos mayores, es decir se incrementaría en 9171, aumentando casi un 30%; por tal motivo es necesario y justificable generar un complejo donde estos puedan

encontrar espacios de estadía y recreación ya sea de manera permanente o temporal.

En la región existen 18,441 adultos mayores entre 60 y 70 años, los cuales aún mantienen una vida activa; mientras que 11,281 son mayores de 70 años, estos en su mayoría se encuentran jubilados, y frecuentemente acuden a los establecimientos de Salud.

Como se menciona previamente el proyecto está enfocado no sólo brindar servicio a los adultos mayores de la Región Tacna sino también a los de las regiones aledañas, siendo estas principalmente las del norte de Chile. Según MINCETUR la ciudad de Tacna recibe por día un promedio de 15 000 chilenos siendo el 17% adultos mayores, es decir recibe aproximadamente 2550 población geriatra proveniente de Chile diariamente. Acudiendo principalmente a los servicios de Salud, Hospedaje, Gastronomía, Comercio, Recreación, entre otros.

Los adultos mayores son un sector perjudicado de la población, debido a que la infraestructura y servicios de la ciudad presenta una serie de barreras arquitectónicas y urbanas que no permiten el correcto desarrollo de las actividades de dichos usuarios.

Si bien existen diversas asociaciones y entidades públicas y privadas que ofrecen centros de actividades comunales para los adultos mayores, estos no cuentan con establecimientos con diseño el propicio para el desarrollo correcto de dichas actividades del adulto mayor, es decir, no existe arquitectura gerontológica ya que los Centros para los Adultos Mayores que se encuentran en la ciudad de Tacna en general son espacios adaptados cuyas funciones iniciales fueron de otras características.

### **1.2.1. Problema general**

¿Es posible formular y desarrollar el proyecto de un Complejo Gerontológico con el fin de dotar de áreas para la sociabilización e interacción en los Adultos Mayores, como respuesta a la demanda generada por el alto índice de adultos mayores en la Región de Tacna?



### 1.2.2. Problemas específicos

- a) ¿Qué servicios y actividades serán necesarios implementar en el Complejo Gerontológico en función de la demanda de los Adultos Mayores en la Ciudad de Tacna?
- b) ¿De qué manera un complejo Gerontológico fomentará las actividades de recreación y residencia en los Adultos Mayores en la Ciudad de Tacna?
- c) ¿Qué condicionantes y premisas serán necesarios para poder concebir un diseño arquitectónico el cual cumpla con las exigencias y necesidades de los Adulto Mayores en la ciudad de Tacna?
- d) ¿De qué manera un complejo gerontológico influenciará en la calidad de vida de los adultos mayores de la ciudad de Tacna?

### 1.3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

#### A. Actualidad

Debido al crecimiento poblacional de adultos mayores, y ante la falta de infraestructura especializada en gerontología y geriatría, se hace necesario plantear este tipo de proyectos para contribuir con un grupo poblacional que no está siendo adecuadamente atendido. Es necesario en la localidad de Tacna generar un espacio enfocado a los adultos mayores donde puedan desarrollar todas sus actividades, logrando así mejorar su calidad de vida.

Según la OMS, es prioritario que los adultos mayores tengan un envejecimiento saludable tanto físico como mental, con optimización de las oportunidades, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen, para lograr dicho objetivo se debe contar con la infraestructura adecuada para la gerontología y geriatría.

#### B. Utilidad

Desde el *punto de vista social*. Los Adultos Mayores de la Ciudad de Tacna se beneficiarán en gran medida ya que contarán un complejo donde se fomentará la sociabilización e interacción cultural.

Un diseño arquitectónico adecuado fomentará una mejora en la calidad de vida del adulto mayor ya que al tener un espacio adecuado donde puedan relacionarse con sus contemporáneos podrán realizar actividades específicas de manera adecuada.

Según estadísticas a nivel nacional el 16% de hogares con adulto mayor son unipersonales, lo cual puede causar depresión y mayor sensibilidad emocional a las personas de tercera edad, por lo cual se recomienda activar una red social y desarrollar diversas actividades; beneficio que ofrecería el Complejo Gerontológico

El Complejo Gerontológico tendrá influencia representativa, ya que abastecerá la necesidad de infraestructura y servicios de un sector importante para la población de Tacna al cual se le dará más importancia y relevancia.

En la ciudad de Tacna diversas entidades se han enfocado en resolver la demanda que generan los adultos mayores, pero con servicios y equipamientos no adecuados y/o adaptados, los cuales se expanden geográficamente por toda la trama urbana de la ciudad.

Desde *el punto de vista socioeconómico*, el complejo Gerontológico podría ser utilizado por los adultos mayores indistintamente, podrá ser utilizado permanentemente por los que necesiten el servicio de residencia, como también podrá ser utilizado temporalmente por la población que necesite únicamente los servicios de recreación entre otros.

El Complejo Gerontológico será utilizado por los turistas que frecuentan la ciudad de Tacna, gracias a estar ubicado en una zona geográfica limítrofe con Chile.

De otro lado, Tacna recibe el 96 % de turistas chilenos que visitan el Perú, teniendo un estimado de 2550 turistas adultos mayores por día en la ciudad, cada turista gasta aproximadamente 204 dólares americanos. Dichas cifras aumentan casi en un 20% en días festivos y feriados. Por tal motivo la población turística de Tacna será de relevancia e importancia para el proyecto; convirtiéndose así un complejo de interacción socio-cultural de ambos países.

Desde *el punto de vista urbano ambiental*, el distrito de Calana gracias a su ubicación puede ofrecer características de tranquilidad, relajación y un clima propicio las cuales deben plasmarse en el complejo gerontológico para un mejor confort del usuario.

El distrito de Calana se beneficiaría de la existencia de un Complejo Gerontológico, ya que al ser el único complejo de estas características en la ciudad de Tacna permitiría una afluencia importante en el distrito.

Se puede decir que un complejo de estas características y magnitud, representaría un hito urbano en el Distrito de Calana ya que sería considerado como un punto de referencia importante y podría ser un eje de desarrollo de servicios ligados al sector salud; teniendo en cuenta que el hospital tipo III ESSALUD y el hospital San Ramón se ubica en la zona a trabajar.

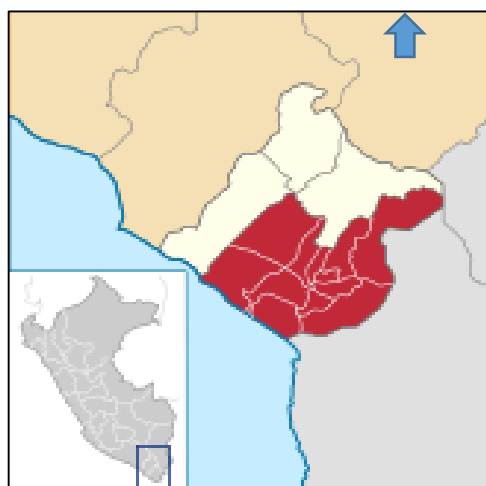
### **C. Trascendencia**

La ventaja de un Complejo Gerontológico es que contará con ambientes para la realización de actividades culturales, recreacionales, sociales, residenciales y salud; diseñados especialmente para el adulto mayor, aspectos que se vinculan con la calidad de vida y los derechos de los adultos mayores.

Asimismo, el proyecto está alineado con las políticas de desarrollo social en beneficio de los adultos mayores establecidos por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables y el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.

## **1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO**

### **1.4.1. Macro región**



**Figura 1: Mapa Macro regional**

Fuente: Municipalidad Provincial de Tacna.

El proyecto abarca la población de la Región de Tacna y la población de las regiones del norte de Chile las cuales son Arica Parinacota y Tarapacá

El proyecto está ubicado en la Provincia de Tacna.

#### **1.4.2. Región**



**Figura 2: Mapa Regional**

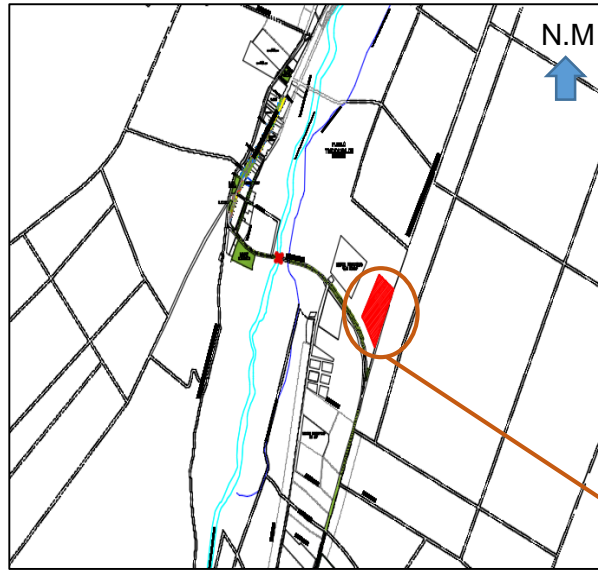
Fuente: Municipalidad Provincial de Tacna.

El proyecto es ubicado en la provincia de Calana. Se encuentra a 20 minutos de la zona central de Tacna. Cuenta con un clima soleado, de fuertes vientos, y alta temperatura.

#### **1.4.3. Delimitación del terreno**

El terreno se encuentra en la prolongación de la Av. Celestino Vargas en la carretera a Calana, distrito de Calana, provincia de Tacna y Departamento de Tacna.

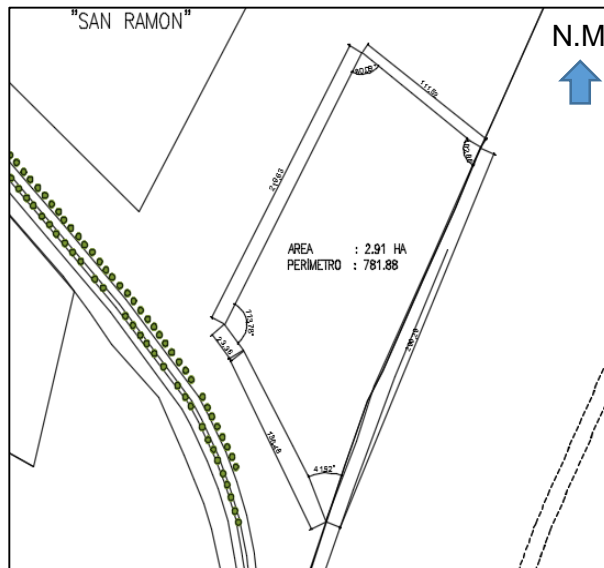
El terreno fue escogido primeramente por las características físico ambientales que ofrece el distrito de Calana, y además se encuentra en un sector donde destacan hitos de Salud bastante importantes como es el caso de ESSALUD y el Hospital San Ramón.



Terreno

**Figura 3: Esquema de Localización**

Fuente: Plan Urbano de Calana



AREA Y PERÍMETRO

AREA : 2.91 HA

PERÍMETRO : 781.88 ML

**Figura 4: Esquema de Ubicación**

Fuente: Plan Urbano de Calana

LINDEROS Y COLINDANTES:

Por el frente: Colinda con 290.29 ml con Av. Celestino Vargas.

Por la derecha: Colinda con 111.52 ml con terreno eriazo del estado.

Por la izquierda: Colinda con 159.41 ml con terreno eriazo del estado.

Por el fondo: Colinda con 219.63 ml con terreno eriazo del estado.

## **1.5. OBJETIVOS**

### **1.5.1. Objetivo General**

Diseñar un Complejo Gerontológico para la residencia y recreación de los Adultos Mayores, como respuesta a la demanda generada por el alto índice de cantidad de adultos mayores en la Región de Tacna.

### **1.5.2. Objetivos Específicos**

- a) Precisar los servicios y actividades necesarios para implementar en el Complejo Gerontológico en función de la demanda de los Adultos Mayores en la Ciudad de Tacna.
- b) Identificar de qué manera un complejo Gerontológico fomentará actividades de recreación y residencia en los Adultos Mayores en la Ciudad de Tacna.
- c) Definir las condicionantes y premisas necesarias para poder formular un diseño arquitectónico que responda a las exigencias y necesidades de los Adulto Mayores en la ciudad de Tacna.
- d) Precisar de qué manera el complejo gerontológico influirá en la calidad de vida de los adultos mayores de la ciudad de Tacna.

## **1.6. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS**

### **1.6.1. Hipótesis General**

Con la implementación del Complejo Gerontológico en el Distrito de Calana, se dotará de espacios especializados para el desarrollo de actividades de Recreación, Residencia y salud para el Adulto Mayor de la Ciudad de Tacna acorde a sus necesidades.

### **1.6.2. Hipótesis Específicas**

- a) Implementar en el Complejo Gerontológico servicios y actividades de atención, vivienda, recreación y servicios complementarios satisfacerá la demanda de los Adultos Mayores en la Ciudad de Tacna.

- b) El complejo Gerontológico fomentará principalmente actividades de recreación y residencia integral para los Adultos Mayores en la Ciudad de Tacna
  
- c) Se concebirá un diseño arquitectónico cumpliendo con las exigencias y necesidades de los Adulto Mayores en la ciudad de Tacna, las principales condicionantes son la normatividad, el estudio de sitio y las premisas necesarias son la programación arquitectónica, las necesidades y la confortabilidad del usuario.
  
- d) El Complejo gerontológico impactara positivamente en la calidad de vida de los adultos mayores de la ciudad de Tacna.

## 1.7. VARIABLES

### 1.7.1. Variable Independiente-Indicadores

Complejo Gerontológico

Variable de estudio	Indicador	Unidad/ Categorías	Escala
Complejo gerontológico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arquitectura gerontológica</li> <li>• Servicios</li> </ul>	Si No	Nominal

**Tabla 1: Variable Independiente e indicadores**

Fuente: Elaboración propia

### 1.7.2. Variable Dependiente

Variable de estudio	Indicador	Unidad/ Categorías	Escala
Residencia y recreación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confort</li> <li>• Estancia</li> <li>• Iluminación</li> <li>• Asistencialidad</li> <li>• Interacción</li> <li>• Recreación</li> <li>• Salud</li> </ul>	Si No	Nominal

**Tabla 2: Variable Dependiente e indicadores**

Fuente: Elaboración propia

## **1.8. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.8.1. Tipo de Investigación**

Se trató de un estudio *descriptivo* ( Hernández *et al* ,1994) y *propositivo*. En la *fase descriptiva* del estudio se recogió información de fuentes primarias y secundarias fiables para definir la demanda, elementos técnicos para formular el diseño arquitectónico, mientras que en la *fase propositiva*, se elaboró el diseño de un *Complejo gerontológico para la residencia y recreación del adulto mayor en Calana –Tacna 2016* con carácter proyectual y culminó con la propuesta, que representa una alternativa a la problemática identificada.

### **1.8.2. Diseño de Investigación**

El diseño fue no experimental o *ex post facto* ( ya que no se manipularon variables ) y transversal ( porque los datos se recogieron en un solo momento del tiempo, y se analizó el “nivel o [características] de una o diversas variables en un momento dato”( Hernández, s.f., párr. 9).

### **1.8.3. Esquema metodológico**

El esquema metodológico comprendió las técnicas: observación para el registro sistemático y confiable (Germán, 2016) de los hechos o fenómenos fácticos; métodos: análisis documental, entrevistas y los pasos que se siguieron para llevar a cabo la presente investigación, los que se presentan en la Figura 6 :



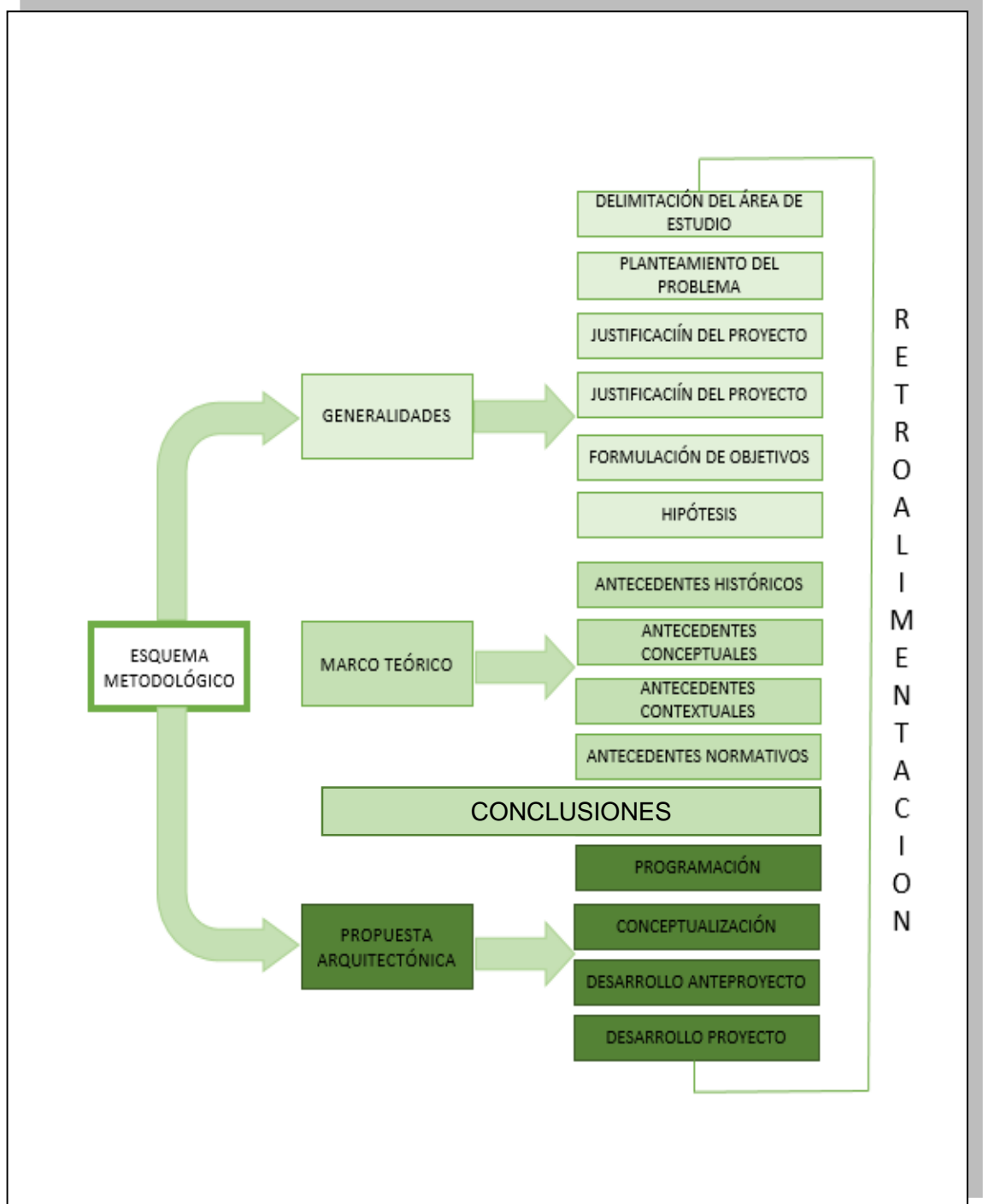


Figura 5: Esquema Metodológico

Fuente: Elaboración Propia

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

#### 2.1.1. Condiciones de vida de los Adultos mayores

Los adultos mayores representan un alto porcentaje poblacional y cada vez dicha cifra va aumentando, aproximadamente se calcula que existe 580 millones de adultos mayores en el mundo; esta etapa comienza con la senescencia a los 60 años y posteriormente pasa a la senectud desde los 75 años. *“La vejez también se puede definir como la edad con la que se cuenta el momento en que disminuyen las capacidades físicas y se incrementan enfermedades, lo cual va generando dependencia hacia la familia y la sociedad conforme pasa el tiempo”* (Ronzón 2011).

Cada vez existe mayor cantidad poblacional de adultos mayores debido a que la esperanza de vida ha mejorado significativamente, esto debido a las nuevas tecnologías aplicadas en medicina, generando como consecuencia una baja en la tasa de mortalidad de los adultos mayores.

El envejecimiento puede generar sentimientos negativos, debido a la soledad y mayor limitación en el desarrollo de actividades y funciones; por lo cual se han planteado diversos propósitos, planes y objetivos a nivel mundial con la finalidad de que el adulto mayor pueda tener un envejecimiento activo que permita conservar la independencia, mantener y ampliar la participación social y prevenir la discapacidad.

*“El planteamiento y la provisión de servicios adecuados para las personas de 60 años o más requiere el conocimiento de sus necesidades, principalmente cuando el financiamiento y los servicios de salud son limitados”* (Kinsella 1997). Esto nos da a interpretar que para dotar de equipamientos y servicios a las personas de la tercera edad es primordial el conocimiento de sus carencias y necesidades de salud tanto físicas como psicológicas, de esta manera plantear diversas alternativas de solución que puedan influir positivamente en su calidad de vida.

*“La vejez se caracteriza por un alejamiento mutuo de la persona adulta mayor y la sociedad. La persona adulta mayor reduce voluntariamente*

*sus actividades y compromisos, mientras que la sociedad estimula la segregación generacional. Algunos críticos sostienen que esta desvinculación parece estar menos asociada con la edad que con otros factores como la mala salud, la viudez, la jubilación o el empobrecimiento”* (Papalia y Wendkos, 1998).

## **2.1.2. Gerontología y Geriatría en el contexto mundial**

### **2.1.2.1. Calidad de vida del adulto mayor en Noruega**

Noruega fue considerado en el año 2014; el país cuyos adultos mayores obtienen una mejor calidad de vida según el índice “Global Age Watch” de la organización HelpAge International, que evalúa la calidad de vida de las personas que superan los 60 años de edad en 96 países del mundo. Esto debido a los diferentes programas y servicios de atención gerontológica y geriátrica que son ofrecidos.

Todas las personas mayores de Noruega reciben pensión de jubilación. La cantidad de esta varía en función de los anteriores ingresos de la persona. La mayoría de los adultos mayores de Noruega reside en su propio domicilio. Estos pueden recibir asistencia de la municipalidad como enfermera a domicilio, asistente del hogar, oferta en un centro municipal para la tercera edad, entre otros. El pago de esta asistencia es asumido una parte por el adulto mayor y otra por la Municipalidad.

Noruega tiene un alto desempeño en calidad medioambiental, seguridad personal y satisfacción, y se sitúa por arriba del promedio en empleo y remuneración, educación y competencias, vivienda, balance vida-trabajo, compromiso cívico, sentido de comunidad y estado de la salud.

Su política asigna alta prioridad a los temas de inclusión e igualitarismo, y cuenta con un alto nivel de unidad social; por lo tanto, los adultos mayores cuentan con un alto nivel de interacción comunitaria previniendo así problemas relacionados con la soledad y falta de sociabilización

En el campo de la salud, en Noruega la esperanza de vida al nacer es de 82 años. La esperanza de vida para los hombres se sitúa en los 80 años, en comparación con 84 años para las mujeres.

#### **2.1.2.2. Asociaciones Internacionales para el estudio de la gerontología**

##### ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE GERONTOLOGIA Y GERIATRÍA

La Asociación Internacional de Gerontología y Geriatria (IAGG), anteriormente denominada Asociación Internacional de sociedades de Gerontología es una organización no gubernamental (ONG) que promueve la investigación y formación y las organizaciones Gerontológicas y las representa internacionalmente. Fue fundad en 1950 en Bélgica, cuenta con más de 64 países inscritos. Actualmente es perteneciente al Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. La asociación lleva a cabo un congreso internacional cada 4 años. La IAGG tiene a su cargo diferentes comites: la red internacional para la prevención de abuso de ancianos (INPEA) y el Consejo Internacional de organizaciones de estudiantes Gerontología (ICGSO). En 1960 crea el Comité para la Historia de la Gerontología.

##### SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

Nace en Madrid en el año 1948, es decir se funda dos años antes que la Asociación Internacional de Gerontología y Geriatria la SEGG está formada por tres secciones específicas: clínica, biológica y de ciencias sociales y del comportamiento. Los objetivos de esta sociedad son:

- Fomentar el avance del conocimiento del proceso del envejecimiento humano.

- Agrupar a investigadores y profesionales que estudien y trabajen en cuestiones relacionadas con el mismo.
- Asesorar y apoyar a los Organismos Sanitarios y Sociales y a instituciones legalmente reconocidas que se ocupen de los problemas sanitarios y sociales de la vejez.
- Diseñar y promover sistemas de atención y formación en Geriatría y Gerontología.

### 2.1.2.3. Historia de la Gerontología

Aunque previamente diversas culturas se habían dedicado al estudio del comportamiento de las personas adultas mayores y teorías relacionadas con el envejecimiento: El estudio académico de este campo se inicia en el siglo XVIII, con los trabajos de Adolphe Quetelet y Francis Galton, Quetelet es considerado el primer gerontólogo de la historia al establecer los diferentes estudios de la evolución de la vida humana.

*En 1903, Michel Elie Metchnikoff (1845-1916) sociólogo y biólogo ruso, Premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1908, propuso a la Gerontología como ciencia para el estudio del envejecimiento, ya que según él "traería grandes modificaciones para el curso de este último período de la vida".*

*La Gerontología social fue definida en 1914 por Eduardo Sthiglitz como "una ciencia que se ocupa del hombre como organismo social, que existe en un ambiente social y aceptado por éste". A pesar de que a comienzos del siglo XX se empiezan los estudios del envejecimiento desde diversas perspectivas, se hacen con hipótesis falsas e incompletas y no es hasta los años 30 cuando se desarrollan los conceptos básicos de la gerontología. A partir de los años 30 y 40 se desarrollaron los estudios más sistemáticos, se creó en Europa (1939) un club de investigación sobre los problemas del envejecimiento y la Fundación Nuffield (1943) en Gran Bretaña para el soporte de las investigaciones en Gerontología.*

En 1950 en Lieja, Bélgica se creó la Sociedad Internacional de Gerontología, con la finalidad de promover las investigaciones gerontológicas en los campos biológicos, clínicos y de formación de personal altamente calificado en el sector del envejecimiento. A partir de esa época se crea la especialidad en el campo médico la cual ha ido evolucionando y adaptándose al estilo de vida moderno de la sociedad, y como el anciano se incorpora a este. Actualmente diversos países cuentan con asociaciones de gerontólogos especializados realizando estudios sobre como lograr el envejecimiento saludable y activo.

