



**FACULTAD DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ARQUITECTURA**

TITULO:

**“PROPUESTA ARQUITECTÓNICA DE UN CENTRO GERIÁTRICO
INTEGRAL DE BIENESTAR PARA EL ADULTO MAYOR, EN EL
DISTRITO DE HUACHO - 2019”.**

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE ARQUITECTO

PRESENTADO POR:

BACH. ARQ. BRAULIO TENA BERROCAL

ASESOR:

ARQ. FLORENTINO AHMED ALBERSSI TISNADO

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

**FORTALECIMIENTO DE LA FORMACIÓN TÉCNICO- PROFESIONAL
EN CONEXIÓN AL TRABAJO Y CRECIMIENTO SOCIO – ECONÓMICO**

HUACHO – LIMA- PERÚ

2019

DEDICATORIA:

Mi proyecto, está dedicado con todo mi amor a mis padres Haydee Berrocal Luis y Adrián Tena Jiménez, por el sacrificio y dedicación que tuvieron en mí, ya que desde pequeño me inculcaron valores y principios para ser una persona de bien y encaminaron mi formación profesional.

AGRADECIMIENTO:

A la Institución Educativa Superior, Universidad Alas Peruanas, Facultad de Ingenierías, Arquitectura, Escuela profesional de Arquitectura y a la Plana Docente, por permitirme ser parte de esta nueva concepción de Profesionales Contemporáneos.

A mi Madre y Padre agradezco por su apoyo, confianza y motivación para seguir adelante para cumplir con mis metas y poder ser un hombre de éxito.

A mi hijo Yasser Tena Nazario, quien es mi motivación para seguir superándome cada día más y así poder brindarle un futuro mejor.

A mi Asesor de Tesis Arquitecto: Florentino Ahmed Albense Tisnado, por su dedicación y para concretar este proyecto.

Y a usted apreciable lector por dedicar tiempo para consultar este documento.

RESUMEN

El desarrollo de la Investigación se refiere, en qué medida, una “Propuesta Arquitectónica de un Centro Geriátrico Integral”, permitiría unos adecuados Servicios Geriátricos y Estancia Asistida, a efectos de elevar el nivel de salud y calidad de vida del adulto mayor, en el Distrito de Huacho.

El envejecimiento, de las personas es un desarrollo natural, invariable y constante, durante el ciclo de vida. En consecuencia, toda persona adulto mayor tiene derecho a una mejor calidad de vida, acceso a servicios de salud, razón de mi motivación de estudiar y conocer el nivel satisfacción de los usuarios con respecto a prestación de servicios de salud y estancia asistida en la ciudad de Huacho.

En la medicina la existencia de un avance sustancial, se han erradicado algunas patologías se ha logrado implementar tratamientos de patologías incurables, se ha logrado conservar la salud y cooperar con procedimientos crónicos.

Según, el Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI).2015, En la nota de prensa se informa que: En el Perú viven más de 3 millones de adultos mayores. “La población adulto mayor (60 y más años de edad) asciende a 3 millones 11mil 50 personas, representan el 9.7% de la población total, 1 millón 606 mil 76 son mujeres (53.4,3%) y millón 404 mil 974 son hombres (46.6%)”. (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2015, págs. 1,2).

Según, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), afirma que: “los hombres peruanos vivirán en promedio de 72 años, mientras que las mujeres lo harán 77.3 años. Este indicador se modifica en función de las condiciones predominantes de mortalidad cuya incidencia aumenta o disminuya de morir”.(Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2019., págs. 1,2,3).

Este es el panorama nacional del adulto mayor, a esta situación se suma, el servicio geriátrico, estancia asistida es inadecuado y limitado, el mismo influye en el deterioro de la salud del adulto mayor en la región Lima y consecuentemente el distrito de Huacho, la oferta de los establecimientos de salud del estado, se reduce a un consultorio, la no existencia de establecimientos geriátricos y las existentes contravienen las normas del MINSA, RNE, OMS, en sector privado, se denominan “Hogares” son adecuaciones en edificaciones no diseñadas para tales fines,

Se hace necesario plantear alternativas de solución desde la perspectiva del urbanismo y arquitectura, es mi interés académico, contribuir con un estudio contrastado con la realidad.

Según, Avila Ferratt (2010). El objetivo prioritario de la geriatría nos dice que: “es lograr el mantenimiento y la recuperación funcional del adulto mayor para conseguir el máximo nivel de autonomía e independencia, de tal manera que se facilite su reinserción a una vida autosuficiente en el núcleo familiar y el entorno habitual”. (págs. 49,54).

Razón, por la que pretendo implementar un hecho urbano arquitectónico, denominado:

“Propuesta Arquitectónica de un Centro Geriátrico Integral de Bienestar para el Adulto Mayor, en el Distrito de Huacho - 2019”.

Infraestructura Geriátrica: Centrada en la **Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación de las Patologías física y mental del Adulto Mayor**, el cual se ubica en zona residencial, Nor - Oeste, referencia zona de Amay – colindante con la Urbanización de los Cipreses de la ciudad de Huacho.

Palabra Clave: *Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación.*

Para lograr el objetivo de la implementación del hecho urbano arquitectónico, el estudio está repartido en Diez Capítulos, de variados temas correlacionales en la estructura de trabajo, según detalle:

PRIMER CAPÍTULO: Se desarrolla el Planteamiento Metodológico del estudio.

SEGUNDO CAPITULO: Se plantea; Marco Teórico (Bases Teóricas, Marco Conceptual, Marco Referencial).

TERCER CAPITULO: Propuesta de intervención urbano- arquitectónico, se consigna datos del terreno localizado para su emplazamiento y ejecución, análisis de factores vinculados al proyecto, naturales y artificiales, las mismas se compatibilizarán con el reglamento nacional de edificaciones RNE.

CUARTO CAPÍTULO: Se toma, en cuenta consideraciones previas, el Tipo de Intervención Arquitectónico, Pautas de Orden Arquitectónico, Lineamientos Básicos.

QUINTO CAPÍTULO: Se desarrolla la identificación necesidades, para posterior proponer la Programación Arquitectónico, Síntesis Programática, se identifica las unidades funcionales del Centro Geriátrico, en concordancia con la Antropometría y Ergonométrica del adulto mayor, se determinará los sectores, se propone las consideraciones ambientales y constructivas, se estima costo directo e indirecto general.

SEXTO CAPÍTULO: Se plantea la idea generatriz, las intenciones proyectuales donde se involucra aspectos funcionales, espaciales, estéticos, ambientales, iluminación, asoleamiento, tecnología constructiva. Se desarrolla la zonificación concreta por niveles.

SÉPTIMO CAPÍTULO: Se desarrolla, el anteproyecto arquitectónico, se plantea intenciones generales para el confort (Iluminación, Ventilación, y Climatización); intenciones estéticas y/o acabados internos y externos, intenciones básicas de ingeniería, Estructuras, Instalaciones Sanitarias, Eléctricas; también se prevé las normas de seguridad, para su fácil acceso y evacuación.

OCTAVO CAPÍTULO: Se desarrolla el Proyecto de Especialidad de Arquitectura, mediante la representación gráfica (Planos de Distribución, Cortes, Elevaciones, y en 3d); y por otro lado referencialmente se esbozará los planos de estructuras, e instalaciones eléctricas, sanitarias etc.

NOVENO CAPÍTULO: Se desarrolla, la Memoria Descriptiva del Proyecto Arquitectónico, en el cual se describirá a detalle de las bondades del proyecto, y la sostenibilidad de la misma.

DECIMO CAPÍTULO: Se realiza un análisis de la situación económica del país y que atañe a la viabilidad del proyecto con las entidades involucradas. Finalmente la información Bibliográfica.

ABSTRACT:

The development of the present research refers, to what extent, an "Architectural Proposal of a Comprehensive Geriatric Center", would allow adequate Geriatric Services and Assisted Stay, in order to raise the level of health and quality of life of the elderly, in the District of Huacho.

District The aging of people is a natural development, invariable and constant, during the life cycle. Consequently, every elderly person has the right to a better quality of life, access to health services, reason for my motivation to study and know the level of user satisfaction regarding the provision of health services and assisted stay in the city from Huacho.

In medicine the existence of a substantial advance, some pathologies have been eradicated, treatments of incurable pathologies have been implemented, health has been preserved and cooperation with chronic procedures has been achieved.

According to the National Institute of Statistics and Informatics (INEI),2015. In the press release it is reported that, In Peru live more than 3 million older adults. "The elderly population (60 years of age and older) in Peru amounts to 3 million 11 thousand 50 people representing 9.7% of the population. Of this total, 1 million 606 thousand 76 are women (53.4.3%) and 1 million 404 thousand 974 are men (46.6%)". (National Institute of Statistics and Informatics, 2015, pages 1,2)

According to National Institute of Statistics and Informatics (INEI). he states that: "Peruvian men will live an average of 72 years, while women will live 77.3 years. This indicator is modified according to the prevailing conditions of mortality whose incidence increases or decreases in death". (INEI, 2019, pages. 1,3).

This is the national panorama of the elderly, to this situation is added, the geriatric service, assisted stay is inadequate and limited, it influences the deterioration of the health of the elderly in the Lima region and consequently the district of Huacho, the The offer of health establishments in the state is reduced to a doctor's office, the non-existence of geriatric establishments, and the existing ones contravene the norms of MINSA, RNE, OMS. They are called "Homes" are adaptations in buildings not designed for such purposes.

It is necessary to propose alternative solutions from the perspective of urban planning and architecture, it is my academic interest, to contribute with a study contrasted with reality.

According to Según, Avila Ferratt (2010). The priority objective of geriatrics "is to achieve the maintenance and functional recovery of the elderly in order to achieve the highest level of

autonomy and independence, so that their reintegration into a self-sufficient life in the family nucleus is facilitated and The usual environment”. (págs. 49,54).

Reason, for which I intend to implement an architectural urban event, called:

“Architectural Proposal of a Comprehensive Geriatric Wellness Center for the Elderly, in the District of Huacho - 2019”.

Focused on the Prevention, Diagnosis, Treatment and Rehabilitation of the physical and mental pathologies of the Elderly, which is located in a residential area, North - West, reference area of Amay - adjacent to the Urbanization of the Cypressess of the city of Huacho.

Key Word: *Prevention, Diagnosis, Treatment and Rehabilitation.*

To achieve the objective of implementing the urban architectural event, the study is divided into Ten Chapters, of various correlational themes in the work structure, according to detail:

FIRST CHAPTER: The Methodological Approach of the study is developed.

SECOND CHAPTER: It is posed; Theoretical Framework (Theoretical Bases, Conceptual Framework, Reference Framework).

THIRD CHAPTER: Proposal of urban-architectural intervention, data of the land located for its location and execution, analysis of factors linked to the project, natural and artificial, are consigned, they will be compatible with the national regulation of RNE buildings.

FOURTH CHAPTER: It takes into account previous considerations, the Type of Architectural Intervention, Architectural Order Guidelines, Basic Guidelines.

FIFTH CHAPTER: The identification needs is developed, to later propose the Architectural Programming, Programmatic Synthesis, the functional units of the Geriatric Center are identified, in accordance with the Anthropometry and Ergonomic of the elderly, the sectors will be determined, environmental considerations are proposed and constructive, general direct and indirect cost is estimated.

SIXTH CHAPTER: The generatrix idea, the projectual intentions where functional, spatial, aesthetic, environmental, lighting, sunlight, constructive technology aspects are raised. Concrete zoning is developed by levels.

SEVENTH CHAPTER: It develops, the architectural blueprint, raises general intentions for comfort (Lighting, Ventilation, and Air Conditioning); aesthetic intentions and / or internal and external finishes, basic engineering intentions, Structures, Sanitary, Electrical Installations; Safety regulations are also provided for easy access and evacuation.

EIGHTH CHAPTER: The Architecture Specialty Project is developed, through graphic representation (Distribution Plans, Sections, Elevations, and in 3d); and on the other hand, the plans of structures, and electrical, sanitary installations, etc. will be outlined.

NINTH CHAPTER: The Descriptive Memory of the Architectural Project is developed, in which it will be described in detail of the benefits of the project, and its sustainability.

TENTH CHAPTER: An analysis of the economic situation of the country is carried out and that concerns the viability of the project with the entities involved. Finally, Bibliographic Information.

INDICE:

CARATULA.....	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO:.....	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT:	vii
INDICE DE TABLAS:	xvii
ÌNDICE DE IMAGENES:	xviii
ÌNDICE DE FIGURAS:	xx
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO.....	4
1.1 CARACTERIZACIÓN GENERAL DEL ÁREA DE ESTUDIOS:.....	4
1.1.1 Ubicación Geográfica.	4
1.1.2. Localización – Área de Estudio.	5
1.2.- DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA:.....	6
1.2.1.- Análisis de Causas – Efectos:.....	16
1.2.2.- Análisis de Medios y Fines:.....	23
1.3.- DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:	26
1.3.1.- Problema General:	26
1.3.2.- Problemas Específicos:.....	26
1.4.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:	28
1.4.1.- Objetivo General:	28
1.4.2.- Objetivos Específicos:	28
1.5. HIPÓTESIS Y PRESUPUESTOS CONCEPTUALES:.....	29
1.5.1.- Análisis de Escenarios para la Intervención Arquitectónica y Urbanística:	29
1.5.1.1.- Escenario Tendencial (Sin Intervención).....	29
1.5.1.2.- Escenario Deseable (Sin Intervención).....	39
1.5.1.3.- Escenario Posible (Con Intervención).	41
1.5.2. Hipótesis General:.....	43
1.5.3. Hipótesis Específico:	43
1.6. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES RELEVANTES PARA EL PROYECTO ARQUITECTÓNICO.	44

1.6.1. VARIABLES INDEPENDIENTES Y DEPENDIENTES:.....	44
1.7. MATRIZ DE CONSISTENCIA TRIPARTITA.....	45
1.7.1. Consistencia Transversal: Problema / Objetivo / Hipótesis.....	45
1.7.2. Consistencia Longitudinal: Categorías Generales /Categorías Específicas.....	48
1.8.- DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:.....	50
1.8.1. Tipo de Investigación:.....	50
1.8.2. Nivel de Investigación:	50
1.8.3. Método de Investigación:.....	50
1.8.4 Población Muestra:	50
1.9.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS Y FUENTES DE RECOLECCIÓN DE DATOS... 52	
RELEVANTES PARA EL PROYECTO.	51
1.9.1. Técnicas:	51
1.9.2. Instrumentos:.....	51
1.9.3. Fuentes:	51
1.10. Esquema Metodológico General de Investigación y Construcción de Propuesta.....	52
(Urbano – Arquitectónico).....	52
1.10.1. Descripción de Fases:	52
1.11. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN E INTERVENCIÓN URBANO –	
ARQUITECTÓNICA:	54
1.11.1. Criterio de Pertinencia:	54
1.11.2. Criterio De Necesidad:.....	54
1.11.3. Criterio De Importancia:	55
1.11.3.1.- Social:	55
1.11.3.2.- Científica:	55
1.12.- ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN:.....	55
1.12.1.- Alcances:	55
1.12.2.- Limitaciones:	56
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL.....	57
2.1.- ANTECEDENTES TEÓRICOS RELACIONADOS CON EL PROBLEMA DE	
INVESTIGACIÓN:	57
2.1.1.- Investigaciones Científicas:	57
2.1.2.- PROYECTOS ARQUITECTÓNICOS URBANÍSTICOS.	61
2.1.2.1. Residencia Para Mayor En Mota Del Cuervo:.....	61

2.1.2.2.- Alcacer Do Sal Residences:.....	64
2.1.2.3. Centro Socio Sanitario Geriátrico Santa Rita:	67
2.2.- BASES TEÓRICAS:	70
2.2.1.- Teorías Generales y Sustantivas de la Arquitectura y el Urbanismo:	70
2.2.2.- Teorías Locales.....	71
2.3.- MARCO CONCEPTUAL: (Definición de Términos Básicos).....	73
2.3.1.- Conceptos Referidos al Tipo de Intervención Urbano Arquitectónica:	73
2.3.2.- Conceptos Referidos Al Tipo De Equipamiento A Proyectar	73
2.3.2.1.- Definicion y objetivos de la Geriatria:	75
2.3.2.2.- Valoración Geronto-Geriátrica Integral en el en el Unidades de Atencion.....	77
2.3.3.- Conceptos Técnicos Referidos Al Proceso De Diseño Arquitectónico.....	78
2.3.3.1.- Condiciones de Diseño Arquitectónico:	78
CAPITULO III: MARCO REFERENCIAL PARA LA PROPUESTA DE	82
INTERVENCIÓN (URBANA – ARQUITECTÓNICA):	82
3.1.- ANTECEDENTES.....	82
3.1.1.- La Ciudad y/o Localidad a Intervenir:.....	82
3.1.1.1.-Ubicación Regional, Limites Distritales y Provinciales.....	82
3.1.1.2.-Perfil Histórico de la Ciudad y/o Localización.	85
3.1.1.3.- Población.	86
3.1.1.4.- Dinámica Económica.....	88
3.1.2.- LOS ACTORES SOCIALES VINCULADOS AL PROYECTO.....	88
3.1.2.1.- La Institución promotora o beneficiaria del Proyecto y su rol en la Ciudad.....	88
3.1.2.2.- La Institución promotora o beneficiarios en el contexto local. Matriz de actores y	
3.1.2.3.- La Institución promotora y sus motivaciones y expectativas con respecto al	
proyecto.....	91
3.1.2.4.- Caracterización de los usuarios potenciales del proyecto.	91
3.1.3.- CRITERIOS PARA EL ANÁLISIS LOCALIZACIÓN DE LA PROPUESTA.	92
3.1.3.1.- Ubicación y descripción lugar de intervención.	92
3.1.4.- Valor Histórico y/o Paisajístico:.....	94
3.1.4.1.- Otros Factores de la Localización de la Propuesta.....	94

3.1.4.2.- Matriz de Ponderación del Terreno Localizado:	95
3.1.4.3.- Localización y Ubicación del Terreno en Estudio.....	96
3.1.4.4.- Plano del Perímetro:	97
3.2.- CONDICIONES FÍSICAS DE LA CIUDAD	98
3.2.1.- TERRITORIO:	98
3.2.1.1.- Orografía, Topografía, Relieves.	98
3.2.1.2.- Geología.....	98
3.2.2.- CLIMA:	98
3.2.2.1.- Componentes Meteorológicos.	98
3.2.3.- Paisaje Urbano	98
3.2.3.1.- Aspectos Generales del Entorno Inmediato.....	98
3.3- ACTIVIDADES URBANAS:	103
3.3.1.- Servicios Públicos:	103
3.3.2.- Equipamiento Urbano:.....	103
3.3.3.- Viabilidad y Transporte:	106
3.3.4.- Uso de Suelo:.....	106
3.4.- NORMATIVIDAD VIGENTE (AÑO 2019).....	106
CAPITULO IV: INTERVENCIÓN ARQUITECTÓNICA EN EDIFICACIONES.....	109
EXISTENTES:	109
4.1.- CONSIDERACIONES PREVIAS:	109
4.1.1.- Tipo de Intervención Propuesta:.....	109
4.1.2.- Pautas Generales de Orden Arquitectónico:	111
4.1.3.- Lineamientos Básicos:	111
CAPITULO V: LA PROGRAMACIÓN (URBANA O ARQUITECTÓNICA):	112
5.1. CONSIDERACIONES PREVIAS:	112
5.1.1.- Localización y Ubicación del Predio.....	112
5.1.1.1. Plano Perimétrico.....	113
5.1.1.2. Plano de Ubicación y Localización.....	114
5.1.2.- Relación del Proyecto con el Entorno:	115
5.1.3.- Consideraciones Conceptuales y Crono Tópicas Del Proyecto:	115
5.1.4.- Determinación de los Principales Componentes:	119

5.1.5.- Determinación de las Necesidades, Actividades y Ambientes Requeridos:	120
5.1.6.- Programación Arquitectónica	122
5.1.7.- Síntesis Programática:	125
5.1.8.- Organigrama Centro Geriátrico:	126
5.1.9. Antropometría y Ergometría Geriátrica (Estudio Antropométrico).....	127
5.1.9.1. Esquema Antropométrico:	127
5.1.9.2. Definición y Esquemas Ergonómicos Básicos.	128
5.1.10.- Determinación de Sectores del Centro Geriátrico Integral:.....	137
5.1.11.- Determinación de los Elementos de Circulación.....	138
5.1.11.1. Circulación.....	138
5.1.12. Criterios de Dimensionamiento del Proyecto:	139
5.1.13.- Consideraciones Constructivas Y Estructurales:	139
5.1.13.1.- Sistema Constructivo Aplicado.	139
5.1.14.- Consideraciones Ambientales Generales:	140
5.1.14.1.- Ventilación y Climatización:	140
5.1.14.2. Iluminación Natural y Artificial:	141
5.1.15. Consideraciones Instalaciones Básicas de Ingeniería:	142
5.1.15.1. Instalaciones Hidráulicas y Sanitarias:	142
5.1.15.2. Instalaciones Eléctricas y Electromecánicas:.....	142
5.1.16. Sistema de Ordenamiento del Centro Geriátrico Integral:.....	143
CAPITULO VI: EL PARTIDO ARQUITECTÓNICO:.....	144
6.1.- TOMA DE PARTIDO:.....	144
6.1.1.- Idea Generatriz:	144
6.1.2.- Geometrización:.....	145
6.1.3. - Propuesta Funcional:	146
6.1.4.- Propuesta Espacial, Contextual y Ambiental:	146
6.1.5.- Propuesta Iluminación y Asoleamiento:.....	146
6.1.6.- Propuesta Tecnológica Constructiva:	146
6.2.- Diagrama Espacio - Funcional del Centro Geriátrico Integral	147
6.2.1.- Diagrama Espacio Funcional – Sótano.....	147
6.2.2.- Diagrama Espacio Funcional – Primer Piso.	148

6.2.3.- Diagrama Espacio Funcional – Segundo Piso.....	149
6.2.4.- Diagrama Espacio Funcional – Tercer, Cuarto Piso.....	150
6.3.- ZONIFICACIÓN CONCRETA DEL CENTRO GERIÁTRICO INTEGRAL	151
6.3.1.- Zonificación Abstracta – Transferencia.	151
6.3.2.- Zonificación Definitiva Abstracta.	152
6.3.3.- Zonificación Sótano, Primer Piso.....	153
6.3.4.- Zonificación Segundo, Tercer Piso.	154
CAPITULO VII: ANTEPROYECTO ARQUITECTÓNICO:	155
7.1. Consideraciones Básicas para el Diseño Arquitectónico.....	155
7.2. Consideraciones Generales para el confort.....	155
7.2.1. Sistema de iluminación, ventilación y climatización.....	155
7.2.2. Sistema de Aislamiento acústico.	156
7.2.3. Sistema Integral de Seguridad.	156
7.3. - Consideraciones Selección de Acabados.....	157
7.3.1. Estudio de acabados por sectores y ambientes:	157
7.3.2. Tratamiento de fachadas exteriores e interiores.....	157
7.3.3. Tratamiento de Coberturas:.....	158
CAPITULO VIII: PROYECTO ARQUITECTÓNICO.....	159
8.1.- Desarrollo del Proyecto Arquitectónico.	159
8.1.1.- Plano Perimétrico y Ubicación.	159
8.1.2.- Proyecto Arquitectónico General.	160
8.1.3. Planos de Distribución Sótano, 1er, 2do, 3er, 4to y Techos	161
8.1.3.1. - Planos de Distribución Sótano - Centro Geriátrico.	161
8.1.3.2.- Planos de Distribución Primer Nivel - Centro Geriátrico.....	162
8.1.3.3.- Planos de Distribución Segundo Nivel - Centro Geriátrico.	163
8.1.3.4.- Planos de Distribución Tercer / Cuarto Nivel - Centro Geriátrico.	164
8.1.3.5.- Planos de Distribución de Techo – Centro Geriátrico.....	165
8.1.4. Planos de Cortes A-A', B-B', C-C', D-D', E-E', F-F' y G-G'	166
8.1.4.1. - Planos de Cortes A-A', B-B' - Centro Geriátrico.	166
8.1.4.2.- Plano de Cortes C-C', D-D' - Centro Geriátrico.....	167
8.1.4.3.- Plano de Cortes E-E', F-F', G-G' - Centro Geriátrico.	168

8.1.5.- Plano de Elevaciones Principal, Posterior y Lateral Derecho.	169
8.1.5.1.- Plano de Elevación Principal, Posterior - Centro Geriátrico.	169
8.1.5.2.- Plano de Elevación Lateral Derecho - Centro Geriátrico.	170
8.1.6. Detalles Arquitectónicos:	171
CAPITULO IX: DOCUMENTOS COMPLEMENTARIOS AL PROYECTO	179
ARQUITECTÓNICO:	179
9.1.- MEMORIA DESCRIPTIVA DE LA ESPECIALIDAD DE ARQUITECTURA	179
9.1.1.- Memoria Descriptiva:	179
9.1.2.- Ubicación Geográfica de Huacho.	179
9.1.3.- Ubicación y Localización Del Terreno:	179
9.1.4.- Datos Técnicos del Predio.	181
DEL PROYECTO:	182
9.2.- ANTECEDENTES	182
9.2.1. Diagnóstico de la Infraestructura Existente:	182
9.2.2.- PLANEAMIENTO ARQUITECTÓNICO.....	182
9.2.2.1.- Estructura Orgánica:	182
9.3.-FACTORES DETERMINANTES DEL PLANEAMIENTO ARQUITECTÓNICO.....	182
9.4.- PROPUESTA VOLUMÉTRICA.	184
9.4.1.-Especificaciones Técnicas Generales del Proyecto:	186
9.5.- ESTIMACIÓN DE COSTOS GLOBALES DEL EDIFICIO.	186
CAPITULO X: CRITERIOS GENERALES PARA LA EVALUACIÓN ECONÓMICO –	
FINANCIERA DEL PROYECTO:.....	187
10.1.- Análisis Económico del País y del Entorno de la Propuesta:	187
10.2.- Análisis Financiero:	187
BIBLIOGRAFÍA:	188
ANEXOS.....	194

INDICE DE TABLAS:

TABLA N°01 Crecimiento Poblacional del Distrito de Huacho-Periodo 2007 al 2018.....	9
TABLA N°02. Población Adulto Mayor de la Provincia de Huaura, por distritos al periodo 2018.	10
TABLA N°03. Proyeccion 10 Años Horizonte de la Población Adulto Mayor del Distrito	11
TABLA N°04. Identificación de Variables Independientes y Dependientes	44
TABLA N°05. Consistencia Transversal: Problema/Objetivos/Hipótesis.	45
TABLA N°06: Consistencia Longitudinal: Categorías Generales/Categorías Especificas.	48
TABLA N°07 . Consistencia Longitudinal: Categorías Generales/ Categorías Especificas.....	49
TABLA N°08: Consistencia Longitudinal: Categorías Generales/ Categorías Especificas.	50
TABLA N°09 . Población Adulto Mayor de la Provincia de Huaura por Distritos al 2018.....	86
TABLA N°10. Matriz de Actores.	89
TABLA N°11. Definiciones de Actores.....	89
TABLA N° 12. Calificaciones de Actores.	90
TABLA N°13 Matriz de Ponderación del Terreno Localizado.....	95
TABLA N° 14. Zona del Modelo y Areas Ocupadas, Provincia de Huaura	106
TABLA N° 15 . Áreas más Importantes del Centro Geriátrico Integral - 2019.....	110
TABLA N° 16. Según Banco Mundial - Esperanza de Vida Adulto Mayor.....	117
TABLA N° 17. Identificación de Necesidades.....	120
TABLA N° 18. Programa Arquitectónico.	122
TABLA N° 19. Síntesis Programática.....	125
TABLA N° 20. Rampa Pendiente.	129
TABLAN° 21. Silla de Ruedas - Circulación.....	131
TABLA N° 22 Sillas de Ruedas - Circulación	132
TABLA N° 23. Silla de Ruedas – Circulacion Puertas de acceso al Dormitorio.....	133
TABLA N° 24. Silla de Ruedas - Lavado.	136
TABLA N° 25. Sectorización.....	137
TABLA N° 26. Síntesis.	157
TABLA N°27. Estimación de Costos Globales del Edificio.....	186

ÍNDICE DE IMAGENES:

IMAGEN N° 01 .Vivienda Acondicionada - Contraviene RNE, MINSA, OMS.	17
IMAGEN N° 02 .Vivienda Unifamiliar Acondicionada, Techo Improvisado.....	17
IMAGEN N° 03 .Mobiliario Camas Comunes, sin Elementos de Seguridad.....	18
IMAGEN N° 04 .Piso Liso, Mobiliarios Comunes sin Elementos de Seguridad.	19
IMAGEN N° 05 .Plano de distribución , vista panorámica: organizacional lineal.....	61
IMAGEN N° 06 .Vista Panorámica – Fachada Lateral y Frontal (Medio Ambiente).....	62
IMAGEN N° 07 Vista Panorámica - Fachada Lateral y Frontal (Integración Medio.).....	62
IMAGEN N° 08 .Vista Panorámica - Fachada Lateral Posterior (Integración del medio).....	63
IMAGEN N° 09 .Vista panorámica–fachada lateral derecho integracion medio Ambiente.....	63
IMAGEN N° 10 .Localización: Alcacer Do Sol - Portugal.	64
IMAGEN N° 11 .Vista Panorámica - Residencia - Concepción Contemporánea.	65
IMAGEN N° 12 .Vista Panorámica - Residencia Geriátrica en Interior.	65
IMAGEN N° 13 .Plano de distribución – residencia Geriatrica.....	66
IMAGEN N° 14 .Vista Panorámica Fachada Frontal - Volumetría.	66
IMAGEN N° 15 .Localización y ubicación – google Eart Centro Socio Sanitario.....	67
IMAGEN N° 16 .Plano De Distribución Centro Socio Geriátrico	68
IMAGEN N° 17 .Vista Panorámica Espacio Multifuncional.	68
IMAGEN N° 18 .Vista Panorámica Espacio Sociabilización.....	69
IMAGEN N° 19 .Vista Panorámica Dormitorios / Sala De Reposo.	69
IMAGEN N° 20 .Vista Panorámica Sala de Reposo Para Adulto Mayor.....	70
IMAGEN N° 21 .Vista Panorámica del Área De Estudio, Terreno Localizado	93
IMAGEN N° 22 Terreno Alternativa "A" Imagen Google Earth.	93
IMAGEN N° 23 Vista Panorámica del Área De Estudio Terreno Localizado.....	93
IMAGEN N° 24 .Vista Panorámico Paciente Adulto Mayores.	116
IMAGEN N° 25 .Vista Panorámica: Albergue Ignacia Rudolfo Vda. De Canevaro.....	116
IMAGEN N° 26 .Vista De Frente.....	117
IMAGEN N° 27 .Idea Generatriz	135
IMAGEN N° 28 .Geometrizacion - Centro Gereatico.....	145
IMAGEN N° 29 .Coberturas.....	158
IMAGEN N° 30 Vista Panorámica - Fachada Principal Av. Ciro Alegría.	171
IMAGEN N° 31 Vista Panorámica - Fachada Lateral Derecho, Calle José Aramburú.....	171
IMAGEN N° 32 .Vista Panorámica - Jerarquía - Acceso Principal.....	172

IMAGEN N° 33. Vista Panorámica - Accesibilidad Emergencia.....	172
IMAGEN N° 34 Vista de Espacio De Sociabilización y Conectividad.....	173
IMAGEN N° 35 .Vista de Espacio de Sociabilización y Conectividad.....	173
IMAGEN N° 36 .Vista Panorámica Centro Geriátrico Integral.....	174
IMAGEN N° 37. Vista Panorámica Superior Centro Geriátrico Integral - Techos.....	174
IMAGEN N° 38 . Vestíbulo principal del Centro Geriátrico Integral.	175
IMAGEN N° 39. Vista Patio Central.....	175
IMAGEN N° 40. Vista de Espacio de Sociabilización y Conectividad.	176
IMAGEN N° 41. Vista Panorámica del Área de Servicios Complementarios.....	176
IMAGEN N° 42 .Vista Panorámica - Vestíbulo de Geriatria.	177
IMAGEN N° 43. Vista Panorámica - Pasillo Rehabilitación.	177
IMAGEN N° 44 . Vista de Dormitorio Individual - Adulto Mayor.	178

ÍNDICE DE FIGURAS:

FIGURA N°01. Ubicación Geográfica: Distrito de Huacho Provincia de Huacho	4
FIGURA N°02. Crecimiento del Distrito de Huacho - Periodo 2007 - 2018.	10
FIGURA N°03. Población Adulto Mayor de la Provincia de Huaura por Distritos.	10
FIGURA N°04. Proyección 10 Años Horizonte Población Adulto Mayor del Distrito	11
FIGURA N°05. Servicios de Salud - Seguro de Salud.	12
FIGURA N°06. Nivel Alcanzado por la Poblacion Adulto Mayor	13
FIGURA N°07. Arbol de Problemas.	15
FIGURA N°08. Arbol de Objetivos.	22
FIGURA N°09. Escenario Tendencial Socio Demográfico.	32
FIGURA N°10. Escenario Tendencial Socio - Económico.	35
FIGURA N°11. Escenario Tendencial Socio - Ambiental.	38
FIGURA N°12. Esquema Metodológico.	53
FIGURA N°13. Modelo de Atención Geriátrica Integral.	76
FIGURA N°14. Objetivos de la Geriatria.	78
FIGURA N°15. Localización de la Región Lima.	83
FIGURA N°16. Ubicación de la Provincia de Huaura.	83
FIGURA N°17. Ubicación del Distrito de Huacho.	84
FIGURA N°18. Localización y Ubicación de Terreno Propuesta.	84
FIGURA N°19. Crecimiento Poblacional del Distrito de Huacho 2007 – 2018.	86
FIGURA N°20. Población Adulto Mayor de La Provincia de Huaura por Distritos al 2018.	87
FIGURA N°21. Mapa - Actores	91
FIGURA N°22. Alternativa “A” Imagen Google Earth.	119
FIGURA N°23. Medidas Antropométricas del Adulto Mayor.	127
FIGURA N°24. Rampa Pendiente 8% , 6%.	128
FIGURA N°25. Silla de Ruedas.	129
FIGURA N°26. Silla de Ruedas - Radio de Giro.	130
FIGURA N°27. Silla - Circulación Pasillos y Pasos.	131
FIGURA N°28. Silla de Ruedas - Circulación /Puertas en Paramentos.	132
FIGURA N°29. Silla de Ruedas - Circulación Puertas de Acceso	133
FIGURA N°30. Técnicas de Acceso con Transferencia Lateral.	134
FIGURA N°31. Silla de Ruedas - Comportamiento de Inodoro/ Acceso.	134

FIGURA N°32. Silla de Ruedas - Sanitarios y Urinario.....	135
FIGURA N°33. Silla de Ruedas – Lavado.	135
FIGURA N°34. Ubicación Provincia de Huaura.	179
FIGURA N°35. Localización Distrito de Huacho.	180
FIGURA N°36. Vista Panorámica - Área en Estudio Centro Geriátrico Integral Distrital de Huacho , Provincia de Huaura , Departamento de Lima	180

INTRODUCCIÓN

“El envejecimiento es la única afeción fatal que todos compartimos.”

Leonard Hayflick

La Presente Investigación se refiere, en qué medida, una propuesta Arquitectónica de un Centro Geriátrico Integral, permitiría unos adecuados Servicios Geriátricos y Estancia Asistida, a efectos de elevar el nivel de salud y calidad de vida del adulto mayor, en el distrito de Huacho.

El envejecimiento de las personas es un desarrollo natural, invariable y constante, durante el ciclo de vida. En consecuencia, toda persona adulto mayor tiene derecho a una mejor calidad de vida, acceso a servicios de salud, razón de mi motivación de estudiar y conocer el nivel satisfacción de los usuarios con respecto a prestación de servicios de salud y estancia asistida en la ciudad de Huacho.

En la medicina la existencia de un avance sustancial, se han erradicado algunas patologías, se ha logrado implementar tratamientos de patologías incurables, se ha logrado conservar la salud y cooperar con procedimientos crónicos.

Según, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), 2015., En la nota de prensa se informa que: En el Perú viven más de 3 millones de adultos mayores. “La población adulto mayor (60 y más años de edad) asciende a 3 millones 11mil 50 personas que representan el 9.7% de la población total, 1 millón 606 mil 76 son mujeres (53.43%) y millón 404 mil 974 son hombres (46.6%)”. (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2015, págs. 1,2).

Según, Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), 2019. Afirma que: “los hombres peruanos vivirán en promedio de 72 años, mientras que las mujeres lo harán 77 años. Este indicador se modifica en función de las condiciones predominantes de mortalidad cuya incidencia aumenta o disminuya de morir”. El (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2019., págs. 1-3)

Cerca del 40% de los hogares tienen al menos un adulto mayor: Según los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) del año 2014, el 39,1% de los hogares lo integra algún adulto mayor de 60 y más años de edad y en el 8,1% de los hogares vive alguno de 80 y más años de edad.

Según lugar de residencia, se aprecia que en Lima Metropolitana los hogares con adultos mayores alcanzaron el 40,6%, en el área urbana 36,4% y en la zona rural 42,0%. (...). A nivel nacional, 39 de cada 100 adultos mayores tienen Seguro Integral de Salud: Según “el tipo de Seguro de Salud, al segundo trimestre de 2015, el 38,5% de los adultos mayores cuentan con Seguro Integral de Salud (SIS), 34,7% están afiliados a Es Salud y 4,2% a otro tipo de seguro social

“El 39% de los adultos mayores son hipertensos, 72.8% cuentan con diabetes tienen tratamiento, el 18% cuentan con cataratas”. (INEI, 2015, págs. 1,2).

Este es el panorama nacional del adulto mayor, a esta situación se suma, el servicio geriátrico, estancia asistida, es inadecuado y limitado, el mismo influye en el deterioro de la salud del adulto mayor en la región Lima y consecuentemente el distrito de Huacho, la oferta de los establecimientos de salud del estado MINSA y ESSALUD, se reduce a un consultorio, la no existencia de establecimientos geriátricos de parte del estado y en sector privado, se denominan “Hogares” son adecuaciones en edificaciones no diseñadas para tales fines, que contravienen las normas del MINSA, RNE, OMS.

Según, la muestra no probabilística, empleada en la metodología del estudio, durante la investigación de campo, uno de los obstáculos en la entrevista fue el temor de los adultos mayores para aceptar el dialogo del investigador, afectados psicológicamente por su condición de adulto mayor.

Se concluye: La esperanza de vida del adulto mayor está en incremento gradual, el mismo está generando necesidades, sociales, económicas, culturales y equipamiento urbano y servicios básicos. El efecto que se ve mermada la calidad de vida debido a las carencias encontradas, en los sectores de pobreza, consecuente la exclusión social, observándose el desequilibrio y vulnerabilidad de adultos mayores.

Los actores involucrados en promover y fomentar el bienestar del adulto mayor, deben encarar los desafíos presentes y futuros estimulando la inserción de la familia, la comunidad y sociedad.

Según, Avila Ferratt (2010). El objetivo prioritario de la geriatría nos dice que: “es lograr el mantenimiento y la recuperación funcional del adulto mayor para conseguir el máximo nivel de autonomía e independencia, de tal manera que se facilite su reinserción a una vida autosuficiente en el núcleo familiar y el entorno habitual”. (págs. 49,54).

Razón, por la que pretendo implementar un hecho urbano arquitectónico, denominada:

“Propuesta Arquitectónica de un Centro Geriátrico Integral de Bienestar para el Adulto Mayor, en el Distrito de Huacho - 2019”.

Infraestructura Geriátrica: Centrada en la *Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación de las Patologías física y mental para el Adulto Mayor*, el cual se ubica en zona residencial, Nor - Oeste, referencia zona de Amay – colindante con la Urbanización de los Cipreses de la ciudad de Huacho.

Para lograr el objetivo de la implementación del hecho urbano arquitectónico, el estudio está distribuido en Diez Capítulos, lo mismo que se hizo referencia en el resumen del presente estudio.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO.

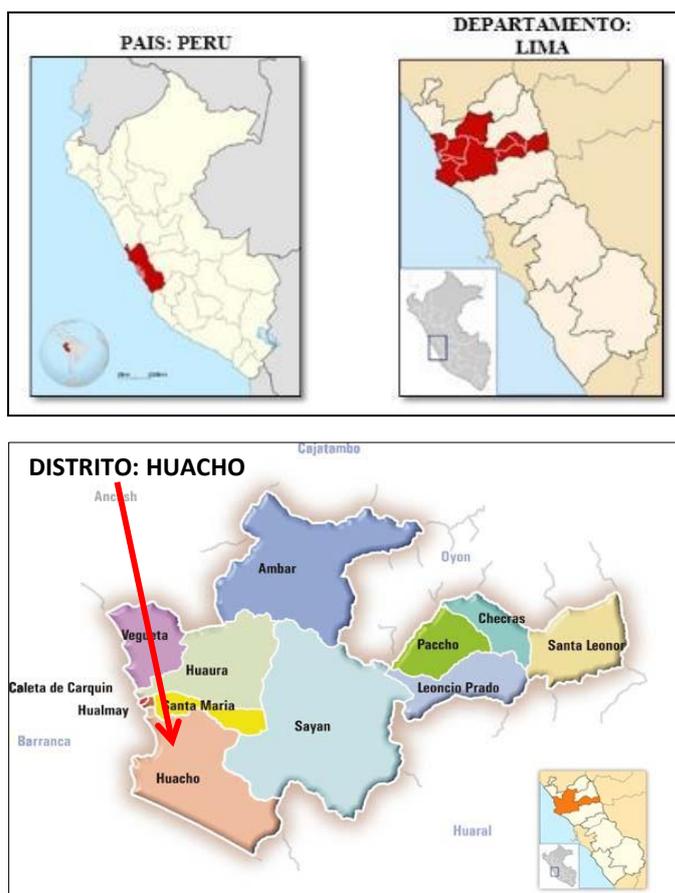
1.1 CARACTERIZACIÓN GENERAL DEL ÁREA DE ESTUDIOS:

1.1.1 Ubicación Geográfica.

El Proyecto de un Centro Geriátrico Integral para el distrito de Huacho, tiene la siguiente localización:

Región	: Lima
Departamento	: Lima
Provincia	: Huaura
Distrito	: Huacho
Región Geográfica	: Costa
Altitud	: 30m.s.n.m. (Ciudad Capital)

FIGURA N°01. Ubicación Geográfica: Distrito de Huacho Provincia de Huaura - Lima.



Fuente: <https://turismo-huacho.blogspot.com>

1.1.2. Localización – Área de Estudio.

Huacho es una ciudad en la costa central del Perú, capital de la provincia de Huaura y sede regional del departamento de Lima, ubicada en una bahía formada por el Océano Pacífico a 148 km al norte de la ciudad de Lima, próxima a la desembocadura del río Huaura.

La ciudad de huacho, según el instituto nacional de estadística e informática, es la decimonovena ciudad más poblada del Perú y albergaba en el año 2018 una población de 60,182 habitantes; está próxima a la reserva nacional Lomas de Lachay. Su área urbana ocupa no sólo el distrito homónimo, sino también los distritos de Santa María al Este, Huaura, Hualmay y Carquin al Norte.

Según, la Municipalidad Provincial de Huaura (MPH) ,2009. En el plan concertado 2009-2021, hace Referencia:

PROCESO URBANO:

Cuando hablamos de crecimiento urbano, nos podemos referir a un proceso demográfico intenso y una forma de ocupación extensiva del territorio. Respecto a la provincia de Huaura, podemos mencionar que mayormente está se debe al incremento poblacional de origen migratorio, siendo las principales aportantes, los distritos de la parte alta y media de la provincia como de las regiones de Ancash y la Libertad, la cual se asienta mayormente en los distritos de la margen costera. Para el caso de la ciudad de Huacho, está se ha configurado inicialmente una morfología poligonal simétrica dada las condiciones topográficas planas. Actualmente la falta de terrenos para la expansión urbana ha originado la ocupación de las colinas bajas en el Cerro Los Negritos y Colorado Grande debido a las limitaciones condicionadas por el relieve que lo circunda y la presencia del mar. (Huaura M. P., 2009-2021, págs. 49,50).

SISTEMA VIAL.

En cuanto a la infraestructura vial en la provincia de Huaura, se pueden apreciar dos realidades diferentes; la zona costera que es unida por la Panamericana sur cuyas condiciones de calidad son óptimas y constituyen una de las fortalezas de la región a diferencia de los poblados alto andinos a los cuales los une a través de vías de comunicación no asfaltados o muy deteriorados, teniendo como consecuencia que no favorece a las actividades productivas y en menor medida a la actividad turística que entre sus principales exigencias para la puesta en valor de un determinado recurso está el contar

con buenas carreteras que facilite la movilización de las personas. (Huaaura., 2009-2021, págs.50).

CONCLUSION:

El crecimiento urbano, tiene como origen al proceso migratorio, siendo los principales aportantes, distritos de la parte alta y media de la provincia como de las regiones de Ancash y la Libertad, situación del asentamiento es espontaneo, por satisfacer la necesidad de vivienda e inorgánica no cuenta con planificación urbana, en consecuencia, se origina la generación de necesidades en cuanto a equipamiento urbano y servicios básicos compatible con el crecimiento población.

La infraestructura geriátrica y estancia asistida tiene limitaciones e inadecuados servicios, frente a esta realidad la existencia una demanda insatisfecha.

1.2.- DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA:

Según Alvarado, Salazar (2014), en el Artículo Análisis del concepto del envejecimiento, Gereonkomos, explica que: El envejecimiento es un proceso inherente a la vida humana, el cual constituye una experiencia única, heterogénea y su significado varía dependiendo de la connotación que cada cultura haga de él.

Se entiende como un fenómeno multidimensional que involucra todas las dimensiones de la vida humana. El envejecimiento es un proceso complejo de la vida, donde se experimentan cambios de orden físico, psicológico y social entre otros; por lo cual, se constituye en un espacio ideal para brindar herramientas de intervención que permitan entender el fenómeno de envejecer y asimismo dar alternativas que promuevan la calidad de vida del adulto mayor para de esta manera poder crear taxonomías de cuidado que permitan un mayor conocimiento y, por ende, una mejor atención.

El envejecimiento como un problema de salud pública que afecta a toda la población mundial representa un reto para todos los profesionales de enfermería, quienes desempeñan un rol fundamental en el cuidado de la salud en la vejez, al encontrar adultos mayores en todos los contextos sanitarios donde ellas se desempeñan. La definición y posterior implementación de intervenciones de enfermería en el envejecimiento generadas desde la investigación constituyen un reto para la disciplina y la profesión al generar cuidados a partir de teorías que a su vez faciliten el entendimiento y abordaje del fenómeno. El cuidado de enfermería en el envejecimiento debe propender a abordar todas

las perspectivas del ser humano, en aras de fundamentar el entendimiento hacia los modelos de envejecimiento activo y exitoso que lleven al adulto mayor a entender el proceso de envejecimiento como algo normal, donde su experiencia se constituye en la principal herramienta para la toma de decisiones y por ende alcanzar la posterior adaptación a los cambios vividos. El estudio del envejecimiento se convierte en un desafío importante para la enfermería, ya que el conocimiento del fenómeno permitirá proponer y mejorar estrategias de intervención y mejorar la práctica de enfermería en el envejecimiento. (Alvarado Garcia & Salazar Maya, 2014, págs. 1- 62).

Según, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), 2015. En la nota de prensa se informa que: En el Perú viven más de 3 millones de adultos mayores. La población adulto mayor (60 y más años de edad) en el Perú asciende a 3 millones 11 mil 50 personas que representan el 9.7% de la población. De este total ,1 millón 606 mil 76 son mujeres (53.43%) y 1 millón 404 mil 974 son hombres (46.6%).

Cerca del 40% de los hogares tienen al menos un adulto mayor: Según los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) del año 2014, el 39,1% de los hogares lo integra algún adulto mayor de 60 y más años de edad y en el 8,1% de los hogares vive alguno de 80 y más años de edad.

Según lugar de residencia, se aprecia que en Lima Metropolitana los hogares con adultos mayores alcanzaron el 40,6%, en el área urbana 36,4% y en la zona rural 42,0%. (...). A nivel nacional, 39 de cada 100 adultos mayores tienen Seguro de Salud: “Según el tipo de Seguro de Salud, al segundo trimestre de 2015, el 38,5% de los adultos mayores cuentan con Seguro Integral de Salud (SIS), 34,7% están afiliados a Es Salud y 4,2% a otro tipo de seguro social

“El 39% de los adultos mayores son hipertensos, 72.8% cuentan con diabetes tienen tratamiento, el 18% cuentan con cataratas”. (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2015, págs. 1,2)

Este es el panorama nacional del adulto mayor, a esta situación se suma, el servicio geriátrico, estancia asistida, es inadecuado y limitado, el mismo influye en el deterioro de la salud del adulto mayor en la región Lima y consecuentemente el distrito de Huacho, la oferta de los establecimientos de salud del estado MINSA y ESSALUD, se reduce a un consultorio, la no existencia de establecimientos geriátricos de parte del estado y en sector privado, se denominan “Hogares” son adecuaciones en edificaciones no diseñadas para tales fines, que contravienen las normas del MINSA, RNE, OMS.

Respecto a la atención de los adultos mayores de parte de Es Salud, se ha limitado a un programa deficiente de actividades culturales y sociales, cuenta con algunos consultorios en los establecimientos de salud periféricos para la atención del adulto mayor, a cargo de médicos generales sin la especialización de la geriatría.

Las políticas institucionales y parte del estado, referidas al adulto mayor son menos importantes, no se han implementado servicios de geriatría en los hospitales generales, menos en el sistema de red de salud.

La sociedad de Beneficencia de Lima Metropolitana ostenta con infraestructura para Asilos y Albergues periféricos donde la atención es restringida de manera interdisciplinaria.

Las ONG, son motivadas por labor social, pero se ven limitadas por la falta de recursos económicos, pero muy a pesar de ello contribuyen con el adulto mayor.

La población adulto mayor de Huacho, se encuentra instaladas en los llamados “Hogares”, viviendas y espacios públicos, inadecuados, habilitados empíricamente e limitados a sus requerimientos, son espacios inhabitables, no cuentan con equipamiento y mobiliario ergonómico, contraviene las normas del RNE., MINSA, OMS.

Los actuales servicios de asistencia geriátrica y estancia asistida, que existen en los establecimientos de ESSALUD, MINSA, y Privados son limitados, presentando un déficit frente demanda existente.

Las adecuaciones en viviendas unifamiliares los denominados “Hogares” del sector privado son:

- “Esperanza de Santa María” alberga a 40 adultos mayores (Situación precaria e inhabitable).
- “San Judas Tadeo” alberga a 25 adultos mayores (Situación precaria e inhabitable).
- “Las Poncianas” alberga a 25 adultos mayores (Situación del espacio insuficiente e inhabitable).

ESSALUD, cuenta con Centro del Adulto Mayor, ubicado en la Avenida 28 de julio, centro urbano de la ciudad de Huacho, alberga aproximadamente a 600 adultos mayores, cuya función fundamental es la sociabilización y cultura, de igual forma carente de implementación y equipamiento.

El 2014, se implementó un Centro de Salud destinado al adulto mayor denominado Ing. Julio Fabre Navarrete, el mismo se adhiere a la red de la DIRESA – HUACHO, alberga 56 adultos mayores, donada por la empresa “Redondos” S.A. Situación de dicho establecimiento, sin equipamiento para tratamiento primario del adulto mayor, las

posibilidades de acceder son restringidas. Según, entrevista y dialogo con los adultos mayores, en los diferentes hogares existentes en la Ciudad de Huacho, manifiestan, el abandono de la familia, en muchos de los casos han sido excluidos y segregados del Núcleo Familiar, por no aportar económicamente con la familia.

La exclusión del adulto mayor de la vida ciudadana y familiar es evidente, la no auto aceptación de sus cambios trae como consecuencia sentimientos de inutilidad, depresión, angustia, miedos, soledad, aislamiento, inseguridad e incluso, suicidios. Y por otro lado el descuido de parte de las instituciones de velar la integridad del adulto mayor.

El crecimiento de la población adulto mayor, es más que evidente, la existencia demanda de atención al problema de salud, según el grado incidencia de los cambios físicos y mentales que afectan la dependencia de los adultos mayores, autovalentes, semivalentes, postrados.

Cada grupo por su condición de salud, posee requerimientos específicos, Los factores ambientales pueden afectar la salud del adulto mayor y de esta manera adelantar el proceso de envejecimiento.

EL crecimiento demográfico del distrito de Huacho, respecto al adulto mayor se ha incrementado, según, datos del Instituto Nacional de Estadística (INEI), para el periodo del **2007**, se tenía una población de **55,442 habitantes**, y adultos mayores entre mujeres y hombres de 60 a 80 y + , hacen un total **5,348 adultos mayores ,equivalente 9.65%** , y para el periodo del **2016**, se tenía una población de **59,431 habitantes**, y adultos mayores entre mujeres y hombres de 60 a 80 y +, hacen un total **8,946 adultos mayores, equivalente 16.14%** , para el periodo **2018**, se tiene una población de **60,182 habitantes** , adultos mayores de ambos sexos un total de 10,683 habitantes de 60 a 80 a más , **equivalente 19.27%**, se puede deducir que en 10 años se ha incrementado los adultos mayores y este proceso seguirá en aumento , para tener mayor objetividad se muestra. (Instituto Nacional de Estadística e Informatica, 2007-2018). **Tabla N°1,2,3; Figura N°1, 2,3.**

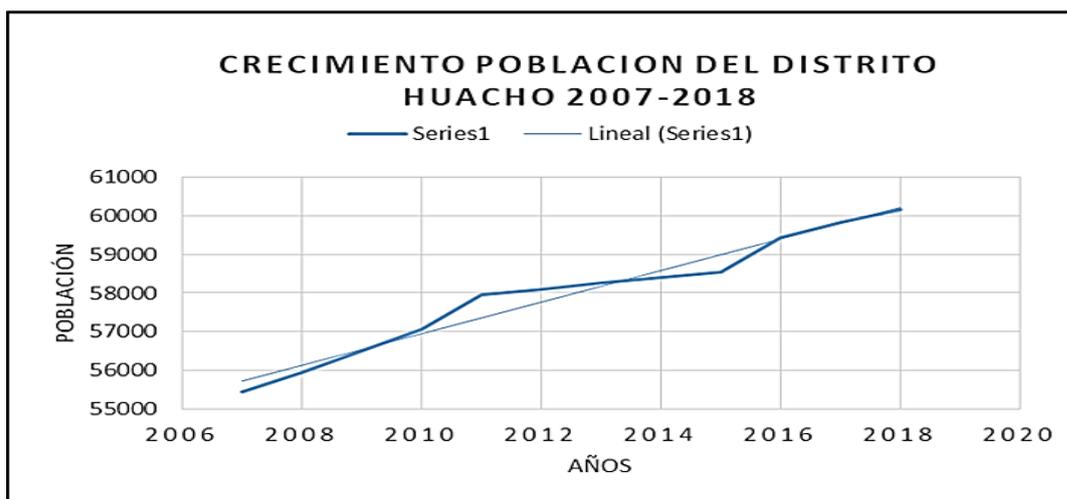
TABLA N° 01:

Crecimiento Poblacional del Distrito de Huacho - Periodo 2007 al 2018.

CRECIMIENTO POBLACIONAL DEL DISTRITO DE HUACHO – PERIODO 2007 AL 2018.

2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
55,442	55,941	56,501	57,066	57,954	58,105	58,252	58,397	58,532	59,431	59,841	60,182

Fuente: Elaboración propia.

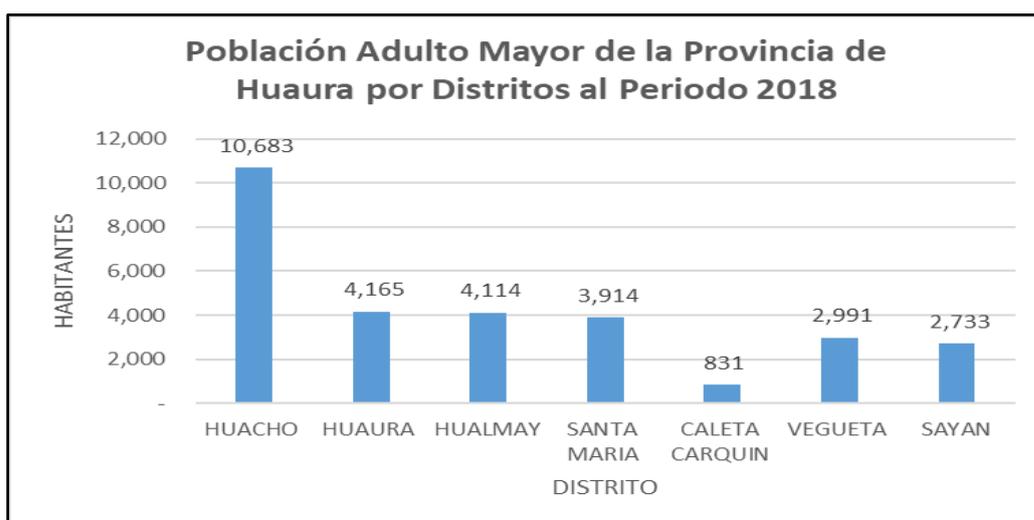
FIGURA N°02. Crecimiento del Distrito de Huacho - Periodo 2007 - 2018.

Fuente: Elaboración propia.

TABLA N°02. Población Adulto Mayor de la Provincia de Huaura, por distritos al periodo 2018.

POBLACIÓN ADULTO MAYOR DE LA PROVINCIA DE HUAURA, POR DISTRITOS AL PERIODO 2018.							
DISTRITOS	HUACHO	HUAURA	HUALMAY	SANTA MARÍA	CALETA CARQUÍN	VEGUETA	SAYÁN
POBLACIÓN ADULTO MAYOR	10,683	4,165	4,114	3,914	831	2,991	2,733

Fuente: Elaboración Propia.

FIGURA N°03. Población Adulto Mayor de la Provincia de Huaura por Distritos.

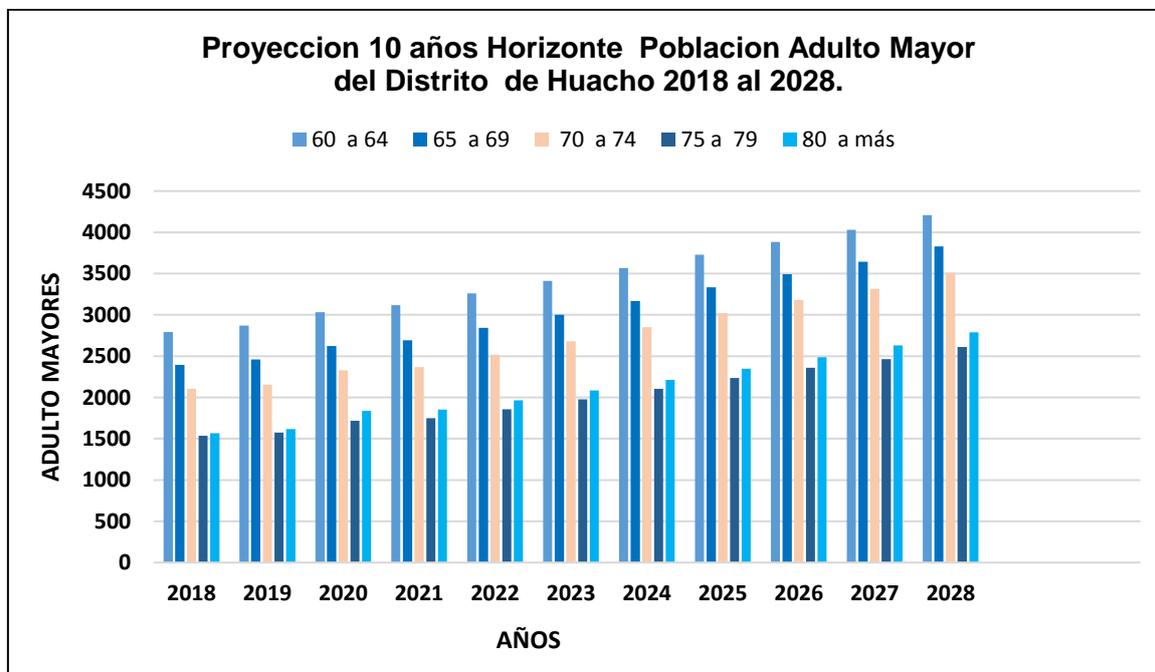
Fuente: Elaboración Propia.

TABLA N° 03. PROYECCION 10 AÑOS HORIZONTE DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR DEL DISTRITO DE HUACHO 2018 AL 2028.