### **2.1.3. Modelos de Atención Gerontológica en Latinoamérica**

#### **2.1.3.1. Atención al adulto mayor en México**

El incremento de personas adultas mayores demanda su atención en aspectos de seguridad social, salud, económicos, laborales, de educación, entre otros. México tiene como lineamientos de política intervenir en los sectores de salud e inversiones sociales para garantizar la longevidad sana y activa, enfocándose en su bienestar biopsicosocial.

En México el envejecimiento demográfico ocurre en un contexto de altos niveles de pobreza, desigualdad e insuficiencias en la creación de empleo, la seguridad social sólo protege a la tercera parte de la población, por lo cual México se apega a los objetivos del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento, promoviendo el respeto de la dignidad humana, goce de libertad, independencia, protección social, garantizándoles el ejercicio y cumplimiento de sus derechos.

El Instituto Nacional de Personas Adultas Mayores plantea dichas acciones mediante sus diferentes modelos de atención, ya sean albergues, residencias de día, centros de atención integral, centros culturales y clubes a su cargo, los cuales ofrecen servicios gerontológicos de acuerdo a la Ley de Derechos de Personas Adulta Mayores.

La visión de los centros de interacción comunal planteados tiene como objetivo brindar servicios integrales que permitan mejorar la calidad de vida; mediante atención médica, actividades sociales y culturales, rehabilitación integral y física.

Se procura que la infraestructura donde se proporcionan los servicios a las personas adultas mayores sean adaptadas conforme a la normatividad establecida, para garantizar su protección y seguridad, contando con espacios propicios, pisos antideslizantes y pasamanos, entre otros.

### **2.1.3.2. Proceso de Envejecimiento y vejez en Colombia.**

En Colombia como en América Latina el descenso de la mortalidad se inicia a mediados del siglo XX, debido al uso de técnicas de bajo costo para el control de las enfermedades y el saneamiento ambiental.

Colombia se apega al concepto planteado por Laforest el cual dice que la Gerontología tiene doble objetivo desde la perspectiva cuantitativa, busca la ampliación de la vida humana y desde la perspectiva cualitativa que esta cuente con mejores condiciones para enfocarse sus competencias y habilidades; para lo cual se ha creado diversos planes a favor de los adultos mayores.

La Gerontología en Colombia busca analizar e identificar la naturaleza, características y tendencias, del comportamiento del adulto mayor, para lo cual se toman en cuenta diversos enfoques tales como: el entorno organizacional el cual habla sobre las políticas de la vejez con énfasis en las condiciones de vulnerabilidad social y de género; el entorno económico, entorno tecnológico, entorno ocupacional y el entorno educativo.

La Política Colombiana de Envejecimiento y Vejez tiene una visión de futuro con acciones de corto, mediano, y largo plazo; tiene como objetivos:



- Incidir de manera activa a nivel intersectorial y territorial las condiciones de desarrollo social, cultural y económica de los individuos.
- Crear condiciones para una vida digna, larga y saludable.
- Contar con principios de universalidad, equidad, participación y justicia social y solidaridad intergeneracional.

En la actualidad en Colombia la mayor cantidad de servicios gerontológicos se encuentran en el área de alojamiento y alimentación, a través de centros para el adulto mayor, albergues y centros diurnos.

#### **2.1.4. Enfoques Teóricos de la población adulta mayor**

##### **2.1.4.1. Edades del envejecimiento**

Para delimitar la ancianidad podemos hacer referencia a 4 edades, cada una con diferentes conceptos y factores los cuales influyen en la salud física y psicológica del adulto mayor. Estas son:

###### **EDAD CRONOLÓGICA:**

Es la edad real de los adultos mayores, sin embargo, esta no representa indicadores en cuanto a estilo de vida o riesgo en enfermedades, lo cual la hacen una edad de carácter individual para los adultos mayores.

###### **EDAD FISIOLÓGICA:**

Son los distintos sistemas corporales que le permiten mantener un determinado nivel de independencia. Nos marca el riesgo de patología, es la edad funcional, habla de la calidad de vida del anciano y de su funcionalidad en cuanto a problemas de salud y movilidad.

###### **EDAD PSICOLÓGICA:**

Son alteraciones psíquicas las cuales van a ser desencadenantes de alteraciones de la funcionalidad. Se hace

una valoración del estado cognitivo de la persona adulta mayor. Indica la manera de pensar del anciano, esto va a condicionar el tipo de cuidados que va a requerir.

#### EDAD SOCIAL:

Esta edad depende del estado de inclusión en la que se encuentre el adulto mayor, por ejemplo, un adulto mayor económicamente activo, tendrá mayor inserción en la sociedad debido a que es parte del sistema laboral, en cambio un adulto mayor jubilado podrá presentar características más conservadoras; depende también del estilo de vida que lo caracteriza y la cantidad de tiempo libre que posee.

Esta edad es determinante para el estado anímico de la población geriatra y es uno de los puntos de mayor importancia en los planes de desarrollo e inclusión de la persona adulta mayor.

#### **2.1.4.2. Principales condiciones para personas de edad avanzada**

Existen factores que condicionan la salud psicológica del adulto mayor, estos pueden ser aprovechados generando resultados óptimos en la calidad de vida, sin embargo también pueden conllevar a efectos negativos para la población geriatra.

#### JUBILACIÓN:

La jubilación no es sólo un condicionante económico, sino que también social, la mayoría de los adultos mayores no está preparado para la jubilación, no saben aprovechar el tiempo libre y se sienten menos útiles para el desarrollo de la sociedad

Tanto salud como economía condicionan el cese de la actividad laboral, la salud obliga y la economía condiciona.

#### VIVIENDA

La mayoría de viviendas no están adaptadas para el correcto uso de la población geriatra; las eescaleras, pasamanos, suelos,

características de los muebles, condicionan la calidad de vida de la gente mayor.

#### ASILAMIENTO

Las limitaciones económicas, de movilidad y de salud impiden muchas veces a los ancianos establecer relaciones con los demás, también existen ancianos que viven solos, no tienen hijos o estos viven muy lejos.

#### OCIO Y TIEMPO LIBRE

Las ofertas de ocio y tiempo libre no están muy desarrolladas en las áreas rurales o si lo están la población no recibe la información de la existencia de estas actividades, muchos ancianos se sienten solos y se consideran una carga para la sociedad porque ya no son útiles.

En general se encuentran 3 problemas: la disminución importante de ingresos, la de relaciones sociales y la de aumento de tiempo libre.

#### **2.1.4.3. Teorías Psicosociales del Envejecimiento**

Se describen diversas construcciones teóricas para explicar los diversos procesos dinámicos entorno al envejecimiento y su influencia en el medio social. Este proceso no sólo es un envejecimiento biológico sino también un acontecimiento social y cultural.

#### TEORÍA DE LA DESVINCULACIÓN

También denominada como teoría del retraimiento, o como indica Leopoldo Salvarezza Teoría del Desapego. Un estudio de la Universidad de Chicago revela que los individuos con edad madura con el paso de los años van reduciendo el número de actividades y limitando contactos sociales.

La teoría de la desvinculación plantea una disminución gradual del interés por las actividades y acontecimientos sociales del entorno, generando asilamiento de interacciones sociales, desinterés por la vida de los demás, reducción de compromisos sociales e interés principal situado en sí mismo.

## TEORÍA DE LA ACTIVIDAD

El proceso de envejecimiento es mas satisfactorio cuanto mas actividades sociales realiza el individuo, un estudio en Kansas City conclue que las personas mas activas se encuentran mayor adaptadas.

Esta teoría plantea el concepto de que la actividad en las personas adultas mayores ayudan a sobrevivir ante determinados procesos de enfermedad.

## TEORÍA DE LOS ROLES

El rol es la función que una persona representa en un grupo social o en la vida misma, Irving Rosow en 1967 elabora su teoría de roles aplicada al proceso de envejecimiento, plantea que a lo largo de la vida de una persona la sociedad le va asignando papeles que debe cumplir, de esta manera el individuo va adquiriendo un estatus o posición social a la vez que conforma su autoimagen y autoestima personal. Según esta teoría la persona que envejece ha de ir asumiendo los roles que corresponden a su edad.

### **2.1.5. Política Social para la atención del adulto mayor**

#### **2.1.5.1. Entidades influyentes en las políticas del adulto mayor**

Como se menciona previamente existen diversas asociaciones gubernamentales y no gubernamentales enfocadas en el estudio de los Adultos Mayores en los temas de Geriátría para la salud física, y Gerontología para la salud mental. a nivel nacional la de mayor importancia es "*La Sociedad de Gerontología y Geriátría del Perú*", además existen universidades que realizan estudios sobre las complejidades del adulto mayor; como por ejemplo la Universidad Cayetano Heredia.

En cuanto a entidades gubernamentales encargadas de promulgar planes y leyes están involucrados tres ministerios; el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables MIMP es el encargado de realizar los planes integrales para el programa de adultos mayores, así como la Ley de los Adultos Mayores donde

determinan diferentes estatutos y normas en beneficio de dichos usuarios. El Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social también brinda normatividad en cuanto a los requisitos para el funcionamiento de los centros de atención residencial para personas adultas mayores. Mientras el Ministerio de Salud es el ente encargado de brindar beneficios médicos y atención preferencial a las personas adultas mayores.

#### **2.1.5.2. Derechos y beneficios del adulto mayor**

Según La Ley n°30490 Ley de La Persona Adulta Mayor, cuenta con derechos humanos y libertades fundamentales.

- Una vida digna, plena, independiente, autónoma y saludable.
- La no discriminación por razones de edad y a no ser sujeto de imagen peyorativa.
- La igualdad de oportunidades.
- Recibir atención integral e integrada, cuidado y protección familiar y social, de acuerdo a sus necesidades.
- Vivir en familia y envejecer en el hogar y en comunidad.
- Una vida sin ningún tipo de violencia.
- Acceder a programas de educación y capacitación.
- Participar activamente en las esferas social, laboral, económica, cultural y política del país.
- Atención preferente en todos los servicios brindados en establecimientos públicos y privados.
- Información adecuada y oportuna en todos los trámites que realice.
- Realizar labores o tareas acordes a su capacidad física o intelectual.
- Brindar su consentimiento previo e informado en todos los aspectos de su vida.
- Atención integral en salud y participar del proceso de atención de su salud por parte del personal de salud, a través de una escucha activa, proactiva y empática, que le permita expresar sus necesidades e inquietudes.

- Acceder a condiciones apropiadas de reclusión cuando se encuentre privada de su libertad.
- Acceso a la justicia.

### **2.1.5.3. Lineamientos de política del adulto mayor.**

Según el PLANPAM, existen diversos lineamientos de política, para lograr la inserción de los adultos mayores en la sociedad y comunidad.

- **Envejecimiento Saludable**

Mejorar el bienestar físico, psíquico y social de las personas adultas mayores, a través del incremento en la cobertura y la calidad de los servicios socio-sanitarios, la garantía de una asistencia alimentaria y nutricional, y las diferentes oportunidades para una vida comunal.

- **Empleo Prevención y Seguridad Social**

Promover oportunidades para las personas adultas mayores mediante mecanismos que permitan mejorar su calificación e inserción al mercado laboral.

- **Participación Integral Social**

Integrar en la sociedad a la población adulta mayor como agentes del desarrollo comunitario.

- **Educación consciencia y Cultura sobre la vejez**

Elevar su nivel educativo cultural de la persona, promover imagen positiva del envejecimiento, incrementar en la sociedad el reconocimiento a los valores y experiencia de la persona adulto mayor.

Además, la Ley de la Persona Adulto Mayor establece que:

- Los adultos mayores necesitan atención preferencial y mayor accesibilidad en el sector Salud, así como también en otros servicios que ofrece el estado y empresas privadas.
- Tienen derecho a contar con Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor CIAM, esos órganos deben ser creados por gobiernos locales y deben prestar los servicios necesarios para

satisfacer las necesidades básicas de los adultos mayores, como salud y alimentación.

- Deben ser protegidos y amparados por los diferentes órganos de Estado tales como: Policía Nacional del Perú, Ministerios Públicos, Poder Judicial, ESSALUD, entre otros.
- Debe impulsarse las políticas de inclusión e interacción social, integrando al adulto mayor al desarrollo comunitario de la sociedad.

El estado promueve programas solidarios a favor de los diferentes tipos de poblaciones vulnerables en el país, el más resaltante en los últimos años ha sido pensión 65.

Este programa solidario tiene como objetivos:

- Diseñar e implementar servicios de calidad orientados a brindar protección social a los adultos mayores a partir de los sesenta y cinco años de edad, facilitando el incremento de su bienestar.
- Fortalecer la articulación intersectorial e intergubernamental orientada a la implementación de servicios sociales de apoyo a sus usuarios.

## **2.1.6. Infraestructura como determinante para la participación e interacción social del adulto mayor**

### **2.1.6.1. Centro de Interacción Comunal**

Existen diversos tipos de centros integrales de interacción comunal, estos son promovidos por los órganos de gobierno local, por las entidades de Salud o por algún ente privado.

- Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor CIAM

Son espacios municipales de prestación, coordinación, y articulación, intra e inter institucional, de servicios básicos integrales y multidisciplinarios, para el bienestar y promoción social de las personas adultas mayores en un contexto de participación de la persona adulta mayor y su familia.

Estos centros son promovidos por el Ministerio de la Mujer a través de gobiernos locales

Los CIAM de mayor participación se encuentran en la región de Lima, estos centros ofrecen diversas actividades tales como: talleres de danza, baile, salud física, artísticos, manualidades, autoestima, entre otros.

- Centro del Adulto Mayor CAM-ESSALUD

Al igual que el CIAM este ofrece actividades socio culturales para los adultos mayores, con la diferencia que es de carácter privado, es brindado por ESSALUD.

ESSALUD ofrece también el CIRAM que es un servicio Gerontológico Social organizado en zonas geográficas donde no existe un CAM.

También existen diversos tipos de Centros de Atención Gerontológica al adulto mayor impulsados por entes privados, sin embargo, la gran mayoría de estos están ubicados en la zona central del país mas no en las diferentes regiones.

## **2.1.7. Gerontología y Geriatría en el Perú.**

### **2.1.7.1. Historia de la Gerontología y Geriatría en el Perú.**

El 27 de agosto de 1953 en el Hospital 2 de Mayo se funda la Sociedad Peruana de Gerontología y Geriatría, antes de eso los casos de atención e investigación sobre los temas mencionados eran escasos.

En las culturas Pre Incas los adultos mayores eran respetados ya que eran considerados jefe de familia en los ayllus; en la época incaica a los ancianos se les consideraba en dos grupos, a los mayores de 60 años se les consideraba los “Purecc Macho” estos se dedicaban a orientar a la Juventus y asesorar a la clase dominante; los mayores de 80 años eran considerados los



“Rocto Macho”; la protección del anciano dependía del producto del trabajo de la comunidad.

En la época colonial los adultos mayores fueron rezagados debido a que se les declaró no aptos para el trabajo, ya que el sistema obrero cambió de agrícola a minero.

En la época republicana no existe un cambio social respecto a la condición del anciano, sigue siendo un grupo marginal y muchos viven de las pensiones de vejez y caridad pública; los hospicios toman gran relevancia en la atención de los adultos mayores.

A fines de la década del 60 la Sociedad Peruana de Geriatria y Geriatria se disuelve por diferencia ideológicas entre sus fundadores.

En los años 70 las fuerzas armadas toman en consideración la problemática en la atención a los adultos mayores, por lo cual envían médicos a especializar en los principales centros geriátricos del mundo, posteriormente se establecen Unidades Geriátricas en el Hospital Naval, Militar, de Aeronáutica y las Fuerzas Policiales.

El 26 de agosto de 1976 se instituye el Día del Anciano Peruano; en homenaje a Santa Teresa Jornet Ibars.

A lo largo de los años se hacen diversas investigaciones y publicaciones tanto en universidades como en centros médicos sobre el estudio de Geriatria y Gerontología.

En 1978 se funda la Sociedad de Gerontología y Geriatria en el Perú con el objetivo de centralizar los intereses dispersos de los médicos geriatras, la sociedad fue reconocida por el Colegio Médico del Perú en 1983.

Hoy en día los Ministerios y las entidades de Salud brindan mayor oportunidad y servicios a los adultos mayores, sin embargo, aún se considera un grupo vulnerable.

#### **2.1.7.2. Actividades Impulsadas para la interacción del adulto mayor**

Las entidades de atención al adulto mayor ofrecen diversas actividades socio culturales y talleres de recreación y relajación, en beneficio de la salud mental y social de los usuarios.

- Actividades culturales, se promueve la identificación cultural del adulto mayor con las tradiciones y costumbres de la sociedad.
- Actividades recreativas, tiene como principal objetivo brindar momentos de sano esparcimiento, que permitan a los afiliados gozar de experiencias y vivencias diferentes, promoviendo la sociabilidad e integración.
- Talleres, brinda espacios de actividad física y capacitación para este segmento etario; y a partir de ello, entregarles herramientas que los ayuden a mantener una vida activa y saludable.
- Taller de memoria, consiste en una valoración inicial, de diferentes actividades cognitivas, encaminadas a potenciar la memoria como recurso para mejorar la calidad de vida. Fomentando actitudes pro-activas en el adulto mayor.
- Tai Chi Chuan, este trabajo ejercita conjuntamente cuerpo, mente.
- Aeróbicos y taeko, a través de estos ejercicios se estimula la actividad cardiovascular y respiratoria.
- Manualidades, artes con cerámicos, pinturas, esculturas entre otros.
- Talleres de danza y baile, estimulan la cultura y la actividad física.
- Talleres de Computación, existe una problemática en el manejo informático para los adultos mayores, al dominar la computación les permitirá una nueva forma de comunicación e interacción.

### 2.1.7.3. Programas de salud del adulto mayor

La salud constituye uno de los principales problemas de la población anciana, y es que, conjuntamente con lo económico, son los elementos determinantes de las posibilidades de independencia en esa etapa de su vida.

Existe mayor riesgo de contraer enfermedades y malestares físicos, situación que afecta al adulto mayor y a sus coetáneos más cercanos como familiares y amigos. *“La discapacidad constituye la amenaza más seria a cualquier estrategia de vida independiente”* (Redondo, 1990).

En el Perú no existen programas de atención integral al adulto mayor, que integre no sólo la salud física, sino que abarque aspectos psicosociales, para favorecer el bienestar mental del anciano. En materia de salud, no existen programas preventivos, de atención, sino que, básicamente están orientados a la curación de patologías ya declaradas.

### 2.1.7.4. Programas de recreación del adulto mayor

La ocupación creativa del tiempo libre del anciano constituye un aspecto importante en la elevación de la calidad de vida de las personas de tercera edad. *Los ancianos necesitan distraerse, tienen que llenar de alguna manera las horas que antes ocupaban con el trabajo, porque si no tienden a replegarse sobre sí mismas y a volver sobre el pasado, lo que les conduce a avanzar retrocediendo hacia el porvenir.* (Sor Margarita Gamauriño).

Para poder llevar a cabo los diversos programas de recreación, los adultos mayores necesitan una infraestructura especializada, de lo contrario se presentarán barreras arquitectónicas y los usuarios tendrán dificultades en el desenvolvimiento de sus actividades.

La instancia encargada de la rehabilitación del anciano mediante actividades recreacionales y culturales es el Instituto Peruano de Seguridad Social a través de su Gerencia Central de Prestaciones Sociales. Sin embargo este instituto a pesar de ser a nivel nacional, se enfoca prioritariamente en Lima Metropolitana descuidando las regiones.

### 2.1.8. Cuadro resumen antecedentes históricos

ANTECEDENTES HISTÓRICOS		
ANTECEDENTE	CONCLUSIÓN	PREMISA
Condiciones y Calidad de Vida del adulto mayor en el contexto mundial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La esperanza de vida ha aumentado debido a las mejoras médicas.</li> <li>• El adulto mayor debe asumir su rol en la sociedad.</li> <li>• Se debe promover la longevidad sana y el envejecimiento activo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es necesario tener los implementos y espacios de salud requeridos.</li> <li>• El complejo debe funcionar como un espacio de interacción y sociabilización.</li> <li>• El complejo debe contar con actividades recreativas para mantener activo al adulto mayor ya sean activas o pasivas</li> </ul>
Enfoques teóricos de la población adulto mayor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existen tres edades que intervienen en la salud del adulto mayor, la edad cronológica, la edad fisiológica y la edad psicológica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El complejo debe contar con espacios donde los adultos mayores puedan desenvolverse según el estado donde se encuentren.</li> </ul>
Políticas sociales para el adulto mayor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existen entidades nacionales e internacionales que brindan políticas en beneficio de los adultos mayores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se debe tomar en cuenta y promover mediante la arquitectura los diversos lineamientos y políticas en beneficio del adulto mayor.</li> </ul>
Infraestructura destinada al adulto mayor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existen centros para el adulto mayor en diferentes categorías en cada ciudad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El complejo debe marcar una pauta respecto a los centros para el adulto mayor en el sur del Perú.</li> </ul>

**Tabla 3: Resumen de antecedentes históricos**

Fuente: Elaboración propia

## 2.2. ANTECEDENTES CONCEPTUALES

### 2.2.1. Antecedentes Empíricos

En Perú, Arriarán (2014) realizó la tesis *Complejo de Salud Recreación y Residencia para el Adulto Mayor en Ancón*. (Tesis de titulación) Universidad San Martín de Porres. Principales resultados: se elaboró un master plan, en el que se definió tres núcleos básicos con temáticas urbanas y diferentes tipos de equipamientos: salud, recreativo y residencia. Dentro del núcleo de esparcimiento se plantearon tres tipos de equipamiento: uno enfocado a la salud, otro a lo recreacional y residencial. El equipamiento elegido para el presente trabajo de tesis es el referente a la salud, recreación y residencia. Conclusión: se diseñó un complejo de salud-recreación y residencia para el adulto mayor que contribuya a generar un entorno adecuado para los adultos mayores permitiéndoles prevenir enfermedades de salud, ayuda psicológica-motora y social para integrarse de la manera más óptima a la sociedad.

En Chile Ruiz Rudolph (2006) realizó la tesis *Centro Integral para el Adulto Mayor* (Tesis de titulación) Universidad de Chile. Principales resultados: Se diseñaron espacios determinados para cada tipo de adulto mayor, divididos por sus capacidades y limitaciones físicas; proponiendo espacios de recreación y actividad física para los mas activos y espacios de relajación para los mas pasivos. Conclusión: Se diseñó un proyecto el cual integre a los adultos mayores según sus necesidades y actividades mas frecuentes, ofreciendo un entorno propicio para estos.

En Guatemala Vega (2006) realizó la tesis *Centro de Atención y Recreación para Adultos Mayores* (Tesis de titulación) Universidad Rafael Landívar. Principales Resultados: SE logro un proyecto arquitectónico enfocado en la atención de salud física y psicológica de los adultos mayores, teniendo como espacios principales los espacios médicos, complementando estos con espacios de entretenimiento e interacción. Conclusión: Los espacios destinados a salud física de las personas adultas mayores se interrelacionan funcional y formalmente con los espacios de interacción y recreación.

## **2.2.2. Definiciones**

### **2.2.2.1. Gerontología**

Según Michel Elie Metchnikoff; la Gerontología se define como ciencia interdisciplinaria que estudia el envejecimiento y la vejez teniendo en cuenta los aspectos biopsicosociales (psicológicos, biológicos, sociales) pues estos aspectos influyen de manera directa en la forma como el ser humano asume su proceso de envejecimiento; según este autor la gerontología traería grandes modificaciones para el curso de este último periodo de la vida.

Según el diccionario ABC; la Gerontología es la disciplina que estudia la vejez y todos los fenómenos que la implican; tiene como objetivo principal prolongar y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Objetivos de la Gerontología:

- Desde un punto de vista cuantitativo, la prolongación de la vida
- Desde un punto de vista cualitativo, la mejora de la calidad de vida de las personas mayores.

Es un estudio multidisciplinar porque, como toda nueva área de conocimiento, se ha nutrido del conocimiento aportados por otras, como, la biología, la sociología, la psicología, la antropología, la demografía, la educación y otros campos; por tales motivos la gerontología se denomina un campo de estudio y ciencia interdisciplinaria.

Según Cristina Castanedo Pfeiffer (Universidad de Cantabria); la Gerontología se enfoca principalmente en dos ramas:

- Gerontología Biológica; la cual estudia los cambios bioquímicos, fisiológicos, morfológicos y funcionales que se derivan del proceso de envejecimiento.
- Gerontología Social; la cual estudia a la persona como un ser integral, teniendo en cuenta el medio ambiente, la situación socioeconómica y familiar donde vive el individuo.

Además, existen otras ramas inherentes al campo de estudio:

- Gerontología clínica; atiende los aspectos médicos del envejecimiento.
- Gerontología educativa; también llamada Geragogía; comprende las cuestiones relacionadas con la educación y el aprendizaje de los adultos mayores.
- Gerontología Ambiental; es un área de conocimiento de la Gerontología que tiene por objetivo conocer, analizar, modificar y optimizar la relación entre la persona que envejece y su entorno físico-social, desde perspectivas y enfoques interdisciplinarios, que abarcan diferentes disciplinas como la psicogerontología, geografía del envejecimiento, urbanismo, arquitectura y diseño accesible, política social, trabajo social, sociología, terapia ocupacional y otras ciencias a fines.

#### **2.2.2.2. Geriatría**

La Geriatría ha sido definida como la rama de la Medicina Interna que se preocupa de los aspectos clínicos, preventivos, terapéuticos y sociales de las enfermedades en los ancianos.

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

Según el diccionario ABC; la geriatría es la rama de la medicina que estudia la vejez y los trastornos que conllevan con esta; esta especialidad ahondará en los aspectos preventivos, curativos y de rehabilitación de las enfermedades de los adultos mayores.

Al decir preventivo se refiere a que nos podemos adelantar, es decir, que tiene potencial, podemos evitar que enferme y que mejore su calidad de vida.

La principal responsable de la medicina geriátrica es la doctora Marjorie Warren, la cual demostró que el deterioro cognitivo puede conllevar a diversas enfermedades.

Objetivos de la Geriatría:

- Valoración adecuada de todas las personas mayores (individualizada y comunitaria) para adecuar los recursos y satisfacer a esas necesidades individuales o comunitarias.
- Movilización de los recursos existentes en el área de tal manera que las personas mayores puedan satisfacer sus necesidades tanto en estado de salud como en enfermedad.
- Asistencia a patologías crónicas e invalidantes.
- Investigación en las áreas referentes a personas mayores.

### **2.2.2.3. Adulto Mayor**

Un adulto mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la cual sigue después de la adultez. Es en esta fase que el cuerpo y las actividades cognitivas se van deteriorando.

Según la Organización Mundial de la Salud, a toda persona mayor de 60 años se le considera persona de la tercera edad; esta entidad define cronológicamente a los adultos mayores desde 60 a 74 años como personas con edad avanzada, a los de 75 a 90 años se les considera ancianas, y mayor que esa edad se les denomina grandes longevos.

Hay que tener en consideración que esta terminología es considerada para los países en proceso de desarrollo (como es el caso de Perú), y en los países desarrollados se considera los 65 años como edad en que comienza la tercera edad.

A nivel nacional el Ministerio de Salud Minsa; clasifica a los adultos mayores en tres grupos poblacionales:



- Persona Adulta Mayor Activa Saludable.

Es aquella sin antecedentes de riesgos, sin signos ni síntomas atribuibles a patologías agudas, sub agudas o crónicas y con examen físico normal.

- Persona Adulta Mayor Enferma.

Es aquella que presenta alguna afección aguda, sub aguda o crónica, en diferente grado de gravedad, habitualmente no invalidante, y que no cumple los criterios de Persona Adulta Mayor Frágil o Paciente Geriátrico Complejo

- Persona Adulta Mayor Frágil.- Es aquella que cumple 2 ó más de las siguientes condiciones:

- Edad: 80 años a más
- Dependencia parcial, según Valoración Funcional del Índice de Katz.
- Deterioro cognitivo leve o moderado, según Valoración Cognitiva Test de Pfeiffer.
- Manifestaciones depresivas, según Valoración del Estado Afectivo Escala abreviada de Yesavage.
- Riesgo social, según la Escala de Valoración Socio – familiar
- Caídas en el último mes ó más de una caída en el año
- Pluripatología: Tres ó más enfermedades crónicas
- Enfermedad crónica que condiciona incapacidad funcional parcial como por ejemplo, osteoartritis, secuela de ACV, enfermedad de Parkinson, EPOC, insuficiencia cardiaca reciente, y otros.
- Polifarmacia: Toma más de tres fármacos por patologías crónicas y por más de 6 semanas
- Hospitalización en los últimos 12 meses
- Índice de Masa Corporal (IMC) menor de 23 ó mayor de 28.

#### **2.2.2.4. Arquitectura Gerontológica**

*La arquitectura gerontológica es la rama de esta disciplina que se encarga de estudiar, pensar y diseñar los espacios ideales para el desarrollo y desenvolvimiento de los adultos mayores los cuales empiezan a tener ciertos cambios físicos, mentales y sensoriales con el pasar de los años, ya que varias diferencias en las variaciones del envejecimiento normal y el anormal o demencial dependiendo de la calidad de vida de la persona.”*  
(Altarriba, 1992,03).

Para lograr la arquitectura gerontológica es preciso considerar diversos aspectos que influyen en esta; tales como; la motricidad, flexibilidad espacial, las dimensiones adecuadas para el desarrollo de actividades, y lo más importante es evitar las barreras arquitectónicas.

La arquitectura gerontológica se ofrece en diferentes servicios como residencia, recreación, salud, entre otros.

#### **2.2.2.5. Residencia Gerontológica**

La residencia gerontológica o también conocida como residencia para personas ancianas, es parte de la arquitectura gerontológica, es el hábitat más importante para las personas adultas mayores ya que es en esta donde pasaran su mayor parte del tiempo.

En ocasiones esta se ofrece de carácter privado en entidades especializadas en tratamientos gerontológicos, esta residencia se da de manera temporal o permanente, como también existen diversos programas estatales y sociales que ofrecen asilo a las personas adultas mayores que en la mayoría de los casos presentan cierto grado de dependencia.

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

#### **2.2.2.6. Geragogía**

El concepto de geragogia o gerontogagia, es, según Richard y Munafo (1993), es la ciencia de la educación del anciano, este término data desde 1976. La Doctora Margaret E. Hartford (1976) profesora de gerontología en la Universidad de California define este término como el arte y la ciencia de enseñar a los mayores.

La Geragogía es una oportunidad y un derecho que tiene el ser humano de interiorizarse permanentemente en el qué hacer de su realización personal mediante un conocimiento científico-preventivo de su ciclo vital integral no sólo el aprendizaje cumple una sola función de adaptación biológica, sino que responde a la necesidad de significar el mundo físico y social en el que vive.

Esta nueva forma de aprender exige, en los adultos mayores una toma de posición y una actitud necesariamente activas. Es una herramienta para lograr un mejor desenvolvimiento individual y social, esta facilita el crecimiento psicológico y aumenta la calidad de vida si se da correctamente.

Conceptos de Geragogía en diferentes enfoques puntos de vista

- Enfoque social: Oportunidad de asumir aprendiendo y considerar a los mayores como seres significativos en la familia, comunidad ejerciendo sus derechos y ensanchando espacios para la creatividad, autonomía y participación.
- Enfoque de Ciencias de la salud: Promociona la salud positiva la prevención de enfermedades y el autocuidado.
- Enfoque psicogerontología: Potencia las capacidades y facultades para enfrentar situaciones de la vejez, trabajando en la visión salutrogénica y no patogénica
- Enfoque antropológico: Desarrollo de la cultura de la ancianidad donde el mayor sea protagonista

### **2.2.2.7. Barreras Arquitectónicas y Urbanas**

Estas se comprenden en dos grupos las barreras arquitectónicas y las barreras urbanísticas.

#### **BARRERAS ARQUITECTÓNICAS**

Se refieren a los impedimentos o dificultades que aparecen en las construcciones frente a las personas con capacidades reducidas. Estas barreras se dan a medida que la persona envejece, estas están directamente relacionadas a la comodidad y movilidad de los ancianos y les impide desarrollar sus actividades de una manera adecuada.

Entre las cuales destacan:

- Iluminación ineficiente
- Escaleras muy altas o angostas
- Bordes y aristas salientes
- Mobiliario inadecuado
- Incorrecto tratamiento de desniveles
- Escases de rampas o con ángulos inadecuados.
- Falta de prevención en los accesos.

#### **BARRERAS URBANAS**

Este tipo de barrera espacial se encuentra en el desenvolvimiento de la ciudad, las cuales impiden el buen tránsito peatonal de las personas con capacidades limitadas.

Estas se dan producto de una escasa planificación y mantenimiento como también de las características morfológicas y topográficas de la ciudad.

- Entre las cuales destacan:
- Aceras en mal estado
- Ausencia de rampas
- Ausencia de iluminación
- Pendientes mayores a 12°
- Tránsito peatonal mal planificado
- Mobiliario urbano inadecuado.

#### **2.2.2.8. Accesibilidad**

Según Julian Perez Porto y Ana Gardey, (2009), considera la accesibilidad como el grado o nivel en el que cualquier ser humano, mas alla de su condición física o de sus facultades cognitivas, puede usar una cosa, disfrutar un servicio o hacer uso de una infraestructura.

Existen diversas ayudas técnicas para impulsar la accesibilidad y equiparar las posibilidades de todas las personas.

Esto supone que un espacio que presenta buenas condiciones de accesibilidad puede recibir a toda clase de gente sin que exista un perjuicio o una complicación para nadie.

Según Starfield B., considera accesibilidad como el grado en el que todas las personas pueden utilizar un objeto, visitar un lugar o acceder a un servicio, independientemente de sus capacidades técnicas, cognitivas o físicas. Es indispensable e imprescindible, ya que se trata de una condición necesaria para la participación de todas las personas independientemente de las posibles limitaciones funcionales que puedan tener.

Para promover la accesibilidad se hace uso de ciertas facilidades que ayudan a salvar los obstáculos o barreras de accesibilidad del entorno, consiguiendo que estas personas realicen la misma acción que pudiera llevar a cabo una persona sin ningún tipo de discapacidad. Estas facilidades son llamadas ayudas técnicas. Entre éstas se encuentran el alfabeto Braille, la lengua de señas, las sillas de ruedas, las señales auditivas de los semáforos, etc.

Considerando "Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad", la accesibilidad es un derecho que implica la real posibilidad de una persona de ingresar, transitar y permanecer en un lugar, de manera segura, confortable y autónoma. Ello implica que las barreras de entorno físico deben ser suprimidas.

### 2.2.3. Cuadro resumen antecedentes conceptuales

CONCEPTOS PUNTUALES DEL PROYECTO	
GERONTOLÓGÍA	La gerontología es la ciencia que estudia el bienestar del adulto mayor en el aspecto social-psicológico. Es decir, estudia su salud mental.
GERIATRÍA	La geriatría se encarga de estudiar la salud física del adulto mayor, tiene en cuenta las capacidades y limitaciones fisiológicas que presentan.
ADULTO MAYOR	Es una persona mayor a 60 años, tiene necesidades y capacidades de características especiales, se divide en edad avanzada, ancianidad y longevidad.
RESIDENCIA GERONTOLÓGICA	Es una residencia especializada y adaptada para poder albergar de una manera eficiente a los adultos mayores, debe estar alineada a las políticas y normas que se establece para este tipo de equipamientos y tiene como objetivo que el adulto mayor tenga una buena calidad de vida en dicha estancia.
ACCESIBILIDAD	Se refiere a hacer uso de una infraestructura de manera adecuada sin importar la condición física, su propósito es evitar las barreras arquitectónicas.

Tabla 4: Resumen de antecedentes históricos conceptuales

Fuente: Elaboración propia

## **2.3. ANTECEDENTES CONTEXTUALES**

### **2.3.1. Experiencias Confiables**

#### **2.3.1.1. Paraíso Gold, Cali Colombia**

El hogar de prestación de servicios Paraíso Gold pertenece a la fundación de atención Geriátrica “Amor y Ternura”, esta es la institución más reconocida en la ciudad de Cali; esta demuestra su calidad al tener más de 33 años en funcionamiento y al encontrarse en proceso de certificación de calidad.

El complejo está situado en terreno de características campestres y está enfocada en el aumento de la calidad de vida de los adultos mayores.

#### a) Ubicación

La estancia Paraiso Gold está ubicado en medio de un barrio residencial de baja densidad, en la zona urbana campestre de la ciudad de Cali, por lo cual el complejo debe asumirse a los parámetros urbanos característicos de la zona.



**Figura 6: Ubicación Paraiso Gold**

Fuente: Google Maps

Las características de suelo húmedo que presenta el terreno permiten que exista una vegetación de tipo tropical, considerando el diseño paisajístico como una prioridad en el proyecto.

b) Análisis Funcional Espacial



**Figura 7: Imagen 1 Paraíso Gold**

Fuente: Elaboración Propia

Como se aprecia en el esquema todas las zonas se interrelacionan; la zona social, la zona de servicios y la zona recreativa tienen relación directa, mientras que la zona residencial cuenta con más privacidad.

La zona social administrativa cuenta con espacios de comedor y estar para la sociabilización de los adultos mayores el espacio de usos múltiples, así como también con los espacios de recepción y de residencia para las enfermeras y el personal de servicio.

La zona de servicios cuenta con la cocina y la zona de mantenimiento. La zona de recreación activa cuenta con los espacios de recreación deportiva y la piscina especializada.

La zona residencial se configura alrededor de un núcleo de articulación central y un eje interno que se desenvuelve de acuerdo a la silueta de la edificación. Las zonas de jardines se encuentran inmersas y alrededor de todo el complejo.



c) Accesibilidad y Circulación



**Figura 8: Imagen 2 Paraíso Gold**

Fuente: Elaboración Propia

#### Accesibilidad

El complejo cuenta con 3 ingresos, al estar ubicado en esquina aprovecha los dos frentes del terreno.

El ingreso principal se relaciona directo con la zona social-administrativa ingresándose directamente a la edificación; en cambio el ingreso secundario se relaciona con una zona abierta, generándose un eje de circulación exterior, al cual se le denominó "Paseo Ecológico".

Además la edificación cuenta con un ingreso en caso de emergencia, el cual está diseñado para el parqueo de una ambulancia.

#### Circulación

El proyecto cuenta con ejes que se interconectan en un gran espacio articulador en la zona residencial del complejo; cada eje se articula con un ingreso.

La jerarquía de los ejes se define por la jerarquía de los ingresos con los cuales se relacionan directamente.

La circulación es de tipología lineal teniendo un eje longitudinal y dos transversales al complejo. Si bien es de tipología lineal no se aplica esta de manera ortogonal sino de manera sinuosa.

d) Análisis Climático

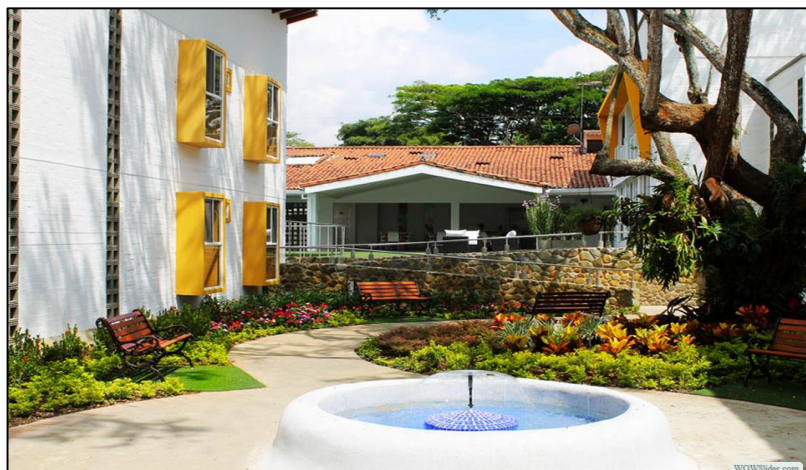
Por las características del lugar el ambiente es siempre soleado y caluroso, por lo cual se dio tanta importancia a que la vegetación del complejo sea de tipo tropical para así contrarrestar el efecto.

Lo descrito se puede apreciar en las imágenes:



**Figura 9: Imagen 3 Paraíso Gold**

Fuente: Paraíso Gold.com



**Figura 10: Imagen 4 Paraíso Gold**

Fuente: Paraíso Gold.com



**Figura 11: Imagen 5 Paraíso Gold**

Fuente: Paraíso Gold.com

### **2.3.1.2. Centro Socio Sanitario Geriátrico Santa Rita, España.**

El centro socio sanitario geriátrico Santa Rita es parte del grupo Habitar Studio, fue diseñado por el arquitecto Manuel Ocaña, el proyecto se realizó en el año 2003 y se inauguró en el 2009.

La conceptualización objetivo del proyecto es construir un centro geriátrico que no parezca hospital, sin pasillos ni barreras arquitectónicas que se desenvuelva en una sola planta.

#### **a) Ubicación**

El proyecto se encuentra ubicado en C/Marius Verdaguer s/n, Ciutadella, Illes Balears, España. Está ubicado al límite de la zona urbana de la ciudad, teniendo en un lado áreas verdes y en el otro costado zona de uso residencial.



**Figura 12: Ubicación Santa Rita**

Fuente: Google Earth

Si bien es un proyecto especializado en geriatría, este le da gran importancia a crear un ambiente característico en el espacio vital donde predomina el tiempo libre.

El proyecto consta de un área de 12000 m<sup>2</sup> teniendo 50 % de área construida y 50 % de área libre, aunque la reglamentación sólo exigía el 30% de esta.

b) Análisis Funcional-Espacial

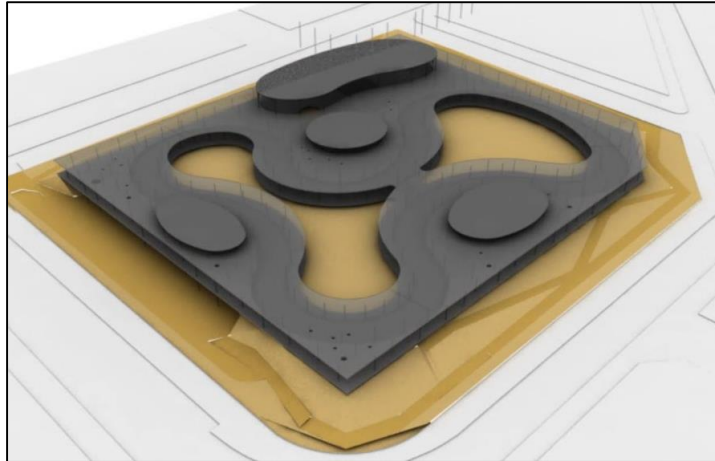


**Figura 13: Imagen 1 Santa Rita**

Fuente: Elaboración propia

Como se aprecia en la imagen el complejo se compone de un gran núcleo central de área libre el cual es rodeado por la zona residencial.

Además, cuenta con la zona de servicios médicos y la zona social alrededor de la zona residencial, y los servicios complementarios y recreativos se encuentran en los espacios creados por la silueta característica del complejo.



**Figura 14: Imagen 2 Santa Rita**

Fuente: Santa Rita.com

c) Accesibilidad y Circulación

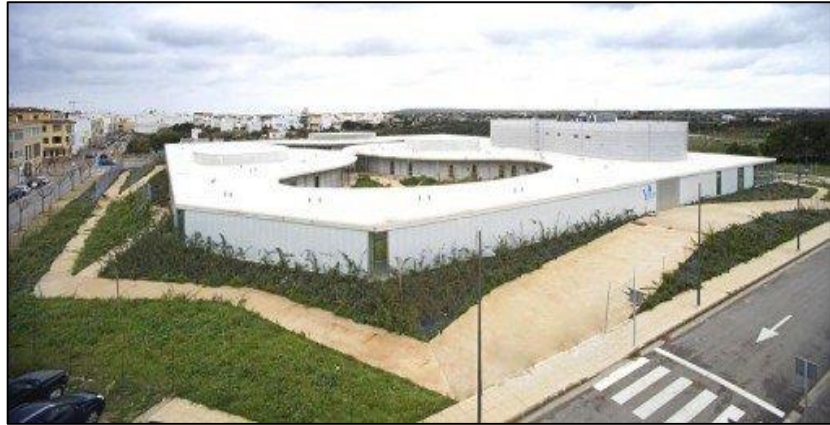
El proyecto cuenta con un ingreso principal y cinco ingresos secundarios, dichas zonas de ingreso se interconectan exteriormente mediante camineras.

La circulación del complejo no es convencional, se basa en un diseño sinuoso que comprende dos ejes, el eje del núcleo central del proyecto que consta de espacios abiertos, y el eje de alrededores de la zona residencial la cual articula esta con los otros servicios ofrecidos dicho eje es en área techada.



**Figura 15: Imagen 3 Santa Rita**

Fuente: Elaboración propia



**Figura 16: Imagen 4 Santa Rita**

Fuente: Santa Rita.com

**d) Análisis Climático**

El asoleamiento y la ventilación de la zona residencial se dan por medio de una gran área libre en el núcleo central del proyecto.



**Figura 17: Imagen 5 Santa Rita**

Fuente: Santa Rita.com

Mientras que el asoleamiento y la ventilación de las zonas de servicios médicos, recreación, entre otros se dan por el exterior del proyecto.



**Figura 18: Imagen 6 Santa Rita**

Fuente: Santa Rita.com

### 2.3.1.3. Centro de Día y Residencia para Mayores, Castellón España.

#### a) Ubicación

El proyecto está proyectado en la zona urbana central de la ciudad de Vinaros, Castellon en España. Cuenta con un área de 5000.00m<sup>2</sup> y fue elaborado por la empresa consultora ENMASS ARQUITECTURA.



Figura 19: Ubicación Centro de Residencia en Castellon

Fuente: Google earth

#### b) Zonificación

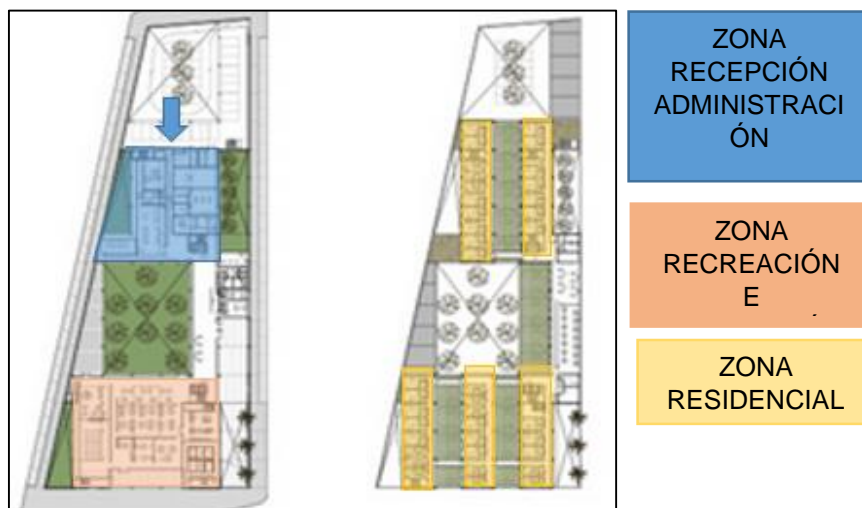


Figura 20: Imagen 1 Centro de Residencia en Castellon

Fuente: Elaboración Propia

El proyecto en el primer nivel está constituido por dos zonas, la primera que incluye los ambientes de recepción y administración; y la segunda que comprende la zona social con ambientes de interacción y sociabilización.

En los niveles superiores se desenvuelve la zona residencial del proyecto.

c) Accesibilidad y Circulación



**Figura 21: Imagen 2 Centro de Residencia en Castellon**

Fuente: Elaboración Propia

El proyecto cuenta con un solo acceso el cual se da en la parte frontal del complejo y se integra con la zona de parqueo, a partir de este se genera el eje de circulación que articula el proyecto.

En el primer nivel el proyecto cuenta con ejes de circulación de forma lineal, en sentido transversal y en sentido longitudinal; estos ejes se dan de manera interna como de manera externa. Además el primer nivel cuenta con ejes de circulación vertical los cuales están ubicados en puntos estratégicos del proyectos para que este se articule con los demás niveles.



En el segundo nivel los ejes siguen siendo de manera lineal, estos se dan a través de pasillos los cuales le dan al complejo la sensación de unidad. Estos pasillos articulan la zona residencial del proyecto.



**Figura 22: Imagen 3 Centro de Residencia en Castellon**

Fuente: Plataforma Arquitectura

Se puede apreciar que se organiza mediante una serie de patios y uno principal situado en el centro. Patios que dan soporte, iluminación y ventilación a los principales espacios del edificio y generan unos espacios exteriores protegidos para los usuarios.



**Figura 23: Imagen 4 Centro de Residencia en Castellon**

Fuente: Plataforma Arquitectura

d) Análisis Formal

El proyecto nace de la idea de crear un zócalo que ocupa todo el solar y cinco volúmenes prismáticos que se ponen encima.



**Figura 24: Imagen 5 Centro de Residencia en Castellon**

Fuente: Plataforma Arquitectura



**Figura 25: Imagen 6 Centro de Residencia en Castellon**

Fuente: Plataforma Arquitectura

**2.3.1.4. Hogar de Ancianos Atelier Du Pont Paris, Francia**

a) Ubicación

El proyecto es diseñado por el grupo Arquitectónico Atelier Du Pont en la zona urbana de Francia; cuenta con un área de 6117 m2 y data del año 2015.



Figura 26: Ubicación Hogar Atelier Du Point

Fuente: Google Earth

#### b) Análisis Funcional Espacial

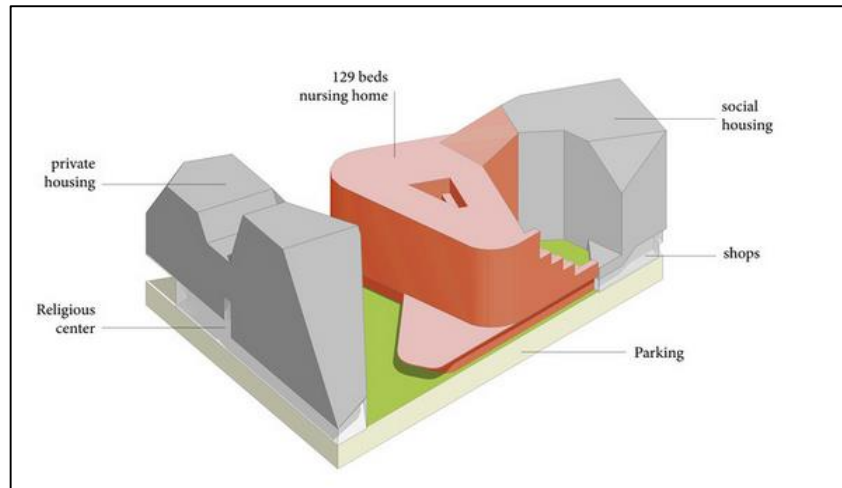
El proyecto tiene una composición orgánica, la planimetría se compone en 4 zonas las cuales trabajan como bloques independientes sin embargo no pierden el sentido de unidad.



Figura 27: Imagen 1 Hogar Atelier Du Point

Fuente: Elaboración Propia

El proyecto consiste en tres volúmenes jerárquicos, siendo el volumen central el elemento organizador.



**Figura 28: Imagen 2 Hogar Atelier Du Point**

Fuente: Plataforma Arquitectura

c) Accesibilidad y Circulación

El proyecto cuenta con un solo ingreso, a partir de este se genera un eje de circulación.

La circulación es en trama teniendo ejes transversales y diagonales que integran todos los bloques del proyecto mediante cominerías al aire libre.