PROYECCIÓN 10 AÑOS HORIZONTE DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR DEL DISTRITO DE HUACHO 2019 AL 2028											
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
60 a 64	2794	2870	3033	3118	3260	3410	3568	3729	3884	4031	4210
65 a 69	2393	2462	2622	2693	2842	3001	3167	3334	3494	3643	3830
70 a 74	2105	2154	2329	2368	2518	2680	2851	3022	3180	3317	3508
75 a 79	1537	1576	1716	1747	1856	1977	2104	2235	2358	2465	2611
80 a mas	1566	1619	1839	1854	1964	2084	2212	2348	2488	2630	2788

Fuente: Elaboración propia.

FIGURA N°04. Proyección 10 Años Horizonte Población Adulto Mayor del Distrito de Huacho 2019 al 2028.



Fuente: Elaboración propia.

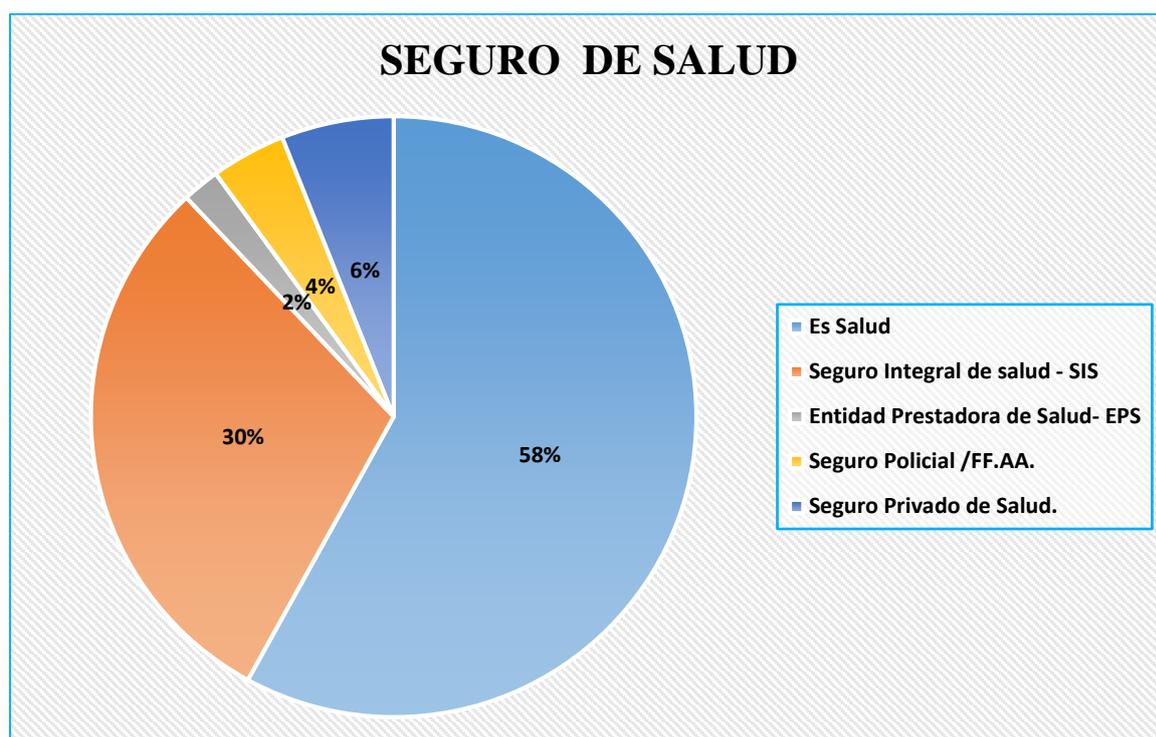
El efecto generado es la declinación funcional de la salud del adulto mayor (Físico, Psíquico, Social) deterioro, limitación, discapacidad, dependencia, situación de incremento de la mortalidad a temprana edad por las desatenciones y la inexistencia de un servicio integral geriátrico, estancia asistida. Respecto al empleo, uno de cada tres adultos mayores trabaja en la actualidad, solo el 12% que labora recibe beneficios por ley, el 9% fue capacitado al empezar

a laborar, el 40% de parejas de adultos mayores labora, el 84% de los que labora no tiene jefe, sino un trabajo independiente, el 5% ha sufrido algún accidente en su centro laboral.

Adscrito, al Seguro de Salud, Entidad Prestadora de Salud 2%, Seguro policial, FF.AA. 4%, Seguro de Salud 6%, Es Salud 58%, Seguro Integral de Salud SIS 30%.

(Ver Figura N°5).

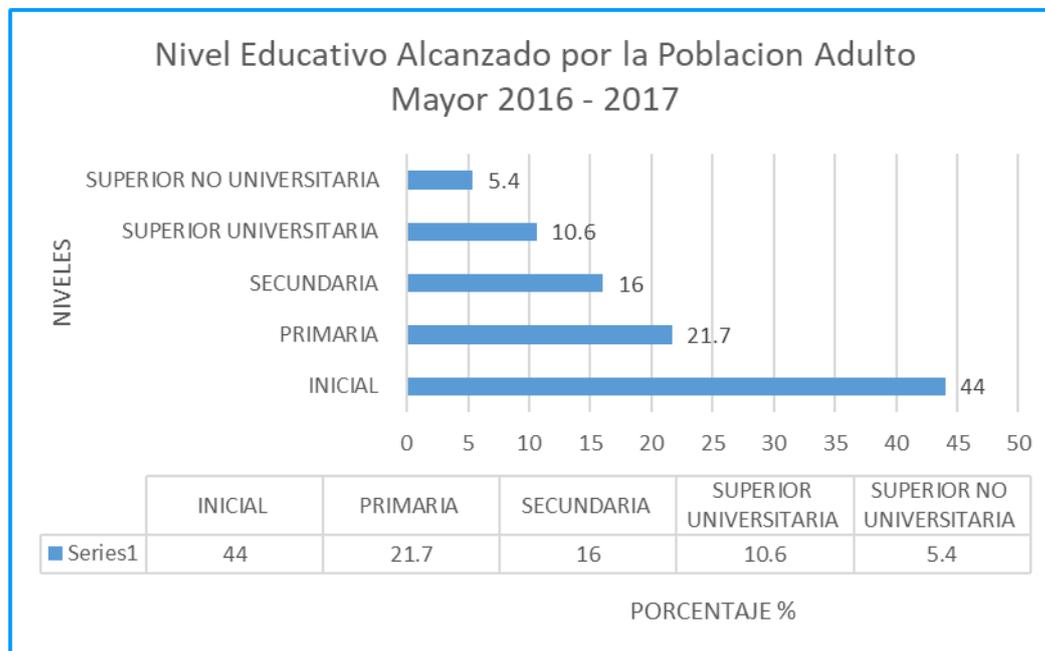
FIGURA N°05. SERVICIOS DE SALUD - SEGURO DE SALUD.



Fuente: Elaboración Propia

Ingreso Económico, promedio mensual de los adultos mayores es de S/.977.00, Uno de cada cinco adultos recibe un ingreso de S/. 400.00 y S/. 800.00. Dos de cada tres adultos mayores no ahorran nada de lo que recibe de sus ingresos. Educación, Según el Nivel de Instrucción. (Ver Figura N°05).

FIGURA N°06. NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO POR LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR 2016 - 2017.



Fuente: Elaboración Propia.

“Descripción, del Nivel Educativo Alcanzado por la población Adulto Mayor 2016-2017, Educación Inicial 44.0%, Educación Primaria 21.7%, Educación Secundaria 16.0%, Educación Nivel Superior, Educación Superior Universitaria 10.6%, Educación Superior No Universitaria 5.4%”. (INEI, 2018, pág. 4). (Ver Figura N°06).

Fuentes de Ingreso: Dinero otorgado por otras personas y propias 34%, Jubilación 32%, Trabajo fijo 20%, Ingresos por un trabajo rápido 18%, Rentas 3%, No percibe ingresos 8%, No precisa 2%.

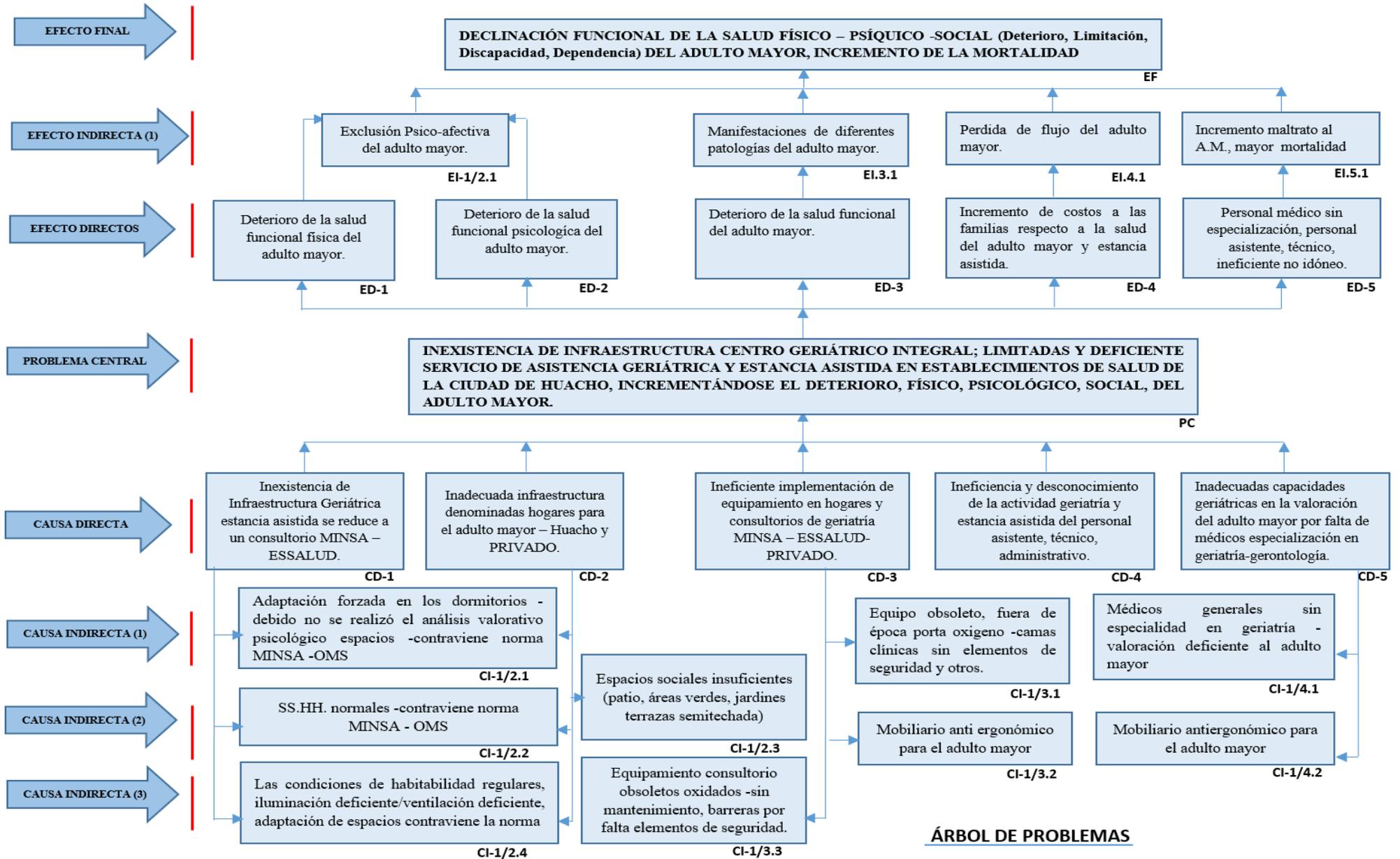
Principales actividades de entrenamiento, Cine 10%, Clubes 8%, Centro para el Adulto Mayor 7%, Bar 4%, Casinos 2%, situación del adulto mayor al 2018.

Situación, que se pone de manifiesto para dar solución, con una visión de “Mantener y

Proteger la Calidad de Vida de los Adultos Mayores en el distrito de Huacho”, a la existencia de una demanda creciente del servicio atención de salud y estancia asistida para el adulto mayor, ofertando un hecho urbano arquitectónico denominado:

“PROPUESTA ARQUITECTÓNICA DE UN CENTRO GERIÁTRICO INTEGRAL, DE BIENESTAR PARA EL ADULTO MAYOR, EN EL DISTRITO DE HUACHO – 2019”, infraestructura permitiría acceso a los servicios adecuados en los aspectos preventivos de salud, terapéuticos, Rehabilitatorios físicos paliativos, integrando los aspectos sociales y familiares, de forma que retrase los procesos de deterioro del adulto mayor, con el objeto de prolongar así su esperanza de vida.

FIGURA N°07. ARBOL DE PROBLEMAS.



1.2.1.- Análisis de Causas – Efectos:

CD.1.- En los establecimientos de salud y en sector privado del distrito de Huacho, presenta inadecuada e inexistente servicio geriátrico de planta para el adulto mayor, se reduce a un consultorio del MINSA – ESSALUD, las condiciones de confort, habitabilidad son inadecuadas.

CD.2.- La actividad de protección y cuidado al adulto mayor en los llamados “hogares” se desarrollan en forma, Inadecuada e ineficiente servicios de estancia asistida de planta para el adulto mayor del sector privado, en el distrito de Huacho.

CI.1/2.(1).- Insuficiente e ineficiente servicios de atención al adulto mayor, autovalentes, semivalentes, postrado; se reducen a viviendas mal acondicionadas en forma empírica, contraviene las normas geriátricas y gerontológicas.

CI.1/2.(2).- Inadecuado adaptación en los dormitorios, valoración psicológico deficiente, espacios, contraviene norma normas geriátricas y gerontológicas y RNE, MINSA-OMS. La razón fundamental, no se cuenta con profesionales especialistas en medicina geriátrica, el mobiliario anti ergonómico, sin elementos de seguridad.

CI.1/2.(3).- Inadecuados e insuficiente espacios sociales (*patios, áreas verdes, jardines, terrazas semi techadas*). En estas viviendas mal acondicionados no cuentan con espacios de sociabilización, conectividad, y no se tiene en cuenta el equipamiento necesario, poniendo en peligro la integridad física del adulto mayor.

CI.1/2.(4).- Inadecuado accesibilidad, e identificación barreras arquitectónicas. En estas viviendas que son objeto de acondicionamiento empírico, no han sido diseñados para tales fines, la circulación vertical deficiente, no existen rampas, lo que dificulta la circulación del adulto mayor, y pone en riesgo su estabilidad e integridad física, porque esta propenso a caerse y lesionarse.

CI.1/2.(5).- Inadecuados condiciones de habitabilidad, iluminación deficiente; ventilación deficiente, contraviene norma RNE, MINSA – OMS. En estas viviendas se observa, que la iluminación natural es deficiente, cuentan con iluminación artificial deficiente, respecto a la ventilación natural es pésima debido a que no está orientado en dirección de la corriente de aire, se percibe la presencia de olores, y la renovación de aire es deficiente, nocivo para la salud del adulto mayor.

CI.1.6.- Inadecuadas espacios psicomotores; servicios higiénicos normales, contraviene norma RNE, MINSA – OMS. Se observa que los servicios higiénicos no cuentan con

elementos de seguridad, pasamanos, barandas, situación que pone en peligro la integridad física del adulto

IMAGEN N°01 .Vivienda Acondicionada - Contraviene RNE, MINSA, OMS.



Fuente: Elaboración Propia.

IMAGEN N°02. Vivienda Unifamiliar Acondicionada, Techo Improvisado, Insalubridad Contraviene RNE, MINSA, OMS - Fiscalización.



Fuente: Elaboración Propia.

CD.3.- Ineficiente implementación de equipamiento geriátrico y estancia asistida MINSA – ESSALUD y sector privado. En los establecimientos o centros de salud del estado, en el sector privado, el equipamiento geriátrico es obsoleto, en pésimas condiciones de conservación.

CI-3.1.- Equipo obsoleto, fuera de época, (*porta oxígeno deteriorado y oxidado, camas clínicas sin elementos de seguridad*) y otros.

CI-3.2.- Mobiliario anti ergonómico para el adulto mayor.

CI-3.3.- Equipamiento de consultorios obsoletos, oxidados – sin mantenimiento, barreras por falta de elementos de seguridad.

Como, se puede observar las evidencias fotográficas, se utiliza mobiliario de un domicilio común y corriente, pero en este caso el mobiliario y equipo responde a las necesidades de tratamiento y cuidado del adulto mayor, no cuenta los elementos de seguridad (*camas, sillas*).

IMAGEN N° 03. Mobiliario Camas Comunes, sin Elementos de Seguridad



Fuente: Elaboración Propia.

IMAGEN N°04. Piso Liso, Mobiliarios Comunes sin Elementos de Seguridad,

Contraviene RNE, MINSA, OMS.



Fuente: Elaboración Propia.

CD.4.- Ineficiencia, personal no idóneo en asistencia geriátrica y estancia asistida, por la inexistencia de espacio de capacitación.

CI.4.1.- Personal no idóneo, ineficiente, ausencia de capacitación en la rama de la geriatría y gerontología.

En los establecimientos o centros de salud del estado y viviendas acondicionadas, no se cuenta con personal médico y técnico especializado en la rama de la geriatría, gerontología y la estancia asistida, a esto se suma la inexistencia de espacios de capacitación y talleres.

CD.5.- Inadecuadas espacios para las capacidades geriátricas y gerontológicas de los médicos.

CI.5.1.- Deficiente valoración al adulto mayor, por equipamiento deficiente y ausencia de especialización geriátrica y gerontológica de médicos.

CI.5.2.- Inoportuna, deficiente atención medica al adulto mayor.

La inexistencia de espacios, según reglamento RNE., MINSA, OMS, para evaluación, diagnostico, de las patologías del adulto mayor, el mismo no permite un auscultamiento real.

La falta de especialización en medicina geriátrica y gerontológica y estancia asistida, de los médicos y personal técnico, trae consigo una valoración no real al adulto mayor, en vez de mejorar su situación de salud, por la deficiente valoración la situación de salud del adulto mayor se ve mermada.

En consecuencia, los efectos más relevantes, derivada de esta problemática es:

ED.1.- El Deterioro de la salud funcional física del adulto mayor.

ED.2.- Deterioro de la salud funcional psíquica lógica del adulto mayor.

Debido a la inexistencia de una infraestructura geriátrica, equipada y con mobiliario en estrictas condiciones de seguridad y ergonomía, con características de funcionabilidad y durabilidad exigible.

EI.1/2(1). - Creciente demanda del adulto mayor durante los años, debido al crecimiento poblacional, del cual deriva la población adulto mayor y las patologías adquiridas producto por los hábitos de vida y la falta de atención primaria y especializada.

EI.1/2(2). - Exclusión psico-afectiva, social del adulto mayor, por la familia, y la sociedad.

La exclusión psico-afectiva, seguirá dándose, mientras las políticas educativas no se implementen programas de sensibilización y educación orientadas a los familiares. Cuidadores de los adultos mayores y a nuestra sociedad en general, respecto al adulto mayor.

Como en otras sociedades los adultos mayores son respetados y valorados. Además, las políticas de estado, no está previendo el incremento anual de 9.9% del adulto mayor, el mismo ya es un problema social, entonces se debe prever infraestructuras geriátricas y estancias asistidas, compatible con el crecimiento poblacional del adulto mayor.

En la actualidad la atención médica primaria y estancia asistida, de parte del estado, es mediocre, no contribuye en culminar su vida de forma digna con el adulto mayor.

ED.3.- El Deterioro de la salud del adulto mayor.

EI.3.1.- Incremento manifestaciones de patologías del adulto mayor.

La salud del adulto mayor se verá afectada por el deterioro, e incremento de patologías, debido a las desatenciones a falta de una implementación de equipos y amueblamiento o en estrictas condiciones de seguridad y ergonomía, con características de funcionabilidad y durabilidad exigible.

ED.4.- Disminución del flujo de adultos mayores.

EI.4.1.- Desmotivación, depresión, impotencia del adulto mayor

El adulto mayor se ve desmotivada en los hogares por la desprotección, falta de cuidado, y el desconocimiento del personal técnico, asistente, en el cuidado y atención al adulto mayor.

Una infraestructura nueva geriátrica y estancia asistida son medios que deben permitir una buena atención, el mismo complementado con personal capacitado, se reduciría el flujo de adultos mayores, el cual permitiría prolongar su salud del adulto mayor.

ED.5.-Atencion deficiente al adulto mayor, descontento, desmoralización e impotencia.

El.5.1.- Incremento maltrato del adulto mayor.

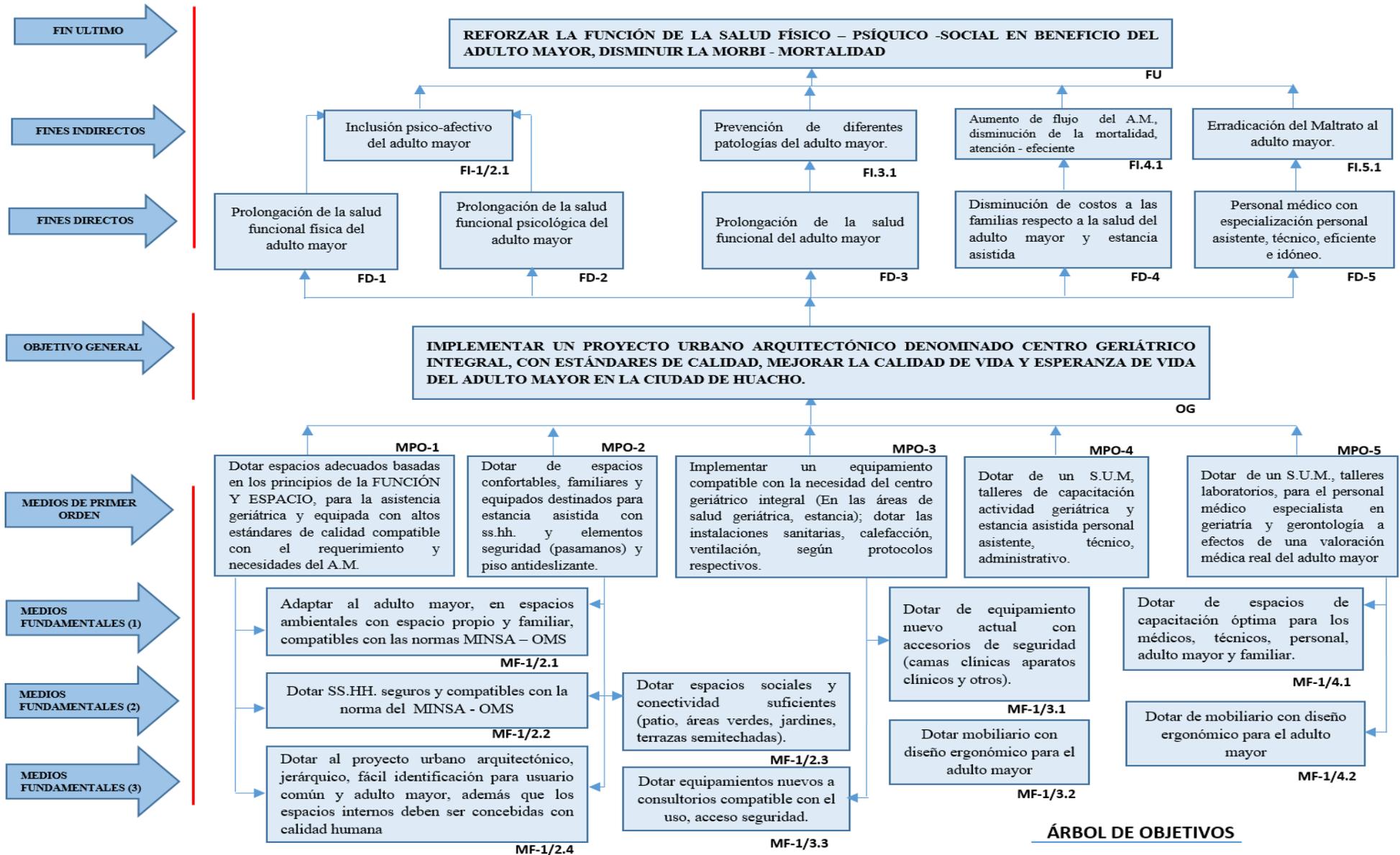
La falta de espacios, equipados para el cumplimiento de la especialización geriátrica, gerontológica, a ello se suma la falta de especialización de parte de los médicos y personal técnico en medicina geriátrica, gerontología.

Respecto a la estancia asistida, los espacios son híbridos, falta mayor humanización, y sensibilización de parte del personal médico y personal técnico, se observa sumisión de los adultos mayores, la existencia de maltrato al adulto mayor.

SE CONCLUYE:

La problemática de asistencia geriátrica y estancia asistida, en la actualidad afecta la salud del adulto mayor, como consecuencia, la Declinación Funcional de la Salud Física, Psíquico, Social (Deterioro, Limitación, Discapacidad y Dependencia) del adulto mayor, incremento de la morbi - mortalidad.

FIGURA N°08. **ÁRBOL DE OBJETIVOS.**



1.2.2.- Análisis de Medios y Fines:

Para abordar el problema respecto a las inadecuadas e limitadas infraestructura de planta para el servicio geriátrico y estancia asistida en el distrito de Huacho, se tiene como objetivo adecuadas condiciones urbanas arquitectónicas, denominado “Propuesta Arquitectónica de un Centro Geriátrico Integral, de Bienestar para el Adulto Mayor, en el Distrito de Huacho”.

MPO.1.- Adecuados Espacios de Planta para el Servicio Geriátrico Integral, para el Adulto Mayor, concordante con la normativa de RNE., MINSA – OMS.

MPO.2.- Adecuados Espacios de Planta para el Servicio de Estancia Asistida de Planta para el Adulto Mayor, concordante con la normativa de RNE, MINSA – OMS.

MF.1/2.(2).- Adecuado espacios para los dormitorios, valoración psicológico eficiente, espacios, concordantes con la norma MINSA – OMS.

MF.1/2.(4).- Adecuado accesibilidad, y fácil identificación y circulación.

MF.1/2.(5).- Adecuados condiciones de habitabilidad, iluminación eficiente; ventilación eficiente, concordante con la norma MINSA – OMS.

Mediante una adecuada infraestructura de planta, equipada y amoblada, para la atención geriátrica y estancia asistida, amoblada, uso de materiales reglamentarios.

La infraestructura, deberá disminuir la intensidad las dificultades de movilidad, accesibilidad, aprensión manual.

Mediante la implantación de rampas deben contar una pendiente del 8%, los pasamanos a 0.70 y 0.90m.de altura; los pisos deben con material antideslizante, eliminación de obstáculos de paso; altura de asientos, muebles, alacenas, agarradas en baños; forma y tamaño de manijas, botones, asas, etc. Para tenga equilibrio al movilizarse con seguridad.

Mediante la implantación, de requerimientos de origen sensorial o cognoscitivo, se hace necesario cuando se deben atender trastornos o disminuciones derivadas del envejecimiento.

Mediante la implantación de una circulación que debe permitir un desplazamiento fluido, con muletas, sillas de ruedas; promover alturas de muebles y artefactos adecuados.

Mediante la implementación de una iluminación natural en un 99%, y complementar con lo artificial.

Mediante la implementación de un sistema constructivo seguro, antisísmico, las características de los acabados deberán ser más humanas.

MF.1/2. (3). - Adecuados e suficientes espacios sociales (patios, áreas verdes, jardines, terrazas semitechadas).

Mediante la implementación de espacios sociales (comunes), y privados. El adulto mayor debe disponer de las alternativas de estar solo, o acompañado por sus parejas o por quien lo vaya a visitar.

MF.1.6.- Adecuado espacios psicomotores; servicios higiénicos normales, contraviene norma MINSA – OMS.

Mediante la implantación de elementos de seguridad en los espacios psicomotores (barandas), servicios higiénicos deben estar acondicionados y diseñados elementos de seguridad (barandas en ambos lados, inodoros, bidet, para poderse sentarse o pararse, la implementación de timbres de emergencia.

MPO.3.- Eficiente implementación de equipamiento geriátrico y estancia asistida, en el MINSA – ESSALUD y sector privado.

FI-3.1.- Equipo nuevo, actual, camas clínicas seguras, accesorios fijados.

FI-3.2.- Mobiliario ergonómico para el adulto mayor.

FI-3.3.- Equipamiento de consultorios nuevos, con accesorios seguros.

Mediante, la implementación de un equipamiento, amueblamiento en estrictas condiciones de seguridad y ergonomía con características de funcionabilidad y durabilidad exigible.

Mediante, la implantación de estándares de ergonomía especial adecuados en el diseño del Centro Geriátrico Integral, Estancia Asistida.

MPO.4.- Eficiencia, Idoneidad del personal en Asistencia Geriátrica y Estancia Asistida.

MF.4.1.- Personal idóneo, eficiente, capacitado en la rama de la Geriatria y Gerontología.

Se, debe contar personal técnico y asistente idóneo, previamente haber capacitado y programado capacitaciones periódicas, el buen trato, conocimiento del proceso de envejecimiento del adulto mayor.

FD.1.- Mejoramiento de la salud funcional física del adulto mayor.

FD.2.- Mejoramiento de la salud funcional psíquica lógica del adulto mayor.

Mediante la implementación una infraestructura geriátrica, equipada, y con mobiliario en estrictas condiciones de seguridad y ergonomía, con características de funcionabilidad y durabilidad exigible.

El mismo de contar con profesionales especialistas de geriatría y gerontología, mejorara la salud funcional física, psíquica lógica del adulto mayor.

FI.1/2(1).- Disminuir demanda de adultos mayores; durante el año.

Mediante, una atención de calidad, se equilibrará la creciente demanda. La detección oportuna de las patologías del adulto mayor permitirá que la salud sea preventiva y no curativa.

FI.1/2. (2). - Inclusión psico-afectiva, social, del adulto mayor

Mediante, la implementación y aplicación de programas de capacitación y concientización sensibilización, orientadas a los familiares y la sociedad, respecto al adulto mayor.

El estado está en la obligación de subvencionar, en implementar programas de educación respecto adulto mayor en las Instituciones educativas básicos regulares a efectos de contar con adultos mayores incluidos en los aspectos sociales, económicos y culturales.

MPO.5.- Adecuadas capacidades Geriátricas y Gerontológicas de los médicos.

MF.5.1.- Eficiente valoración al adulto mayor, médicos con especialización geriátrica y gerontológica.

MF.5.2.- Oportuna, eficiente atención medica al adulto mayor.

La especialización en materia de tratamiento, cuidado, asistencia médica primaria, rehabilitación y otros de la actividad geriátrica, gerontológica, y estancia asistida, es vital para la recuperación del adulto mayor, y mejora su calidad de vida.