**Figura 29: Imagen 3 Hogar Atelier Du Point**

Fuente: Elaboración Propia

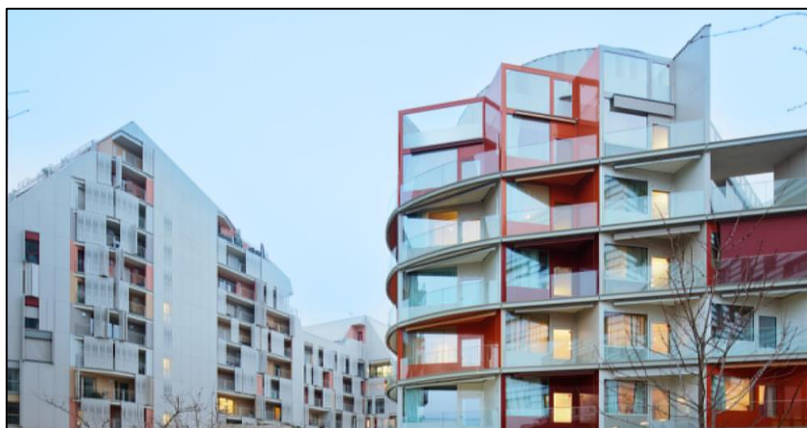
d) Análisis Formal



**Figura 30: Imagen 4 Hogar Atelier Du Point**

Fuente: Plataforma Arquitectura

El proyecto cuenta con forma y ángulos convexos, los principales materiales utilizados son el concreto y el vidrio al cual se le da mayor importancia. Tiene una combinación de colores cálidos, siendo el crema y el rojo los más resaltantes. Interiormente el material predominante es la madera.



**Figura 31: Imagen 5 Hogar Atelier Du Point**

Fuente: Plataforma Arquitectura

2.3.1.5. Conclusiones y premisas de las experiencias confiables

PROYECTO	CONCLUSIÓN PREMISA	ESQUEMA
<b>Paraíso Gold</b>	<p>-La vegetación es fundamental para el bienestar de la persona adulta mayor.</p> <p>-Es necesario la interacción de los adultos mayores con espacios abiertos como por ejemplo solares</p>	
<b>Centro Socio Sanitario Geriátrico Santa Rita</b>	<p>-Los adultos mayores necesitan tener ejes de circulación que cuenten con cubiertas como medio de protección.</p> <p>-Necesitan de una zona médica en caso de emergencias.</p>	
<b>Centro de Día y Residencia para Mayores</b>	<p>-El diseño modular, funciona como elemento organizador del proyecto.</p> <p>-Las formas y colores puros resultan agradables para los adultos mayores.</p>	
<b>Hogar de Ancianos Atelier Du Pont</b>	<p>-Gracias a las mejoras tecnológicas-constructivas, se puede diseñar un proyecto de varios niveles, ya que existen ascensores y rampas eléctricas que facilitan la circulación vertical de las personas discapacitadas.</p>	

Tabla 5: Conclusiones y premisas de las experiencias confiables

Fuente: Elaboración propia

### 2.3.2. Población proyectada

Los usuarios destinados a utilizar el proyecto son los adultos mayores de Tacna y regiones aledañas. La región de Tacna tiene una población de 341 838 personas de las cuales el 8.7% es mayor de 60 años por lo tanto se considera población adulta mayor

Tacna cuenta con 29 722 adultos mayores, los cuales representan el 8.7% de la población total. En la provincia de Tacna habitan 26 182 adultos mayores, en Candarave se encuentran 1291, en Jorge Basadre 863 y en Tarata 1416 adultos mayores.

Tomando en cuenta que el índice de crecimiento de adultos mayores es de 2.5% según el INEI, la cantidad de población proyectada para el año 2027 será de 38 893, aumentando 9171 población geriatra en la región Tacna.

POBLACIÓN GERIATRA PROYECTADA CON 2.5% DE CRECIMIENTO ANUAL	
2016	29 722
2017	30 465
2018	31 226
2019	32 006
2020	32 806
2021	33 626
2022	34 466
2023	35 327
2024	36 210
2025	37 115
2026	38 042
2027	38 893

**Tabla 6 : Población adulta mayor proyectada en la región Tacna**

Fuente: Elaboración propia

### 2.3.3. Aspecto Poblacional de Tacna

#### 2.3.3.1. Población Adulta Mayor por género

Actualmente se tiene 52% de varones y 48% de mujeres de la tercera edad, tomando dichas cifras en la población proyectada se obtiene lo siguiente:

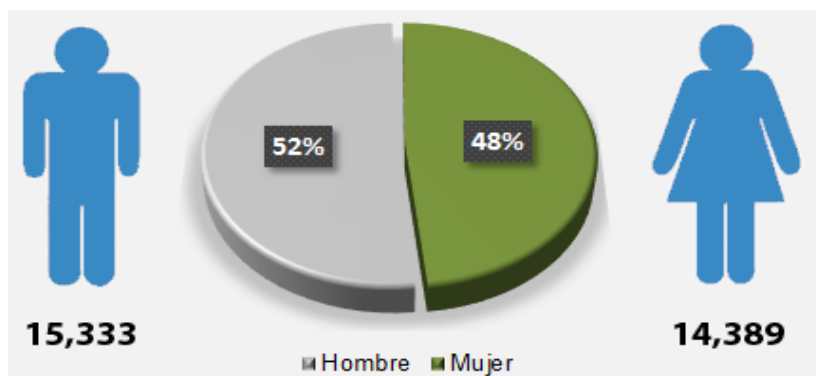


Tabla 7: Población adulta mayor por género

Fuente: Programa Nacional del Adulto Mayor.

POBLACIÓN ADULTA MAYOR POR GÉNERO		
AÑO	HOMBRE 52%	MUJER 48%
2016	15 333	14 389
2027	20 224	18 668

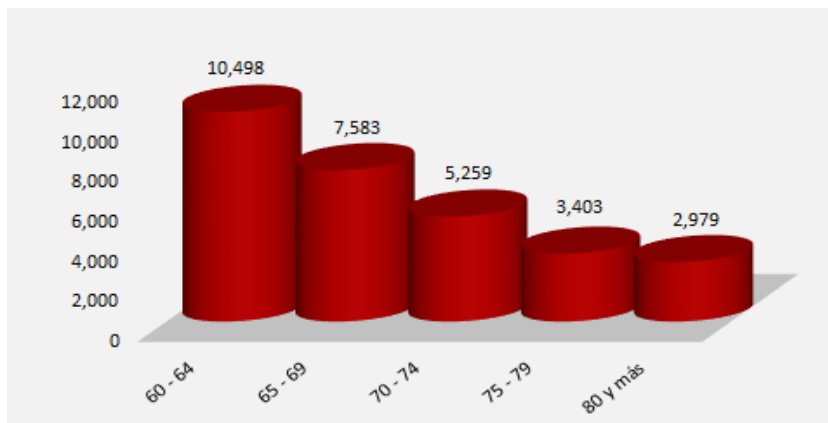
Tabla 8: Población proyectada adulta mayor por género

Fuente: Elaboración propia

#### 2.3.3.2. Población Adulta Mayor por Edad

En Tacna la mayoría de adultos mayores se encuentran entre los 60-64 años de edad y los que tienen más de 80 años representan el menor porcentaje.





**Tabla 9: Población adulta mayor por edad**

Fuente: Programa Nacional del Adulto Mayor.

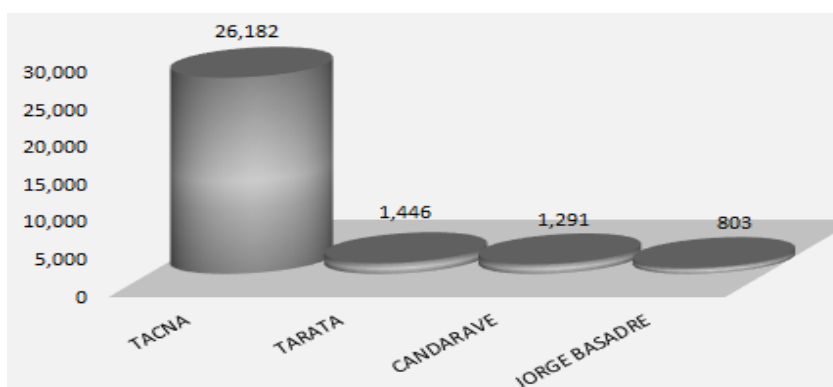
EDAD	POBLACIÓN PROYECTADA AL 2027
60-64	13 736
65-69	9 922
70-74	6 881
75-79	4 452
80 Y MÁS	3 898

**Tabla 10: Población proyectada adulta mayor por edad**

Fuente: Elaboración propia

### 2.3.3.3. Población adulta mayor por provincia y distrito

La provincia de Tacna es la que tiene mayor cantidad de adultos mayores, la cual cuenta con el 88.09% mientras que en las otras tres provincias vive el 11.91% siendo Jorge Basadre el que tiene menor cantidad de población.



**Tabla 11: Población adulta mayor por provincia**

Fuente: Programa Nacional del Adulto Mayor.

*COMPLEJO GERONTOLÓGICO PARA LA RESIDENCIA Y RECREACIÓN DEL ADULTO MAYOR EN  
CALANA – TACNA ,2016*

a) Provincia de Tacna

En la Provincia de Tacna el distrito que cuenta con mayor cantidad de adulto mayores es el Cercado de Tacna y el que cuenta con menor cantidad es Palca.

Cabe resaltar que el distrito de Calana será donde se ubicará el proyecto este consta con 495 adultos mayores.

DISTRITO	60-64	65-69	70-74	75-79	80-MAS	TOTAL
TACNA	3616	2714	2092	1347	1200	10 969
ALTO DE LA ALIANZA	1390	933	573	303	265	3 464
CALANA	140	129	95	76	56	495
CIUDAD NUEVA	675	410	264	177	184	1 710
INCLAN	294	204	127	99	85	809
PACHIA	100	79	74	48	43	344
PALCA	61	51	43	31	32	218
POCOLLAY	835	637	398	283	200	2353
SAMA	133	107	70	47	53	410
GREGORIO ALBARRACIN	2177	1477	823	503	430	5 410

**Tabla 12: Población adulta mayor Provincia Tacna**

Fuente: Programa Nacional del Adulto Mayor.

b) Provincia de Candarave

En la provincia de Candarave existen 1291 adultos mayores lo cual representa el 4.35% el distrito con mayor cantidad de ancianos es Candarave y el que tiene menor cantidad es el distrito de Curibaya.

**COMPLEJO GERONTOLÓGICO PARA LA RESIDENCIA Y RECREACIÓN DEL ADULTO MAYOR EN  
CALANA – TACNA ,2016**

DISTRITO	60-64	65-69	70-74	75-79	80-MAS	TOTAL
CANDARAVE	134	130	87	56	54	461
CAIRANI	56	44	36	28	28	192
CAMILACA	75	57	53	33	27	245
CURIBAYA	9	12	5	10	8	44
HUANUARA	52	37	33	31	18	171
QUILAHUANI	56	45	30	25	22	178

**Tabla 13: Población adulta mayor Provincia Candarave**

Fuente: Programa Nacional del Adulto Mayor.

c) Provincia de Jorge Basadre

En la provincia de Jorge Basadre se encuentran 863 adultos mayores, el distrito con mayor cantidad de ancianos es Ilabaya.

DISTRITO	60-64	65-69	70-74	75-79	80-MAS	TOTAL
LOCUMBA	93	69	27	38	19	246
ILABAYA	144	76	58	41	30	349
ITE	77	58	37	20	16	206

**Tabla 14: Población adulta mayor provincia Jorge Basadre**

Fuente: Programa Nacional del Adulto Mayor.

d) Provincia de Tarata

DISTRITO	60-64	65-69	70-74	75-79	80-MAS	TOTAL
TARATA	402	100	89	71	67	447
CHUCATAMANI	133	31	44	24	19	167
ESTIQUE	36	27	25	11	34	139
ESTIQUE-PAMPA	44	33	32	18	18	132
SITAJARA	41	31	40	30	19	169
SUSAPAYA	39	45	41	23	19	137
TARUCACHI	52	18	22	11	13	82
TICACO	33	29	41	19	21	143

**Tabla 15: Población adulta mayor provincia Tarata**

Fuente: Programa Nacional del Adulto Mayor.

## 2.3.4. Implicancias Sociales del adulto mayor en Tacna.

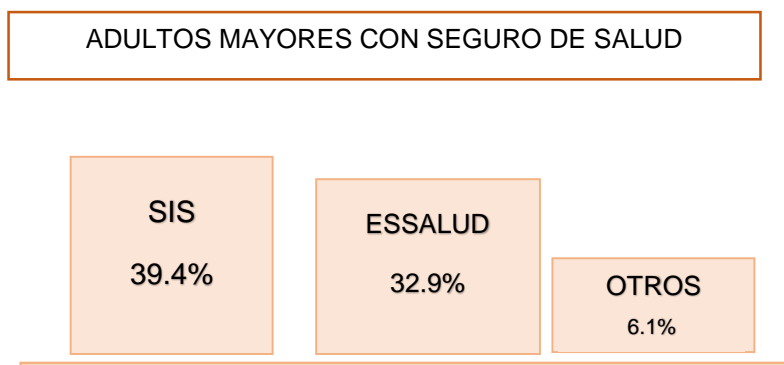
### 2.3.4.1. Nivel Socio-Económico

Existen diversos factores que influyen en la economía de las personas adultas mayores, por ejemplo, el nivel educativo, las oportunidades laborales, los seguros y pensiones a las cuales estén afiliados.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática la población de los adultos mayores es una de las que menores sueldos percibe.

El promedio de ingresos económicos mensual de la población adulta mayor es de S/. 804.20. La población económicamente activa de adultos mayores es mas del 40%

Con respecto a seguros de Salud, el INEI indica que el 84.3% de la población adulta mayor cuenta con este, ya sea privado o público; esta cifra tiene un crecimiento de 3% anual, analizando por tipo de seguro se observa que el 39.4% de la población accede al Seguro Integral de Salud, el 32.9% a ESSALUD y el 6.1% a otros seguros.



**Tabla 16: Gráfico de Sistema de Seguro**

Fuente: Elaboración Propia

### 2.3.4.2. Nivel Educativo

La educación influye para tener una mejor condición económica y para la mayoría de la población este factor constituye el principal determinante de bienestar en edades avanzadas.

Los adultos mayores que reciben apoyos de gobierno cuentan con menor nivel de educación con respecto a los pensionados; esto debido a la poca oportunidad y competencia educacional en su época.

Se puede apreciar en el gráfico los porcentajes en cuanto a nivel de instrucción con que cuentan los adultos mayores en la Región Tacna. El mayor porcentaje cuenta con primaria completa, y sólo el 15% cuenta con estudios superiores finalizados (aproximadamente 4450).

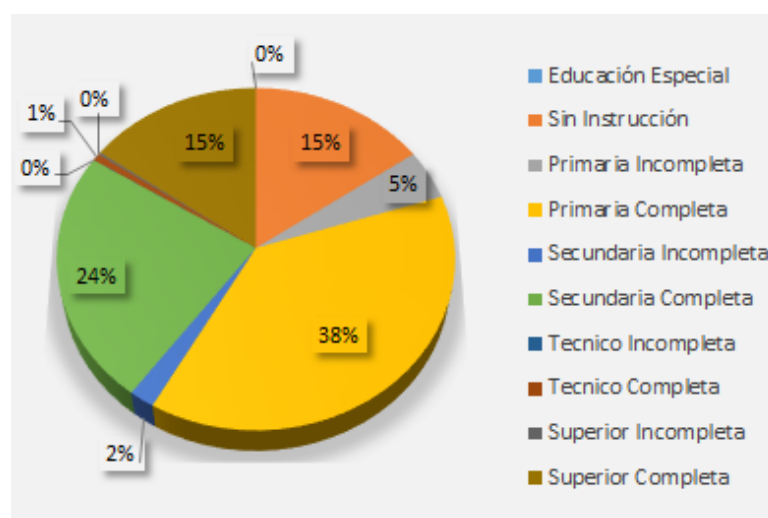
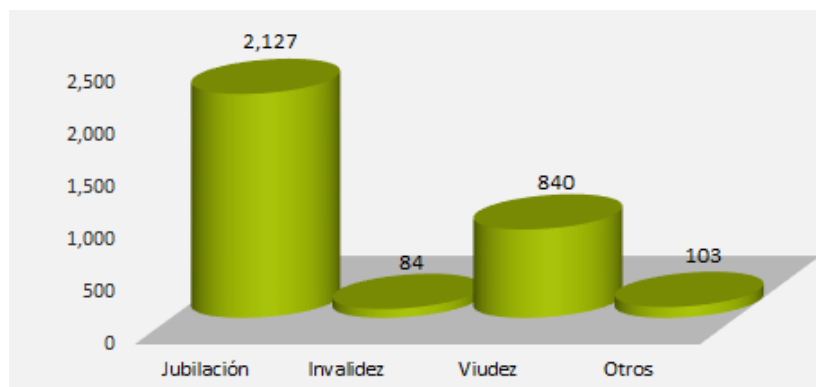


Tabla 17: Gráfico de nivel educativo

Fuente: Programa del Adulto Mayor

### 2.3.4.3. Sistema de pensiones

El Sistema Nacional de Pensiones es un régimen pensionario administrado por el estado a través de la Oficina de Normalización Previsional, rige desde 1973. Ofrece pensión de jubilación por un monto máximo mensual de S/.857.36; el monto mínimo es de S/. 415.00; el trabajador adscrito a este sistema debe haber aportado el 13% de su remuneración mensual durante 20 años, y podrá hacer uso de este a partir de los 65 años.



**Tabla 18: Gráfico de sistema de pensiones**

Fuente: Programa del Adulto Mayor

En el caso de Tacna existen 2 127 jubilados que reciben su pensión mensual. Cabe resaltar que en este cuadro también figuran las personas que reciben pensiones por un sistema privado.

### **2.3.5. Asociaciones y entidades en beneficio del adulto mayor en la región Tacna.**

#### **2.3.5.1. Asociaciones y Entidades**

En Tacna, como en las otras regiones del país, existen diversas asociaciones cuyo objetivo es reunir a los adultos mayores para diversas actividades específicas o comunales, y mantener socio activo a la población geriátrica en beneficio de su salud mental.

Estas asociaciones son:

- Asociación Nacional de Pescadores Jubilados del Perú
- Asociaciones Regionales de Jubilados Mineros
- Asociación de Cesantes y Jubilados
- Asociación de Cesantes y Jubilados del Sector Educación
- Asociación de Cesantes y Jubilados del Banco de la Nación
- Asociación de Cesantes y Jubilados del Ministerio de Salud
- Asociación de Cesantes y Jubilados de las Fuerzas Armadas y Policiales, etc.

### 2.3.5.2. Equipamientos y servicios enfocados en el adulto mayor en Tacna.

- a) De carácter público se puede encontrar al Hogar Geriátrico San Pedro, endicho establecimiento se organizan programas en beneficio de la salud del adulto mayor, tiene capacidad de albergar a 33 adultos mayores y cuenta con un Salón de uso múltiple, fue creado en 1939 y restaurado en 2010.
- b) De carácter parroquial se encuentra el Asilo de los Pobres San José, el hogar data del año 2013, y está proyectado para albergar a ancianos brindándoles servicios de hospedaje y cuidado a los que se encuentren en condiciones vulnerables.
- c) De carácter privado se encuentra el Centro del Adulto Mayor de ESSALUD se encarga de realzar actividades socio-culturales y recreacionales para los adultos mayores afiliados a este seguro, no cuenta con espacios de residencia, se caracteriza por ser un centro diurno.

### 2.3.6. Análisis de oferta-demanda

Como se menciona previamente, para el año 2027, los adultos mayores en Tacna serán 38 893 aproximadamente. Además, diariamente ingresan a Tacna 2550 turistas mayores de 60 años, esto es gracias a las características limítrofes de la región, según estadísticas de BADATUR-OTP, la tasa de crecimiento de turismo anual en Tacna es de 10.41%, es decir, para el año 2027 Tacna contará con aproximadamente 5 500 adultos mayores que ingresan diariamente a la ciudad. Lo cual nos da una **población proyectada de 44 483** en total.

Considerando que permanentemente el complejo gerontológico tenga una asistencia del 0.5%, la demanda fija del proyecto será de 222 adultos mayores, lo cual indica el número aproximado de usuarios que debe contar el complejo.

Población proyectada total	44 483
Demanda permanente del proyecto	222

**Tabla 19: Población proyectada y demanda permanente**

Fuente: Elaboración propia

### 2.3.7. Antropometría de los Adultos Mayores.

Los adultos mayores pasan por diversos procesos y cambios físicos, por los cual dichos usuarios tienen medidas antropométricas específicas.

#### a) Medidas antropométricas promedio en Mujeres

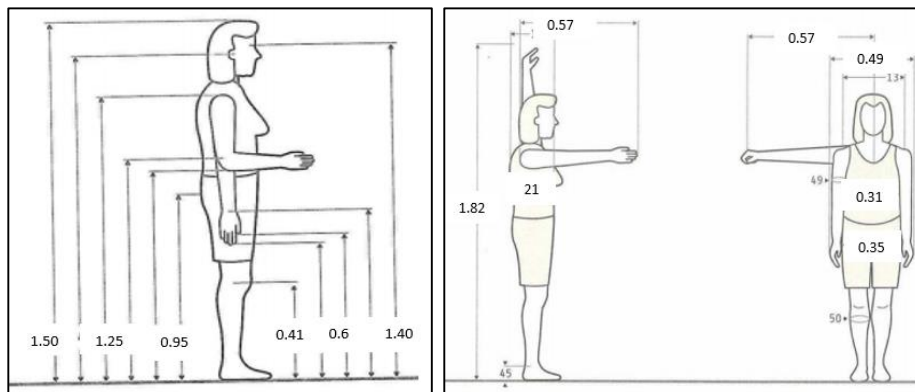


Figura 32: Figura 1 Antropometría mujeres adulta mayor

Fuente: Guía técnica para la nutrición del adulto mayor.

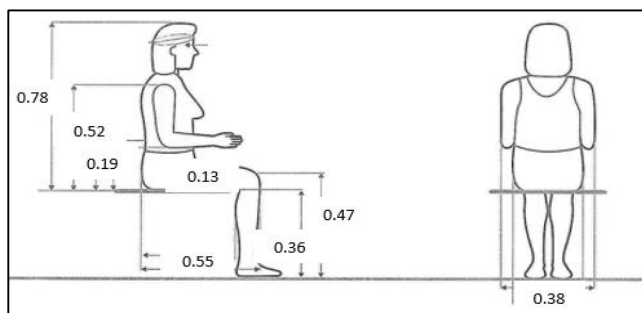


Figura 33: Figura 2 Antropometría mujeres adulta mayor

Fuente: Guía técnica para la nutrición del adulto mayor.

#### b) Medidas antropométricas promedio en Hombres

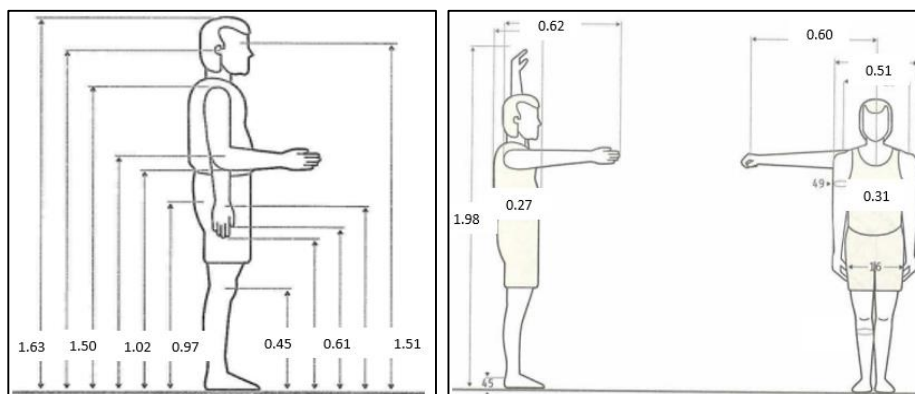


Figura 34: Figura 1 Antropometría hombres adulto mayor

Fuente: Guía técnica para la nutrición del adulto mayor.



## **2.4. ANTECEDENTES NORMATIVOS**

### **2.4.1. Reglamentos y Normas**

#### **2.4.1.1. Ley nª 30490 Ley de las personas Adultas Mayores**

Dicha Ley es la actualización de la Ley Nª 28803

- Cuenta con los principios generales son:
- Promoción y protección de los derechos de las personas adultas mayores
- Seguridad física económica y social.
- Protección familiar y comunitaria
- Atención de la salud centrada en la persona adulta mayor.

#### **Artículo 1**

La ley tiene por objeto establecer un marco normativo que garantice el ejercicio de los derechos de la persona adulta mayor, a fin de mejorar su calidad de vida y propiciar su plena integración al desarrollo social, económico, político y cultural de la Nación.

#### **Artículo 3**

El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables ejerce rectoría sobre la promoción y protección de los derechos de la persona adulta mayor y en el marco de sus competencias y de la normatividad vigente, se encarga de normar, promover, coordinar, dirigir, ejecutar, supervisar, fiscalizar, sancionar, registrar información, monitorear y realizar las evaluaciones de las políticas, planes, programas y servicios a favor de ella, en coordinación con los gobiernos regionales, gobiernos locales, entidades públicas, privadas y la sociedad civil, que brindan las facilidades del caso.

#### **Artículo 4**

La presente ley se aplica teniendo en cuenta los siguientes enfoques: de derechos humanos, género, intergeneracional e intercultural, que son desarrollados y establecidos en el

reglamento de la presente ley, de acuerdo a la normatividad vigente.

## **Artículo 5**

### Derechos

- a) Una vida digna, plena, independiente, autónoma y saludable.
- b) La no discriminación por razones de edad y a no ser sujeto de imagen peyorativa.
- c) La igualdad de oportunidades.
- d) Recibir atención integral e integrada, cuidado y protección familiar y social.
- e) Vivir en familia y envejecer en el hogar y en comunidad.
- f) Una vida sin ningún tipo de violencia.
- g) Acceder a programas de educación y capacitación.
- h) Participar activamente en las esferas social, laboral, económica, cultural y política del país.
- i) Atención preferente en todos los servicios brindados en establecimientos públicos y privados.
- j) Información adecuada y oportuna en todos los trámites que realice.
- k) Realizar labores o tareas acordes a su capacidad física o intelectual.
- l) Brindar su consentimiento previo e informado en todos los aspectos de su vida.
- m) Atención integral en salud y participar del proceso de atención de su salud por parte del personal de salud, a través de una escucha activa, proactiva y empática, que le permita expresar sus necesidades e inquietudes.
- n) Acceder a condiciones apropiadas de reclusión cuando se encuentre privada de su libertad.
- ñ) Acceso a la justicia.