En la Implementación de la nueva infraestructura geriátrica, debe ir acompañado con profesionales médicos, técnicos, asistentes, especializados en el sector.

Permitirá una mejorar la valoración al adulto mayor, encontrándose oportunamente la patología de cual se aqueja, y dar el tratamiento oportuno, para su recuperación.

La atención oportuna es vital, para mejorar la calidad de vida del adulto mayor, y de esa forma prolongar su vida.

La implementación del Centro Geriátrico Integral tiene como fin principal es de lograr el bienestar del adulto mayor mediante altos estándares de calidad del servicio geriátrico y estancia asistida, y fines específicos que se especifican:

FD.1.- Mejoramiento de la Salud Funcional Física del Adulto Mayor

Prevé espacios para actividades psicomotores, acrobáticos y equilibrio en espacios cerrados y abiertos.

FD.2.- Mejoramiento de la Salud Funcional Psicológicas del Adulto Mayor:

Prevé espacios para evitar barreras arquitectónicas y obstáculos en la circulación vertical y horizontal.

Dotar elementos de seguridad en cada espacio que hace uso el adulto mayor.

FI. ½ (1).- Disminuir la Demanda de adultos mayores durante el año.

La atención oportuna y eficiente se reducirá los adultos mayores durante el año.

FI. ½ (2).- Inclusión psico- afectiva, social del adulto mayor

Generaría, la seguridad, y confianza del adulto mayor, respecto a su salud, estancia asistida.

FD.3.- Mejoramiento de la Salud del Adulto Mayor

FI.3.1.- Reducción de manifestaciones de patologías del adulto mayor.

Generaría, seguridad en recorrer las instalaciones, en consecuencia, mayor autonomía funcional y psicológica, porque cuenta con elementos de seguridad.

El equipamiento y mobiliarios, pisos son con materiales apropiados, y elementos de seguridad, se evitará que el adulto mayor pueda caerse y /o lastimarse producto de los desequilibrios presentados por la edad.

FD.4.- Independencia Económica, mediante autorrealización.

FI.4.1.- Incremento de flujo del adulto mayor atención - interés

Si el adulto mayor con una atención oportuna lograría su recuperación, es probable que logre su independencia económica, así mismo permita hacer uso con mayor frecuencia el centro geriátrico integral.

FD.5.- Atención oportuna al adulto mayor, satisfacción y motivación.

FI.5.1.- Erradicar el maltrato del adulto mayor.

Generaría, mayor seguridad respecto a la atención geriátrica y estancia asistida, en beneficio de mejorar la salud del adulto mayor.

1.3.- DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

1.3.1.- Problema General:

¿En qué medida, la Propuesta Arquitectónica de un Centro Geriátrico Integral, permitiría adecuados servicios geriátricos y estancia asistida; a efectos de elevar el nivel de salud y calidad de vida del Adulto Mayor, ¿en el Distrito de Huacho – 2019?

1.3.2.- Problemas Específicos:

PE.1.- ¿En qué medida, los adecuados servicios geriátricos integrales de planta, permitiría la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las patologías del adulto mayor, en el distrito de Huacho?

PE.2.- ¿En qué medida, los adecuados servicios de estancia asistida de planta, permitiría la habitabilidad; un entorno hogareño y calidad de vida del adulto mayor en el distrito de Huacho?

PE.1/1.(1).- ¿Cómo, la implementación de espacios suficientes de atención al adulto mayor, (autovalentes, semivalentes, postrado), en el área médica, terapéutica, tratamiento y rehabilitación, permita un servicio geriátrico oportuno?

PE.1/2.(2).- ¿Cómo, la implementación de espacios hogareños, influye en la valoración psicológica en los adultos mayores, para los dormitorios que se diseñarán?

PE.1/2.(3).- ¿Cómo, la implementación de adecuados espacios sociales (patios, áreas verdes, jardines, terrazas semitechadas), influye en la psicología del adulto mayor?

PE.1/2.(4).- ¿Cómo, la implementación de una adecuada accesibilidad, influye en la circulación fluida del adulto mayor?

PE.1/2.(5).- ¿Cómo, la implementación de una adecuada iluminación natural, ventilación cruzada, influye en las condiciones de habitabilidad del centro geriátrico integral y estancia asistida?

PE.1.6.- ¿Cómo, la implementación de adecuados espacios psicomotores, servicios higiénicos con elementos de seguridad influye en preservar la integridad física y necesidades fisiológicas del adulto mayor?

PE.3.- ¿En qué medida, la implementación de un adecuado equipamiento y mobiliario, influye en el confort y eficacia del adulto mayor en el área de la geriatría y estancia?

PE-3.1.- ¿Cómo, la implementación de adecuadas camas clínicas seguras y accesorios, influye en el confort y eficacia del adulto mayor?

PE-3.2.- ¿En qué medida, la implementación de mobiliario ergonómico, influye en el confort y eficacia del adulto mayor?

PE-3.3.- ¿Cómo, la implementación de equipamiento y elementos de seguridad, influye en el confort y eficacia del adulto mayor?

PE.4.- ¿En qué medida, la implementación de espacios para la capacitación al personal, influye en la atención geriátrica y estancia asistida para el adulto mayor?

PE.4.1.- ¿Cómo, la idoneidad del personal, influye en la atención geriátrica y estancia asistida para el adulto mayor?

PE.5.- ¿En qué medida, las adecuadas capacidades geriátricas y gerontológicas de los médicos, con la dotación de espacios multifuncionales, influye en la atención geriátrica y permitiría una escala de valoración real al adulto mayor?

PE.5.1.- ¿En qué medida, la escala de valoración real, eficiente al adulto mayor, influye en la atención geriátrica y estancia asistida para el adulto mayor?

PE.5.2.- ¿En qué medida, la oportuna eficiente atención, influye en la optimización de la atención geriátrica y estancia asistida para el adulto mayor?

1.4.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

1.4.1.- Objetivo General:

Implementar, una Propuesta Arquitectónica de un Centro Geriátrico Integral, que permita optimizar el servicio geriátrico y estancia asistida, a efectos de elevar el nivel de salud y calidad de vida del Adulto Mayor, en el distrito de Huacho – 2019.

1.4.2.- Objetivos Específicos:

OE.1.- Implementar, adecuados espacios para el servicio geriátrico integral de planta, centrada en prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las patologías del adulto mayor; concordante con la normativa de MINSA – OMS.

OE.2.- Implementar, adecuados espacios para el servicio de estancia asistida de planta, centrada en atención primaria y servicios sociales para el adulto mayor; concordante con la normativa de MINSA – OMS.

OE.1/2.(1).- Diseñar espacios, suficientes de atención al adulto mayor, (autovalentes, semivalentes, postrado), en el área médica, terapéutica, tratamiento y rehabilitación.

OE.1/2.(2).- Diseñar espacios, para los dormitorios, teniendo en cuenta una valoración psicológico eficiente, espacios hogareños; concordantes con la norma MINSA – OMS.

OE.1/2.(3).- Diseñar espacios, sociales, áreas de recreación, suficientes, (patios, áreas verdes, jardines, terrazas semi techadas).

OE.1/2.(4).- Diseñar espacios accesibles y definidos de fácil identificación y circulación para el adulto mayor.

OE.1/2.(5).- Diseñar espacios habitables óptimos, y eficiente iluminación, ventilación; concordante con la norma MINSA – OMS.

OE.1/2.(6).- Diseñar espacios psicomotores eficientes; servicios higiénicos seguros; concordante con la norma MINSA – OMS.

OE.3.- Implementar un equipamiento y mobiliario que cumplan con estrictas condiciones de seguridad y ergonomía, con características de funcionabilidad y durabilidad exigible, en el área geriátrica y estancia asistida, en la infraestructura nueva.

OE-3.1.- Dotar de equipo y mobiliario nuevo (camas clínicas seguras y accesorios), para preservar la integridad física del adulto mayor.

OE-3.2.- Dotar, Mobiliario ergonómico, a fin de preservar la salud del adulto mayor.

OE-3.3.- Dotar, de equipamiento en consultorios, con accesorios seguros.

OE.4.- Implementar espacios adecuados para la capacitación al personal del establecimiento geriátrico, permitirá el desarrollo de programas de capacitación en la rama geriátrica y estancia asistida.

OE-4.1.- Diseñar espacios para la capacitación para el personal, y se logre la idoneidad, eficiencia, en la rama de la geriatría y gerontología.

OE.5.- Implementar espacios multifuncionales, que permita el desarrollo profesional a los médicos especialistas en la rama de la geriatría y gerontología, alcanzando realizar una escala de valoración real, al adulto mayor.

OE-5.1.- Mejorar la escala de valoración al adulto mayor, de parte de los médicos con especialización geriátrica y gerontológica.

OE-5.2.- Oportuna, eficiente atención medica al adulto mayor.

1.5. HIPÓTESIS Y PRESUPUESTOS CONCEPTUALES:

1.5.1.- Análisis de Escenarios para la Intervención Arquitectónica y Urbanística:

1.5.1.1.- Escenario Tendencial (Sin Intervención).

Escenario Tendencial Socio Demográfico

Estructura Demográfica.

(D-01) Según, Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), 2018.informa que: El Envejecimiento de la Población, Como resultado de los grandes cambios demográficos experimentados en las últimas décadas en el país, la estructura por edad y sexo de la población está experimentando cambios significativos. En la década de los años cincuenta, la estructura de la población peruana estaba compuesta básicamente por niños/ as; así de cada 100 personas 42 eran menores de 15 años de edad; en el año 2018 son menores de 15 años 27 de cada 100 habitantes. En este proceso de envejecimiento de la población peruana, aumenta la proporción de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 10,4% en el año 2018.el (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2007-2018, pág. 1).

(E-01) Según, Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI),2007. el distrito de Huacho, para el **periodo 2007**, cuenta con una población de **55,442 Habitantes**, y adultos mayores entre mujeres y hombres de 60 a 80

y +, hacen un total **5,348 adultos mayores**, equivalente **9.65%**, y para el **periodo 2018**, se tenía una población de **60,182 Habitantes**, y adultos mayores de 60 a 80 y +, hacen un total **10,683 adultos mayores**, equivalente **19.14%**, se puede deducir que en 10 años se incrementado considerablemente los adultos mayores, y este proceso seguirá. (INEI., 2018, págs. 1,2),

Según Género

(D-02) Según, análisis de la población del 2007 al 2018, se observa mayor cantidad de mujeres, con tendencia a crecimiento. Razón fundamental, se presenta cambios demográficos, la tasa natalidad esta disminución, la esperanza de vida de los hombres seria hasta 73 años, y para las mujeres hasta 78 años, a ello respondería la disminución de la población de los hombres.

(E-02) Entonces la población cuenta mayor cantidad de mujeres en relación a los hombres, se tiene como muestra, un deducible en el periodo del 2015, con una población de hombres 28,532 y mujeres 30,026 y para el periodo del 2017, con una población de hombres 28,967, y mujeres 30,464, la tendencia de crecimiento es de 2.55%, el mismo seguirá en incremento.

Según Nivel Educativo

(D-03) Según Análisis de realizado, se muestra en el Grafico/ Figura N°06. Nivel Educativo alcanzado por la población Adulto Mayor del 2016 al 2017. La Educación Inicial alcanzo estudiar el 44.0%, el Nivel Primario el 21.7%, Nivel Secundario 16.0% Educación Nivel Superior Universitaria 10.6%, Educación Nivel Superior No Universitaria 5.40%,

Existe una gran brecha entre hombres y mujeres adultos/as mayores en el nivel educativo.

(E-03) La población con respecto a la educación se observa que ostenta un nivel educativo de los diferentes niveles, en un porcentaje del 6% sin educación, se puede deducir que 4% de población no cuenta con un nivel de educación, lo cual según análisis esta tendiente a erradicarse el analfabetismo.

Según Salud

Población afiliada a Seguros de Salud

(D-04) Afiliación, al Seguro de Salud, Entidad Prestadora de Salud 2%, Seguro policial, FF.AA. 4%, Seguro de Salud 6%, Es Salud 58%, Seguro Integral de Salud SIS 30%. Información para el periodo 2018. Ver **(Figura N°05)**.

(E-04) La población adulto mayor cuenta con filiación a un seguro de salud, en un Es Salud en un 58%, Seguro Integral de Salud SIS 30%.

Algún problema de salud crónico, en Lima,” las mujeres en un 88.6% y los hombres 85.4%, y el sector rural en 77.4%. Las patologías en los adultos mayores más relevantes, la salud bucal y esófago, estómago, duodeno, artropatías trastornos en órganos genitales femeninos e infecciones vías urinarias”. (Minsa, 2018).

Algún tipo de problema de salud del adulto mayor, optó por remedios caseros, o se auto recetó (67,0%), Poco más de la cuarta parte (25,6%) no acudió a un establecimiento de salud, por diversas razones, situación similar sucede en Huacho.

Hogares Adultos Mayores

(D-05) Según encuestas y análisis de documentos se observa, de acuerdo al sexo, el 55.8% de los hogares nucleares de los adultos mayores son jefatura dos por hombres, siendo más del doble de la jefatura dos por mujeres (27.0%). En tanto, los hogares unipersonales como jefa mujer representan el 40.3% siendo casi tres veces más que los constituidos por hombres (13.6%).

(E-05) Según encuestas y análisis de documentos se observa, en el distrito de Huacho, 57% de los hogares nucleares de los adultos mayores son jefatura dos por hombres, siendo más del doble de la jefatura dos por mujeres (27.5%), En tanto, los hogares unipersonales como jefa mujer representan el 41%, siendo casi tres veces más que los constituidos por hombres (13.6%).

CONCLUSIÓN:

- El decrecimiento de la población adulto mayor (hombre) en relación con las (mujeres), la tendencia es de crecimiento de la, población de mujeres, por otro lado, la esperanza de vida de los hombres sería hasta 73 años, y para las mujeres hasta 78 años.
- En un 4% a 5%, de la población no ostenta ningún nivel de educación, lo que significa, según la tendencia es erradicarse en el tiempo.
- En lo que concierne a la filiación a un seguro de salud Es Salud 58%, SIS 30%.
- Patologías en los adultos mayores, la salud bucal, glándulas salivales, esófago, estómago y duodeno, artropatías trastornos no inflamatorias de órganos genitales femeninos e infecciones de vías urinarias, que se mantiene variables.

- Patologías del adulto mayor, la artropatía en un 21%, la enfermedad hipertensiva en un 20%, infecciones virales a la piel 9%, otras enfermedades al corazón 9%, tumores neoplasias en un 7%, principales motivos de atención.

FIGURA N°09. Escenario Tendencial Socio Demográfico.

PROYECTO: "PROPUESTA ARQUITECTÓNICA DE UN CENTRO GERIÁTRICO INTEGRAL, DE BIENESTAR PARA EL ADULTO MAYOR, EN EL DISTRITO DE HUACHO - 2019"

ESCENARIO TENDENCIAL		ÁMBITO TERRITORIAL				
ASPECTO - VARIABLE	ÁMBITO (A) GLOBAL - INTERNACIONAL	ÁMBITO (B) AMERICA LATINA	ÁMBITO (C) MACRO REGIONAL - Perú	ÁMBITO (D) MICRO REGIONAL - Lima	ÁMBITO (E) LOCAL - Huacho	
(01) ESTRUCTURAS DEMOGRAFICAS %	Las personas mayores de 60 años se duplicara para 2050, se requiere importantes cambios sociales. En % mayor - esperanza de vida 73 años promedio hombre.	Las personas mayores crecera de 3.5% en el periodo 2020 - 2025, tres veces mas rapido que el indice de crecimiento poblacional. En paises Brasil, R.D. el 4%	Para 2016, son menores de 15 años de cada 100 habitantes. En este proceso del envejecimiento de la poblacion peruana, el 16.14% son adultos mayores	(D-01) Texto pag. 36, ET	(E-01) Texto pag. 36, ET (Texto Realidad Problemática)	
(02) SEGÚN GENERO %	La esperanza de vida mujeres es superior en 5 años que los hombres, promedio 78 años. En % se observa un incremento por encima del % de hombres.	Un promedio de 86 hombres por cada 100 mujeres de 60 - 74 años, cifra que desciende a 70 hombres por cada cien mujeres en el grupo de 75 años o mas.	Adultos mayores 46.4% son hombres y 53.6% son mujeres de 60 años de edad a mas. La existencia de 7,20% de defrenacia, predomina la mujer en %	(D-02) Texto pag. 36,37, ET	(E-02) Texto pag. 37, ET (Texto Realidad Problemática)	
(03) SEGÚN NIVEL EDUCATIVO %	El nivel educativo, paises desarrollados superior, paises en vias de desarrollo la educacion es heterogenea, se basa en nivel de ingreso economico	La educacion, se basa en nivel economico, en gran proporcion analfabeta, poblacion es aun mayor, la poblacion joven es mas analfabetizada que la poblacion mayor.	18.8% cuenta con nivel inicial. 41.9% alcanzo el nivel primaria 23.9% alcanzo nivel secundario 15.5% nivel superior, 9.6% nivel superior y 5.8% sup no Univ.	(D-03) Texto pag. 37, ET	(E-03) Texto pag. 37, ET (Texto Realidad Problemática)	
(04) SEGÚN SALUD %	Las estrategias de la salud publica son ineficaces, sistema de salud actuales no estan adaptados a la atencion, los cuidados a largo plazo inadecuados e insostenible. Mayor % de enfermedades A.M.	La poblacion urbana de 60 y mas es beneficiara de la seguridad social, frente a 38% de zona rural; este ultimo baja a penas 10%	82.1% mujeres problemas de salud cronica. En un 70.5% se ve afectado la salud del adulto mayor, 84.5% son mujeres area urbana. 83.6% Lima Metropolitana. 38.2% tiene dentro sus miembros a un adulto mayor de 60 a mas.	(D-04) Texto pag. 37,38 ET	(E-04) Texto pag. 39, ET (Texto Realidad Problemática)	
(05) HOGARES - ADULTOS MAYORES %	Paises desarrollados 40% jefes de hogar, en un 35% viven solos, por antecedentes sociales y economicos.	La proporcion de hogares encabezados por mayores varia 16.1% y 33.6% entre los paises de la region existiendo marcadas diferencias según el sexo del jefe del hogar.	41.9% tiene dentro de sus miembros a un adulto mayor de 60 a mas años.	(D-05) Texto pag. 39, ET	(E-05) Texto pag. 39, ET (Texto Realidad Problemática)	
SINTEISIS (ET)	* Se duplicara en 50% al 2025. * Poblacion mujer - en incremento. * Educacion basada en los niveles economicos mayor % - educacion superior. * Poblacion afiliada a seguro privado del estado - heterogeneo.	* Crecera en un 3.5%, 2020 - 2025. * Mayor poblacion mujer. * Educacion basada en los niveles economicos, prioridad la alfabetizacion de juvenes. * Poblacion beneficiaria con el seguro social es urbana y n° la poblacion rural.	* 19.27% - 2018 - incremento A.M. * Mayor poblacion mujer. * Educacion basada en los niveles economicos, prioridad la alfabetizacion de juvenes. * Poblacion beneficiaria con el seguro social es urbana y menor n° la poblacion rural.	* 19.27% - 2018 - incremento A.M. * Mayor poblacion mujer. * Educacion basada en los niveles economicos, prioridad la alfabetizacion de juvenes. * Poblacion beneficiaria con el seguro social es urbana y menor n° la poblacion rural.	* Incremento considerable en 10 años A.M. * Poblacion mujer e incremento esperanza de vida hasta 78. * Educacion basado a los niveles E°, prioridad educacion juvenes. * Poblacion beneficiaria con el seguro social es urbana y menor n° la poblacion rural.	

CONCLUSION: La transicion demografica, a sufrido en ultimos años una transformacion, el crecimiento de la poblacion adulto mayor, revirtiendose en mayor porcentaje e incremento de la poblacion mujer vs hombres, mayor esperanza de vida de las mujeres a 78 años, versus los hombres 73 años, mayores tambien las necesidades en atencion geriatricas y gerontologicas, respecto a la educacion esta condicionado los niveles de ingresos economicos.

Escenario Tendencial Socio-Económico

Grupo de Edades

(D-01) El empleo se incrementó en todos los grupos de edad, siendo mayor este incremento entre la población de 45 años de edad en 4.1. % (49 mil 500 personas). Le siguió la población menor de 25 años de edad que creció en 1.4% (13 mil 100 personas) y en el grupo de 25 a 44 años de edad en 0.6% (16 mil 100 personas).

(E-01) El empleo en distrito de Huacho, también se incrementó de 25 a 44 años, por la nueva función que ostenta, como ciudad político administrativa, y el comercio en crecimiento.

Población Económicamente Activa (PEA).

(D-02) Según, Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) 2018. En la nota de prensa se informa que, 6 Actividad Económico. Los/as adultos/as mayores que están incluidos en la Población Económicamente Activa (PEA) representan el 56,1%, siendo mayor el porcentaje de hombres (68,5%) que de mujeres (44,7%). Los adultos mayores que no forman parte de la Población Económicamente Activa (NO PEA), representan el 43,9%, donde el porcentaje de mujeres es mayor al de los hombres en 23,8%. (INEI., 2018, págs. 1,2)

(E-02) Según análisis, La población económicamente activa PEA, para el periodo 2016, la existencia de una diferencia porcentual en los hombres del 0.8%, y en las mujeres de -2.2%. Y la población NO PEA, la diferencia porcentual es -0.8 en los hombres y en las mujeres es de 2.2 %.

Principales actividades Económicas

(D-03) Según análisis, de cada 100 adultos/as mayores ocupados/as del “área urbana del país, 25 trabajan en el rubro Comercio, 21 en Agricultura/Pesca/Minería, 20 en Otros Servicios y 11 en Manufactura. Los trabajadores dedicados a la Enseñanza se han incrementado en 2,8 puntos porcentuales, respecto a similar trimestre del 2015”. (INEI, 2018).

(E-03) Según, actividades, en la agricultura 1.6 %, manufactura 0.2%, construcción -1.5, comercio 00%, transporte y comunicaciones -0.4, alojamiento y comida 1.8%, enseñanza 2.0%, otros servicios 1.0%, se deduce que este proceso va disminuyendo gradualmente.

En la actividad comercial el punto porcentual es cero debido a que por el mismo proceso natural del envejecimiento no es apto para actividad.

Estratos sociales

(D-04), (E-04). - Predomina los estratos sociales económicos, medio, bajo; quienes están afiliados al SIS y no Afiliados, en otros términos, a las personas de menores recursos económicos.

CONCLUSIÓN:

- El empleo se incrementó en todos los grupos de edades, siendo el mayor incremento de 45 años a más y seguido por los 25 años.
- Según INEI, para el periodo 2018, la Población Económicamente Activa (PEA) representan el 56.1%, siendo mayor el porcentaje de hombres (68.5%) y de mujeres (44.7%).
- La Tendencia es decreciente en la PEA y NO PEA, debido al ciclo natural de envejecimiento del hombre y la mujer, por tal razón. Los puntos porcentuales varían del hombre y la mujer, predomina la población mujer.
- Respecto a las actividades económicas, mucho importa la salud óptima del adulto mayor, para poder desarrollar en las diferentes actividades económicas, situación actual es de crecimiento, según se observa datos obtenidos para el periodo del 2016 del INEI.
- Las actividades predominantes son el comercio, agricultura, pesca, minería, servicios, manufactura, y la enseñanza.
- Los estratos sociales, se han identificado como estrato social medio, bajo, en otros términos, menores recursos económicos.

PROYECTO: 'PROPUESTA ARQUITECTONICA DE UN CENTRO GERIÁTRICO INTEGRAL, DE BIENESTAR PARA EL ADULTO MAYOR, EN EL DISTRITO DE HUACHO - 2019

FIGURA N°10. Escenario Tendencial Socio - Económico.

ESCENARIO TENDENCIAL		ÁMBITO TERRITORIAL				
ASPECTO - VARIABLE	ÁMBITO (A) GLOBAL - INTERNACIONAL	ÁMBITO (B) AMERICA LATINA	ÁMBITO (C) MACRO REGIONAL - Perú	ÁMBITO (D) MICRO REGIONAL - Lima	ÁMBITO (E) LOCAL - Huacho	
(01) GRUPO DE EDADES %	Para 2015, 62.8% población en edad de trabajar, tubo un ligero descenso en un 62.50%. Se debe a factores estructurales	Las personas mayores de 60 años a mas, son desplazados por las nuevas generaciones 15-24 años a 35 años.	El 38% de la población es menor de 15 años, y solo 6% corresponde a 60 años a mas, cuya proyección al 2025 sera del 12%	(D-01) Texto pag. 42, ET	(E-01) Texto pag. 42, ET (Texto Realidad Problemática)	
(02) POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA (PEA) %	Caida en las tasas de poblacion activa se debe a factores cíclicos y como estructurales, el envejecimiento junto con el aumento, dan lugar disminucion y desaceleracion.	Tasas altas de participacion en el mercado , 82.8% Hombres, 71.0% mujeres. La existencia de disminucion y desaceleracion por factores cíclicos.	PEA, adulto mayor 56.8% - 2016 hombres 69.4%, 45.4% mujeres.	(D-02) Texto pag. 42, ET	(E-02) Texto pag. 42, ET (Texto Realidad Problemática)	
(03) POBLACION ECONOMICAMENTE NO ACTIVA (NO PEA) %	Se cuenta con 2 mil millones de personas en el mundo en edad de trabajar, que no participan en el mercado de trabajo	La actividad independiente predomina, en los adultos mayores Decreciendo por la edad de 60 a +	Adultos mayores que no forman PEA, representa 43.5%, el porcentaje de mujeres es mayor al de los hombres en 25% (NO PEA).	(D-03) Texto pag. 42, ET	(E-03) Texto pag. 43, ET (Texto Realidad Problemática)	
(04) PRINCIPALES ACTIVIDADES ECONOMICAS %	Países desarrollados predomina las actividades secundarias y terciarias. La participacion del adulto mayor de 60 años a mas, esta en descenso por la ocupacion de poblacion joven.	70% trabaja comercio, servicio personales, sociales y financieros, transportes; 54% manufactura, construccion, y el transporte, 61,90% las mujeres se concentra comercio.	De cada 100 adultos mayores ocupados del area urbana 29 w comercio, 20 en agricultura/pesca/mineria, 20 otros, servicios y 11 manufactura,	(D-04) Texto pag. 42, ET	(E-04) Texto pag. 43, ET (Texto Realidad Problemática)	
(05) ESTRATO SOCIALES %	La predominancia son los estratos medio - bajo abocados a las actividades economicas activas en el mayores.	La predominancia son los estratos sociales medio - bajo abocados a las actividades economicas activas en el cual se ubica los mayores.	La predominancia son los estratos sociales medio - bajo abocados a las actividades economicas activas en el cual se ubica los mayores.	(D-05) Texto pag. 43, ET	(E-05) Texto pag. 43, ET (Texto Realidad Problemática)	
SINTESIS (ET)	Caida en las tasas de poblacion activa se debe a factores cíclicos como estructurales en el envejecimiento junto con el aumento, dan lugar disminucion y desaceleracion	Tasas altas de participacion en el mercado, 82.8% Hombres, 71.0% mujeres. La existencia de disminucion y desaceleracion por factores cíclicos.	PEA, 56.8% hombres, 60.4% mujeres. No PEA, 43.5% mujeres, 25.0% hombres. Act. Predominantes economicas: Comercio/Pesca/Agricultura/Mineria /Servicios/ Enseñanza.	Tendencia decreciente, para el adulto mayor en el PEA/No PEA, debido al ciclo natural del envejecimiento de hombre y mujer. Datos obtenidos del INEI-2016	Similar situacion de desarrollo de decrecimiento del adulto mayor con respecto al PEA/No PEA, debido al ciclo natural de envejecimiento de hombre y mujer. Datos obtenidos de INEI-2016	
<p>CONCLUSION: El ciclo natural de envejecimiento, es una condicionante para el PEA, razon por la cual se genera No PEA, en actividades independientes, Comercio /Pesca/Agricultura/Mineria/Servicios/ Enseñanzas. Desde el punto social es una responsabilidad de parte de los estados de prever dicha situacion a efectos de que no se desborde dicha situacion.</p>						

Escenario Tendencial Socio- Ambiental

Residuos Solidos

(D-01) Los residuos sólidos recolectados por el sistema convencional en las vías accesibles y en el área urbana mediante sistema tecnología intermedia, va en aumento desde 2010 casi en un 90%, recolectando actualmente 148.58 Ton/día.

(E-01) Las áreas verdes en el distrito de Huacho, se cuenta en 27 % áreas verdes, va en disminución por la ocupación de áreas verdes y agrícolas, por el proceso de urbanización espontaneo e Inorgánico.

El sistema de recolección de residuo solidos convencional, está siendo sustituido por tecnología intermedia, (Camiones recolectores), en horarios de 7.30 am. A 8.30 am.

Aguas Residuales

(D-02) Las aguas residuales, son vertidas a los ríos, que van culminar al océano pacifico, las aguas residuales no son tratadas, además no cuentan con presupuesto para dicho fin.

(E-02) Respecto al distrito de Huacho, las aguas residuales, son vertidas a las canales de irrigación, ríos, y finalmente, terminan en el Océano Pacifico, las entidades de velar el medio ambiente, no cuentan con presupuesto ni alternativas de solución para tratar las aguas residuales, lo cual hace insostenible a futuro, la calidad de aire, y las áreas verdes.

Áreas Verdes

(D-03) Las áreas verdes la tendencia es disminución por el proceso de desarrollo urbano espontaneo e inorgánico se tiene un 27%, lo que representa que el 1m²/hab. Densidad que está por debajo de los parámetros de OMS, el mismo recomienda de 9 m² / hab. de área verde.

(E-03) Las áreas verdes, de igual forma en el distrito de Huacho, están siendo reducidos por el proceso de urbanización, el cual está depredando sin tomar en consideración los parámetros urbanísticos y acondicionamiento territorial, el cual está afectado la calidad de aire, la falta de áreas verdes para la población.

CONCLUSIÓN:

- Los residuos sólidos van en aumento, debido al crecimiento de la población, el cual no tiene políticas estratégicas para contrarrestar dicha situación.
- Las aguas residuales son vertidas a los ríos y al Océano Pacífico, no son tratadas, se asignan presupuesto insuficiente de parte de las entidades comprometidas.
- Las áreas verdes, están siendo depredadas, descuidadas debido a la falta de aplicación de las leyes de protección del medio ambiente.
- Las áreas verdes se van perdiendo por falta de la implementación de cultura educativa preventiva del cuidado del medio ambiente que nos rodea.