## **Artículo 9**

Los servicios prestados por entidades públicas o privadas que se brindan a favor de la persona adulta mayor, están orientados

a promover su autonomía e independencia con el fin de mejorar su calidad de vida y preservar su salud.

### **Artículo 10**

Los centros integrales de atención al adulto mayor (CIAM) son espacios creados por los gobiernos locales, en el marco de sus competencias, para la participación e integración social, económica y cultural de la persona adulta mayor, a través de la prestación de servicios, en coordinación o articulación con instituciones públicas o privadas; programas y proyectos que se brindan en su jurisdicción a favor de la promoción y protección de sus derechos.

### **Artículo 11**

Funciones del CIAM:

- a) Promover estilos de vida saludables y práctica del autocuidado.
- b) Coordinar actividades de prevención de enfermedades con las instancias pertinentes.
- c) Coordinar el desarrollo de actividades educacionales con las instancias pertinentes, con especial énfasis en la labor de alfabetización.
- d) Prestar servicios de orientación socio legal para personas adultas mayores.
- e) Promover y desarrollar actividades de generación de ingresos y emprendimientos.
- f) Desarrollar actividades de carácter recreativo, cultural, deportivo, intergeneracional y de cualquier otra índole.
- g) Promover la asociatividad de las personas adultas mayores y la participación ciudadana informada.
- h) Promover la participación de las personas adultas mayores en los espacios de toma de decisión.
- i) Promover los saberes y conocimientos de las personas adultas mayores.
- j) Otros que señale el reglamento de la presente ley.

### **Artículo 13**

Los centros de atención para personas adultas mayores pueden ser:

- a) Centro de atención residencial. Ofrece servicios de atención integral a la persona adulta mayor autovalente o dependiente. Puede ser gerontológico, geriátrico o mixto.
- b) Centro de atención de día. Ofrece servicios dirigidos a la persona adulta mayor en situación de autovalencia, fragilidad o dependencia (leve y moderada) en el transcurso del día, manteniendo un horario establecido por el centro.
- c) Centro de atención de noche. Ofrece servicios básicos de alojamiento nocturno, alimentación y vestido, dirigidos a la persona adulta mayor autovalente.

### **Artículo 19**

La persona adulta mayor tiene derecho a la atención integral en salud, siendo población prioritaria respecto de dicha atención. Corresponde al sector salud promover servicios diferenciados para la persona adulta mayor en los establecimientos de salud para su atención integral, considerando sus necesidades específicas.

### **Artículo 21**

El Estado promueve el acceso, permanencia y la calidad de la educación de la persona adulta mayor, así como su participación en los programas existentes para compartir sus conocimientos y experiencias con todas las generaciones.

El Estado, en sus diferentes niveles de gobierno, incorpora contenidos sobre envejecimiento y vejez en los planes de estudio de la Educación Básica, según corresponda, en especial sobre los temas de estilos de vida saludable y cultura previsional.

#### **Artículo 24**

El Estado, a través de los tres niveles de gobierno, garantiza el derecho a entornos físicos inclusivos, seguros, accesibles, funcionales y adaptables a las necesidades de la persona adulta mayor, que le procure una vida saludable.

Las entidades públicas y privadas facilitan el acceso y desplazamiento de la persona adulta mayor autovalente, dependiente y frágil, adecuando sus instalaciones, considerando la eliminación de barreras arquitectónicas que impidan su libre tránsito o desplazamiento, con autonomía, independencia, disfrute y control del espacio, de conformidad con las disposiciones vigentes.

Las entidades públicas y privadas fortalecen las capacidades de sus recursos humanos en materia de accesibilidad universal para la persona adulta mayor.

#### **Artículo 30**

Las instituciones públicas y privadas brindan atención prioritaria y de calidad en los servicios y en las solicitudes presentadas por la persona adulta mayor, para lo cual deben emitir las normas internas o protocolos de atención correspondientes.

#### **2.4.1.2. Requisitos mínimos para el funcionamiento de los centros de atención residencial para personas adultas mayores D.S. n° 009-2010-MIMDES.**

Los Centros de Atención Residencial para Personas Adultas Mayores (CARPAM) son casas de reposo u otros lugares análogos destinados a brindar atención integral a las personas de tercera edad, particularmente de vivienda.

Un centro residencial Gerontológico para personas adultas mayores capaces de realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Este centro brinda servicios de atención integral y desarrollo humano. Los CARPAM deben garantizar alojamiento, alimentación acorde al tipo de enfermedad del residente, asistencia de salud, servicio social,

examen médico y psicológico, así como actividades de funciones cognitivas, desarrollo personal y socio recreativas.

#### **SOBRE LA INFRAESTRUCTURA**

La construcción de los CARPAM, será preferentemente de un solo piso, caso contrario debe contar con ascensor o rampas. Una buena iluminación y ventilación, áreas de recepción, sala de visitas, comedor, dormitorios con timbre, baños bien diferenciados, pisos antideslizantes, tópicos y otros ambientes. Los CARPAM deben presentar certificados de sanidad en cuanto a la limpieza de sus ambientes, en especial de cocina, almacenamiento, preparación y alimentación de los alimentos. Los CARPAM deben contar con certificados de limpieza de tanques de agua, fumigación, desinfección y otros.

#### **2.4.1.3. Pautas y recomendaciones para el funcionamiento de los centros integrales del adulto mayor CIAM – R.M. 613 - 2007-MIMDES.**

El presente documento desarrolla las pautas para el funcionamiento de los CIAM teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- La realidad local
- Las principales características y necesidades de la población adulta mayor.
- Los recursos económicos y humanos de cada Municipalidad
- La implementación progresiva de los servicios.
- La participación de las organizaciones de personas adultas mayores

El objetivo de los CIAM es asegurar espacios saludables integrales de socialización, beneficiando a la población adulta mayor y garantizando la inclusión de las personas adultas mayores con discapacidad, así como de las familias que tienen a su cargo personas adultas mayores con dependencia.

De este modo se entiende por Centro Integral de Atención al Adulto Mayor (CIAM) al espacio Municipal de prestación, coordinación y articulación, intra e interinstitucional, de servicios básicos integrales

y multidisciplinarios, para el bienestar y promoción social de las personas adultas mayores, en un contexto de cogestión y participación de la persona adulta mayor y la familia.

#### FINALIDAD DE LOS CIAM

- Favorecer y facilitar, la participación activa, concertada y organizada de las personas adultas mayores y otros actores de la jurisdicción.
- Desarrollar lazos de mutuo conocimiento y amistad.
- Identificar problemas individuales, familiares o locales.
- Combatir y prevenir los problemas de salud más comunes.
- Realizar actividades de carácter recreativo.
- Organizar Talleres de autoestima, de prevención del maltrato, de mantenimiento de las funciones mentales y prevenir enfermedades crónicas.
- Promover talleres de manufactura y habilidades laborales.
- Promover eventos sobre análisis de la problemática local y alternativas de solución.
- Promover un trato diligente, respetuoso y solidario con las personas adultas mayores.
- Proponer soluciones a la problemática de las personas adultas mayores.

El CIAM contará con el apoyo de un equipo interdisciplinario mínimo, debidamente capacitado con un enfoque gerontológico, que viabilice la prestación de sus servicios y programas, de acuerdo a las necesidades de su población y a su realidad local.

Se promoverán espacios de concentración y alianzas estratégicas interinstitucionales con entidades públicas y privadas con la participación de las personas adultas mayores organizadas.

Los CIAM son espacios sociales de gestión y articulación al servicio de las personas adultas mayores, que deben operar de manera gratuita.

Los CIAM tienen como finalidad ofrecer a las personas adultas mayores que se inscriban voluntariamente, un espacio propicio

para la socialización e interacción con otras personas, evitando el aislamiento y promoviendo su participación e integración social.

La prestación de los servicios y desarrollo de los programas del CIAM, puede realizarse de manera progresiva, de acuerdo a las posibilidades presupuestales de cada Municipalidad.

#### SERVICIOS DEL CIAM

Estos servicios deben enfocarse según la diversidad cultural y de género, atendiendo a las necesidades y características de las personas adultas mayores, involucrando a la familia en un rol activo, pudiéndose implementar diversos talleres, programas o desarrollar actividades.

- Servicios Educativos (Alfabetización, cursos libres de computación, uso de internet).
- Recreativos (Buen uso del tiempo libre, actividad artística).
- Servicios de Participación Ciudadana (Talleres intergeneracionales, participación y organización, liderazgo y gestión, manejo emocional y mejoramiento de la autoestima, formación y apoyo a la familia cuidadora).
- Servicios Socio-Legales (Orientación socio-legal, asesoría jurídica, prevención del maltrato).
- Servicios para el desarrollo de las capacidades de las personas adultas mayores (Cursos y/o talleres de manualidades, micro emprendimientos, capacitación en computación y manejo de la Internet, repostería, artesanía, pintura, calzado).
- Servicios Deportivos (Actividad física, deportes - Vida Activa, impulsado por el Instituto Peruano del Deporte - IPD).
- Servicios de Salud (Promoción de la salud, prevención de la enfermedad, orientación nutricional, prevención del deterioro mental. A través del CIAM se promoverán mecanismos de coordinación necesarios con los Centros de Salud o establecimientos análogos, para la práctica de la Valoración Geriátrica Integral de las PAM).



#### **2.4.1.4. Accesibilidad para personas con discapacidad y de las personas adultos mayores (R.N.E. A.120).**

##### **Artículo 1**

Dicha norma establece las condiciones y especificaciones técnicas de diseño para la elaboración de proyectos y ejecución de obras de edificación, y para la adecuación de las existentes donde sea posible, con el fin de hacerlas accesibles a las personas con discapacidad y/o adultas mayores.

##### **Artículo 4**

Se deberán considerar ambientes y rutas accesibles que permitan el desplazamiento y la atención de las personas con discapacidad, en las mismas condiciones que el público en general.

##### **Artículo 5**

En las áreas de acceso a las edificaciones deberá cumplirse lo siguiente:

- Los pisos de los accesos deberán estar fijos, uniformes y tener una superficie con materiales antideslizante.
- Los pasos y contrapasos de las gradas de escaleras, tendrán dimensiones uniformes.
- El radio del redondeo de los cantos de las gradas no será mayor a 13 mm.
- Los cambios de nivel entre 6mm y 13mm deberán ser biselados con pendiente no mayor a 1:2 y los superiores a 13mm se resolverán mediante ramapa.
- Los pisos con alfombras deberán ser fijos confinados entre paredes y con platinas en sus bordes.
- Las manijas de puertas, mamparas y parámetros de vidrio serán de palanca con una protuberancia al final, estará a 1.20 m desde el suelo.

### **Artículo 6**

En los ingresos y circulaciones uso público deberá cumplirse lo siguiente.

- El ingreso a la edificación deberá ser accesible desde la acera correspondiente, en caso de existir diferencia de nivel, además de la escalera de acceso deberá existir una rampa.
- El ingreso principal será accesible, entendiéndose como tal al utilizado por el público en general. En las edificaciones existentes cuyas instalaciones se adapten a la presente norma, por lo menos uno de sus ingresos deberá ser accesible.

### **Artículo 7**

Las edificaciones de uso público o privadas, deberá ser accesible en todos sus niveles para personas con discapacidad.

### **Artículo 9**

- Condiciones de diseño de rampas:

Diferencias de nivel de hasta 0.25m

12%

Diferencias de nivel de 0.26 hasta 0.75 m

10%

Diferencias de nivel de 0.76 hasta 1.20m

8%

Diferencias de nivel de 1.21 hasta 1.80m

6%

Diferencias de nivel de 1.81 hasta 2.00m

4%

Diferencias de nivel mayores

2%

- Los descansos deberán tener una longitud mínima de 1.20m
- Deberá tener rampas para superar niveles

### **Artículo 10**

Las rampas de longitud mayor a 3.00 m deberán contar con una baranda la cual debe medir 0.80 m desde el nivel del suelo.

### **Artículo 11**

Requisitos para ascensores:

- Deberá existir ascensores con dimensiones mínimas será de 1.50m de ancho y 1.40m de profundidad.
- Las botoneras se ubicaran entre 0.90m y 1.35m de altura, con un similar en braille.

### **Artículo 12**

Interruptores y timbres a una altura no mayor a 1.35m

Los asientos de espera tendrán una altura no mayor a 45 cm y una profundidad no menor a 50cm.

### **Artículo 13**

Debe estar ubicado a 1.30m de altura.

Las cabinas telefónicas tendrán como mínimo 80 cm de ancho y 1.20 m de profundidad.

### **Artículo 15**

Requisitos Servicios higiénicos.

Lavatorios:

- Deberá existir un espacio libre de 75cm x 1.20m al frente del lavatorio para permitir la aproximación de una persona en silla de ruedas.
- La altura de este será de 75cm desde el piso hasta el borde inferior del mandil o fondo del tablero de ser el caso.

Inodoros

- El cubículo para inodoro tendrá dimensiones mínimas de 1.50m por 2m, con una puerta no menor a 90cm.
- La tapa del asiento se encontrará entre 45 y 50 cm sobre el nivel del piso.

Urinarios

- Serán de tipo pesebre o colgados a la pared, a una altura de 40cm de altura sobre el piso.
- Tendrá un espacio libre de 75cm por 1.20m al frente del urinario para permitir la aproximación de una persona en silla de ruedas.

- Deberá instalarse barras de apoyos tubulares.

#### Tinas

Estarán encajonadas en 3 paredes, estarán dotadas de una ducha teléfono, las puertas serán corredizas, los pisos serán antideslizantes.

#### Duchas

Tendrán dimensiones mínimas de 90cm x 90cm, deberán tener un asiento rebatible o removible de 45cm. Las duchas no llevaran sardineles, entre el piso del cubículo de la ducha y el piso adyacente podrá existir un chaflán de 13mm de altura como máximo.

#### Accesorios

Los toalleros jaboneros, papeleras y secadores se colocarán a 50cm y 1m. Se colocarán barras de apoyo y ganchos para colgar muletas.

### **Artículo 16**

Se reservará espacios de estacionamiento para discapacitados.

#### Número total de estacionamientos

##### Estacionamientos requeridos

De 0 a 5 estacionamientos	ninguno
De 6 a 20 estacionamientos	01
De 21 a 50 estacionamientos	02
De 51 a 400 estacionamientos	02 por cada 50
Más de 400 estacionamientos	16 más 1 por cada 100

Las dimensiones mínimas de los espacios de estacionamiento accesible, serán de 3.80m x 5.00 m.

### **Artículo 18**

Edificación para recreación y deportes, el espacio mínimo para un espectador en silla de ruedas será de 0.90 m de ancho y de 1.20 m de profundidad. Los espacios para sillas de ruedas deberán ser accesibles.

### Artículo 19

Las edificaciones de hospedaje deberán cumplir con los siguientes requisitos:

Deberán existir habitaciones accesibles a razón de 1 por las primeras 25, y el 2 % del número total, a partir de 26. Las fracciones se redondean al entero más cercano.

Las habitaciones accesibles deberán ser similares a las demás habitaciones según su categoría.

En las habitaciones accesibles se deben proveer de alarmas visuales y sonoras, instrumentos de notificación y teléfonos luz.

### ESQUEMAS E IMÁGENES DE REFERENCIA

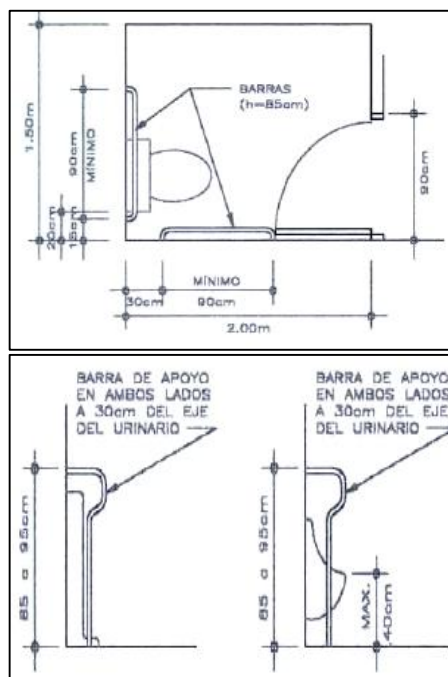


Figura 35: Esquemas servicios discapacitados

Fuente: R.N.E. ilustrado.

**2.4.2. Cuadro resumen marco normativo**

<b>ANTECEDENTES NORMATIVOS</b>	
Ley de las personas adultas mayores	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un complejo gerontológico integral debe ofrecer servicio de atención residencial, servicios de salud y espacios de interacción para promover estilos de vida saludable y cultura.</li> </ul>
Requisitos para el funcionamiento de los centros de atención residencial para personas adultas mayores	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deben ser desarrollados según la realidad local, las principales características de la población adulta mayor local, la implementación progresiva de servicios.</li> </ul>
Pautas y recomendaciones para el funcionamiento de los centros integrales del adulto mayor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deben contar con espacios recreativos, deportivos, entre otros, donde puedan desarrollar sus capacidades.</li> </ul>
RNE Accesibilidad para personas con discapacidad y adultos mayores	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La pendiente máxima de las rampas será de 12%.</li> <li>• Deberá tener rampas entre niveles.</li> <li>• Medidas mínimas de ascensores es de 1.50x1.40.</li> <li>• Los servicios higiénicos para discapacitados deben tener espacio libre para radio de giro.</li> <li>• Se reservará espacios de estacionamiento para discapacitados.</li> <li>• El espacio mínimo para un espectador es de 0.90x1.20</li> </ul>

**Tabla 20: Resumen de antecedentes normativos**

Fuente: Elaboración propia

## **CAPÍTULO IV**

# **PROPUESTA ARQUITECTÓNICA**

### III. PROPUESTA ARQUITECTÓNICA

#### 3.1. ANÁLISIS DE LUGAR

##### 3.1.1. Ámbito Geográfico

###### 3.1.1.1. Ámbito Regional

Como se menciona previamente, el proyecto hace énfasis en la región Tacna, como también es planteado para la población turista proveniente de las regiones cercanas a través de asociaciones del adulto mayor de las diversas regiones del país, y en un ámbito internacional Arica Parinacota y Tarapacá.

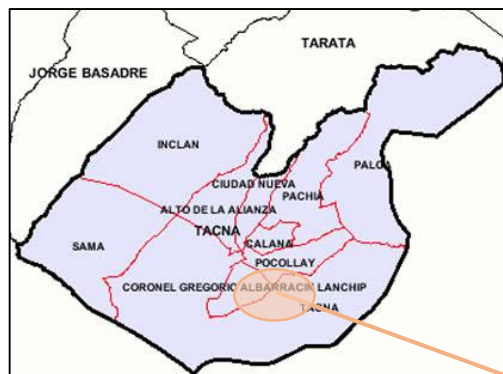


Figura 36: Mapa regional de Tacna y alrededores

Fuente: Google maps

###### 3.1.1.2. Ámbito Provincial

La provincia de Tacna cuenta con 26 182 adultos mayores, y tres centros especializados en servicios de atención gerontológica al adulto mayor.



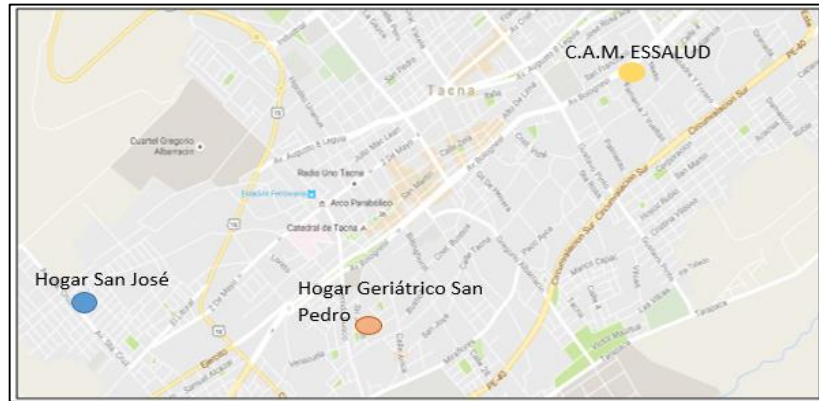
Ubicación del terreno

Figura 37: Mapa provincial de Tacna

Fuente: Google maps



La provincia de Tacna cuenta con 3 establecimientos de atención especializada al adulto mayor. Estos se encuentran ubicados en la zona urbana de Tacna en el distrito de Cercado de Tacna; aunque cada uno de manera independiente, ya que no existe una conexión directa entre dichos establecimientos.



**Figura 38: Mapa hogares geriátricos de Tacna**

Fuente: Google maps

### **3.1.1.3. Ámbito Distrital**

El terreno está ubicado a aproximadamente 1 kilómetro de la zona central del distrito, se encuentra en la Av. Celestino Vargas cerca al desvío a Calana. No es una zona de características Urbanas.



**Figura 39: Mapa Distrital de Calana 1**

Fuente: Google maps

En el Distrito de Calana, en la recta de la Av. Celestino Vargas existen Diversos equipamientos de Salud, siendo el de mayor importancia el Hospital Daniel Alcides Carrión ESSALUD.

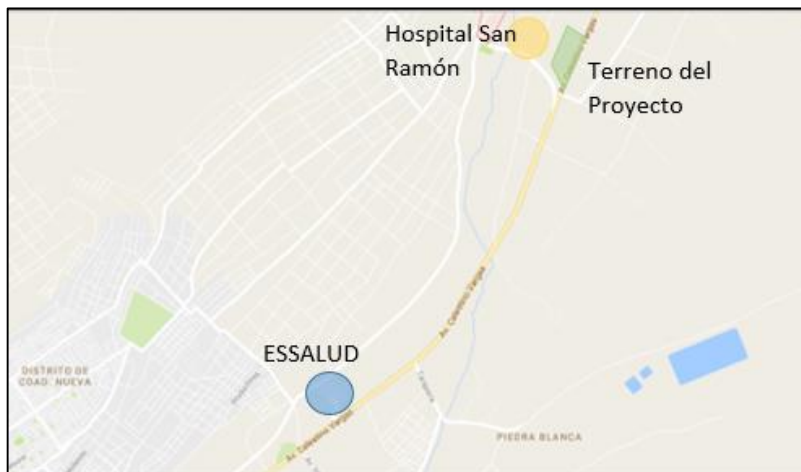


Figura 40: Mapa Distrital de Calana 2

Fuente: Google maps

### 3.1.2. Análisis de Terreno

#### 3.1.2.1. Ubicación

El terreno no está ubicado en una zona netamente urbana, sus vistas principales son terrenos eriazos y mantiene una cercanía con el Hospital San Ramón.

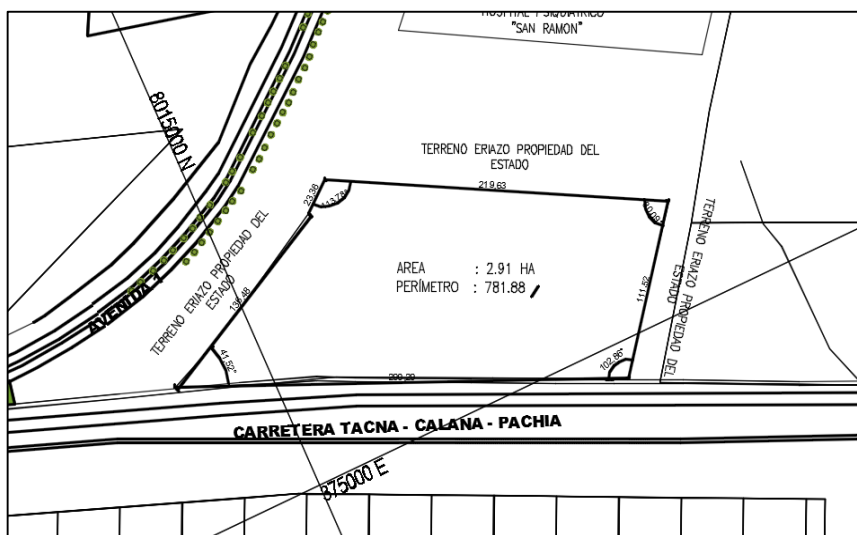


Figura 41: Plano ubicación terreno

Fuente: Elaboración propia

### 3.1.2.2. Localización

El terreno marcará un hito urbano en el sector de Calana, servirá de referencia y se complementará con otros equipamientos de salud del Distrito.



Figura 42: Plano localización terreno

Fuente: Elaboración propia

### 3.1.2.3. Linderos y Colindantes

Por el frente: Colinda con 290.29 ml con prolongación Av. Celestino Vargas. Carretera a calana

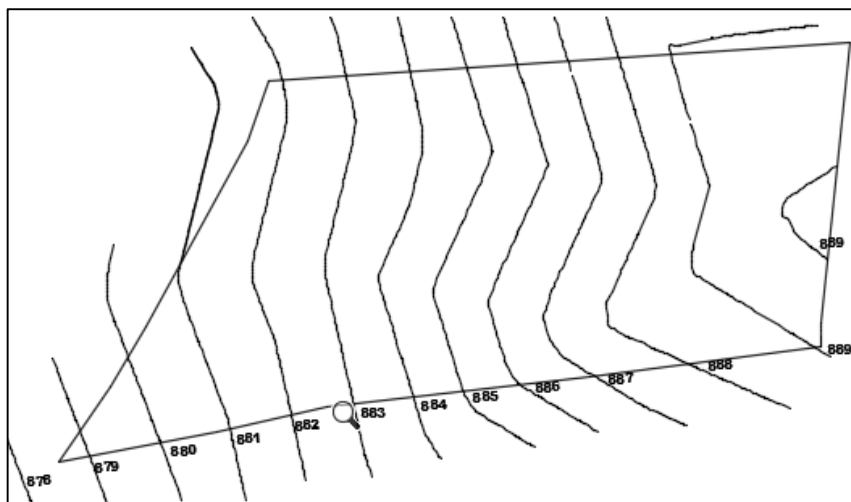
Por la derecha: Colinda con 111.52 ml con terreno eriazo del estado.

Por la izquierda: Colinda con 159.41 ml con terreno eriazo del estado.

Por el fondo: Colinda con 219.63 ml con terreno eriazo del estado.

### 3.1.2.4. Topografía

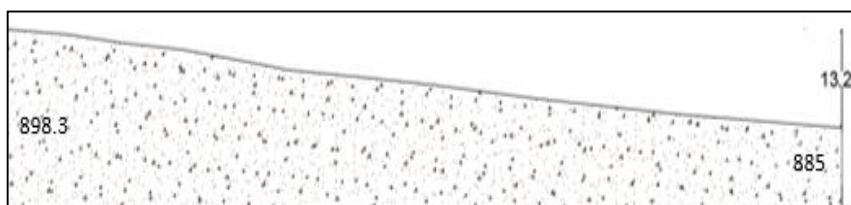
El terreno no presenta una topografía muy pronunciada, lo cual beneficioso para el desarrollo del proyecto ya que los adultos mayores por sus limitaciones físicas se desenvuelven mejor en plataformas sin desniveles. Sin embargo es necesario considerar para el proyecto la pendiente existente para que se adecue correctamente al entorno natural topográfico de la zona.



**Figura 43: Plano Topográfico terreno**

Fuente: Cad earth

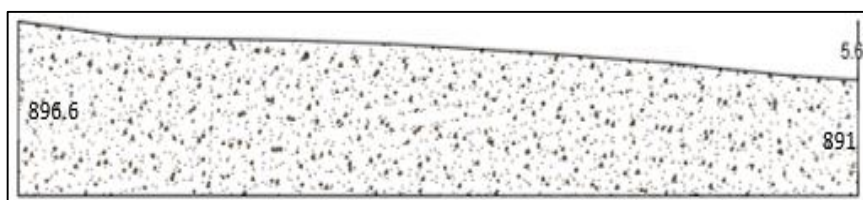
CORTE LONGITUDINAL Pendiente 5.2%



**Figura 44: Corte Topográfico 1**

Fuente: Cad earth

CORTE B-B TRANSVERSAL 4.1%



**Figura 45: Corte Topográfico 2**

Fuente: Cad earth.

### 3.1.2.5. Calidad de Suelo

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.

Superficial mente el distrito esta formado por suelos arenosos y gravas mal graduadas con presencia de material de relleno en la zona de las canteras, esto deja ver el comportamiento adecuado del lugar con respecto a la construcción y al crecimiento de edificaciones.



GP, Gravas mal graduadas

Figura 46: Plano de riesgos Tacna

Fuente: M.P.T..

A dos Metros de profundidad el comportamiento del suelo es favorable mostrando gravas mal graduadas y gravas bien graduadas, siendo esta última muy favorable para el desarrollo de las edificaciones.

Sus características de suelos formados por depósitos fluviales y tierras agrícolas, son buenas para las cimentaciones, poseyendo una capacidad portante o de carga entre 3.0 kg/cm<sup>2</sup>.

### 3.1.2.6. Zonificación y Vías

Según lo establecido en el plano de zonificación el terreno esta denominado en Otros Usos siendo compatible para los usos de Recreación y Residencia ofrecidos en el Complejo Gerontológico.

La vía principal es la Av. Celestino Vargas ya que tiene conexión directa con el terreno. Mientras que la vía secundaria vendría a

ser el Desvío a Calana por la cercanía que presenta hacia el terreno.



Figura 47: Plano de vías del terreno

Fuente: Elaboración propia

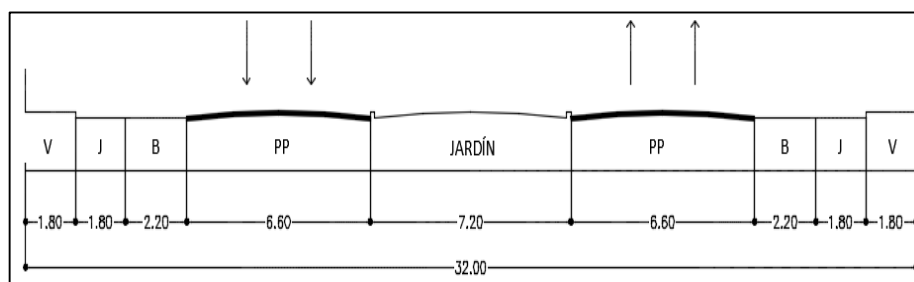


Figura 48: Sección vial carretera a Calana

Fuente: Plano de vías Tacna

### 3.1.3. Análisis físico Ambiental

El clima en Calana es un clima desértico. A lo largo del año, cayendo casi sin lluvia. De acuerdo con Köppen y Geiger clima se clasifica como BWk. La temperatura media anual en Calana se encuentra a 17.4 °C. La precipitación es de 15 mm al año.

#### 3.1.3.1. Asoleamiento

En el solsticio de verano la hora de salida de sol es de 4:55am aproximadamente, y la puesta de este es de 6:00pm aproximadamente.

En el solsticio de invierno la hora de salida es de 6:05 am aproximadamente y la puesta es de 5:40 pm aproximadamente.

La elevación máxima del sol con respecto al terreno es de  $67.81^\circ$   
y esta se da a la 1:00pm

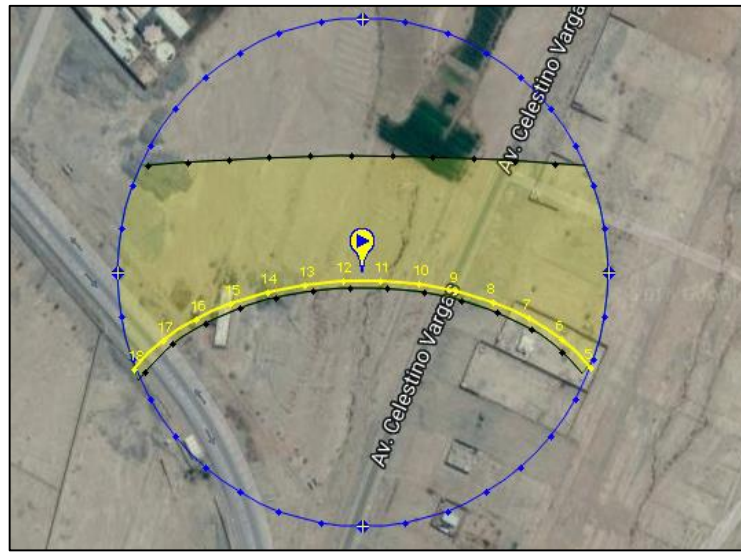


Figura 49: Gráfico asoleamiento terreno

Fuente: sunearthtools.com

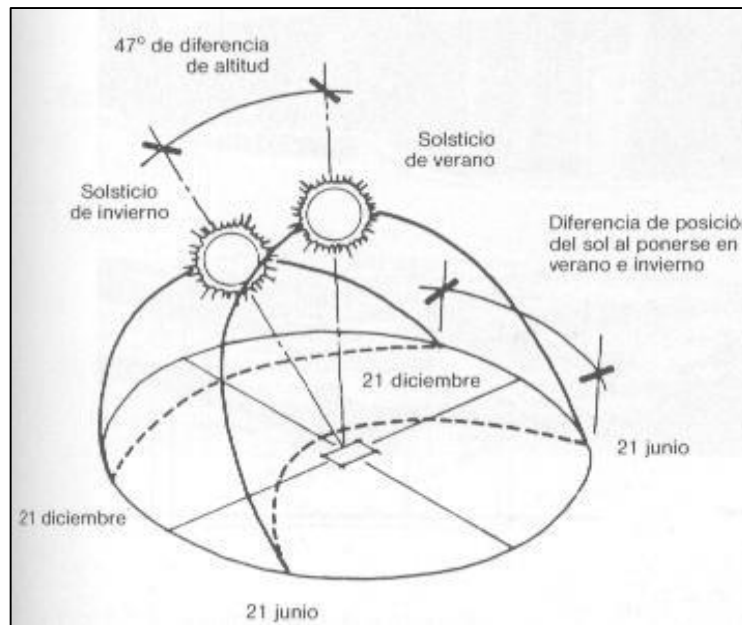


Figura 50: Gráfico asoleamiento

Fuente: sunearthtools.com

### 3.1.3.2. Vientos

La dirección de vientos en el Distrito de Calana es de  $227.504^\circ$   
hacia el sur oeste. La velocidad de este es de 1.71m/s.



Figura 51: Gráfico Vientos terreno

Fuente: elaboración propia

**LEYENDA**

- Vientos Verano
- Vientos Invierno

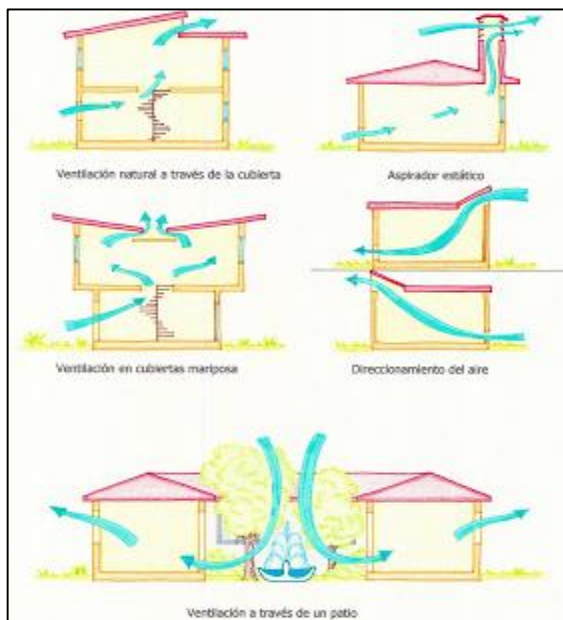


Figura 52: Gráfico Vientos

Fuente: Arquitectura bioclimática



### 3.1.3.3. Humedad

El mes más seco es marzo, con 0 mm. 3 mm, mientras que la caída media en septiembre. El mes en el que tiene las mayores precipitaciones del año.

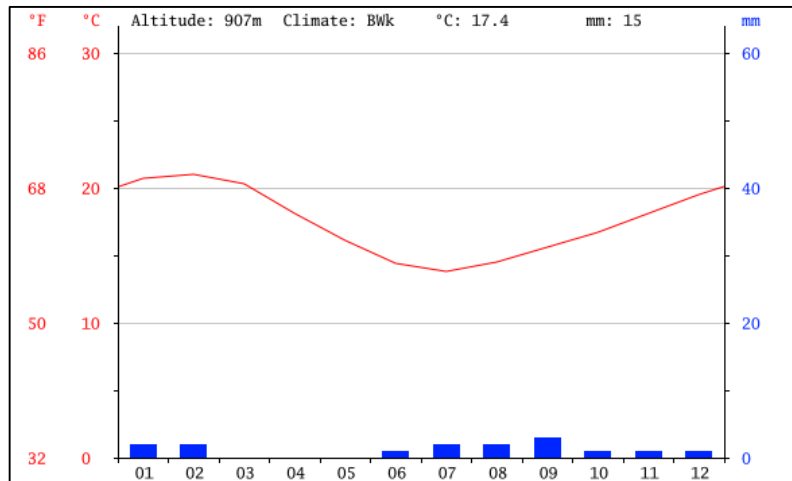


Figura 53: Humedad Calana

Fuente: SENAMI

### 3.1.3.4. Temperatura

El mes más caluroso del año con un promedio de 21.0 °C de febrero. El mes más frío del año es de 13.8 °C en el medio de julio.

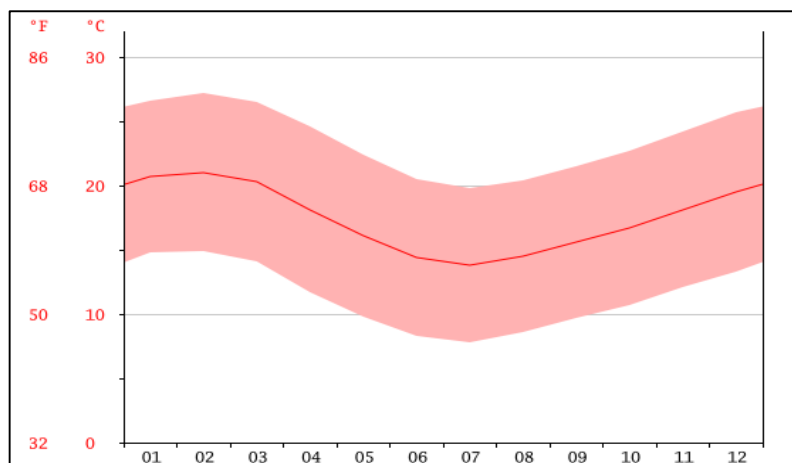


Figura 54: Temperatura y humedad Calana

Fuente: SENAMI

La diferencia en la precipitación entre el mes más seco y el mes más lluvioso es de 3 mm. Las temperaturas medias varían durante el año en un 7.2 °C.

month	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
mm	2	2	0	0	0	1	2	2	3	1	1	1
°C	20.7	21.0	20.3	18.1	16.1	14.4	13.8	14.5	15.6	16.7	18.1	19.5
°C (min)	14.8	14.9	14.1	11.7	9.8	8.3	7.8	8.6	9.7	10.7	12.1	13.3
°C (max)	26.6	27.2	26.5	24.6	22.4	20.5	19.8	20.4	21.5	22.7	24.2	25.7
°F	69.3	69.8	68.5	64.6	61.0	57.9	56.8	58.1	60.1	62.1	64.6	67.1
°F (min)	58.6	58.8	57.4	53.1	49.6	46.9	46.0	47.5	49.5	51.3	53.8	55.9
°F (max)	79.9	81.0	79.7	76.3	72.3	68.9	67.6	68.7	70.7	72.9	75.6	78.3

Figura 55: Precipitaciones Calana

Fuente: SENAMI

### 3.1.4. Servicios del proyecto

El terreno cuenta con servicios básicos de energía eléctrica, agua y desagüe, estos dos últimos administrados por EPS se encuentran en el desvío a Calana, mientras que la red de electricidad administrada por ElectroSur está en la Av. Celestino Vargas.

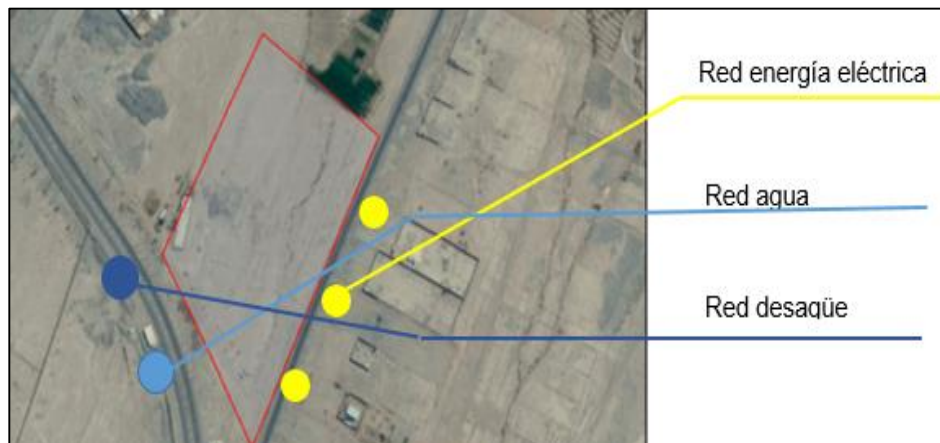


Figura 56: Servicios básicos terreno

Fuente: Elaboración propia

#### a) Red de electricidad:

Existen tres postes de conexión eléctrica, mas no existen poste de iluminación pública en la Av. Celestino Vargas.

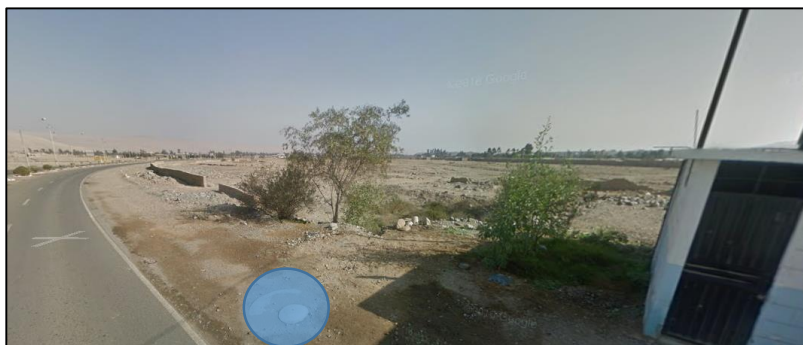


**Figura 57: Servicios red eléctrica**

Fuente: Elaboración propia

b) Red de agua

Existen conexiones de agua, pero estas no se encuentran en relación directa con el terreno, pero si en cercanía.



**Figura 58: Servicios red de agua**

Fuente: Elaboración propia

c) Red de Desagüe

Al igual que las conexiones de agua estas se encuentran en el desvío hacia Calana manteniendo cercanía con el terreno.



**Figura 59: Servicios desague**

Fuente: Elaboración propia

### **3.2. PREMISAS DE DISEÑO**

#### **a) Premisas análisis histórico**

El adulto mayor es una persona que intenta adaptarse a un nuevo estilo de vida y pasa por un proceso de cambios, los cuales están sujetos a una serie de factores y variables que afectan su estado emocional y físico; por lo cual este necesita de un envejecimiento activo y saludable mediante actividades socio culturales, que le permita asumir su nuevo rol en la sociedad. En consecuencia, necesita de infraestructura especializada en servicios de gerontología y geriatría.

#### **b) Premisas análisis conceptual**

La gerontología, la geriatría y sus conceptos derivados son teorías que nos ayudan a entender el comportamiento físico y emocional del adulto mayor, en consecuencia, en base a dichas teorías se debe plantear un proyecto arquitectónico que comprenda y estimule correctamente las necesidades y actividades del adulto mayor.

#### **c) Premisas análisis contextual**

Cada ejemplo confiable analizado, aporta ciertos elementos y criterios arquitectónicos que se pueden utilizar para complementar el proyecto.

#### **d) Premisas análisis normativo**

- Los adultos mayores necesitan rampas de acceso y circulación en todo el desenvolvimiento del complejo.
- Se debe tomar en cuenta mayor cantidad de estacionamientos para discapacitados.
- Los ambientes deben contar con alto grado de iluminación y ventilación las cuales deben ser de manera natural.
- Se debe contar con un tópico de atención en casos de emergencia en la salud del adulto mayor.
- Se respetará las medidas necesarias en los servicios higiénicos para discapacitados tanto en accesibilidad como en implementos sanitarios.
- El complejo seguirá los lineamientos plantados por los diversos programas de desarrollo del adulto mayor de parte del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Venerables.

**e) Premisas de usuario**

- El adulto mayor a nivel nacional y en Tacna, no tiene la debida importancia como la tiene en países de mayor desarrollo donde su calidad de vida es mayor, debido a que los programas estatales no son bien desarrollados y el nivel socio económico es bajo; como premisa se puede plantear que el complejo gerontológico debe plantearse en relación a la realidad de Tacna con el objetivo de mejorar los servicios y la atención del adulto mayor para que estos cuenten con mejor calidad de vida.
- El adulto mayor necesita espacios donde pueda desarrollar sus actividades socio culturales de una manera adecuada sin barreras arquitectónicas.
- El adulto Mayor presenta limitaciones físicas por lo cual es preferente el uso de rampas en vez de escaleras.
- El adulto mayor necesita espacios al aire libre, donde pueda percibir un ambiente con relación a la naturaleza.
- La materialidad y las texturas del proyecto deben facilitar la circulación y la seguridad del adulto mayor.

**f) Premisas de lugar**

- El complejo Gerontológico debe ser una infraestructura llamativa para así representar jerarquía con respecto a los otros establecimientos enfocados al adulto mayor de la provincia e Tacna.
- Debe tener espacios donde se desarrollen actividades de intercambio cultural, para atraer no sólo a los adultos mayores de Tacna sino a los del norte de Chile.

**g) Premisas de sitio**

- El terreno se encuentra en una zona cuyas características ofrecen tranquilidad y relajación, lo cual debe verse reflejado dentro del complejo ya sea por sus formas, sus materiales y texturas.
- La accesibilidad al complejo debe ser por la Av. Celestino Vargas.

**h) Premisas urbanísticas**

El proyecto presentará un hito urbano para el distrito de Calana y generará mayor flujo vehicular. Si bien no está ubicado en la zona central de Calana, el

terreno se encuentra en una zona de alto tránsito ya que se presenta cerca de la pista de Desvío a Calana, por lo cual debe ser resaltante en dicho sector.

**i) Premisas paisajísticas**

La vegetación a utilizarse debe estar de acuerdo a la zona, dándole énfasis a la que se encuentra alrededores y la vegetación de terreno de características secas

**j) Premisas funcionales**

Se planteará zonas sociales, de recreación pasiva y activa, zona de residencia, zona de administración y servicios, talleres formativos, entre otros espacios necesarios para el adulto mayor.

### 3.3. PROGRAMACIÓN Y ORGANIGRAMAS

#### 3.3.1. Esquema general del proyecto

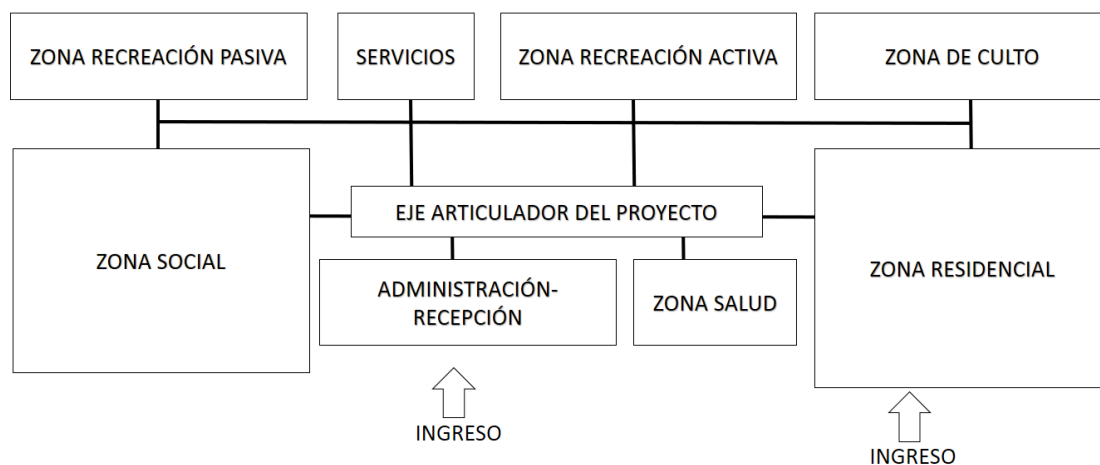
##### a) Programación general del proyecto

ZONA	AREA (m2)	AREA TOTAL
ADMINISTRACIÓN-RECEPCIÓN	514.8	9632.41
ZONA DE RECREACIÓN	290.16	
ZONA SOCIAL	1118.88	
ZONA DE SERVICIOS	536.86	
TALLERES	492.6	
CULTO	366.6	
ZONA RESIDENCIAL	3489	
ZONA DE SALUD	182.52	
ESTACIONAMIENTOS	1469	

**Tabla 21: Programación general del proyecto**

fuelle: elaboración propia

##### b) Organigrama general del proyecto



**Figura 60: organigrama general del proyecto**

Fuente: Elaboración propia

### 3.3.2. Zona de Administración y Recepción

a) Programación zona de administración y recepción

SUB ZONA	AMBIENTE	Nº ambientes	INDICE (m2/p.)	CAPACIDAD	AREA	AREA NETA (m2)	AREA TOTAL (m2)
					BRUTA		
ADMINISTRACIÓN	Gerencia	1	10.8	3	32.40	42.12	514.80
	Secretaria	1	10.8	3	32.40	42.12	
	Sala de Reuniones	1	3.6	12	43.20	56.16	
	Finanzas	1	10.8	2	21.60	28.08	
	Contabilidad	1	10.8	2	21.60	28.08	
	RR.H.H	1	10.8	1	10.80	14.04	
	Sala de espera	1	10.8	4	43.20	56.16	
	S.H. Generales	2	7.20	2	28.80	37.44	
RECEPCIÓN	Espacio Receptor	1	7.20	8	57.60	74.88	514.80
	Estar	1	7.20	8	57.60	74.88	
	Informes	1	7.20	4	28.80	37.44	
	Depósito	1	1.80	2	18.00	23.4	