PROYECTO: "PROPUESTA ARQUITECTONICA DE UN CENTRO GERIÁTRICO INTEGRAL, DE BIENESTAR PARA EL ADULTO MAYOR, EN EL DISTRITO DE HUACHO - 2019

FIGURA N°11. Escenario Tendencial Socio - Ambiental.

DIMENSIÓN SOCIO AMBIENTAL		ÁMBITO TERRITORIAL				
ESCENARIO TENDENCIAL	ÁMBITO (A) GLOBAL – INTERNACIONAL	ÁMBITO (B) AMERICA LATINA	ÁMBITO (C) MICRO REGIONAL - Perú	ÁMBITO (D) MICRO REGIONAL - Lima	ÁMBITO (E) LOCAL - Huacho	
(01) RESIDUOS SOLIDOS %	Residuos sólidos, 7.000 a 10.000 millones de toneladas. 3.000 millones de personas carecen de acceso a instalaciones controladas de gestión de residuos sólidos. Aguas residuales domésticas, industriales, agrícolas, etc. Verdidas diariamente al medio ambiente. Solo el 20 % de aguas residuales recibe tratamiento, dejando afectados a los países en vías de desarrollo con la contaminación y enfermedades. La ONU sugiere tratar las aguas residuales a efectos reutilizar, deben considerar en su agenda los gob.	Los desechos organicos e inorganicos, estan en constante incremento el mismo se genera 0,65kg/dia por habitante. La poblacion de America latina se encuentra concentrada en ciudades, en más de un 80% Sin embargo la provisión de agua insuficiente mas aun el 70% de las aguas residuales no tienen tratamiento, lo cual dificulta alcanzar el ciclo de agua, particularmente por el reuso del agua debido a su contaminación.	Deshechos organicos e inorganicos que se generan tras el proceso de fabricacion, transformacion de bienes y servicios se genera 20,000 toneladas/dia cada per. 0,65kg/dia. Sin embargo la provision de agua insuficiente mas aun el 70% de las aguas residuales no tienen tratamiento, lo cual dificulta alcanzar el ciclo de agua, particularmente por el reuso del agua debido a su contaminación. En el Peru se ha ejecutado el 30% de la inversion en tratamiento de aguas servidas	(D-01) Texto pag. 45, ET	(E-01) Texto pag. 45, ET	
(02) AGUAS RESIDUALES %	La OMS establece, que areas verdes debe ser 9 m ² /hab. La existencia de disparidad al respecto. 3.5 m ² /hab. En algunos países, y las ciudades europeas son mas sostenibles, la existencia de mayor - area verde, mejor calidad de aire.	Brasil, sus ciudades, areas verdes por encima de la media, Medellin, Mexico, Quito; Puebla, y Santiago, areas verdes por debajo de la Media, Lima considera ciudad insostenible, mala utilizacion del agua, mala calidad del aire. Los residuos solidos va en aumento considerable. 0,65kg/dia por hab. Las aguas residuales no cuentan presupuesto suficiente para su tratamiento, y reutilizar. Faltan politicas estrategicas al respecto. Area verdes Brasil, cuenta con areas verdes, Mexico, Puebla, Santiago, Quito, cuentan con areas dentro de medio y superior, Lima ciudad insostenible, en todo.	Libertad, cuenta con 2,7 m ² /hab. Arequipa, cuenta con 1,86m ² /hab. Trujillo, cuenta con 3,8m ² /hab., el resto de las regiones no alcanza el 1m ² /hab. Entonces es preocupante dicha situacion. Se genera 20,000 Tn. Por dia, de residuo solidos, 0,65kg/hab. En el Peru 30% de presupuesto para inversion del tratamiento de aguas servidas, el mismo es insuficiente. No existe politicas bien definidas al respecto, que permita la reutilizacion del mismo (jardines y aseo de parques e instituciones.	(D-02) Texto pag. 45, ET	(E-02) Texto pag. 45, ET	
(03) AREAS VERDES %	Los residuos solidos va en aumento considerable. No existe politicas estrategicas para frenar dicha situacion tampoco gestion para tratar y reutilizar dichas aguas. No existe politicas de preservacion de areas, falta de planificacion del territorio, a efectos de lograr areas verdes, para una vida saludable.	Los residuos solidos va en aumento considerable. 0,65kg/dia por hab. Las aguas residuales no cuentan presupuesto suficiente para su tratamiento, y reutilizar. Faltan politicas estrategicas al respecto. Area verdes Brasil, cuenta con areas verdes, Mexico, Puebla, Santiago, Quito, cuentan con areas dentro de medio y superior, Lima ciudad insostenible, en todo.	Se genera 20,000 Tn. Por dia, de residuo solidos, 0,65kg/hab. En el Peru 30% de presupuesto para inversion del tratamiento de aguas servidas, el mismo es insuficiente. No existe politicas bien definidas al respecto, que permita la reutilizacion del mismo (jardines y aseo de parques e instituciones.	(D-03) Texto pag. 45, ET	(E-03) Texto pag. 46, ET	
SINTESIS (ET)				Los residuos solidos, va en aumento considerable, mas 0,65kr/dia. Areas verdes insuficientes, lo existente se debe preservar, porque la ciudad se ha hecho insostenible, por deficiente calidad de aire, por la contaminacion del transporte, fabricas y otros, efectos enfermedades respiratorias y pulmonares "asma".	Sistemas de recojo de residuos solidos se realiza sistema convencional se produce 148,50 tn/dia. El mismo esta siendo sustituido por tecnologia intermedia (camiones-recolectores). Las agua residuales no cuentan presupuesto para su tratamiento. Areas verdes, 27%, va en disminucion. lo que representa 1m ² /hab. densidad que esta por debajo los parametros de la OMS.	
<p>CONCLUSION: Los residuos solidos, países desarrollo son reciclados, las aguas residuales son tratadas, areas verdes prevista, países en vías desarrollo, residuo solidos no son reciclados, aguas residuales no son tratadas, areas verdes no previstas, a excepcion de Brasil, cuenta con areas verdes; Santiago, Mexico; Quito areas verdes relativamente prevista, Lima ciudad insostenible, calidad de aire mala, residuos solidos no son reciclados, no existe presupuesto para reciclar.</p>						

1.5.1.2.- Escenario Deseable (Sin Intervención)

Escenario Deseable Socio Demográfico:

Estructura Demográfica

La población está experimentando cambios significativos. En este proceso de envejecimiento de la población peruana, aumenta la proporción de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 19.27% en el año 2018, a mayor población adulto mayor, la necesidad en infraestructura geriátrica se incrementará.

Según Género

Según, análisis de la población del 2007 al 2018, se observa mayor cantidad de mujeres, con tendencia a crecimiento. Razón fundamental, se presenta cambios demográficos, la tasa natalidad esta disminución, la esperanza de vida de los varones seria hasta 73 años, y para las mujeres hasta 78 años, a ello respondería la disminución de la Población de los hombres, en los proyectos futuros se deberá considerar el incremento del % de mujeres. Se desea un equilibrio en la población femenina.

Según Nivel Educativo

Se deberá erradicar el analfabetismo, a efectos de tener mayor conocimiento del proceso de envejecimiento del adulto mayor en sus diferentes etapas, los aspectos socio políticos deberán contribuir en el sector.

Aspectos de Salud

Población afiliada a Seguros de Salud

La población de menores recursos, no asegurada debiera contar con un seguro de salud adecuado, a efectos de prevenir patologías a tiempo para su tratamiento y asistencia oportuna.

Población con algún problema crónico

Considerando que la población adulto mayor de mujeres está en incremento en el área urbana, en relación a los hombres se Deberá prever mayor infraestructura de tratamiento para enfermedades crónicas en mujeres y hombres.

Tipo de problema de salud y razones de no asistencia a establecimiento de salud. Los Entes o entidades, instituciones del gobierno comprometidos con la difusión de programas de salud preventiva, deberán incidir en dicha tarea a efecto de concientizar a los adultos mayores de los beneficios de un seguro de salud, y que es importante acudir a un establecimiento de salud para su evaluación oportuna de las patologías que lo aqueja.

Por otro lado, la estructura socio político respecto al sector de salud debe mejorar en cuanto a la atención al adulto mayor para su tratamiento, asistencia médica y rehabilitación.

Hogares- Adulto Mayor

Se desea mayor inclusión del adulto mayor, en la sociedad, en la familia, los entes involucrados como el estado deberá prever campañas de concientización respecto al adulto mayor, a efectos de no desampáralos, y tengan una vida digna.

Escenario Deseable Socio-Económico:

Grupo de Edades

La predominancia en la actualidad es de la población joven de 14 años a más, y los adultos de 45 años a más, las oportunidades van disminuyendo gradualmente, según los años de edad, se desea que dicho sesgo se reoriente a efectos no desamparar al adulto mayor.

Población Económicamente Activa (PEA)

La estructura sociopolítica es importante en la contribución que el adulto mayor, cuente con un trabajo digno, a efectos que forme parte del PEA, y logren su independencia económica.

En su defecto el estado debe contribuir en subvencionar con una pensión digna, a fin de evitar un problema social.

Principales Actividades Económicas

Las actividades económicas deben estar orientadas a la especialidad y capacidad de la población del adulto mayor, hombres y mujeres, con el objeto de incrementar su capacidad económica, consecuentemente elevar su calidad de vida.

- **Escenario Deseable Socio- Ambiental:**

Residuos Solidos

Se debería implementar sistema de recolección de residuos sólidos con tecnología intermedia, con el objeto de erradicar los residuos sólidos, evitar la contaminación ambiental. Y los entes comprometidos deberán promover la cultura de votar la basura en los vertederos diseñados para tal fin. A efectos de que se recicle.

Aguas Residuales

Las aguas residuales generadas, deben contar con presupuesto suficiente para ser objeto de ser tratados, de forma que se evite la contaminación ambiental.

Áreas Verdes.

La institución competente deberá implementar mayor fiscalización en las áreas en proceso de habilitación urbana con el objeto de erradicar la informalidad de los asentamientos, y no depreden las áreas verdes, que es vital para el desarrollo y la salud del ser humano.

1.5.1.3.- Escenario Posible (Con Intervención).

EL PROYECTO:

“Propuesta Arquitectónica de un Centro Geriátrico Integral, de Bienestar para el Adulto Mayor, en el Distrito de Huacho - 2019”, contribuirá a elevar el nivel de salud, el grado de satisfacción y la calidad de vida del adulto mayor.

- **Escenario Posible Socio Demográfico:**

Estructura Demográfica

Al incremento poblacional del adulto mayor, y la implementación de la infraestructura geriátrica y estancia asistida, permitiría satisfacer las necesidades de un porcentaje considerable de adultos mayores hombres y mujeres, en el distrito de Huacho.

Según género

Ante el incremento mayor de mujeres con respecto al hombre adulto mayor, se preverá las necesidades y requerimientos de la mujer, promover el equilibrio.

Según Nivel Educativo

Implementación de programas respecto al proceso de envejecimiento del adulto mayor en sus diferentes etapas, de forma que sensibilice, a la sociedad y la familia respecto al adulto mayor.

Según Salud:

Población afiliada a Seguros de Salud

La población de menores recursos, debiera contar con un seguro social universal, para acceder a los servicios de asistencia geriátrica y estancia asistida, con la implementación de la nueva infraestructura se pretende dar cobertura, un porcentaje considerable de adultos mayores, con el propósito a elevar el nivel salud, el grado de satisfacción y la calidad de vida del adulto mayor.

Población con algún problema crónico

Considerando que la población adulto mayor de mujeres está en incremento en el área urbana en relación de los hombres, la asistencia geriátrica y estancia asistida, en la nueva infraestructura, permitiría elevar el nivel salud, el grado de satisfacción y la calidad de vida del adulto mayor, el mismo se incrementaría los servicios para mujeres.

Hogares Adulto Mayor

En la implementación de nueva infraestructura está prevista la estancia asistida, el cual se prevé características en los espacios acogedores, adecuados, tranquilos con un concepto de un entorno hogareño; con el objeto que el adulto mayor se sienta como en su hogar satisfaciendo su necesidades fisiológicas (alimentación , abrigo , salud sueño), de seguridad (protección , vivienda), de estima (amistad ,afecto , aceptación) , autoestima (respeto ,confianza, statús), autorrealización (independencia en su desenvolvimiento del adulto mayor). (Maslow, 2012, pág. 370).

- **Escenario Posible Socio - Económico:**

Grupo de Edades

Con la implementación de la infraestructura geriátrica, se generan fuentes de trabajo directa e indirecta, las cuales se pretende utilizar el criterio de racionalidad y razonabilidad en cuanto a cubrir brechas labores de las diferentes edades.

Población Económicamente Activa (PEA)

La implementación de la infraestructura geriátrica, permitirá elevar el nivel salud, el grado de satisfacción y la calidad de vida del adulto mayor, consecuentemente podrán valerse para seguir laborando, en los diferentes giros de negocio. Incrementándose fuentes de trabajo directo e indirecto.

La población que no está considerada en el PEA, podrá laborar indirectamente en referido proyecto, en actividades inherentes al mismo.

Principales Actividades Económicas

Las actividades que estén orientadas a la implementación del nuevo proyecto, deberán ser compatibles con actividades de bienestar del adulto mayor y la salud.

- **Escenario Posible Socio- Ambiental:**

Residuos Sólidos

La implementación de la recolección de residuos sólidos con tecnología intermedia, permitiría erradicar los residuos sólidos, a fin de evitar la contaminación ambiental. Además, deberá incrementarse el presupuesto, para su reciclaje.

Áreas Verdes

La implementación de infraestructura geriátrica y estancia asistida preverá áreas verdes a falta del mismo, permita elevar el nivel salud, el grado de satisfacción y la calidad de vida del adulto mayor.

1.5.2. Hipótesis General:

- **La Implementación de una propuesta arquitectónica de un Centro Geriátrico Integral, permitiría optimizar el servicio geriátrico y estancia asistida, a efectos de elevar el nivel de salud y calidad de vida del adulto mayor, en el distrito de Huacho - 2019.**

1.5.3. Hipótesis Específico:

HE.1.- La implementación de adecuados espacios para el servicio geriátrico integral de planta, permitiría que los servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las patologías sean oportunos, en favor del adulto mayor; concordante con la normativa de MINSA – OMS.

HE.2.- La implementación de adecuados espacios para el servicio de estancia asistida de planta, permitiría la habitabilidad óptima y entorno hogareño para el adulto mayor; concordante con la normativa de MINSA – OMS.

HE.3.- La implementación de equipamientos y mobiliarios que cumplan con estrictas condiciones de seguridad y ergonomía, con características de funcionabilidad y durabilidad exigible, en el área geriátrica y estancia asistida, permitiría la atención ambulatoria de calidad y confort para el adulto mayor.

HE.4.- La implementación de espacios adecuados para la capacitación al personal del establecimiento geriátrico, permitiría optimizar el desarrollo de programas de capacitación en la rama geriátrica y estancia asistida.

HE.5.- La implementación de espacios multifuncionales, permitiría el desarrollo profesional a los médicos especialistas en la rama de la geriatría y gerontología, alcanzando realizar una escala de valoración real, al adulto mayor.

1.6. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES RELEVANTES PARA EL PROYECTO ARQUITECTÓNICO.

1.6.1. VARIABLES INDEPENDIENTES Y DEPENDIENTES:

TABLA N°04.

Identificación de Variables Independientes y Dependientes.

TABLA NR0.04 IDENTIFICACION DE VARIABLES INDEPENDIENTES Y DEPENDIENTES			
HIPOTESIS GENERAL	HIPOTESIS ESPECIFICA	VARIABLE INDEPENDIENTE	VARIABLE DEPENDIENTE
	HIPOTESIS GENERAL	CENTRO GERIATRICO INTEGRAL	PERFIL DEL ADULTO MAYOR (SOCIAL, ECONOMICO, MEDIO AMBIENTAL)
HG. LA IMPLEMENTACION DE UNA PROPUESTA ARQUITECTONICA DE UN CENTRO GERIATRICO INTEGRAL, PERMITIRA OPTIMIZAR EL SERVICIO GERIATRICO Y ESTANCIA ASISTIDA A EFECTOS DE ELEVAR EL NIVEL SALUD Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN EL DISTRITO DE HUACHO	HIPOTESIS ESPECIFICA HE-1	VARIABLE INDEPENDIENTE (VI-1)	VARIABLE DEPENDIENTE (VI-1)
	HE-1. La implementación de adecuados espacios para el servicio geriátrico integral de planta, permitirá que los servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las patologías sean oportunos, en favor del adulto mayor; concordante con normativa de MINSA-OMS.	ESPACIO DE SERVICIO GERIATRICO INTEGRAL	PERCEPCION DE LA SALUD /GRADO DE AUTONOMIA /ATENCION AMBULATORIA /CALIDAD DE ATENCION
	HIPOTESIS ESPECIFICA HE-2	VARIABLE INDEPENDIENTE (VI-2)	VARIABLE DEPENDIENTE (VI-2)
	HE-2. La implementación de adecuados espacios para el servicio de estancia asistida de planta, permitirá habitabilidad optima y entorno hogareño para el adulto mayor; concordante con normativa de MINSA-OMS.	ESPACIO DE SERVICIO DE ASISTENCIA ASISTIDA	HABITABILIDAD -ENTORNO HOGAREÑO
	HIPOTESIS ESPECIFICA HE-3	VARIABLE INDEPENDIENTE (VI-3)	VARIABLE DEPENDIENTE (VI-3)
	HE-3. La implementación de un equipamiento y mobiliario que cumplan con estrictas condiciones de seguridad y ergonomía con características de funcionalidad y durabilidad exigible, en las áreas de la geriatría y estancia asistida, permitirá atención ambulatoria de calidad y confort para el adulto mayor.	EQUIPAMIENTO /MOBILIARIO GERIATRICO	CONFORT/BIENESTAR
HIPOTESIS ESPECIFICA HE-4	VARIABLE INDEPENDIENTE (VI-4)	VARIABLE DEPENDIENTE (VI-4)	
HE-4. La implementación de espacios adecuados para la capacitación al personal del establecimiento geriátrico, permitirá optimizar el desarrollo de programas de capacitación en la rama de la geriatría y estancia asistida.	ESPACIOS ADECUADOS DE CAPACITACION	CALIDAD DE ATENCION GERIATRICO	
HIPOTESIS ESPECIFICA HE-5	VARIABLE INDEPENDIENTE (VI-5)	VARIABLE DEPENDIENTE (VI-5)	
HE-5. La implementación de espacios multifuncionales, permitirá al desarrollo profesional a los médicos especialistas en la rama de la geriatría y gerontología, alcanzando realizar una escala de valoración real al adulto mayor.	ESPACIOS MULTIFUNCIONALES	CALIDAD DE ATENCION /VALORACION GERIATRICA OPTIMA	

1.7. MATRIZ DE CONSISTENCIA TRIPARTITA.

1.7.1. Consistencia Transversal: Problema / Objetivo / Hipótesis.

TABLA N° 05. Consistencia Transversal: Problema/Objetivos/Hipótesis.

CONSISTENTE DE PRIMER ORDEN	<u>PROBLEMA GENERAL</u>	<u>OBJETIVO GENERAL</u>	<u>HIPÓTESIS GENERAL</u>
	<p>PG.- ¿En qué medida, la propuesta arquitectónica de un Centro Geriátrico Integral, permitiría adecuados servicios geriátricos y estancia asistida; a efectos de elevar el nivel de salud optimo y calidad de vida del adulto mayor, ¿en el distrito de Huacho -2019?</p>	<p>OG. - Implementar una propuesta arquitectónica de un Centro Geriátrico Integral, que permita optimizar el servicio geriátrico y estancia asistida, a efectos de elevar el nivel de salud y calidad de vida del adulto mayor, en el distrito de Huacho - 2019.</p>	<p>HG.-La Implementación de una propuesta arquitectónica de un Centro Geriátrico Integral, permitiría optimizar el servicio geriátrico y estancia asistida, a efectos de elevar el nivel de salud y calidad de vida del adulto mayor, en el distrito de Huacho -2019.</p>

CONSISTENTE DE SEGUNDO ORDEN	<u>PROBLEMA ESPECIFICO 01</u>	<u>OBJETIVO ESPECIFICO 01</u>	<u>HIPÓTESIS ESPECIFICO 01</u>
	<p>PE.1.- ¿En qué medida, los adecuados servicios geriátricos integrales de planta, permitirá la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las patologías del adulto mayor, en el distrito de Huacho?</p>	<p>OE.1.- Implementar adecuados espacios para servicio geriátrico integral de planta, centrada en prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las patologías del adulto mayor; concordante con la normativa de MINSA – OMS.</p>	<p>HE.1.- La implementación de adecuados espacios para el servicio geriátrico integral de planta, permitiría que los servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las patologías sean oportunos, en favor del adulto mayor; concordante con la normativa de MINSA – OMS.</p>

CONSISTENTE DE TERCER ORDEN	<u>PROBLEMA</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>HIPÓTESIS</u>
	<u>ESPECIFICO 02</u>	<u>ESPECIFICO 02</u>	<u>ESPECIFICO 02</u>
	<p>PE.2.- ¿En qué medida, los adecuados servicios de estancia asistida de planta, permitiría la habitabilidad; ¿un entorno hogareño y calidad de vida del adulto mayor en el distrito de Huacho, y el sector privado?</p>	<p>OE.2.- Implementar adecuados espacios para servicio de estancia asistida de planta, centrada en atención primaria y servicios sociales para el adulto mayor; concordante con la normativa de MINSA – OMS.</p>	<p>HE.2.- La implementación de adecuados espacios para servicio de estancia asistida de planta, permitiría la habitabilidad óptima y entorno hogareño para el adulto mayor; concordante con la normativa de MINSA – OMS.</p>

CONSISTENTE DE CUARTO ORDEN	<u>PROBLEMA</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>HIPÓTESIS</u>
	<u>ESPECIFICO 03</u>	<u>ESPECIFICO 03</u>	<u>ESPECIFICO 03</u>
	<p>PE.3.- ¿En qué medida, la implementación de un adecuado equipamiento y mobiliario, influye en el confort y eficacia del adulto mayor en el área de la geriatría y estancia?</p>	<p>OE.3.- Implementar un equipamiento y mobiliario que cumplan con estrictas condiciones de seguridad y ergonomía, con características de funcionabilidad y durabilidad exigible, en el área geriátrica y estancia asistida, en la infraestructura nueva.</p>	<p>HE.3.- La implementación de equipamientos y mobiliarios que cumplan con estrictas condiciones de seguridad y ergonomía, con características de funcionabilidad y durabilidad exigible, en el área geriátrica y estancia asistida, permitiría en la atención ambulatoria de calidad y confort para el adulto mayor.</p>

CONSISTENTE DE QUINTO ORDEN

<u>PROBLEMA</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>HIPÓTESIS</u>
<u>ESPECIFICO 04</u>	<u>ESPECIFICO 04</u>	<u>ESPECIFICO 04</u>
PE.4.- ¿En qué medida, la implementación de espacios para la capacitación al personal, influye en la atención geriátrica y estancia asistida para el adulto mayor?	OE.4.- Implementar espacios adecuados para la capacitación al personal del establecimiento geriátrico, permitirá el desarrollo de programas de capacitación en la rama geriátrica y estancia asistida.	HE.4.- La implementación de espacios adecuados para la capacitación al personal del establecimiento geriátrico, permitiría optimizar el desarrollo de programas de capacitación en la rama geriátrica y estancia asistida.

CONSISTENTE DE SEXTO ORDEN

<u>PROBLEMA</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>HIPÓTESIS</u>
<u>ESPECIFICO 05</u>	<u>ESPECIFICO 05</u>	<u>ESPECIFICO 05</u>
PE.5.- ¿En qué medida, las adecuadas capacidades geriátricas y gerontológicas de los médicos, con la dotación de espacios multifuncionales, influye en la atención geriátrica y permitiría una escala de valoración real al adulto mayor?	OE.5.- Implementar espacios multifuncionales, que permita el desarrollo profesional a los médicos especialistas en la rama de la geriatría y gerontología, alcanzando realizar una escala de valoración real, al adulto mayor.	HE.5.- La implementación de espacios multifuncionales, permitiría el desarrollo profesional a los médicos especialistas en la rama de la geriatría y gerontología, alcanzando realizar una escala de valoración real, al adulto mayor.

1.7.2. Consistencia Longitudinal: Categorías Generales /Categorías Específicas.

TABLA N°06: Consistencia Longitudinal: Categorías Generales/Categorías Específicas.

PROBLEMA GENERAL PG.- ¿En qué medida, la propuesta arquitectónica de un Centro Geriátrico Integral, permitiría adecuados servicios geriátricos y estancia asistida; a efectos de elevar el nivel de salud y calidad de vida del adulto mayor, en el distrito de Huacho - 2019?

PROBLEMA ESPECÍFICO 01 PE.1.- ¿En qué medida, los adecuados servicios geriátricos integrales de planta, permitirá la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las patologías del adulto mayor, en el distrito de Huacho?

PROBLEMA ESPECÍFICO 02 PE.2.- ¿En qué medida, los adecuados servicios de estancia asistida de planta, permitiría la habitabilidad; un entorno hogareño y calidad de vida del adulto mayor en el distrito de Huacho, y el sector privado?

PROBLEMA ESPECÍFICO 03 PE.3.- ¿En qué medida, la implementación de un adecuado equipamiento y mobiliario, influye en el confort y eficacia del adulto mayor en el área de la geriatría y estancia?

PROBLEMA ESPECÍFICO 04 PE.4.- ¿En qué medida, la implementación de espacios para la capacitación al personal, influye en la atención geriátrica y estancia asistida para el adulto mayor?

PROBLEMA ESPECIFICO 05 PE.5.- ¿En qué medida, las adecuadas capacidades geriátricas y gerontológicas de los médicos, con la dotación de espacios multifuncionales, influye en la atención geriátrica y permitiría una escala de valoración real al adulto mayor?

TABLA N°07 .Consistencia Longitudinal: Categorías Generales/ Categorías Específicas.

OBJETIVO GENERAL OG. - Implementar, una propuesta arquitectónica de un Centro Geriátrico Integral, que permita optimizar el servicio geriátrico y estancia asistida, a efectos de elevar el nivel de salud y calidad de vida del adulto mayor, en el distrito de Huacho - 2019.

OBJETIVO ESPECIFICO 01 OE.1.- Implementar adecuados espacios para el servicio geriátrico integral de planta, centrada en prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las patologías del adulto mayor; concordante con la normativa de MINSA – OMS.

OBJETIVO ESPECIFICO 02 OE.2.- Implementar adecuados espacios para el servicio de estancia asistida de planta, centrada en atención primaria y servicios sociales para el adulto mayor; concordante con la normativa de MINSA – OMS.

OBJETIVO ESPECIFICO 03 OE.3.- Implementar un equipamiento y mobiliario que cumplan con estrictas condiciones de seguridad y ergonomía, con características de funcionalidad y durabilidad exigible, en el área geriátrica y estancia asistida, en la infraestructura nueva.

OBJETIVO ESPECIFICO 04 OE.4.- Implementar espacios adecuados para la capacitación al personal del establecimiento geriátrico, permitirá el desarrollo de programas de capacitación en la rama geriátrica y estancia asistida.

OBJETIVO ESPECIFICO 05 OE.5.- Implementar espacios multifuncionales, que permita el desarrollo profesional a los médicos especialistas en la rama de la geriatría y gerontología, alcanzando realizar una escala de valoración real, al adulto mayor.

TABLA N°08: Consistencia Longitudinal: Categorías Generales/ Categorías Específicas.

HIPÓTESIS GENERAL HG. - La Implementación de una propuesta arquitectónica de un Centro Geriátrico Integral, permitiría optimizar el servicio geriátrico y estancia asistida, a efectos de elevar el nivel de salud y calidad de vida del adulto mayor, en el distrito de Huacho-2019.

HIPÓTESIS ESPECÍFICO 01 HE.1.- La implementación de adecuados espacios para el servicio geriátrico integral de planta, permitiría que los servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las patologías sean oportunas, en favor del adulto mayor; concordante con la normativa de MINSA – OMS.

HIPÓTESIS ESPECÍFICO 02 HE.2.- La implementación de adecuados espacios para el servicio de estancia asistida de planta, permitiría la habitabilidad óptima y entorno hogareño para el adulto mayor; concordante con la normativa de MINSA – OMS.

HIPÓTESIS ESPECÍFICO 03 HE.3.- La implementación de un equipamiento y mobiliario que cumplan con estrictas condiciones de seguridad y ergonomía, con características de funcionabilidad y durabilidad exigible, en el área geriátrica y estancia asistida, permitiría en la atención ambulatoria de calidad y confort para el adulto mayor.

HIPÓTESIS ESPECÍFICO 04 HE.4.- La implementación de espacios adecuados para la capacitación al personal del establecimiento geriátrico, permitiría optimizar el desarrollo de programas de capacitación en la rama geriátrica y estancia asistida.

HIPÓTESIS ESPECÍFICO 05 HE.5.- La implementación de espacios multifuncionales, permitiría el desarrollo profesional a los médicos especialistas en la rama de la geriatría y gerontología, alcanzando realizar una escala de valoración real, al adulto mayor.

1.8.- DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

1.8.1. Tipo de Investigación:

Descriptiva / Explicativa

1.8.2. Nivel de Investigación:

Explicativa.

1.8.3. Método de Investigación:

Análisis cuantitativo y Cualitativo.

1.8.4 Población Muestra:

Según, mi análisis respecto a la población muestra, está conformada por un total de **29,431** habitantes de ambos géneros, para el periodo 2019.

Para lograr el cálculo se realiza mediante la siguiente formula:

Tamaño de la Población: **29,431** habitantes

Nivel de confianza: **95%**

Error estándar de estimación: **5%= 0.05**

Tamaño de muestra: **379** habitantes

MARGEN DE ERROR	5.0%
TAMAÑO POBLACIÓN	29,431 *
NIVEL DE CONFIANZA	95% **

Valores Z (valor del nivel de confianza)	90%	95%	97%	98%	99%
Varianza (valor para reemplazar en la fórmula)	1.645	1.960	2.170	2.326	2.576

1.9.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS Y FUENTES DE RECOLECCIÓN DE DATOS RELEVANTES PARA EL PROYECTO.

1.9.1. Técnicas:

Conceptuales: Hacen posible las operaciones racionales de clasificación, comparación, análisis, síntesis, generalización, abstracción, prospección.

$$\text{TAMAÑO DE LA MUESTRA} = \frac{N * (\alpha_c * 0,5)^2}{1 + (e^2 * (N - 1))} = 379$$

1.9.2. INSTRUMENTOS:

Lista de comparaciones, guía de observación, cuadernillo de notas, cedula de cuestionario, cedula de encuestas, guía de entrevista, fichas documentales.

1.9.3. FUENTES:

Primarias: Adultos Mayores, afiliados al Es salud, Minsa y del sector privado (Hogares), tomas fotográficas, entrevistas escritas a los adultos mayores.

Secundarias: INE, OMS, MINSA, RNE, averiguación virtual, estudios científicos inherentes al desarrollo de la geriatría y estancia asistida.

1.10. Esquema Metodológico General de Investigación y Construcción de Propuesta

(Urbano – Arquitectónico).

1.10.1. Descripción de Fases:

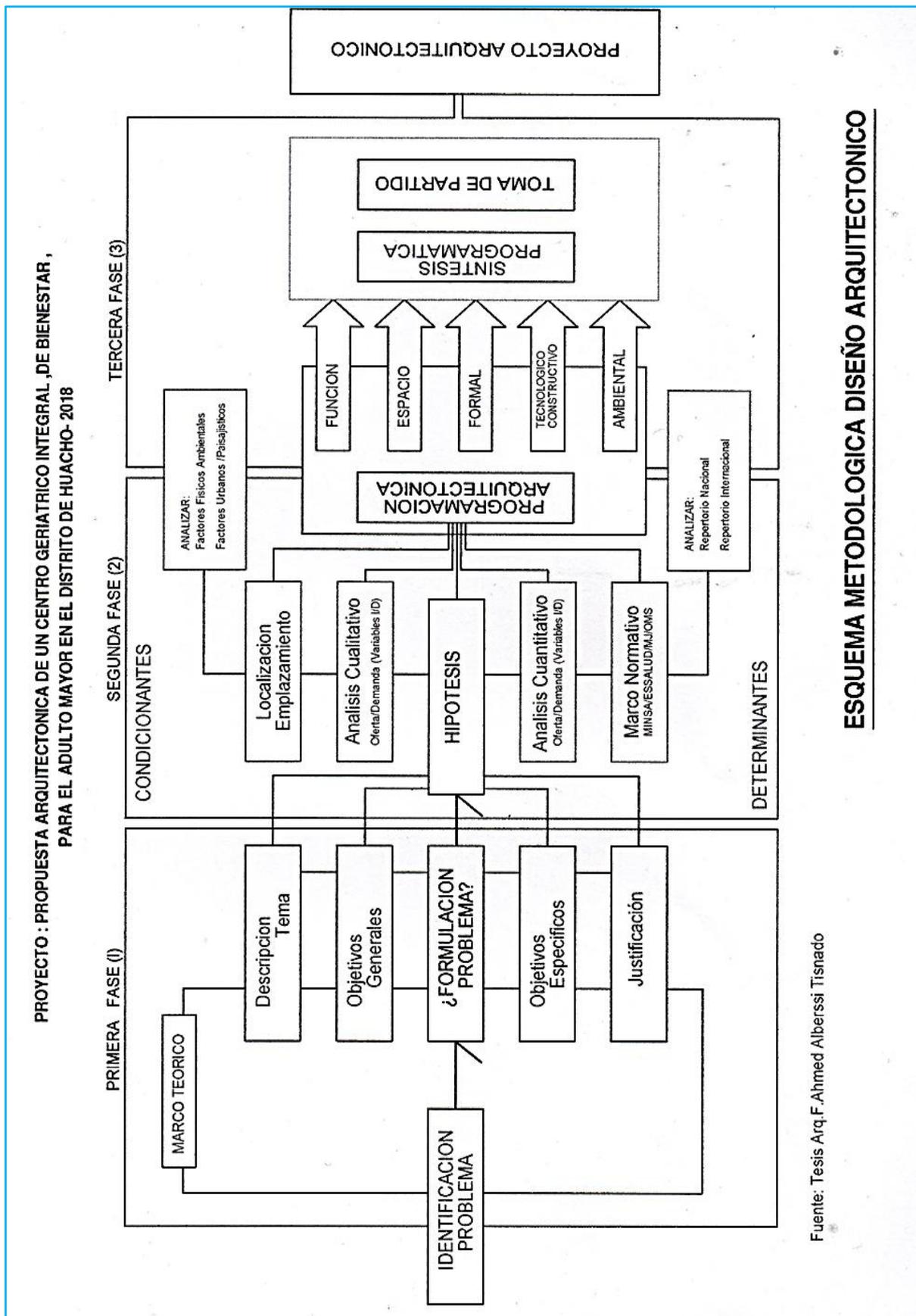
Primera Fase: Identificación y formulación del problema, alternativas de solución mediante objetivos, el mismo se justificará y se plantearán hipótesis, para posteriormente identificar las variables (*independientes, dependientes, intervinientes*) y posterior a ello se planteará el diseño metodológico para abordar la investigación.

Segunda Fase: Se realiza el diagnóstico situacional, evaluación y análisis de las condicionantes y determinantes de diseño urbano y arquitectónico (cuantitativamente, cualitativamente).

Por otro lado, se analizará factores físico ambientales, urbanos, normativos y a esto añadir un análisis de las tendencias de arquitectura gerontológica y geriátrica, las conclusiones se transferirán para la etapa de identificación de necesidades y formular la programación arquitectónica.

Tercera Fase: Se realiza la determinación programación arquitectónica, síntesis, se realiza la aplicación de criterios de elementos del sistema de ordenamiento, para poder plantear la idea generatriz, fundamento teórico, toma de partido para concretar zonificación concreta, se plantea las intenciones para él anteproyecto y finalmente se plantea el proyecto de la especialidad de arquitectura.

FIGURA N°12. ESQUEMA METODOLÓGICO.



1.11. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN E INTERVENCIÓN URBANO – ARQUITECTÓNICA:

La concreción de un proyecto urbano arquitectónico, está enfocado a los adultos mayores, autovalentes, semivalentes, y postrados, denominado:

“PROPUESTA ARQUITECTÓNICA DE UN CENTRO GERIÁTRICO INTEGRAL, DE BIENESTAR PARA EL ADULTO MAYOR, EN EL DISTRITO DE HUACHO – 2019”. Se justifica por las siguientes razones fácticas:

1.11.1. Criterio de Pertinencia:

Se justifica la pertinencia por las siguientes razones:

El envejecimiento, es un proceso gradual, con cambios naturales, estructurales y funcionales del ser humano, después de alcanzar la madurez reproductiva, después de los 60 años. Se asocia a diversas consideraciones de tipo sociodemográficos, socioeconómico, socio político, socio cultural.

La oferta del servicio de asistencia geriátrica, y estancia asistida, es limitada y deficiente, dentro de ello hago referencia las causas más relevantes, la infraestructura existente llamados hogares es inadecuada e inhabitable, la implementación equipamiento biomédico y mobiliario clínico deteriorado, inadecuadas capacidades geriátricas, como efecto se tiene la declinación funcional de la Salud Físico, Psíquico, Social del adulto mayor, incrementándose la morbi – mortalidad.

Es oportuna la intervención urbana arquitectónica de un Centro Integral Geriátrico, a efectos de dotar de los medios necesarios al adulto mayor, en mejora de erigir la calidad de salud y vida.

1.11.2. Criterio De Necesidad:

Considerando, las inadecuadas y limitados servicios geriátrico y estancia asistida, afecta en el incremento del deterioro de salud (*Físico, Psicológico, Social*), del adulto mayor, en el distrito de Huacho.

Surge la necesidad de cubrir los servicios geriátricos y estancia asistida mediante la implementación de una **“Propuesta Arquitectónica de un Centro Geriátrico Integral de Bienestar para el Adulto Mayor, en el Distrito de Huacho -2019”**, con una visión de **“Mantener y Proteger la Calidad de Vida de los Adulto Mayores”**, infraestructura geriátrica, permitiría acceso a los servicios en los aspectos:

Preventivos, Terapéuticos, Rehabilita torios y Paliativos, integrando al adulto mayor, en los aspectos Sociales y Familiares.

1.11.3. Criterio De Importancia:

La importancia radica fundamentalmente, en contribuir a elevar el nivel óptimo de salud, el grado de satisfacción y la calidad de vida del adulto mayor, mediante acciones de Asistencia, Preventivos, Terapéuticos, Rehabilitatorios y Paliativos, mediante la implementación de una **“Propuesta Arquitectónica de un Centro Geriátrico Integral de Bienestar para el Adulto Mayor, en el Distrito de Huacho - 2019”**.

Con una visión de “Mantener y Proteger la Calidad de Vida de los Adulto Mayores”, teniendo como protagonistas a la familia, comunidad y el propio adulto mayor.

Lo que significará reducir el déficit existente de infraestructura geriátrica, frente al incremento de la demanda, así mismo permitirá un impacto socioeconómico en la población del adulto mayor.

Finalmente, respecto al servicio de salud geriátrica y estancia asistida, permitiría reducir el progresivo deterioro de salud del adulto mayor (Físico, Psicológico, Social).

1.11.3.1.- Social:

Se pretende lograr la inclusión social, con participación de la familia, la comunidad, el objetivo mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

1.11.3.2.- Científica:

La investigación realizada respecto a la situación de la salud y servicios geriátricos y estancia asistida del adulto mayor en el distrito de Huacho, ha sido relevante para saber cuál es la brecha existente entre la oferta - demanda, y el análisis del perfil del adulto mayor, a efectos de buscar alternativas sostenibles y sustentables en favor de adulto mayor.

1.12.- ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN:

1.12.1.- Alcances:

El proyecto está enfocado a los adultos mayores autobalances, semovientes y postrados, específicamente de la ciudad de Huacho, Provincia de Huaura, Departamento de Lima, y para el periodo del 2018, se contaba con una población de 60,182 habitantes, de cuales los adultos mayores de 60 a 80 y +, hacen un total de 10,683 entre mujeres y hombre equivalentes a un 19.27%, de la población total del distrito.

El estudio pretende constituirse como un importante aporte en disminuir el déficit de servicio geriátrico y estancia asistida en la ciudad de Huacho; contribuir en mejorar la salud y calidad de vida del adulto mayor, así mismo sirva de antecedente para futuras investigaciones en el tema.

1.12.2.- Limitaciones:

El abordar el tema en referencia, me encontré con limitaciones, en obtener información respecto al perfil del adulto mayor y las condiciones en las que se desarrolla, de igual forma respecto a la asistencia geriátrica y la gerontología, no fue fácil.

Debido a que las instituciones rectoras de Región de Lima, y provincia no cuentan con datos estadísticos de estos últimos 10 años, del adulto mayor.

Al visitar los establecimientos de salud del estado, MINSA, Es Salud, Ministerio de la mujer, no cuentan con datos específicos de población vulnerable 2007 al 2018, los datos obtenidos ofrecidos son mínimos y desfasados, lo que considero una irresponsabilidad de parte de estas instituciones.

Para la formulación del Plan de Estudio, me he visto en la necesidad de elaborar entrevistas personales, y encuestas a una población de 30 personas, del Club de Ancianos, y a tres Hogares tipo albergue.

Se observó:

- El estado de postergación
- Abandono familiar y exclusión social
- Carencias económicas
- Problemas de salud crónicas (*Diabetes, Hipertensión, Renales, Pulmonares, corazón, etc.*).
- Impedidos físicos (sin el equipamiento y tratamiento debido, oportuno).

Situación de los hogares de la ciudad de Huacho, y según análisis comparativo, a la visita al hogar “El Roble”, en la ciudad de Lima – se observa a los adultos mayores, mejor cuidados con asistencia geriátrica y estancia asistida, el mismo está orientado al estrato económico es medio y alta.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL.

2.1.- ANTECEDENTES TEÓRICOS RELACIONADOS CON EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

2.1.1.- Investigaciones Científicas:

Según, Organización Mundial de Salud (OMS -2005). El propósito de la Guía es lograr que las ciudades sean amigables con la edad, la cual han denominado: Ciudades Globales Amigables con los Mayores: Una Guía afirma que:

SINTEISIS:

El punto de partida de esta Guía fue el concepto de que una ciudad amigable con los mayores alienta el envejecimiento activo a través de la optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.

Las ventajas y las barreras informadas por aproximadamente 1,500 personas mayores y 750 cuidadores y proveedores de servicios consultados en este proyecto global confirman esta idea y proporcionan muchos ejemplos para demostrar cómo las características de una ciudad reflejan los factores determinantes del envejecimiento activo de muchas maneras interconectadas. El paisaje de la ciudad, sus edificios, su sistema de transporte y vivienda contribuyen a una movilidad confiada, una conducta saludable, participación social y autodeterminación o, contrariamente, al aislamiento temeroso, la inactividad y la exclusión social. (...). El diseño para la diversidad ha surgido como una característica principal de una ciudad amigable con los mayores que se repite con frecuencia en muchas áreas temáticas. Dentro de la perspectiva del ciclo vital de la OMS para el envejecimiento activo descrita en la Parte 2, el diseño para la diversidad constituye la clave para el sustento de una capacidad óptima entre individuos de elevado funcionamiento y para permitir la operatividad de las personas mayores que de otro modo se tornarían dependientes.

Una ciudad amigable con la edad enfatiza la autonomía por encima de la discapacidad; es amigable para todas las edades y no sólo para las personas mayores. Deben existir suficientes asientos e instalaciones de baño; los cordones en declive y rampas para acceder a edificios deben ser características normalizadas, y los semáforos en los cruces peatonales deben estar sincronizados para proveer seguridad. El diseño de edificios y viviendas debe estar libre de barreras. El material informativo y las tecnologías de la comunicación deben estar adaptados a diversas necesidades perceptivas, intelectuales y culturales. El enfoque

desde el ciclo vital incluye a todas las edades en el proceso de promoción del envejecimiento activo. (Organización Mundial de la Salud., 2005, pág. 69.70).

Según, Gutiérrez y Kershenobich (2016), en el artículo del libro "Envejecimiento y Salud. Una Propuesta para un Plan de Acción", constituye el primer reporte de este tipo que propone un plan de acción:

En 2016, la Secretaría de Salud (SSA), a través del Instituto Nacional de Geriátrica (INGER) y en colaboración con la Academia Nacional de Medicina, reeditó el libro "Envejecimiento y salud. Una propuesta para un plan de acción", el cual ofrece datos importantes sobre la situación de los adultos mayores en la República Mexicana, además de describir algunas medidas para lograr el bienestar de este grupo demográfico.

Según, Robledo & Kershenobich (2016). Afirman que:

Actualmente, el envejecimiento es reconocido como uno de los grandes temas nacionales, ya que en 2010 la esperanza de vida en México se extendió a los 76 años de edad en promedio. En 2011, el número de personas mayores dependientes fue de 1.2 millones; alcanzará un primer pico a partir de 2020 y hasta 2025, y se mantendrá en un nivel creciente hasta 2050. Según los datos de la presente obra, se estima que para 2030 el número de adultos mayores en México se duplicará y alcanzará los 20 millones. El grupo que registrará un aumento significativo será el de las personas de 85 años o más. Además, cabe destacar que la vejez se ha prolongado más que la infancia, pues hay más personas de 60 años y más que niños menores de cinco años. (...). Ante este panorama, se puede concluir que el envejecimiento en México ya no se considera sólo un problema de salud o de financiamiento del sistema de pensiones; es, en realidad, una gran oportunidad para generar y repensar la orientación de las políticas públicas enfocadas a la atención de grupos vulnerables, a fin de fomentar el desarrollo de nuestro país en términos de una reconstrucción de la ciudadanía. (pág. 50).

Joaquín Giro Miranda (2006).” Envejecimiento Activo, Envejecimiento Positivo”.

Según, Giro Miranda (2006) afirma que: Según la Organización Mundial de la salud (OMS), el envejecimiento activo se define como ¿el proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez? Esta definición no sólo contempla el envejecimiento desde la atención sanitaria, sino que incorpora todos los factores de las áreas sociales, económicas y culturales que afectan al envejecimiento de las personas.

El envejecimiento activo se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población, permitiendo a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital, mientras participan en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, proporcionándoles protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia.

El envejecimiento activo debe considerarse un objetivo primordial tanto de la sociedad como de los responsables políticos, intentando mejorar la autonomía, la salud y la productividad de los mayores mediante políticas activas que proporcionen su apoyo en las áreas de sanidad, economía, trabajo, educación, justicia, vivienda, transporte, respaldando su participación en el proceso político y en otros aspectos de la vida comunitaria. (págs. 16-35).

Según, Revista, Grupo de investigación (EDU-FISICA – 2011). Expresa en artículo el cual se ha denominado: Valoración Integral del Adulto Mayor a partir de Escalas de Medición. refiere que:

La inversión de la pirámide poblacional a nivel mundial, sustenta la importancia del abordaje interdisciplinario y “La valoración integral del adulto mayor, implica evaluar los aspectos físicos, funcional, mental y social con el propósito de identificar tempranamente modificaciones y alteraciones en su estado de salud

El uso de Escalas permite estandarizar la valoración, contrastar los resultados obtenidos en diferentes pacientes y es una herramienta útil con fines de investigación”. (Grupo de Investigación, 2011, pág. 1).

De acuerdo a lo implementado por el Geriátrico de la Fundación José Otero-Carmela Martínez. (2012), y expresado en artículo de la revista Galeno-Portuguesa de Psicología e Educación denominado: *Avances en la Arquitectura Geriátrica en la Galicia*

A modo de resumen de la implementación realizada por la Fundación, además de las novedades ya apuntadas, el geriátrico es:

- Las habitaciones, individuales o dobles, disponen todas de luz natural.
- La comodidad y accesibilidad de los residentes, y para favorecer el trabajo de los profesionales. La puerta debe permitir acceder dependientes con silla de ruedas, no existen barreras arquitectónicas.
- La ubicación estratégica del geriátrico permite fácil accesibilidad de los familiares, además dispone de múltiples servicios.
- La instalación geriátrica cuenta con amplios pasillos, salas de estar, grandes ventanales, así como la supresión de barreras arquitectónicas.
- Dotaciones novedosas para la limpieza en general. Las esquinas de las habitaciones y baños deben ser acabadas en forma redondeadas.
- Ahorro de energía eléctrica. El sistema de encendido y apagado de las luces a través de sensores, o del ordenador central.
- Ahorro en calefacción. El sistema de producción de agua caliente por geotermia, el sistema de suelo radiante que estratifica el aire, así como la orientación del edificio) aprovechamiento el calor del sol).
- Para evitar extravíos y “sofocos”, cada planta del edificio se ha pintado de un color diferente dentro de la gama pastel: la primera planta está pintada de color naranja, el segundo es beige, el tercero verde el cuarto se ha dejado en blanco.

Conclusión general. El geriátrico de la Fundación José Otero - Carmela Martínez, reúne extraordinarias características arquitectónicas y una situación óptima para el disfrute de las personas de la tercera edad; sin embargo, la escasez de plazas en los geriátricos hace que las personas ingresen en este centro cuando tienen una 226 alta puntuación, es decir, cuando tienen una dependencia mayor, lo que hace que le saquen poco provecho a la residencia y a su entorno. (Otero & Martinez, 2012, págs. 224,225,226).

2.1.2.- PROYECTOS ARQUITECTÓNICOS URBANÍSTICOS.

2.1.2.1. Residencia Para Mayor En Mota Del Cuervo:

Propiedad : Greed Arquitectos

Ubicación : Cuenca -España

Año del Proyecto : 2009

Área Terreno : 13 ,750.65 m2

Área construida : 9 ,057 m2

ANÁLISIS:

FUNCIONAL : Organización Lineal

ESPACIAL : Espacios rígidos, pabellones

SISTEMA CONSTRUCTIVO : A porticado

ESTÉTICO Y PAISAJE : Horizontal – Integración del medio ambiente.

IMAGEN N°05.

Plano de Distribución, Vista Panorámica: Organizacional Lineal.



Fuente: GEED Arquitectos.

IMAGEN N° 06.

Vista Panorámica - Fachada Lateral Y Frontal (Integración Medio Ambiente).



Fuente: GEED Arquitectos

IMAGEN N° 07.

Vista Panorámica - Fachada Lateral y Frontal (Integración Medio - Ambiente).



Fuente: GEED Arquitectos.

IMAGEN N° 08.

Vista Panorámica - Fachada Lateral Posterior (Integración Medio - Ambiente).



Fuente: GEED Arquitectos.

IMAGEN N° 09.

Vista Panorámica - Fachada Lateral Derecho (Integración Medio Ambiente).



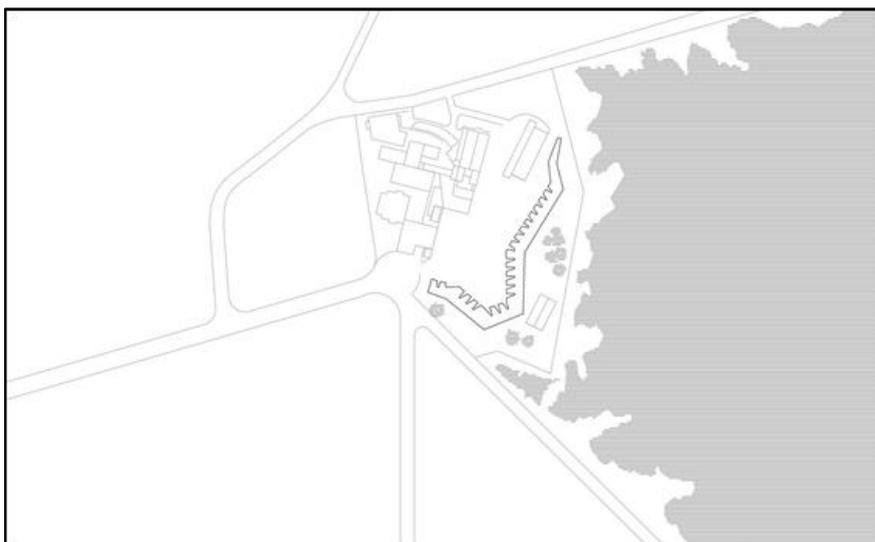
Fuente: GEED Arquitectos.

2.1.2.2.- Alcaccer Do Sal Residences:

Propiedad : Arq. Aires Mateus
Arquitectos : Arq. Aires Mateus
Ubicación : Alcaccer Do Sal - Portugal
Año del Proyecto : 2010

ANÁLISIS:

ORGANIZACIÓN : Lineal Compuesta
ESPACIAL : Espacios dinámicos
SISTEMA CONSTRUCTIVO : A porticado
ESTÉTICO – PAISAJÍSTICO : Se logró integración con el paisaje natural.

IMAGEN N°10. Localización: Alcaccer Do Sol - Portugal.

Fuente: Fernando Guerra | FG+SG

IMAGEN N°11. *Vista Panorámica - Residencia - Concepción Contemporánea.*

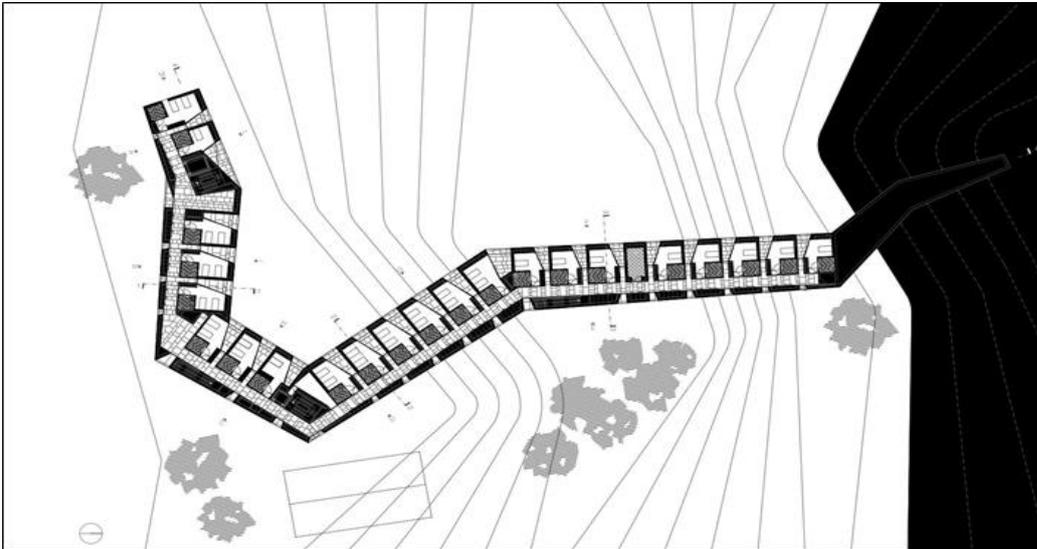


Fuente: Fernando Guerra | FG+SG.

IMAGEN N°12. *Vista Panorámica - Residencia Geriatria en Interior.*



Fuente: Fernando Guerra | FG+SG.

IMAGEN N°13.***Plano De Distribución - Residencia Geriátrica.***

Fuente: Fernando Guerra | FG+SG.

IMAGEN N° 14.***Vista Panorámica Fachada Frontal - Volumetría.***

Fuente: Fernando Guerra | FG+SG.

2.1.2.3. Centro Socio Sanitario Geriátrico Santa Rita:

Autor del proyecto	: Arq. Manuel Ocaña	
Propiedad	: Consell Insular de Menorca	
Ubicación	: Menorca España	
Año del Proyecto	: 2009	
Área Terreno	: 12,190.00 m ²	Área Construida: 5,990 m ²

ANÁLISIS:

FUNCIONAL	: Organización Lineal - Concéntrica
ESPACIAL	: Espacios Dinámicos, Semicirculares
SISTEMA CONSTRUCTIVO	: Material Prefabricado - Concreto Armado
ESTÉTICO Y PAISAJE	: Horizontal – Integración medio ambiente
ESTILO	: Contemporánea
ILUMINACIÓN	: Iluminación Natural /Ventilación Cruzada

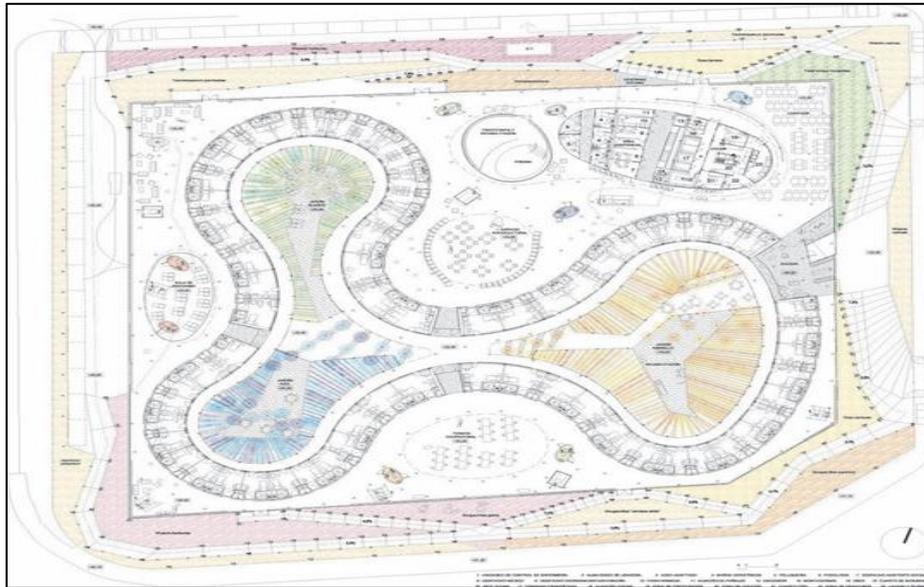
IMAGEN N° 15.

Localización y Ubicación - Google Earth Centro Socio Sanitario Geriátrico.



Fuente: Centro-Socio Sanitario-Geriátrico-Santa-Rita-Arq. Manuel-Ocaña.

**IMAGEN N°16. Plano De Distribución Centro Socio Geriátrico
Santa Rita Área Construida: 5,990 M2.**



Fuente: Centro-Socio Sanitario-Geriátrico-Santa-Rita-Arq. Manuel-Ocaña.

IMAGEN N°17 .Vista Panorámica Espacio Multifuncional.



Fuente: Centro-Socio Sanitario-Geriátrico-Santa-Rita-Arq. Manuel-Ocaña.

IMAGEN N°18. Vista Panorámica Espacio Sociabilización.



Fuente: Centro-Socio Sanitario-Geriátrico-Santa-Rita-Arq. Manuel-Ocaña.

IMAGEN N°19. Vista Panorámica Dormitorios / Sala De Reposo.



Fuente: Centro-Socio Sanitario-Geriátrico-Santa-Rita-Arq. Manuel-Ocaña.

IMAGEN N°20. Vista Panorámica Sala de Reposo Para Adulto Mayor.



Fuente: Centro-Socio Sanitario-Geriátrico-Santa-Rita-Arq. Manuel-Ocaña.

2.2.- BASES TEÓRICAS:

2.2.1.- Teorías Generales y Sustantivas de la Arquitectura y el Urbanismo:

Sostenibilidad y Ecoeficiencia en Arquitectura.

Según, criterios de Maqueira Yamasaki,(2011) . En el artículo denominado: sostenibilidad y Ecoeficiencia en Arquitectura afirma que: en resumen El artículo es una aproximación al tema de la sostenibilidad desde el punto de vista de la arquitectura. Concebida como el encuentro entre la vida y el espacio, la arquitectura es una de las disciplinas del ser humano desde la cual podemos cuestionar los criterios con que se diseñan los objetos que utilizamos en nuestra vida diaria, para proponer nuevas alternativas que contribuyan al cuidado del medio ambiente. Repasando las tecnologías de las que disponemos actualmente para aproximarnos a la sostenibilidad, se presenta una idea específica de proyecto que sirve de pretexto para hacer arquitectura sostenible. (págs. 125-152).

SOSTENIBILIDAD:

El concepto de desarrollo sostenible puede parecer utópico, en el sentido de que una utopía es considerada como un horizonte inalcanzable, pero que en la medida que caminemos hacia él, avanzamos. Debemos, entonces, mirar el término como una meta,

Conscientes de que el desarrollo sostenible per se no llegará, caminar hacia él de alguna manera aliviará a nuestro planeta del peso que le hemos obligado a cargar. Al margen de las discrepancias con respecto a lo anterior y a aquellas que generan la traducción del término del inglés sustainability al español ‘sostenible’ o ‘sustentable’, tenemos una primera definición internacionalmente reconocida que se encuentra en el Informe Brundtland (1987), fruto de los trabajos de la Comisión de Medio Ambiente y Desarrollo de Naciones Unidas y que además figura en la Declaración de Río de Janeiro (1992): “Aquel desarrollo que satisface las necesidades de las generaciones presentes sin comprometer las posibilidades de las generaciones futuras para atender sus propias necesidades”. En este marco, los tres pilares o aspectos fundamentales de la sostenibilidad son:

- **Ambiental.** - Consiste en la preservación de los ecosistemas locales y globales, equilibrando la balanza de todo aquello que extraemos y aquello que le devolvemos al ecosistema.