Tabla 22: Programación zona administración y recepción

Fuente: Elaboración propia

b) Organigrama zona de administración y recepción

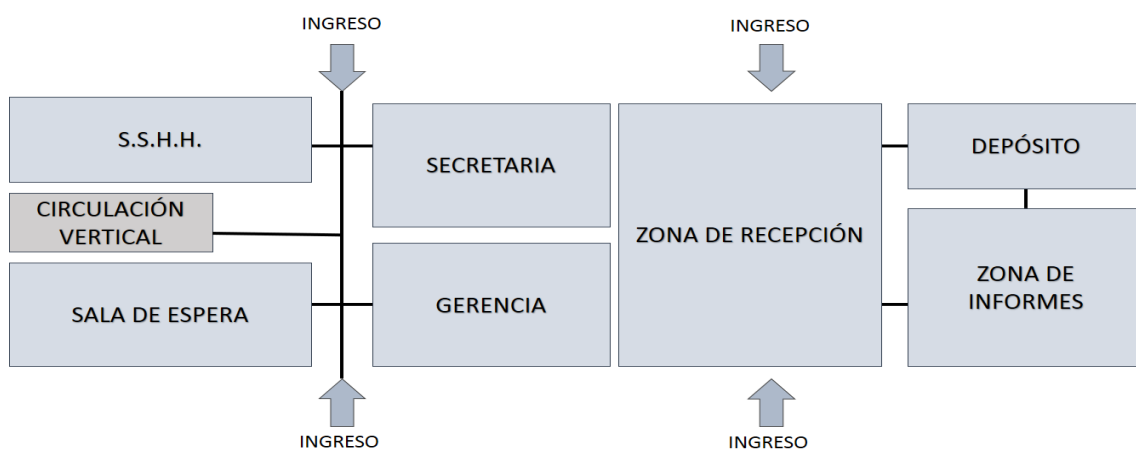


Figura 61: organigrama zona administración y recepción 1

Fuente: Elaboración propia

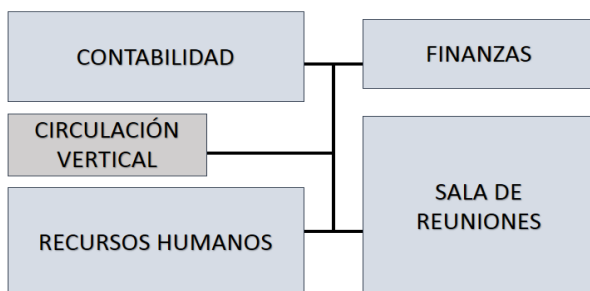


Figura 62: organigrama zona administración y recepción 2

Fuente: Elaboración propia



### 3.3.3. Zona de Recreación

#### a) Programación zona de recreación

ZONA	SUB ZONA	AMBIENTE	Nº ambientes	INDICE (m2/p.)	CAPACIDAD	AREA	AREA NETA (m2)	AREA TOTAL (m2)		
						BRUTA				
Z O N A  D E  R E C R E A C I Ó N	R E C A R C I V A C I Ó N	Solario	1	3.60	24	86.40	112.32	290.16		
		Piscina temperada	1	3.60	18	64.80	84.24			
		SS.HH. Damas	1	3.60	5	18.00	23.40			
		SS.HH. Varones	1	3.60	5	18.00	23.40			
		S.S.H.H. Discapacitados	1	3.60	1	10.80	14.04			
		Cambiadores dama	1	3.60	5	18.00	23.40			
		Cambiadores varones	1	3.60	5	18.00	23.40			
		Gimnasio	1	3.60	20	90.00	117.00			
	R A P E C A C I S A R Ó I E N V	R A P E C A C I S A R Ó I E N V	Area de juegos	1	3.60	40	144.00	187.20	351.00	
			Juguería	1	3.60	8	28.80	37.44		
			Venta de Periódicos	1	1.80	2	3.60	4.68		
			Saloón de Bingo	1	1.00	48	48.00	62.40		
							291.72			

Tabla 23: Programación zona de recreación

Fuente: Elaboración propia

#### b) Organigrama zona de recreación activa

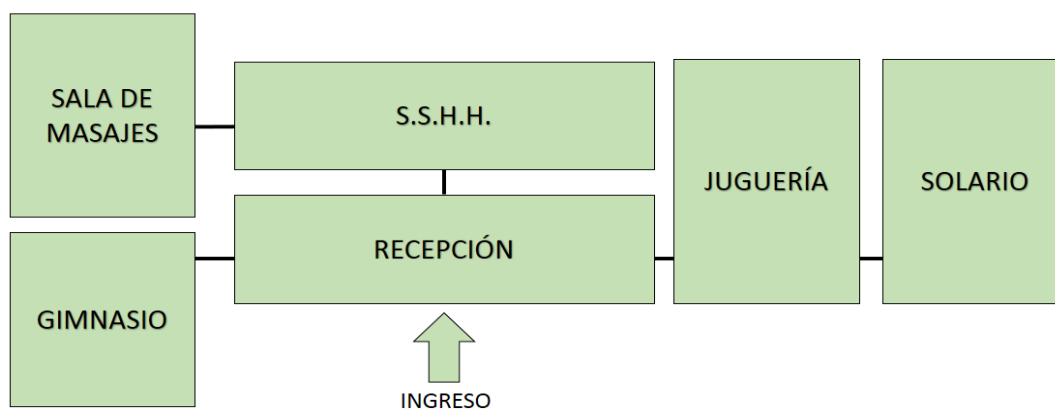


Figura 63: organigrama zona de recreación activa

Fuente: Elaboración propia

#### c) Organigrama zona de recreación pasiva

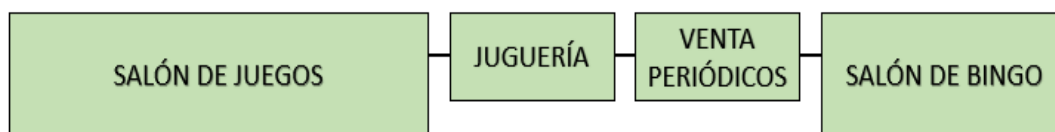


Figura 64: organigrama zona de recreación pasiva

Fuente: Elaboración propia

### 3.3.4. Zona Social

#### a) Programación zona de recreación

ZONA	SUB ZONA	AMBIENTE	Nº ambientes	INDICE (m2/p.)	CAPACIDAD	AREA	AREA NETA (m2)	AREA TOTAL (m2)		
						BRUTA				
Z O N A  S O C I A L	R E S T A U R A N T E	barra	1	2.70	6	16.20	21.06	704.60		
		Caja	1	2.70	6	16.20	21.06			
		Área de comensales	1	1.50	200	300.00	390.00			
		Comedor externo	1	1.50	60	90.00	117.00			
		Camara frigorifica	1	2.00	4	8.00	10.40			
		cocina fria	1	40% área comensales	2	12.00	15.60			
		Cocina caliente	1		2	12.00	15.60			
		Area de servido	1		2	12.00	15.60			
		Preparación postres	1		2	12.00	15.60			
		Preparación ensaladas	1		2	12.00	15.60			
		Area de lavado	1		1	12.00	15.60			
		Despensas	1		1.80	2	3.60		4.68	
		Servicios higiénicos	1	3.60	10	36.00	46.80			
		SALA DE EVENTOS	Salon	1	1.80	160	288.00		374.40	575.64
			Cuarto de luz y sonido	1	3.60	3	10.80		14.04	
			lobby	1	3.60	25	90.00		117.00	
			Deposito	1	3.60	3	10.80		14.04	
	S.H. Damas		1	3.60	6	21.60	28.08			
	S:H: Varon		1	3.60	6	21.60	28.08			
	S:H: Varon		1	3.60	1	3.60	4.68			
	Area de mesas		1	1.50	100	150.00	195.00			
	C E R A T I F E A	kitchenet	1	30% de área comensales	4	42.00	54.60	256.62		
		Despensa	1	2.70	2	5.40	7.02			

Tabla 24: Programación zona social

Fuente: Elaboración propia

#### b) Organigrama zona de recreación

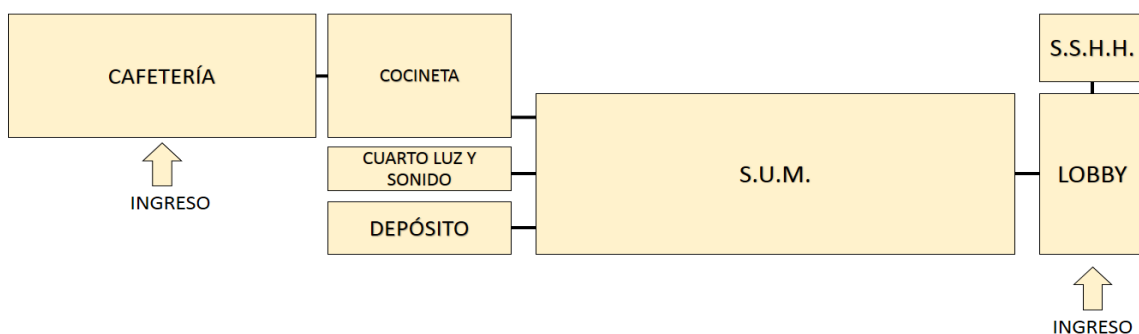


Figura 65: organigrama zona social 1

Fuente: Elaboración propia

#### c) Organigrama zona de recreación

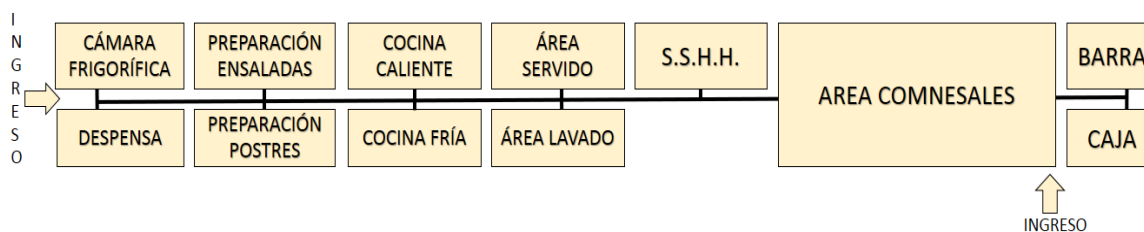


Figura 66: organigrama zona social 2

Fuente: Elaboración propia

### 3.3.5. Zona de Servicio

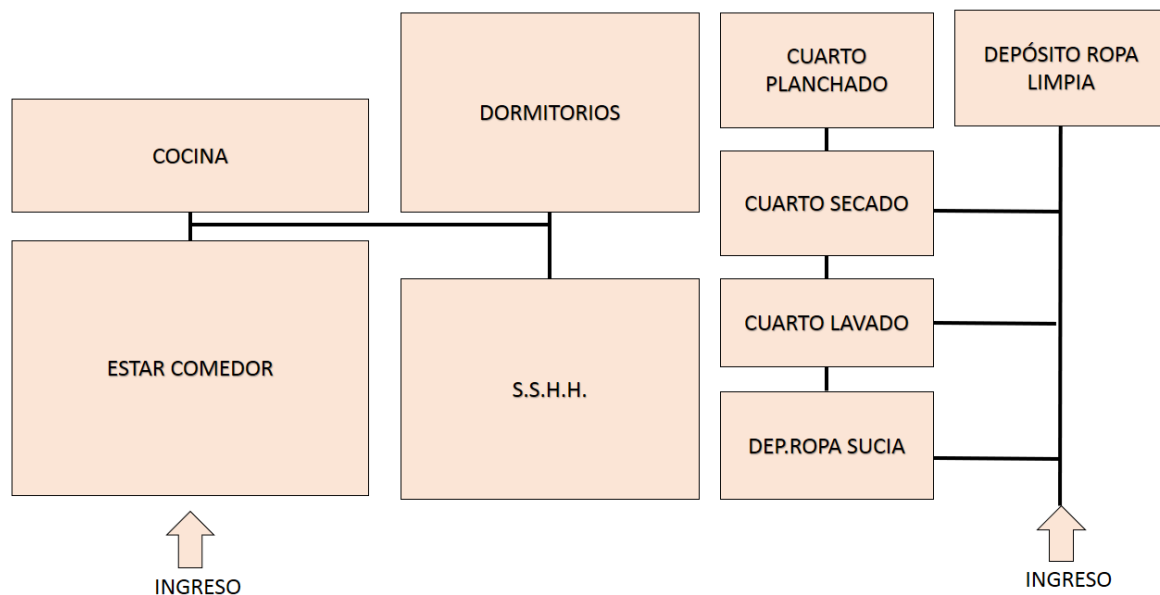
#### a) Programación zona de talleres

ZONA	SUB ZONA	AMBIENTE	Nº ambientes	INDICE (m2/p.)	CAPACIDAD	AREA	AREA NETA (m2)	AREA TOTAL (m2)
						BRUTA		
SERVICIOS	COMEDOR Y ESTAR	Comedor de servicios	1	1.50	20	30.00	39.00	176.28
		cocina	1	10.80	2	21.60	28.08	
		Estar	1	1.00	12	12.00	15.60	
		SS.HH. +cambiadores	4	3.60	5	72.00	93.60	
	LAV.	cuarto lavado	1	10.80	2	21.60	28.08	144.72
		Cuarto de planchado	1	10.80	2	21.60	28.08	
		Deposito de ropa sucia	1	10.80	2	21.60	28.08	
		Deposito de ropa limpia	1	10.80	2	21.60	28.08	
		Cuarto secado + patio	1	10.80	2	21.60	32.40	
	DORMITORIO	Dormitorios tipo 1	4	9.00	2	72.00	93.60	171.60
		dormitorios tipo 2+s.s.h.h.	2	15.00	2	60.00	78.00	

**Tabla 25: Programación zona servicio**

Fuente: Elaboración propia

#### b) Organigrama zona de talleres



**Figura 67: organigrama zona servicio**

Fuente: Elaboración propia

### 3.3.6. Zona Capilla

ZONA	SUB ZONA	AMBIENTE	Nº ambientes	INDICE (m2/p.)	CAPACIDAD AD	AREA	AREA NETA (m2)	AREA TOTAL (m2)
						BRUTA		
C T U O L	C I A L A P L	Zona bancas	1	1.00	264	264.00	343.20	366.60
		Altar	1	3.60	5	18.00	23.40	

Tabla 26: Programación capilla

Fuente: Elaboración propia

### 3.3.7. Zona Residencial

#### a) Programación zona residencial

ZONA	SUB ZONA	AMBIENTE	Nº ambientes	INDICE (m2/p.)	CAPACIDAD AD	AREA	AREA NETA (m2)	AREA TOTAL (m2)
						BRUTA		
Z O N A  R E S I D E N C I A L	H T S A A O I L B C N M E	Habitación	186	12.00	1	12.25	2232.00	2976.00
		S.S.H.H.	186	4.00	1	6.25	744.00	
	H A D A C O B I B I Ó L T N E	Habitación	9	15.00	1	15.75	135.00	189.00
		S.S.H.H.	9	6.00	1	7.00	54.00	
	H M A A B I R I I O I A T N M L A O C N	Habitacion	12	15.00	1	20.00	180.00	324.00
			Waking closet	12	6.00	1	9.00	
S.S.H.H.		12	6.00	1	6.25	72.00		

Tabla 27: Programación zona residencial

Fuente: Elaboración propia

#### b) Organigrama zona residencial

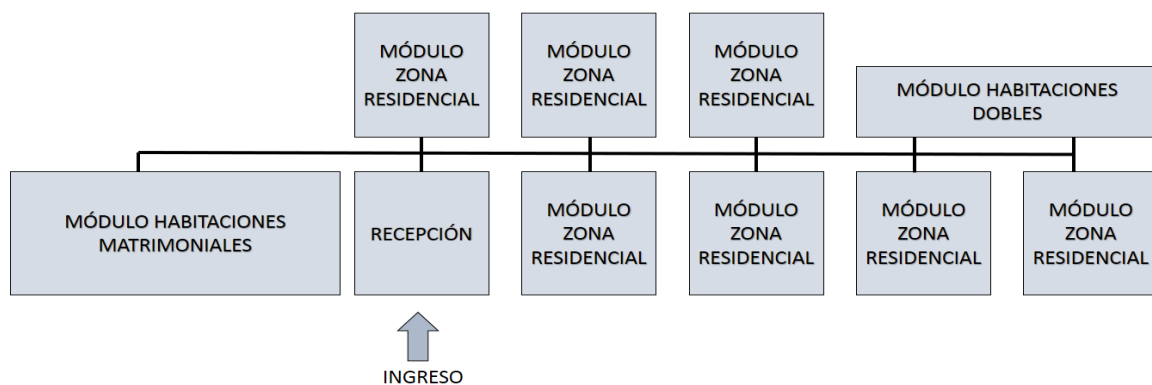


Figura 68: organigrama zona residencial

Fuente: Elaboración propia

### 3.3.8. Zona de Salud

#### a) Programación zona de salud

ZONA	SUB ZONA	AMBIENTE	Nº ambientes	INDICE (m2/p.)	CAPACIDAD AD	AREA	AREA NETA (m2)	AREA TOTAL (m2)
						BRUTA		
S A L U D	SERVICIOS DE SALUD	Topico	1	3.60	3	10.80	14.04	182.52
		Area Consulta	1	3.60	3	10.80	14.04	
		Nutrición	1	3.60	3	10.80	14.04	
		Geriatría	1	3.60	3	10.80	14.04	
		Farmacia	1	3.60	5	18.00	23.40	
		Internado Hombre	1	7.20	5	36.00	46.80	
		Internado Mujeres	1	7.20	5	36.00	46.80	
		S.S.H.H.	2	3.60	1	7.20	9.36	

Tabla 28: Programación zona salud

Fuente: Elaboración propia

#### b) Organigrama zona de salud

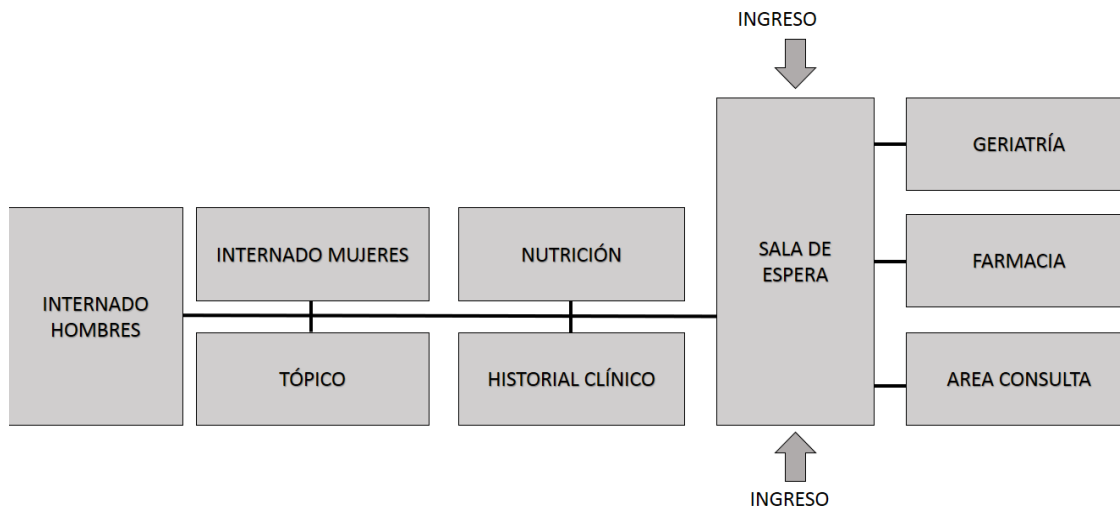


Figura 69: organigrama zona salud

Fuente: Elaboración propia

### 3.4. CONCEPTUALIZACIÓN Y PARTIDO ARQUITECTÓNICO

#### 3.4.1. Conceptualización

La conceptualización del proyecto está basada en una metáfora, la cual trata de las diferentes etapas de la vida del ser humano, enfocándose especialmente en las etapas de la tercera edad.

Como se aprecia en la figura 63, la tercera edad se comprende en tres grandes etapas, la etapa de formación, la etapa de desarrollo, y finalmente la etapa de la vejez; a la vez estas se dividen en diversas sub etapas de las cuales para materia de conceptualización se da énfasis las tres sub etapas pertenecientes a la vejez.

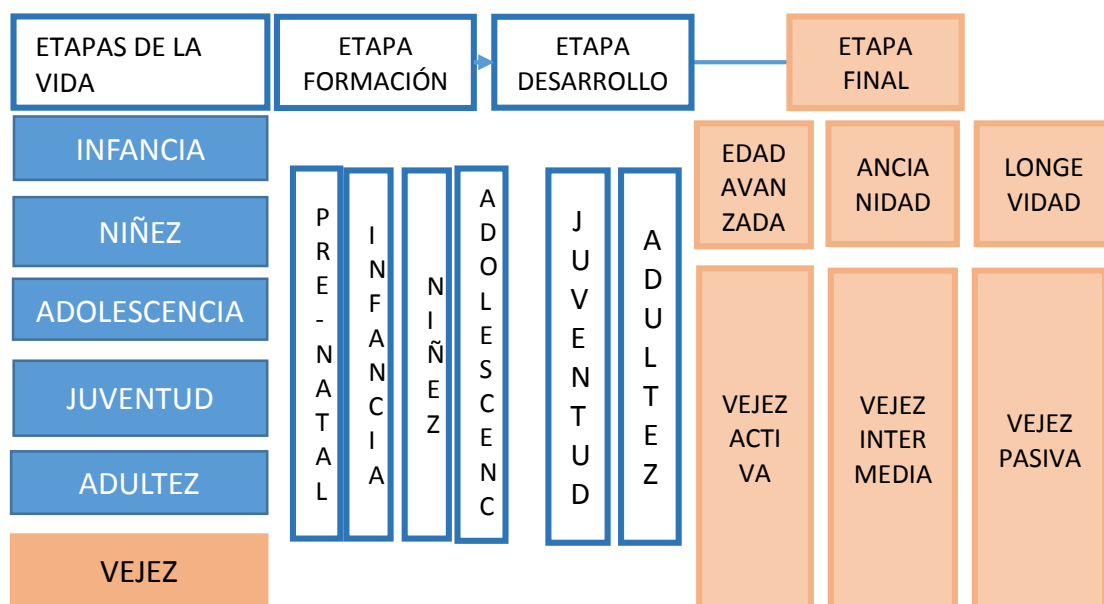
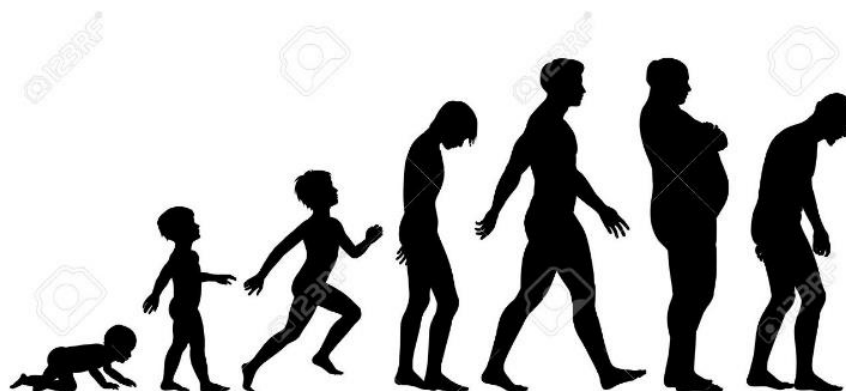


Figura 70: gráfico 1 concepto

Fuente: Elaboración propia



La vejez, comprende de tres sub etapas las cuales son, la vejez avanzada, la ancianidad, y finalmente la longevidad.

*La Vejez Avanzada*, es la primera etapa de la tercera edad, en la cual el adulto mayor es aún una persona activa, dedicada al trabajo y a la familia, cumple un rol importante para la sociedad y debe mantenerse en constante actividad tanto física como mental, por ende, esta etapa es conceptualizada como **vejez activa**. En esta etapa prima el desarrollo físico mental del adulto mayor.

La *Ancianidad*, es la segunda etapa, en la cual el adulto mayor ya no se encuentra tan activo como en la vejez avanzada, sin embargo, aún no tiene una vida del todo pasiva, por lo cual, esta etapa se conceptualiza como **vejez intermedia**. Es considerada como una etapa de transición.

La *Longevidad*, es finalmente la última etapa, donde el adulto mayor mantiene una rutina bastante pasiva, la cual consiste en el descanso y atención física, sus actividades tienen características de tranquilidad y relajación, esta etapa se conceptualiza como **vejez pasiva**. Se deben recalcar las actividades de descanso y atención.

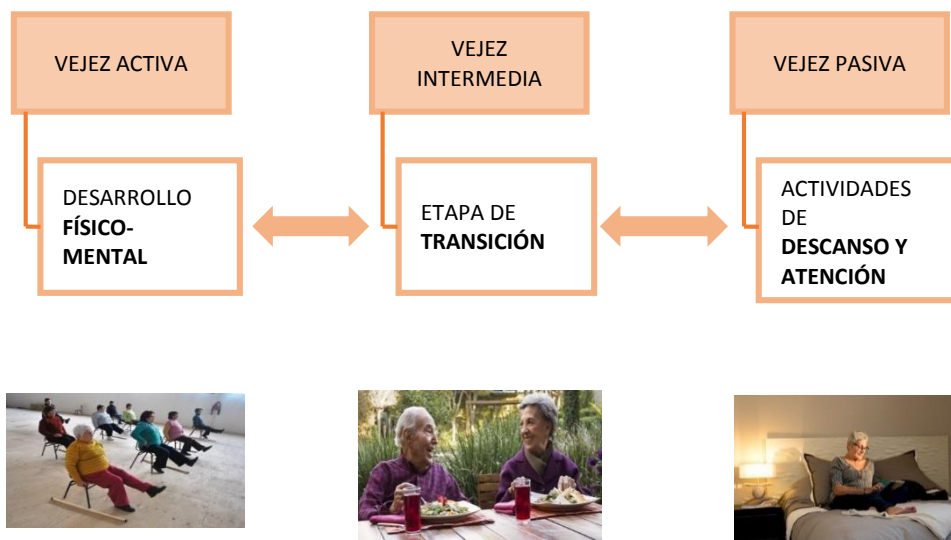


Figura 71: gráfico 2 concepto

Fuente: Elaboración propia

Cabe resaltar que la edad del adulto mayor se establece por los factores cronológicos, psicológicos y fisiológicos.