- **Social.** - Consiste en mejorar el bienestar general de una comunidad, dando las mismas oportunidades a todos sus habitantes, garantizando su crecimiento personal, educación, salud y trabajo.

- **Económico.** - Significa que un desarrollo es rentable cuando crea riqueza para los inversionistas y trabajo para las personas de la comunidad, sin amenazar el futuro sustento de energía y agua gracias a la implementación de políticas estratégicas. Ingeniería Industrial n° 29, 2011 127 Sostenibilidad y ecoeficiencia en arquitectura El desarrollo sostenible busca en cierta forma la armonía global. Es una meta que apela a la razón y a la ética, ya que implica un beneficio tanto material como espiritual de las personas. De alguna manera, su objetivo es que seamos seres integrales, completos y con las mismas oportunidades. (Maqueira Yamasaki, 2019, págs. 126,127).

2.2.2.- Teorías Locales.

Según, Dr. Llado, M.(1986),en el artículo denominado: Historia no Comentada de la Geriatria en el Peru. afirma que:

En las Culturas -Preincaicas los ancianos eran respetados, sobre todo en los Ayllus, que eran grupos familiares unidos por vínculos de trabajo.

Ahí conservaban su condición de cabezas de familia.

En la época incaica el Ayllu gentilicio que cultivaba la tierra colectivamente, por el ayllu familiar que parcela la tierra y luego el ayllu incaico en que se agrega la propiedad estatal. Un tercio de lo que producían las tierras pertenecía al Inca y otro tercio al culto. Ahí, sin embargo, se sigue guardando respeto por el anciano. Los ayllus, a los ancianos se clasificaba en dos grupos: los Purecc Macho, mayores de 60 años, que se dedicaban a orientar a la juventud y a asesorar a la clase dominante, y los rocto macho, mayores de 80 años, ya deteriorados orgánicamente y por eso mantenidos de los depósitos públicos. La protección del anciano, entonces, dependía del producto del trabajo de la comunidad.

En la Colonia, los indígenas fueron declarados vasallos del Rey de España en condición de menores de edad y por lo tanto sujetos a tutela y protección. La estructura económica cambió de agraria a minera.

A este sistema de explotación sólo le interesaba el indígena apto para el trabajo. Así comienza el desamparo de los no aptos, particularmente de los ancianos: así comienza el desamparo a los no aptos, particularmente los ancianos; así comienza la mendicidad.

En la Época Republicana la situación socioeconómica persistió de la dominación española pasamos a la inglesa y después a la norteamericana, El anciano es considerado como una fuerza de trabajo devaluada y tiene que refugiarse a las comunidades indígenas. O vivir de la buena fe de los hijos, y de los ahorros si lo tiene, de las pensiones de vejes o de la caridad pública. Los hospicios, por esto, siguen teniendo vigencia mientras no advengan cambios sociales de otra naturaleza. (págs. 6,7).

2.3.- MARCO CONCEPTUAL: (Definición de Términos Básicos).

2.3.1.- Conceptos Referidos al Tipo de Intervención Urbano Arquitectónica:

- **Espacio público.**

Espacio Público, es un conglomerado de edificaciones públicos y privados, los mismos conforman la morfología urbana, su disposición y organización para satisfacer sus necesidades individuales y grupales que trascienden en el tiempo por sus factores sociales, económicos, políticos y culturales

- **Accesibilidad Universal.**

El objetivo de Accesibilidad universal es facilitar la ejecución de las tareas diarias y habituales mediante la creación de productos, servicios y entornos sin barreras arquitectónicas, facilitar el desplazamiento fácil, sin dificultades, para el beneficio de usuarios de todas las edades, autovalentes, semivalentes.

2.3.2.- Conceptos Referidos Al Tipo De Equipamiento A Proyectar.

- **Geriátrico de Puertas Abiertas:**

Entidades donde adulto mayor puede acceder a las instalaciones y evacuar, el objetivo fundamental preservar una vida activa, de fácil sociabilización y conectividad, el mismo se le permitirá contar con un servicio de atención primaria y cuidados permanentes. Usualmente hacen uso los adultos mayores autovalentes y semivalentes.

- **Geriátrico de Puertas Cerradas:**

Este tipo de entidades está diseñado para los adultos mayores como residencia, en el cual deben desarrollar su vida cotidiana sin restricciones, libre y con un confortable espacio de descanso. A sí mismo en algunos casos los pacientes cuentan con patologías leves y crónicas como la demencia Senil, Alzheimer, Arteriosclerosis, y patología parecida se encuentran protegidas de los peligros del manejo del exterior.

- **Hogar de Día / Guardería:**

Establecimiento que sirve de transición a la internación geriátrica, y estancia asistida para los adultos mayores, debido a las actividades laborales que ostentan los familiares directos.

- **Residencias:**

Esta clase de establecimientos, con servicio integral, deben ser atendidos, por sus condiciones sociales, económicas, sanitarias o familiares, es indispensable este servicio.

- **Complejos Residenciales:**

Esta clase de establecimientos, está destinado al usuario activo y valido, servicio exclusivo pagado viviendas con servicio y ocio, personal de servicio.

- **Viviendas Tuteladas:**

Esta clase de establecimientos, está destinado al usuario activo, mayor sociabilización, personal de servicio 24 horas, brinda servicio inherente al adulto mayor. Viviendas para arrendar o venderlas y/o pagar la renta del mismo.

- **Viviendas Acondicionadas:**

Esta clase de establecimientos, cuentan con servicios especiales deben estar ubicadas en complejos residenciales exclusivamente para ellos: Los servicios asistenciales son mediante citas establecidas.

Según, DECRETO SUPREMO N°004-2016-MIMP, publicado en el portal (Institucional del Ministerios de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP-2016), en el reglamento que regula los: Centros de Atención para Personas Adultos Mayores.

REGULA:

Disposición General, Artículo 3, Definición, en el ítem d) Centro de Atención Geriátrico Residencial Geriátrico: Son Aquellos centros de atención residenciales dirigidos a personas adultos mayores dependientes, parcial o totalmente, que requieren del apoyo parcial o permanente de terceras personas para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

De los Servicios del Centro de Atención.

Artículo 6.- De los servicios de los Centros de Atención Residencial Geriátricos y Mixtos.

Además de lo dispuesto en artículo 5 del presente reglamento, los centros de atención Residencial Geriátricos y Mixtos brindan los siguientes servicios de atención:

- Evaluación Médica (Física y Mental) de las personas adultos mayores usuarias, por lo menos una vez al mes, la cual deberá ser registrada en la ficha de seguimiento de la persona usuaria.

- Servicio de atención médica a disposición las 24 horas, el cual se realiza por turnos de acuerdo al requerimiento del Centro de Atención,

- Terapias de mantenimiento de funciones físicas y cognitivas de las personas adultos mayores usuarias. (Vulnerables., 2016, págs. 1,4).

2.3.2.1.- Definición y objetivos de la Geriátría:

Según, Avila Ferratt (2010). El objetivo prioritario de la geriatría “es lograr el mantenimiento y la recuperación funcional del adulto mayor para conseguir el máximo nivel de autonomía e independencia, de tal manera que se facilite su reinserción a una vida autosuficiente en el núcleo familiar y el entorno habitual”. (págs. 1,2).

La geriatría es la rama de la medicina que se ocupa de los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales en los adultos mayores con alguna condición aguda, crónica, tributaria ha rehabilitación, o en situación terminal.

Aun cuando la medicina preventiva, el manejo y tratamiento de condiciones reversibles forman parte de la medicina geriátrica, este se encuentra dominado por el reto que representa el paciente portador de condiciones crónicas. (Avila Fematt, 2010, p. 51).

Objetivos de la Geriátría.

1. Manejo de las condiciones comunes que afectan a los adultos mayores englobadas en los llamados síndromes geriátricos: demencia, delirium, depresión, caídas, trastornos de la marcha y equilibrio, deprivación sensorial, trastorno del sueño, incontinencia, dependencia funcional, trastornos orales y dentales, dolor, úlceras de presión, fragilidad, síncope, sarcopenia, entre otros.
2. Gestión de enfermedad crónica para afecciones prioritarias en los adultos mayores: diabetes, síndrome metabolismo, falla cardiaca, cáncer.
3. Reconocimiento de la heterogeneidad y la complejidad del proceso de envejecimiento y sus desenlaces: adulto mayor sano, fragilización precoz, riesgo de discapacidad, enfermedad terminal.
4. Comprensión y reconocimiento de la interacción entre el envejecimiento, la enfermedad, el estado clínico y el estado funcional del paciente.
5. Comprensión el uso apropiado de los medicamentos, evitando así los daños potenciales.
6. Coordinación del cuidado entre todos los posibles proveedores a fin de mantener la independencia funcional y la calidad de vida.

7. Evaluación y organización de los servicios sociales y de salud para propiciar la productividad y la inserción social del adulto mayor.
8. Asistencia para los familiares y cuidadores que encaran las decisiones y el cuidado relacionados con la declinación funcional, la pérdida de la autonomía, la provisión de cuidados y los restos que impone la enfermedad terminal.
9. Organización de sistemas de cuidados a largo plazo y cuidados transicionales.
10. Inserción del adulto mayor a la comunidad
11. Desarrollo del capital humano en la geriatría en particular y, en general en torno al envejecimiento y al adulto mayor.
12. Investigación estratégica que aporte conocimiento encaminado a la resolución de los problemas que aquejan a los adultos mayores. (Avila Fematt, 2010, pág. 52).

FIGURA N°13. Modelo de Atención Geriátrica Integral.



Fuente: Elaboración Propia

2.3.2.2.- Valoración Geronto-Geriátrica Integral en el en el Unidades de Atención Médica.

Según, Secretaría de Salud México (SSM-2011), en el artículo de la Guía: *Valoración Geronto-Geriátrica Integral en el adulto mayor ambulatorio.*

Define y Justifique:

La Valoración Geronto-Geriátrica Integral geriátrico es un Instrumento de *evaluación multidimensional (biopsicosocial y funcional)*, que permite identificar y priorizar de manera oportuna problemas y necesidades del anciano con el fin de elaborar un plan de tratamiento y seguimiento oportuno, es una herramienta fundamental para la práctica clínica de cualquier médico, que le permite identificar en cualquier nivel de atención las necesidades del paciente. (Secretaría de Salud Mexicano, 2011, págs. 8,9).

Se Justifica:

La atención del adulto mayor, requiere de una evaluación integral que merece un cúmulo de consideraciones especiales basadas en aspectos biológicos propios del organismo envejecido, las relacionadas con las actividades de la vida diaria y funcionalidad, y otras que se relacionan con las concepciones psicológicas de esta edad, inherentes a la personalidad y conducta propias del anciano, a su dinámica familiar y condiciones socioeconómicas individuales que influyen en las interacciones entre él y su entorno con el cual éste interactúa en forma constante. Por su condición de salud, ellos requieren de *atención multidisciplinaria, con modelos de atención en salud más centrados en el “cuidar” que en el “curar”*, deben estar orientados a mantener la salud, controlar factores de riesgo, promover la autonomía del adulto mayor, su independencia funcional y su inserción en la familia y la comunidad. Por lo que es necesario elaborar una herramienta práctica que le permita al médico familiar y a otros profesionales de atención primaria identificar en forma práctica factores de riesgo, síndromes geriátricos y comorbilidad asociada, con el fin de otorgar intervenciones de manera oportuna e integral para mantener y recuperar la funcionalidad mental, emocional, física y social del adulto mayor. *“La Valoración Geronto-geriátrica permitirá identificar a los adultos mayores con alto riesgo de declinación funcional, morbilidad, y mortalidad, para otorgar un plan de intervenciones no farmacológicas y una prescripción razonada, así como una*

referencia oportuna a grupos de activación física, recreativa, artístico cultural y de capacitación”

(Secretaria de Salud Mexicano, 2011, pág. 2).

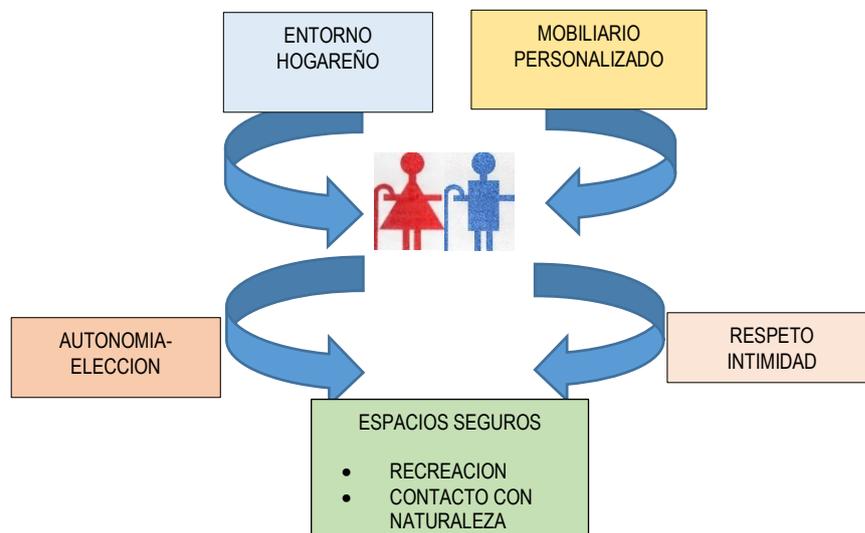
2.3.3.- Conceptos Técnicos Referidos Al Proceso De Diseño Arquitectónico.

Factores deben tomarse en cuenta en la concepción **ESPACIO – FUNCIONAL** del adulto mayor en sus diversas etapas.

CONDICIONANTE y DETERMINANTE: En su desarrollo y comportamiento

“La calidad de vida de los adultos mayores está directamente ligada al ambiente en el que se desenvuelven.”

FIGURA N°14. Objetivos de la Geriatría.



Fuente: Elaboración Propia.

2.3.3.1.- Condiciones de Diseño Arquitectónico:

Aspectos importantes: que intervienen:

- **Aspectos Funcionales.** - Evitar barreras arquitectónicas u obstáculos del entorno inmediato, implementar elementos de piso antideslizante (rampas, escaleras), seguridad en la circulación, vertical y horizontal dotación de pasamanos agarraderas.
- **Servicios higiénicos.** - Dotar de agarraderas, pasamanos fijados, piso antideslizante.

- **Mobiliarios forma y tamaño.** – Dotar con elementos de seguridad, agarraderas y fijados.
- **Aspectos Ambientales.** - tomar en cuenta la contaminación sonora y dotar elementos que preserven el ruido, evitar de espacios virtuales, lograr espacios estáticos firmes y funcionales.
- **Pintado y Acabados.** - Pinturas látex matiz de grises, textura y colores armoniosos, evitar el deslumbramiento y reflejo.
- **Vanos (Ventanas).** - Lograr implementar cámaras de aire a efectos de amortiguar ruidos, la utilización de cristal anti reflejante.

Objetivos de la Arquitectura Geriátrica:

La arquitectura geriátrica, debe estar centrada a posibilitar erigir las cualidades de vida del adulto mayor, especialmente en lo siguiente:

- *Los espacios diseñados deben permitir autonomía física*
- *Lograr seguridad psíquica en lugar desconocido y tranquilidad*
- *Respetar la intimidad individual y familiaridad*
- *La ambientación de los espacios deberá motivar la conectividad y sociabilización*
- *Con respecto al personal facilitar las tareas diarias con respecto a los adultos mayores.*

Características Exteriores:

La instalación de un Centro Geriátrico Integral deberá, lograr integrarse a la morfología urbana del entorno inmediato, en lugar de emplazamiento, en procurar de:

- Fácil accesibilidad y evacuación, para peatones y con sillas de rueda.
- La vegetación de implementarse en concordancia del proyecto geriátrico.
- La infraestructura deberá ser concebida a la escala del hombre latino, de igual forma las características espaciales.
- Los materiales empleados deberán ser de la zona, sin dejar de lado la modernidad del mismo.

De la implementación del Centro Geriátrico:

La implementación de un Centro Geriátrico Integral, deberá ser equilibrado armonioso, sea una unidad arquitectónica, sea estéticamente bien logrado a efectos de lograr la seguridad del adulto mayor.

- La disminución física, mental, psicológica del adulto mayor, deberá ser atenuada en alguna medida, con la implementación de este establecimiento, a efectos de facilitar las condiciones de habitabilidad, confort, para equilibrar las capacidades para un envejecimiento saludable.
- Implementación de elementos de seguridad (barandas, pasamanos en toda la instalación) a efectos de evitar caídas y accidentes.
- Para los adultos mayores con capacidades diferentes se evitará las barreras arquitectónicas.
- Implementación de áreas verdes y espacios de sociabilización y conectividad, a fin de lograr la inclusión social.

Como evitar déficit sensorial y problemas:

Capacidad Visual:

- Adaptación a la luz y oscuridad, en adultos mayores con esa patología, se recomienda implementar señales con colores cálidos, y colores fríos los colores favorecen a dormir.

Intervención:

Luminarias de intensidad regulable y equilibrada según patologías, se recomienda que la habitación del adulto mayor sea en lo posible natural. A efectos de:

- Prever el cansancio visual.
- Implementación de colores sedantes (fríos).
- Evitar iluminación indirecta, opacos y semi - oscuros.
- Implementar luces Pilotos.
- Implementar interruptores bien señalizados.

Capacidad Auditiva:

- Disminución de la agudeza auditiva del adulto mayor y como también el silencio absoluto.

Intervención:

- Implementar pisos, mampostería y separadores con protección acústica.
- Evitar la resonancia en los espacios interiores
- Pisos enmoquetados, cortinajes con materiales adecuados a fin de evitar ruidos.

Capacidad de Termorregulación:

- Mala adaptación a la temperatura, la existencia de una patología de la hipotermia.
 - Implementar espacios de estancia asistida de (21° a 24°)
 - Consultorios (Temperatura Regulable).
 - Implementar materiales con protectores antincendios.

Capacidad de Marcha y Equilibrio:

- La involución funcional de adulto mayor, por diferentes factores patológicos, sufrir caídas que puede causar la morbilidad y mortalidad.
 - Implementación de elementos de seguridad (barandas, pasamanos en toda la instalación) a efectos de evitar caídas y accidentes.
 - Implementar pasillos, sin obstáculos de ninguna índole Concordantes con el RNE.
 - Implementar escaleras, rampas, con elementos de seguridad concordante con el RNE.
 - espacios de estancia asistida de (21° a 24°)
 - Consultorios (Temperatura Regulable).
 - Implementar materiales con protectores antincendios.
 - Implementar una adecuada iluminación y ventilación.
 - Mobiliarios clínicos, debe ser construido con parámetros ergonómicos.
 - Los servicios higiénicos deberán contar con elementos de seguridad (barandas, pasamanos, agarraderas).

Fuente: Elaboración Propia.

Según, Norma Técnica de Salud N° 110-MINSA/DGIEM-v.01 (2014) “Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención, elaboración propia, tomando de referencia reglamento nacional edificaciones RNE. (Elaboracion Propia., 2019).

CAPITULO III: MARCO REFERENCIAL PARA LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN (URBANA – ARQUITECTÓNICA):

3.1.- ANTECEDENTES.

3.1.1.- La Ciudad y/o Localidad a Intervenir:

3.1.1.1.-Ubicación Regional, Límites Distritales y Provinciales.

De la Ubicación:

Región	: Lima
Departamento	: Lima
Provincia	: Huaura
Distrito	: Huacho
Región Geográfica	: Costa
Altitud	: 30m.s.n.m. (ciudad capital)

El Distrito de Huacho se encuentra ubicado en el Departamento de Lima, provincia de Huaura, está ubicado 150 km. al norte de la ciudad de Lima, la provincia de Huaura pertenece a la Región de Lima.

Coordenadas geográficas de Huacho, Perú, Latitud: 11°06'24" S, Longitud: 77°35'18"O, Altitud sobre el nivel del mar: 30m.

Capital de la provincia desde 23-I-1866 según decreto y ratificada como tal por Ley del 10 de noviembre de 1874. Tiene una extensión superficial de 717,02 km². Según censo del 2007 tiene una población de 55 442 hab. (27 021 hombres y 28 421 mujeres), de los cuales 53,998 viven en área urbana. Originalmente comprendía los actuales distritos de Caleta de Carquín, Hualmay y Santa María (Instituto Nacional de Estadística e Informática, Censo de Población, 2007).

FIGURA N°15. *Localización de la Región Lima.*



Fuente: <https://turismo-huacho.blogspot.com>.

FIGURA N°16. *Ubicación de la Provincia de Huaura.*



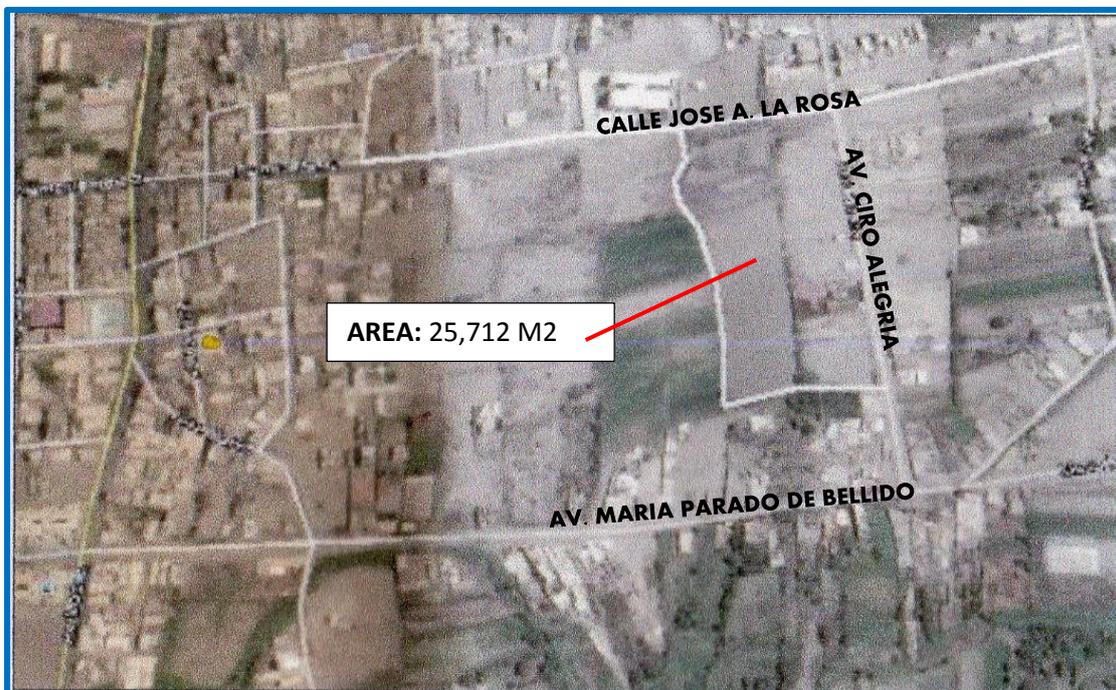
Fuente: <https://turismo-huacho.blogspot.com>

FIGURA N°17. *Ubicación del Distrito de Huacho.*



Fuente: <https://turismo-huacho.blogspot.com>.

FIGURA N°18. *Localización y Ubicación de Terreno Propuesta.*



Fuente: <https://www.google.com/maps/place/Huacho>.

3.1.1.2.-Perfil Histórico de la Ciudad y/o Localización.

Según, la Municipalidad Provincial de Huaura (MPH),2016. Informa que:

Fue el virrey Francisco de Toledo quien dispuso agrupar a los distintos ayllus de indios que se establecieron en la zona en una “reducción”, escogiendo para ello la bahía de “Guacho”. En consecuencia, el 24 de agosto de 1571 se bautizó a esta reducción con el nombre de San Bartolomé de Guachu.

Durante el Virreinato del Perú, la ciudad pertenecía a la provincia de Huaura y se estableció como puerto y caleta pesquera. En 1774 el virrey José Antonio de Mendoza otorgó a Huacho la categoría de pueblo (hasta entonces se le consideraba aldea) con lo cual se le permitió construir su Plaza principal.

Huacho fue, al igual que Huaura, un pueblo que recibió y alojó a los miembros de la expedición libertadora encabezada por don José de San Martín, participando el 27 de noviembre de 1820 del Grito libertador en el balcón de Huaura. El 12 de febrero de 1821, Huacho es elevado a distrito perteneciente a la Chancay en el departamento de Lima.

El Congreso le concedió el título de Fidelísima Villa el 11 de abril de 1828, bajo la presidencia de don José de La Mar. El 23 de enero de 1830, la provincia de Chancay fue unida a la provincia del Santa señalando como su capital provincial la Villa de Supe.

Pocos años después se volverían a separar ambas provincias, quedando Chancay dentro del departamento de Lima y Santa en Ancash. En esos momentos se estableció como capital de la provincia de Chancay la ciudad de Huaura. (Municipalidad Provincial de Huaura., 2016, pág. 2).

Este grupo duró 30 años ya que el 23 de enero de 1866 se establece a Huacho como capital de la provincia de Chancay. Aparte del balcón de Huaura también podemos encontrar otros lugares turísticos como la Quinta Cárdenas, de casi 200 años. Esta casa está llena de leyendas urbanas. Siendo actualmente propiedad de la familia Zerillo Paz. **El 10 de noviembre de 1874, Huacho fue elevada a la categoría de ciudad** y se mantuvo como capital de la provincia aun cuando se separó de Chancay (hoy provincia de Huaral) y se creó la provincia de Huaura

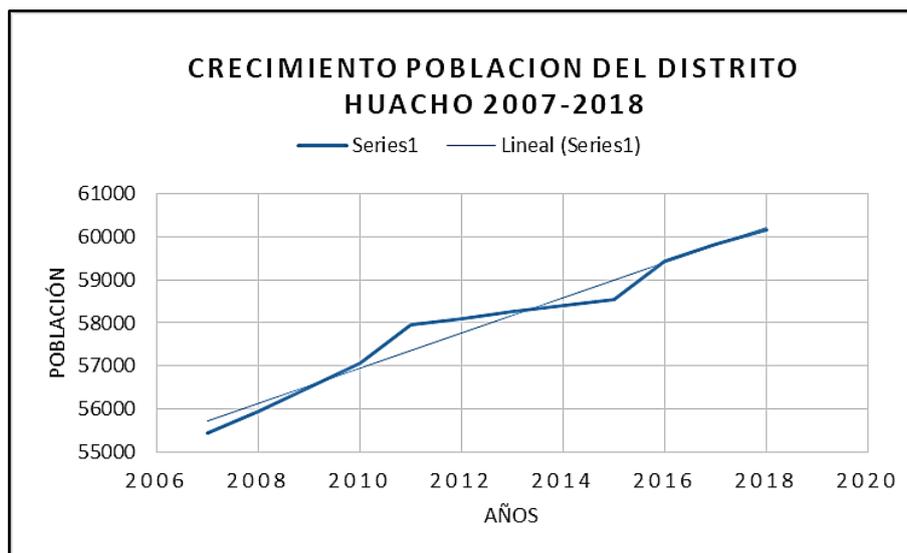
3.1.1.3.- Población.

Población: Al periodo del 2018: 60,182 Habitantes

Densidad Poblacional: 73,92 hab. /km.

FIGURA N°19.

Crecimiento Poblacional del Distrito de Huacho 2007 – 2018.



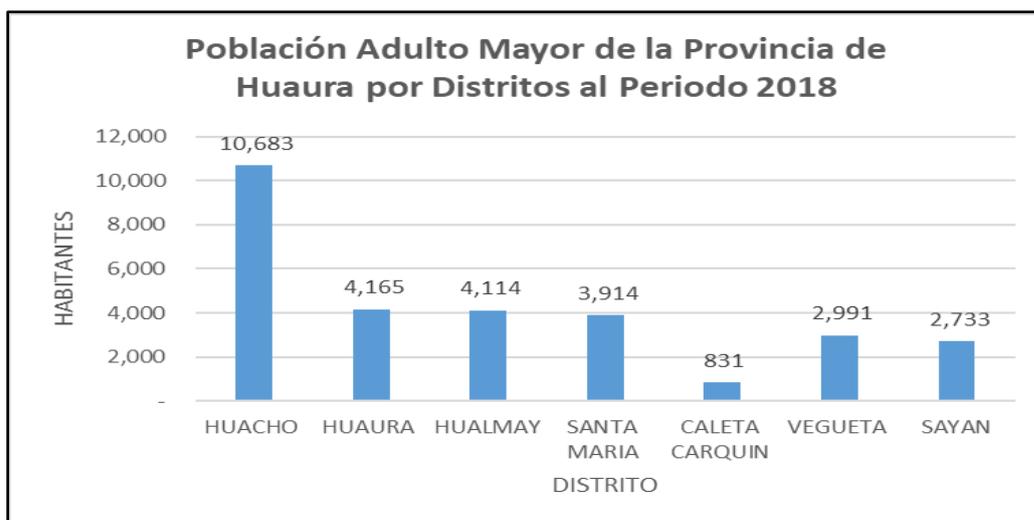
Fuente: Elaboración Propia

TABLA N°09 .Población Adulto Mayor de la Provincia de Huaura por Distritos al Periodo 2018.

POBLACIÓN ADULTO MAYOR DE LA PROVINCIA DE HUAURA, POR DISTRITOS AL PERIODO 2018.							
DISTRITOS	HUACHO	HUAURA	HUALMAY	SANTA MARÍA	CALETA CARQUÍN	VEGUETA	SAYÁN
POBLACIÓN ADULTO MAYOR	10,683	4,165	4,114	3,914	831	2,991	2,733

Fuente: Elaboración Propia.

FIGURA N°20. Población Adulto Mayor de la Provincia de Huaura por Distritos al Periodo 2018.



Fuente: Elaboración Propia.

Según, Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). informa que: el crecimiento de la población de la provincia de Huaura y distrito de Huacho es el fenómeno de la inmigración de los habitantes de las provincias y distritos vecinos, por la nueva función y rol que cumple de ser una ciudad político administrativa, debido a la localización del Gobierno Regional de Lima, y actividades comerciales que está en auge, y otros factores económicos.

En las últimas décadas la población de la provincia de Huaura, en la que está circunscrita Huacho, está en proceso de incrementó,” la tasa de crecimiento de la población paso de 1.8% en el periodo intercensal 1981 – 1993, a un 2% en el periodo intercensal 1993- 2007, debido a la disminución de la tasa de mortalidad y un aumento de la tasa de fecundidad en la provincia.