### 3.4.1.1. Esquemas de conceptualización

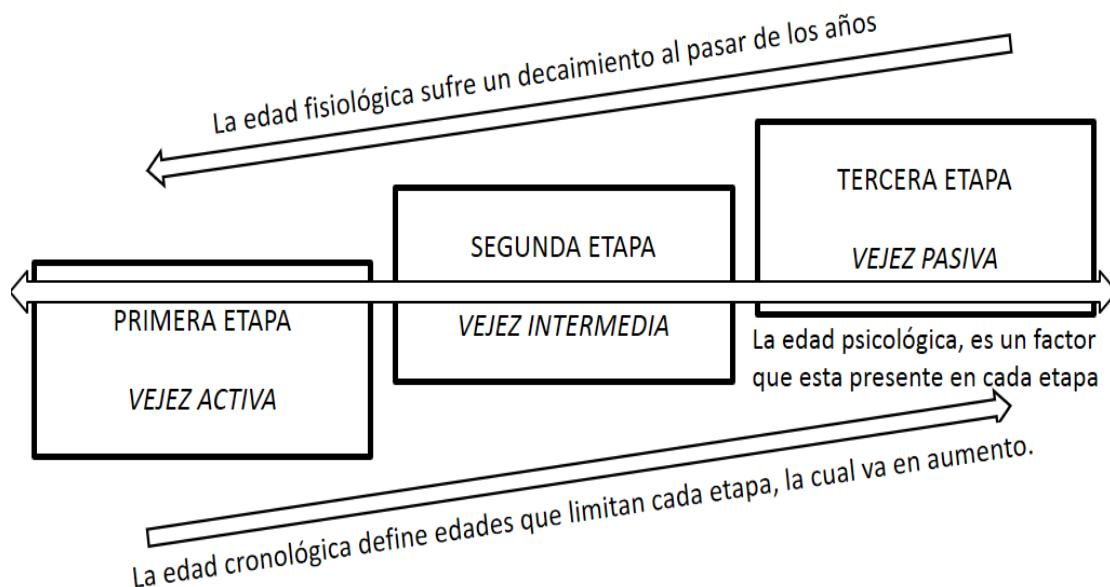


Figura 72: gráfico 3 concepto

Fuente: Elaboración propia

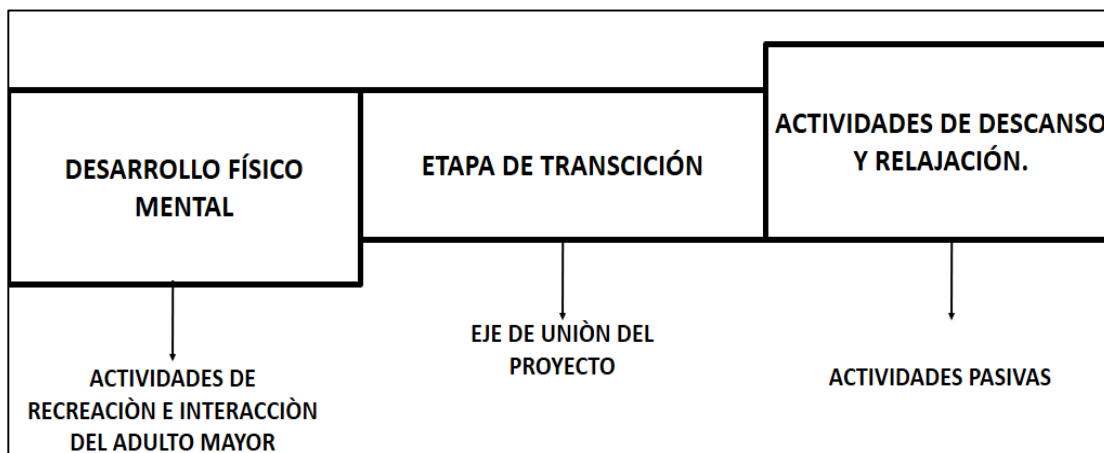


Figura 73: gráfico 4 concepto

Fuente: Elaboración propia



### 3.4.2. Partido Arquitectónico

Como se menciona en la conceptualización, el proyecto se divide en 3 grandes etapas, las cuales se encargan de formar diversos elementos encargados de organizar el proyecto.

En la primera zona denominada vejez activa, se propondrán las zonas de recreación activa, zona social, talleres, entre otros espacios, en los cuales el adulto mayor que se encuentra más activo fisiológicamente puede hacer provecho de ellos.

La etapa de transición funciona como el eje articulador del proyecto, como su mismo nombre lo indica es a transacción entre los espacios de desarrollo físico y mental a los espacios de descanso y atención.

Finalmente, la zona de vejez pasiva, se propondrán la zona residencial, Salud, recreación pasiva, y culto.

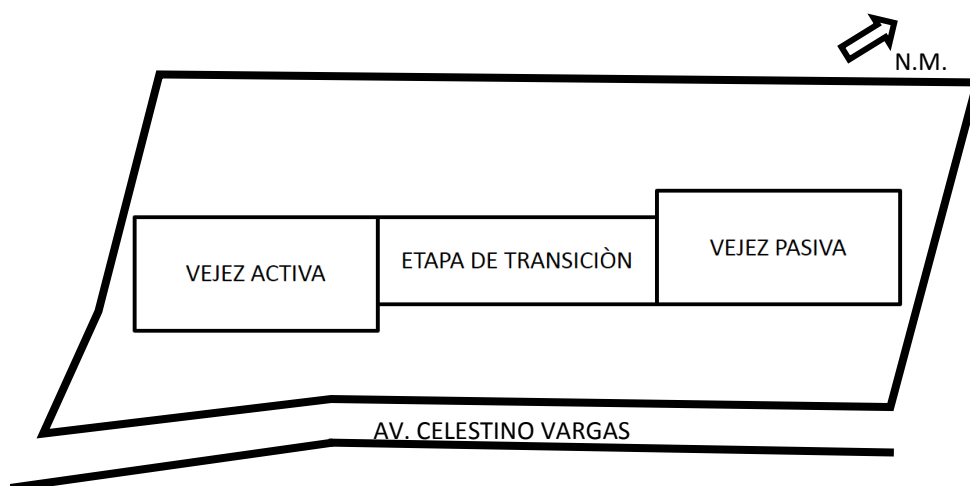


Figura 74: gráfico 1 partido

Fuente: Elaboración propia

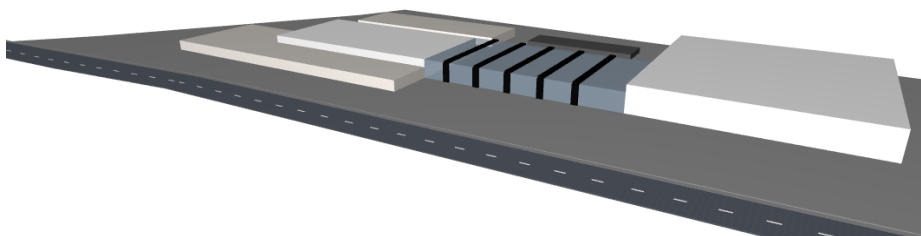
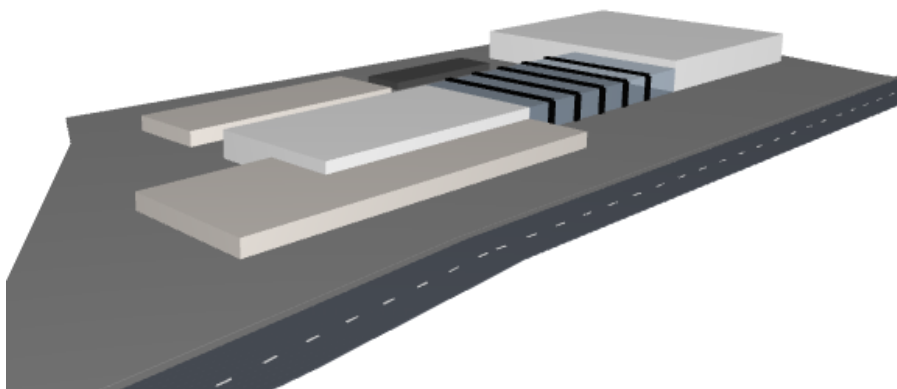


Figura 75: gráfico 2 partido

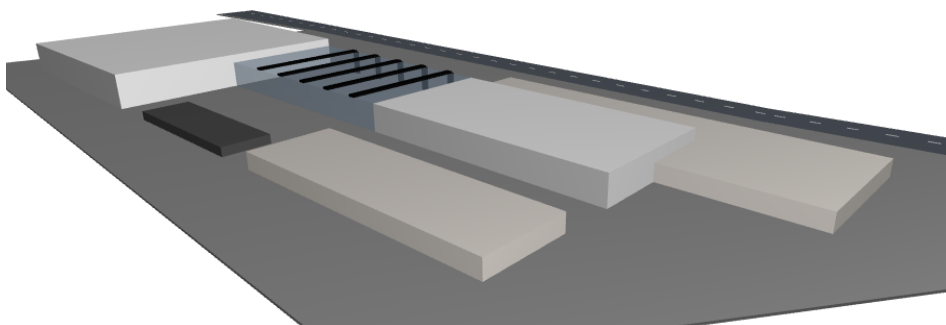
Fuente: Elaboración propia

VISTAS ISOMETRICAS DE LA PROPUESTA DE PARTIDO



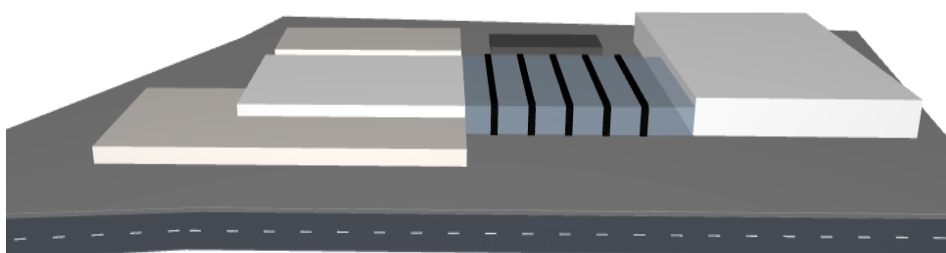
**Figura 76: gráfico 3 partido**

Fuente: Elaboración propia



**Figura 77: gráfico 4 partido**

Fuente: Elaboración propia



**Figura 78: gráfico 5 partido**

Fuente: Elaboración propia

### 3.4.3. Zonificación

La zonificación del proyecto está planteada en base a la conceptualización y al partido arquitectónico, en la zonificación se puede apreciar las tres grandes zonas del elemento central del proyecto, que son la zona social que representa la vejez activa, el eje articulador del proyecto junto con la zona de recepción y administración que representan la etapa intermedia y finalmente la zona residencial y de salud que son la etapa pasiva.

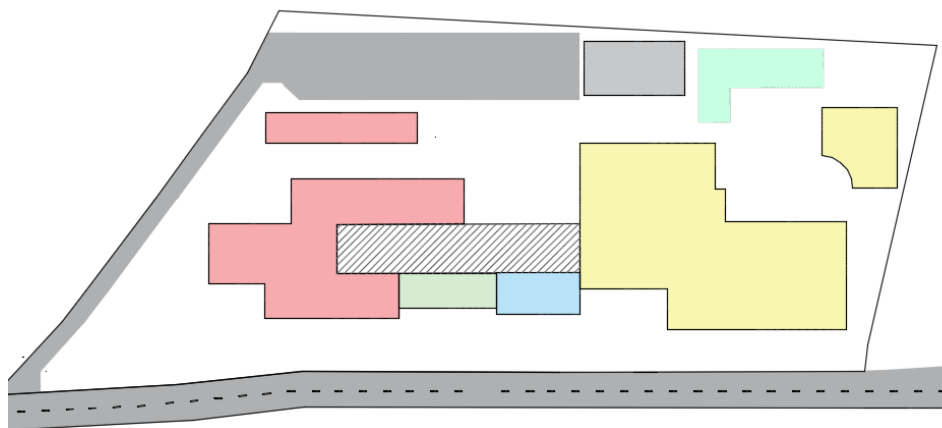


Figura 79: gráfico zonificación

Fuente: Elaboración propia

- ZONA SOCIAL
- EJE ARTICULADOR DEL PROYECTO
- ZONA ADMINISTRACIÓN-RECEPCIÓN
- ZONA ATENCIÓN MÉDICA
- ZONA RESIDENCIAL
- ZONA RECREACIÓN ACTIVA
- ZONA SERVICIOS
- ZONA ESTACIONAMIENTO

### 3.4.4. Materialidad

#### 3.4.4.1. Blanco

Es el que mayor sensibilidad posee frente a la luz. Es la suma o síntesis de todos los colores, y el símbolo de lo absoluto, de la unidad y de la inocencia, significa paz o rendición.

Mezclado con cualquier color reduce su croma y cambia sus potencias psíquicas, la del blanco es siempre positiva y

afirmativa. Los cuerpos blancos nos dan la idea de pureza y modestia.



**Figura 80: gráfico 1 materialidad**

Fuente: plataforma arquitectura

#### **3.4.4.2. Áreas verdes**

Incita al desequilibrio y es el favorito de los psiconeuroticos porque produce reposo en el ansia y calma, también porque sugiere amor y paz y por ser al mismo tiempo el color de los celos, de la degradación moral y de la locura.

Significa realidad, esperanza, razón, lógica y juventud.

Aquellos que prefieren este color detestan la soledad y buscan la compañía.



**Figura 81: gráfico 2 materialidad**

Fuente: plataforma arquitectura

### **3.4.4.3. Textura de Madera**

El elemento madera es la representación de la tierra, de la vida vegetal, de nuestro entorno natural. Refleja la brotación, la floración, el desarrollo de la vida vegetal en el mundo, como símbolo de la vida animal también.

Entre los elementos que lo representan, las maderas, ramas y plantas vivas son los principales, pues emiten Chi de vida (positivo) y lo retienen, maximizando su influencia favorecedora en nuestros ambientes.



**Figura 82: gráfico 3 materialidad**

Fuente: plataforma arquitectura

### **3.4.4.4. Color Marrón**

El color café representa la salubridad. Si bien podría considerarse un poco aburrido, por otra parte, representa la constancia, la sencillez, la amabilidad, la confianza, y la salud.



**Figura 83: gráfico 4 materialidad**

Fuente: plataforma arquitectura

3.4.5. Esquema resumen



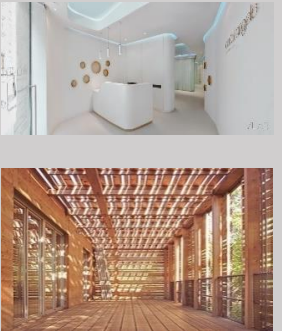
<b>ETAPAS DE LA VIDA</b>			
ETAPA	DESCRPCIÒN	MATERIALIDAD	ESQUEMA
<i>Vejez activa</i>	Como elemento organizador, integra las zonas donde el adulto mayor es capaz de desarrollar actividades fisiológicas, además del desarrollo social y cognitivo.	Se relaciona con área verdes y vegetación, ya que representan vida y salud física y emocional, lo cual incentivará al adulto mayor.	
<i>Etapa de transición</i>	Es el eje organizador-articulador del proyecto, se caracteriza por representar elementos de protección donde el adulto mayor se sienta en un entorno seguro	Se relaciona con el vidrio ya que representa transparencia y a la vez seguridad, dando la sensación de espacio de transición.	
<i>Vejez pasiva</i>	Aquí se desarrollan los ambientes de salud y residencia, los que representan la atención y descanso hacia el adulto mayor,	Se relaciona con el color blanco que representa tranquilidad, y la textura de madera que da una sensación acogedora	

Tabla 29: Esquema resumen conceptualización

Fuente: Elaboración propia

### 3.4.6. Memoria descriptiva

**Proyecto :** “Complejo Gerontológico “

**Ubicación :** Prolongación Av. Celestino Vargas- Carretera a  
Calana s/n

#### 1. Generalidades

Se elabora un proyecto arquitectónico denominado “Complejo Gerontológico para la residencia y recreación del adulto mayor en Calana, Tacna” como respuesta a la problemática existente de carencia de infraestructura especializada para el adulto mayor en la región de Tacna.

#### 2. Objetivos del proyecto

Realizar en proyecto arquitectónico en beneficio de los adulto mayores de la región Tacna.

#### 3. Del terreno

##### **Ubicación:**

Se encuentra ubicado en la prolongación Av. Celestino Vargas- Carretera a Calana terreno S/N, distrito de Calana, provincia y región de Tacna.

##### **Zonificación:**

El terreno se encuentra zonificado como Otros Usos, de acuerdo al plano de zonificación del distrito de Calana.

##### **Linderos y Colindancias:**

Por el frente: Colinda con 290.29 ml con Av. Celestino Vargas.

Por la derecha: Colinda con 111.52 ml con terreno eriazo del estado.

Por la izquierda: Colinda con 159.41 ml con terreno eriazo del estado.

Por el fondo: Colinda con 219.63 ml con terreno eriazo del estado.

### **Área y Perímetro:**

El terreno se encuentra encerrando un área de **29,598.66 m<sup>2</sup>** y enmarcado dentro de un perímetro de **781.88 ml.**

#### **4. De la edificación**

El proyecto cuenta con diversidad de áreas ya sean de uso social, íntimo, servicios y salud, distribuidos en 05 pisos.

##### a) Primer piso

###### Zona residencial

- 41 Dormitorios Simples
- 09 habitaciones dobles
- 09 Estar compartido
- Recepción zona residencial
- 04 Cajas de escaleras con ascensor
- 02 Cajas de escaleras de emergencia
- 02 Rampas de primer a segundo nivel

###### Zona de salud

- Sala de Espera
- Farmacia
- Área de consulta
- Consultorio Geriatría
- Servicio higiénico varones
- Servicio higiénico damas
- Recepción historial clínico
- Consultorio Nutrición
- Dormitorio internado hombres con S.S.H.H. incluido
- Dormitorio internado mujeres con S.S.H.H. incluido.

###### Área administrativa

- Recepción general del proyecto
- Secretaria
- Gerencia



- Sala de espera
- S.S.H.H. hombres
- S.S.H.H. mujeres
- Depósito

#### Salón de usos múltiples

- Lobby
- S.S.H.H. hombres
- S.S.H.H. mujeres
- S.S.H.H. discapacitados
- Área de conferencias
- Cuarto de luz y sonido
- Depósito

#### Cafetería

- Cocineta
- Área Comensales

#### Comedor cocina

- Caja
- Barra
- Área comensales
- Bahía de mozos
- Depósito de Basura
- Cocina
- Cámara frigorífica
- Depósito menajes
- Depósito Conservas
- terraza

#### Área de Recreación pasiva

- Salón de juegos casino
- Juguería
- Venta de periódicos
- Salón de bingo

#### Área de Servicios Generales

- Estar-comedor-cocina
- S.S.H.H. Varones con vestidores
- S.S.H.H. mujeres con vestidores
- 04 dormitorios
- Escaleras
- Depósito ropa sucia
- Cuarto lavado
- Cuarto secado
- Patio Depósito ropa limpia
- Cuarto planchado

#### Área Spa-gimnasio

- Gimnasio
- Spa
- Sala de masajes
- Juguería
- Solario
- S.S.H.H. Varones
- S.S.H.H. mujeres
- Vestidores Varones
- Vestidores mujeres
- S.S.H.H. discapacitados

#### Capilla

- Altar
- Zona asistentes

#### b) Segundo piso

##### Zona residencial

- 41 Dormitorios Simples
- 10 habitaciones dobles
- 07 Estar compartido
- Terraza desayunador
- 05 Cajas de escaleras con ascensor
- 02 Cajas de escaleras de emergencia

- 02 Rampas de primer a segundo nivel

#### Área administrativa

- Sala de reuniones
- Contabilidad
- Finanzas
- Recursos humanos logística
- Escaleras.

#### Área de Talleres

- Espacio receptor
- S.S.H.H. Varones
- S.S.H.H. mujeres
- Biblioteca
- Taller de costura
- Taller de manualidades
- Taller de tai chi
- Taller de computo
- Terraza

#### Servicios Generales

- Espacio receptor
- Escaleras
- 02 Dormitorios con s.s.h.h.

#### c) Tercer piso

##### Zona residencial

- 41 Dormitorios Simples
- 10 habitaciones dobles
- 07 Estar compartido
- 05 Cajas de escaleras con ascensor
- 02 Cajas de escaleras de emergencia
- 02 Rampas de primer a segundo nivel

d) Cuarto piso

Zona residencial

- 41 Dormitorios Simples
- 07 Estar compartido
- 04 Cajas de escaleras con ascensor
- 02 Cajas de escaleras de emergencia
- 02 Rampas de primer a segundo nivel

e) Quinto piso

Zona residencial

- 18 Dormitorios Simples
- 03 Estar compartido
- 02 Cajas de escaleras con ascensor
- 02 Cajas de escaleras de emergencia
- 01 Rampas de primer a segundo nivel

5. Cuadro de Areas.

CUADRO NORMATIVO			CUADRO DE ÁREAS			
PARÁMETROS		NORMATIVIDAD	PROYECTO	PISOS	EXISTENTE	TOTAL
USOS						
DENSIDAD NETA						
COEFICIENTE DE EDIFICACIÓN						
ÁREA LIBRE						
ALTURA MÁXIMA						
RETIRO MÍNIMO	FRONTAL					
	LATERAL					
	POSTERIOR					
ALINEAMIENTO FACHADA						
ÁREA LOTE NORMATIVO				ÁREA TECHADA TOTAL		
FRENTE MINIMO NORMATIVO				ÁREA DEL TERRENO		
ESTACIONAMIENTO				ÁREA LIBRE	( 50 )%	

6. Especificaciones técnicas

**Estructuras:**

Muros de ladrillo, columnas y vigas de amarre de concreto armado.

**Techo:**

Losas aligeradas de concreto armado horizontales

Cobertura ligera de planchas metálicas galvanizadas

Cobertura de perfiles de madera

**Acabados:**

Pisos:

Porcelanato antideslizante 60x60

Porcelanato antideslizante 45x5

Piso de madera laminada tipo cedro

Piso de madera laminada tipo pino

Piso de duelas de madera tipo roble

Piso cemento pulido

Puertas y Ventanas:

Ventanas de carpintería de madera y aluminio

Puertas de carpintería de madera

Puertade de vidrio con marco de aluminio

Revestimientos:

Enchapado de madera superboard tipo cedro

Enchapado de madera tipo cedro

Revestimiento ladrillo caravista color rojo vino

Revestimiento ladrillo caravista color ronaranja vino

Baño:

Baño completo con piso de porcelanato 45x45

Instalaciones:

Eléctricas y Sanitarias: corriente eléctrica monofásica y teléfono  
agua fría y agua caliente.

## **CAPÍTULO V**

# **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

##### **4.1. CONCLUSIONES**

- a) Los adultos mayores son un grupo poblacional de gran importancia para la sociedad, y para que ellos puedan cumplir su rol adecuadamente, deben tener las oportunidades necesarias; deben contar con espacios destinados para que puedan desarrollar sus actividades y puedan socializar entre ellos; manteniendo un envejecimiento activo y saludable.
- b) La infraestructura para adultos mayores debe contar con pautas y recomendaciones básicas, tanto en el aspecto normativo a fin de evitar barreras arquitectónicas.
- c) Para poder diseñar un complejo destinado al adulto mayor; es necesario hacer una investigación en base a otros proyectos ya existentes, de los cuales cada proyecto cuenta con diversas particularidades, las cuales pueden servir como complemento para el desarrollo del proyecto arquitectónico.
- d) Es importante que los adultos mayores si bien tengan un complejo propicio para ellos, sigan manteniendo contacto con sus familiares, por lo cual, el proyecto también debe contar con ambientes donde dichos familiares puedan desarrollar actividades junto a los adultos mayores.
- e) Como conclusión final la arquitectura influye en los factores de la salud del adulto mayor; influye en el factor fisiológico ya que al ser un proyecto accesible y con ambientes de recreación activa, el adulto mayor mantendrá su estado físico de manera saludable; e influye en el factor psicológico, ya que la materialidad y los colores a utilizar serán determinantes en el estado de ánimo del adulto mayor.

#### **4.2. RECOMENDACIONES**

- a) Los adultos mayores necesitan espacios donde puedan aprender e interactuar con sus contemporáneos, puedan seguir desarrollándose como personas, y deben cumplir un rol importante en la sociedad, por lo cual se recomienda a las entidades gubernamentales, y a las entidades enfocadas en el sector salud, brindar a la ciudad dichos centros para el adulto mayor.
  
- b) La evolución de la arquitectura y el planteamiento moderno de las ciudades debe beneficiar a todos los grupos poblacionales equitativamente, los adultos mayores deben contar con la accesibilidad y los ambientes necesarios para poder desarrollarse en el ámbito urbano.



## BIBLIOGRAFÍA

- A. Salgado, F. G.** (1986). *Tratado de Geriátría y asistencia geriátrica*. Barcelona: salvat.
- Altarriba, F. X.** (1992). *Aspectos biopsicosociales del proceso de envejecer* . Madrid-España: Universidad Autónoma de Madrid.
- Asociados, G. P.** (1988). *Medicina preventiva y salud publica*. Barcelona-España: Salvat.
- Asociados, J. Q.** (1991). *El jubilado ante su futuro*. Madrid-España: Narcea.
- Carlos, V. E.** (1982). *Aspectos del envejecimiento Humano* . Lima-Perú: Uiversidad Calletano Heredia.
- García Ramirez, J. C.** (2015). *Perfiles sobre envejecimiento*. Buenos Aires-Argentina: Universidad de Maimónides.
- Gonzales Muñiz, N. L.** (2009). *La infraestructura en la formación educativa con calidad de los estudiantes de la carrera profesional de arquiectura de la UPT*. Tacna-Perú: UPT.
- Ignatriusl, N.** (1907). *Geriátría, las enfermedades de los ancianos y su tratamiento* . Nueva York-E.E.U.U.: ACademia de Ciencias de Nueva York.
- Irving, R.** (1967). *Teoría Psicosociales del Envejecimiento* . Madrid-Madrid: Universidad de Castilla la Mancha y Escuela Universitaria de la ciudad de Madrid.
- Laforest, J.** (1991). *Introducción a la Gerontología*. Barcelona-España: Herder.
- Lorenzo Otero, T.** (1999). *La dependencia en la personas mayores: necesidades percibidas y modelo de intervención de acuerdo al género y al hábitad*. La Coruña-España: Universidad de La Coruña.
- Millán Calenti, J. C.** (2010). *Gerontología y Geriátría, valoración e intervención*. Editorial médica Panamericana.
- Panero Zelnik, J. M.** (2011). *Las diemnsiones humanas en los espacios interiores/ancianos y personas físicamente disminuidos*. México D.F.- México: Naucalpan.
- Pfeiffer, C.** (2003). *Gerontología Biológica Social* . Cantabria-España: Universidad de Cantabria.
- R.Eiser.** (1989). *Psicología social aplicada*. Madrid-España: Pirámide.
- Redondo, N.** (1990). *Ancianidad y pobreza. Una investigación en sectores populares urbanos ventro de promoción y estudio de la vejez*. Buenos aires-Argentina: Humanista.
- Román, T.** (1990). *Vejez y cultura*. Barcelona-España: Salvat .
- Saavedra, L.** (1997). *Teoría del Desapego*. Chicago-E.E.U.U.: Universidad de Chicago.
- Wendkos, P.** (1998). *Tercera Edad del desarrollo Humano* . México D.F.- México: Universidad Autónoma de México.