Según, las estimaciones realizadas para los años 2007 y 2018, la tendencia del crecimiento de la población será creciente.” Adaptación Instituto Nacional de Estadística e Informática (Instituto Nacional de Estadística e Informatica , 2007-2018).

3.1.1.4.- Dinámica Económica.

La base economía del distrito de Huacho, está constituida principalmente en la industria, comercio y servicios, cuya configuración geográfica se ubican las actividades

Comerciales, de servicio y de atención financiera en el centro cuyos cordones industriales, se han trasladado a las zonas periféricas.

Se estima que existen 32,969 Mypes y en el sector industrial el 62% de la producción total se dirige al consumo interno mientras que el 38% hacia la exportación.

La Población Económicamente Activa es del 79,6% con un Ingreso per cápita mensual familiar de 680.4 soles, siendo el más alto de la Región Lima.

3.1.2.- LOS ACTORES SOCIALES VINCULADOS AL PROYECTO.

3.1.2.1.- La Institución promotora o beneficiaria del Proyecto y su rol en la Ciudad.

Reseña Histórica de la institución.

El establecimiento de salud al que pertenecería el proyecto a implementarse, sería el Hospital Regional de Huacho, ámbito de jurisdicción Red de Salud Huaura – Oyón.

Establecimiento de salud de Nivel II-2, con 49 años de antigüedad, que atiende la demanda de servicios de salud.

La micro red de Oyón ubicada en el escenario de la sierra está constituida por 8 distritos y cinco de ellos geopolíticamente adscritos a la provincia de Oyón (Oyón, Pachangara, Andajes, Caujul, y Navan), y tres distritos a la provincia de Huaura (Picho, Checra y Santa Leonor), el sector de salud cuenta con 19 establecimientos de salud del ministerio de salud y un Centro de Salud, ubicado en el distrito de Oyón. Adaptación Plan de Desarrollo Urbano de Municipalidad Provincial de Huaura 2016. (Municipalidad Provincial de Huaura, 2016).

3.1.2.2.- La Institución promotora o beneficiarios en el contexto local. Matriz de actores y mapa de Actores.

TABLA N°10. MATRIZ DE ACTORES.

Grupo de actores	Actor	Rol del Proyecto	Relación Predominante	Jerarquización de poder
Gobierno local	Directo	Promotor	A favor	Alto
Adulto Mayores	Directo	Directo	A favor	Alto
ONGd	Indirecto	Promotor Indirecto	A favor	Medio
Instituciones Privadas	Indirecto	Promotor Indirecto	Indiferente	Medio
Constructores	Indirecto	Indirecto	Indiferente	Baja
Gobierno Regional	Directo	Promotor	A favor	Alto
Naturaleza	Indirecto	Indirecto	Indiferente	Medio

Fuente: Elaboración Propia

TABLA N° 11. DEFINICIONES DE ACTORES.

DEFINICION DE ACTORES		
NOMBRES	DESCRIPCION	
A1 Gobierno Local	Municipalidad distrital de Huacho	
A2 Adulto Mayor	Todos los posibles adultos mayores	
A3 ONGd	Organismos No Gubernamentales sin fines de lucro	
A4 Instituciones Religiosas	Iglesia , Caritas	
A5 Constructores	Todos los constructores que se dedican a la construcción de establecimientos de salud.	
A6 Gobierno Local	Dirección Regional de Salud – Diresa	
A7 Naturaleza	Todos los fenómenos naturales posibles de alta destrucción posibles a ocurrir en Huacho.	

Fuente: Elaboración Propia.

TABLA N°12. CALIFICACIONES DE ACTORES.

CALIFICACIÓN DE ACTORES									
	ACTORES	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	TOTAL INFLUENCIA
A1	Gobierno Local	X	4	4	3	4	0	0	15
A2	Adulto Mayor	3	X	2	3	4	1	0	13
A3	ONGd	2	2	X	2	2	2	0	10
A4	Instituciones Religiosas	3	3	1	X	3	1	0	11
A5	Constructores	3	1	2	3	X	1	0	10
A6	Gobierno Regional	4	4	2	1	3	X	0	14
A7	Naturaleza	4	4	4	4	4	4	X	24
TOTAL DEPENDENCIA		19	18	15	16	20	9	0	97

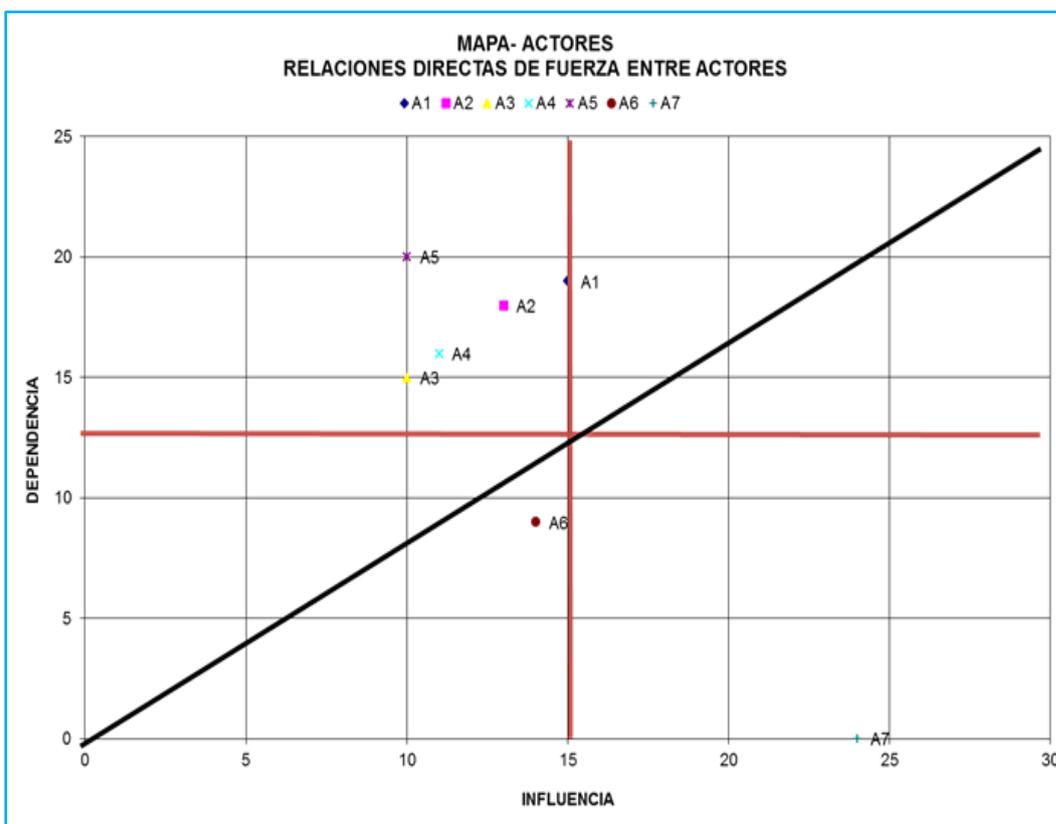
13.9

4 El actor Ai puede cuestionar la existencia del actor Aj
3 El actor Ai puede cuestionar la misión del actor Aj
2 El actor Ai puede cuestionar los proyectos del actor Aj
1 El actor Ai puede cuestionar de manera limitada (durante algún tiempo o en algún caso en concreto) la operatividad del actor Aj
0 El actor Ai no tiene ninguna influencia sobre el actor Aj

RESUMEN	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7
INFLUENCIA	15	13	10	11	10	14	24
DEPENDENCIA	19	18	15	16	20	9	0

Fuente: Elaboración Propia.

FIGURA N°21. MAPA - ACTORES



Fuente: Elaboración Propia.

3.1.2.3.- La Institución promotora y sus motivaciones y expectativas con respecto al proyecto.

El presente estudio es por motivaciones sociales, propias de mi persona y la Universidad Alas Peruanas, Facultad de Ingenierías y Arquitectura, dejar un precedente Académico mediante la elaboración de un estudio en favor del Adulto Mayor, con el objetivo de mejorar su calidad de vida.

3.1.2.4.- Caracterización de los usuarios potenciales del proyecto.

Los proyectos potenciales del mismo son:

Población Adulto Mayor del Distrito de Huacho, del sector medio bajo.

Población de distritos aledaños tales como el distrito de Hualmay, Santa María, Carquín, Huaura y Vegueta...

3.1.3.- CRITERIOS PARA EL ANÁLISIS LOCALIZACIÓN DE LA PROPUESTA.

3.1.3.1.- Ubicación y descripción lugar de intervención.

La ubicación de la intervención urbano – arquitectónico, se localiza entre las intersecciones de la Avenida Ciro Alegría y La Calle José Arámbula la Rosa, con una extensión de 25,712 m², la capacidad portante del suelo, se considera dentro de los márgenes permisibles, la topografía es con características distensibles el cual permite mayor dinamismo al respecto.

Respecto a tenencia legal del predio, el terreno es propiedad privada, dentro de lineamientos de política de las competencias de la Municipalidades Provinciales, amparados en la Ley del Adulto Mayor, les faculta realizar adquisiciones de predios para interés público en este caso, en beneficio de la población del Adulto Mayor, del Distrito de Huacho y su área de Influencia. (Ver, Imagen Google Earth foto N°22).

IMAGEN N° 21. *Vista Panorámica del Área De Estudio, Terreno Localizado Zona Nor-Oeste de La Ciudad de Huacho, Intersección Avenida Ciro Alegría y La Calle José Arámbulo la Rosa.*



IMAGEN N° 22 *Terreno Alternativa "A" Imagen Google Earth.*



IMAGEN N° 23 *Vista Panorámica del Área De Estudio, Terreno Localizado Zona Nor-Oeste de La Ciudad De Huacho, La Calle José Arámbulo la Rosa.*



Valor Económico: El distrito de Huacho está en pleno proceso de expansión urbana hacia la zona Nor-oeste de la ciudad, el área de terreno en estudio se está circunscrito en esa área, por lo tanto, el costo según la tasa arancelaria de la Municipalidad Provincial de Huaura, considera el m² = S/. 60.00 (Sesenta y 00/100 Nuevos Soles), el valor comercial se considera entre \$.35 a 40 (Treinta y Cinco a Cuarenta Dólares Americanos USA), lo cual a la fecha es favorables su adquisición, para el fin que se pretende respecto al proyecto.

3.1.4.- Valor Histórico y/o Paisajístico:

El área en estudio en sus orígenes, fue área destinada a la agricultura, en la actualidad está eriazado debido al abandono de parte de sus propietarios, pero una vez intervenido se logrará la recuperación paisajística.

3.1.4.1.- Otros Factores de la Localización de la Propuesta.

La ubicación del área de terreno en estudio es estratégica debido a lo siguiente, uno la Accesibilidad, por la Calle José Arámbula la Rosa, del área urbana mayor de Huacho, y la otra por la zona Nor - Este la avenida Ciro Alegría, del área colindante con el distrito de Santa María.

Otro aspecto, importante es la equidistancia con dos establecimientos de salud, el Hospital Regional de Huacho – Minsa, y Hospital del Seguro Social sede Huacho – Es Salud y Clínica San Pedro (Ubicación Avenida Echenique).

3.1.4.2.- Matriz de Ponderación del Terreno Localizado:

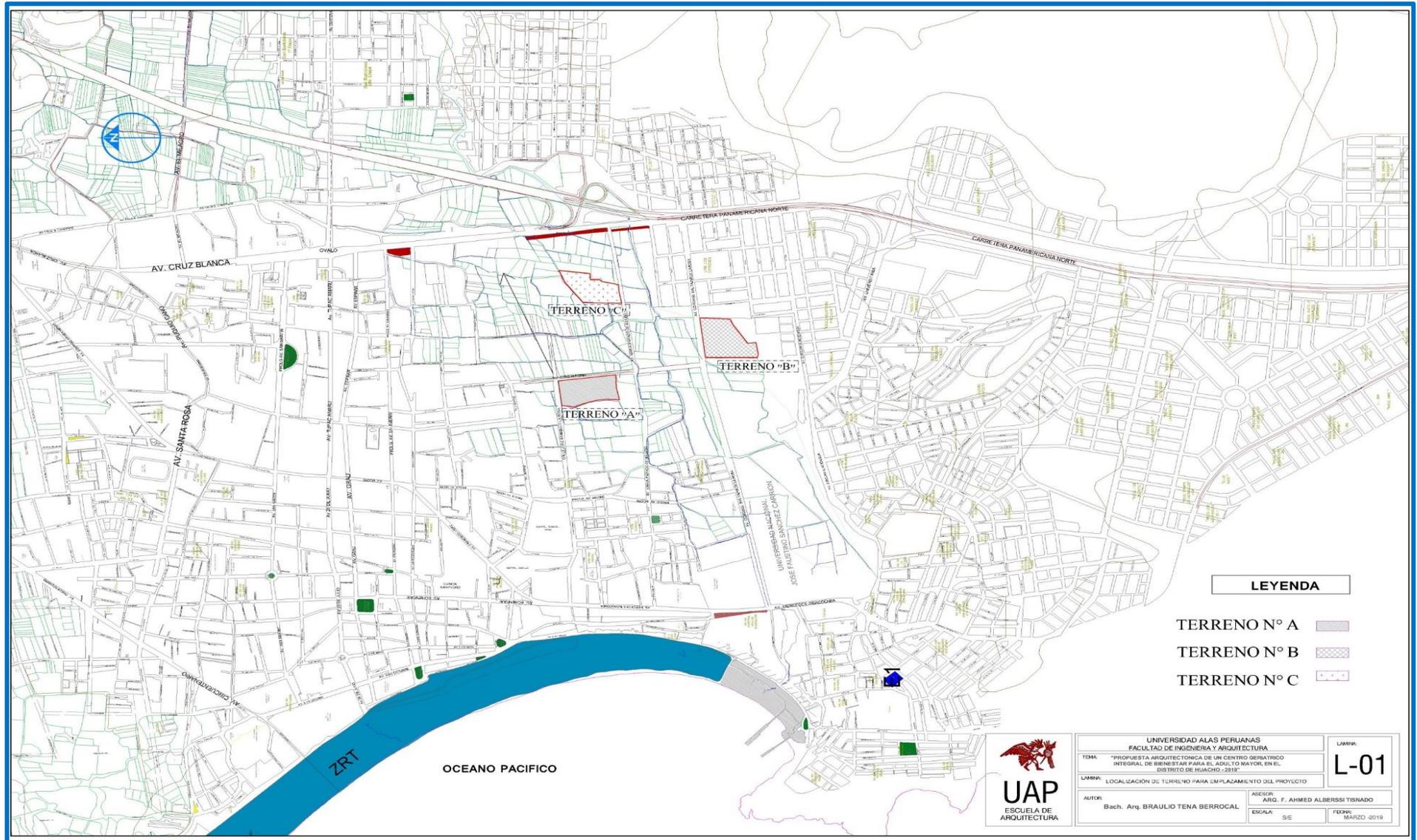
TABLA N°13.

Matriz de Ponderación del terreno Localizado.

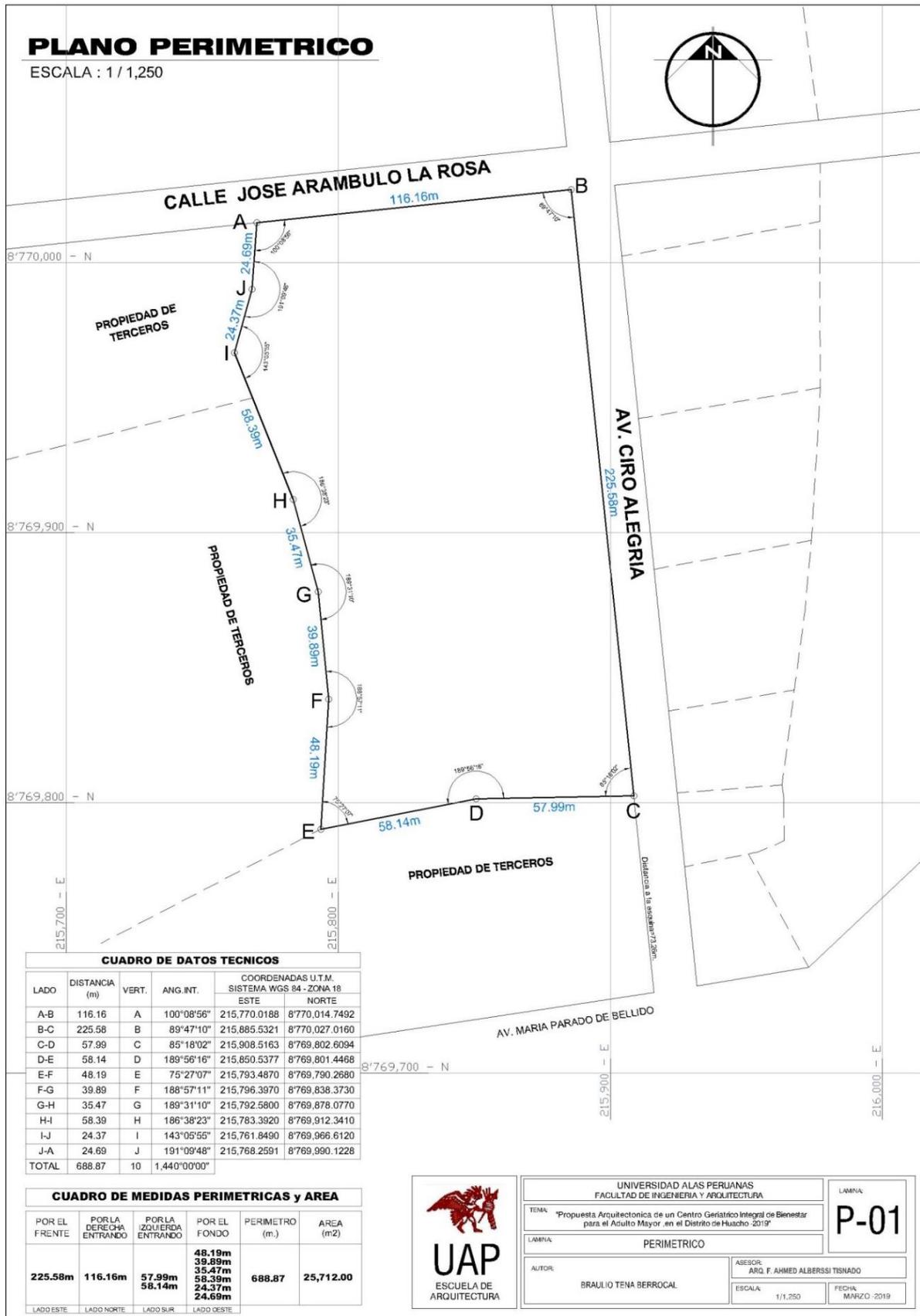
MATRIZ DE PONDERACION - LOCALIZACION DE TERRENO PARA EMPLAZAMIENTO PROYECTO											
	ACTORES	Tenencia legal del Predio	Topografía	Extensión	Capacidad portante del suelo	Accesibilidad	Paisaje	Arbolización	Entorno inmediato	Servicios Básicos	TOTAL INFLUENCIA
A1	Terreno - "A"	5	10	10	10	10	10	10	8	10	83
A2	Terreno - "B"	10	5	3	10	5	5	5	5	5	53
A3	Terreno - "C"	5	5	5	5	5	10	5	5	5	50
TOTAL DEPENDENCIA		20	20	18	25	20	25	20	18	20	186
10	Tenencia Legal del Predio : Estado 10 puntos			10	Accesibilidad						
10	Tenencia Legal del Predio : Privado 5 Puntos			10	Paisaje						
10	Topografía - Plana			10	Arbolización						
10	Extensión : 1has = 3p./2has=8.p./2.has a + = 10p.			10	Entorno Inmediato						
10	Capacidad Portante Permisible			10	Servicios Basicos						

Fuente: Elaboración Propia.

3.1.4.3.- Localización y Ubicación del Terreno en Estudio.



3.1.4.4.- Plano del Perímetro:



3.2.- CONDICIONES FÍSICAS DE LA CIUDAD

3.2.1.- TERRITORIO:

3.2.1.1.- Orografía, Topografía, Relieves.

El distrito de Huacho, no presenta topografía y relieves pronunciados, en su mayor extensión el terreno es plano.

3.2.1.2.- Geología

EL distrito de Huacho se ubica circunscrita dentro de la franja costera de la Región Lima, lo cual, según el mapa de suelos del Perú, forma parte del suelo del desierto costero de la región. (Plan Integral de Gestion Ambiental de Residuos Sólidos de la Provincia de Huaura., 2014).

3.2.2.- CLIMA:

3.2.2.1.- Componentes Meteorológicos.

El clima del distrito de Huacho, es desierto costero, Meses de calor intenso (diciembre, enero, febrero, marzo), meses de invierno cinco de (mayo a septiembre), y tres meses estacionales (abril, octubre, y noviembre), la temperatura varía de **14° a 26°**, A sí mismo la humedad relativa es sumamente alta (hasta 100%), produciéndose neblina persistente de junio a diciembre hasta la entrada a verano cuando las nubes son menores, nuboso y templado en los meses de invierno (junio a septiembre). Ver (Planos adjunto de Asoleamiento (AS-01), Vientos (V-01), Humedad, Temperatura (TH -01),).

3.2.3.- Paisaje Urbano

3.2.3.1.- Aspectos Generales del Entorno Inmediato.

El proyecto a implementarse “Centro Geriátrico Integral “, se adecuará con mucha facilidad ni restricciones al entorno inmediato, ya que la zona esta plena consolidación urbana, la zona está considerada como ZRP, lo cual es factible el cambio de uso del mismo, por otro lado, la zona colindante al predio en estudio, está destinado para zona residencial R-2, R-3, el área es compatible para el propósito del proyecto.

Componentes Meteorológicos y medio Ambientales:

Elementos del Clima:

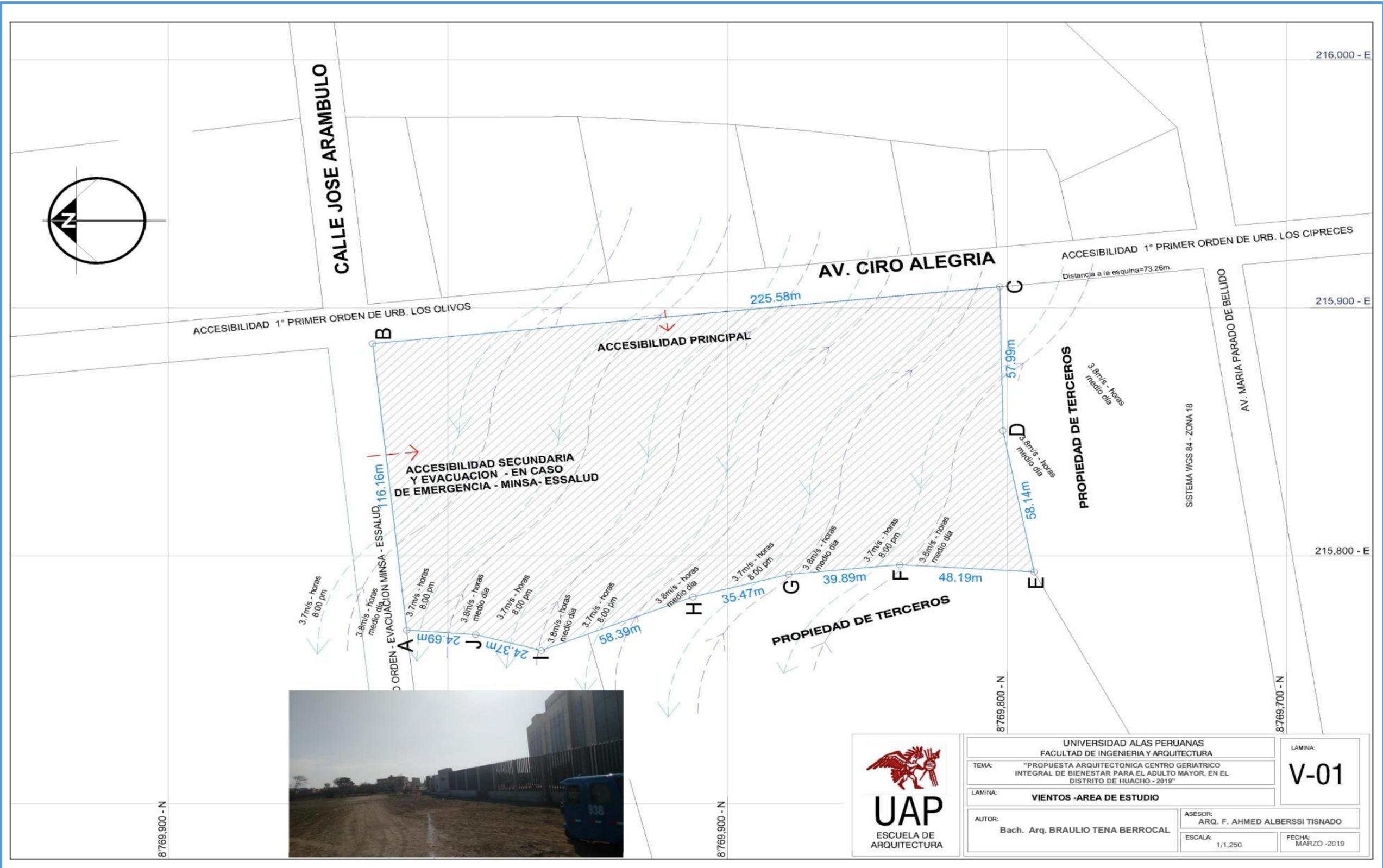
a) La temperatura: En el proyecto se implementará temperatura de (21° a 24°)

- b) La humedad:** En el proyecto en lo posible atenuar al requerimiento del proyecto
- c) El Viento:** En el proyecto aprovechar al máximo ventilación cruzada, en áreas de servicios higiénicos y servicios generales.
- d) La precipitación:** Considerar en los techos el 2% de pendiente para su fácil evacuación.

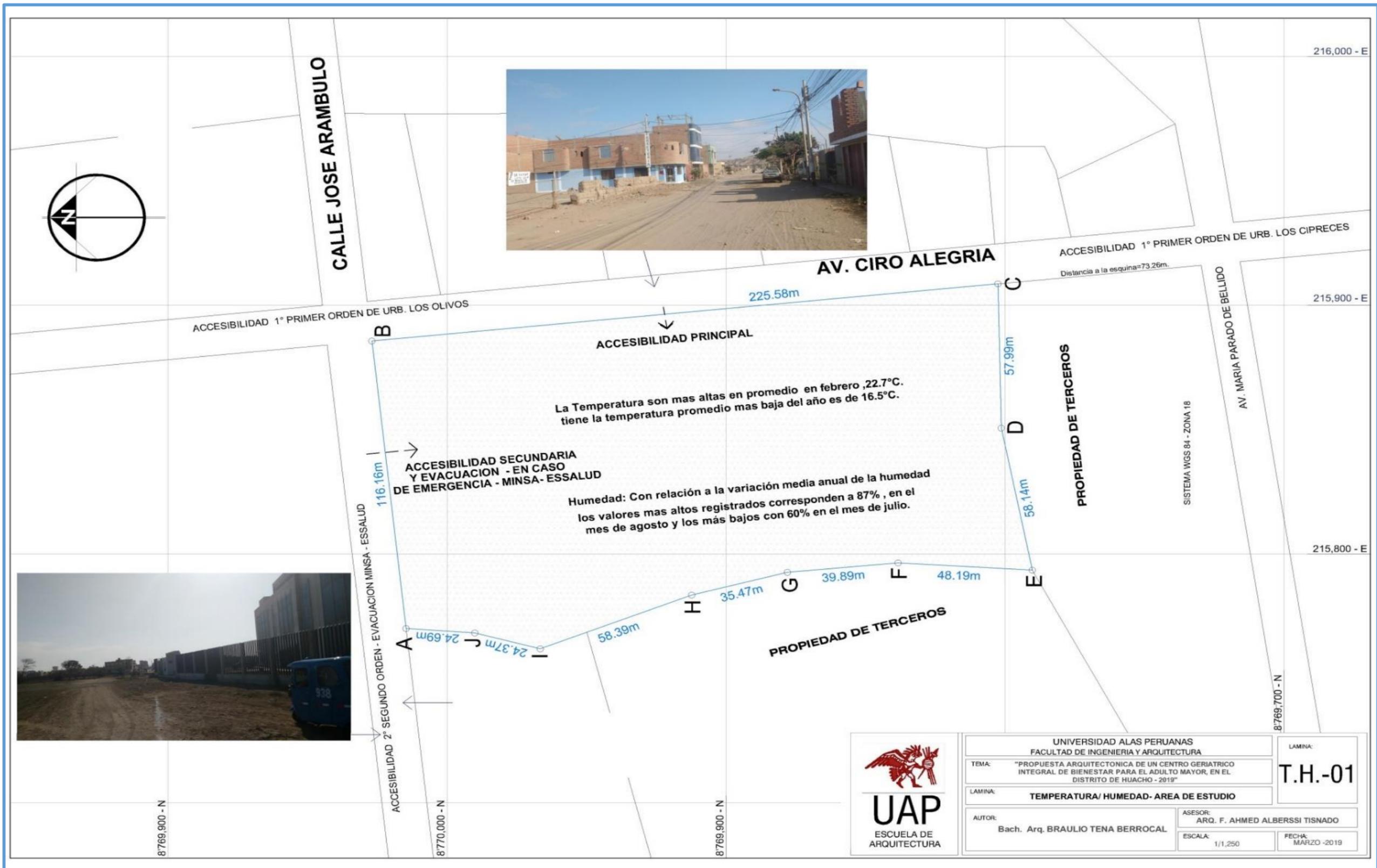
Factores del Clima:

- a) Latitud:** La latitud es la distancia desde un punto determinado del planeta a cualquier punto del Ecuador.
- b) Altitud:** Que es la distancia de un punto en relación al nivel del mar.
- c) El relieve:** El relieve va a influir en las zonas más montañosas, es decir, que están más elevadas, son más corrientes las precipitaciones en forma de lluvia, nieve o niebla.
- E) Corrientes marinas:** Son corrientes que trasladan masas de agua a lo largo de los océanos y a grandes distancias.
- f) La vegetación:** La vegetación en huacho actúa como un moderador térmico, evitando las grandes oscilaciones de temperatura. Contribuyen a generar mayor humedad en el aire y actúan como filtro de la radiación solar.

PLANO Nº 02. VIENTOS - ÁREA DE ESTUDIO.



PLANO N° 03. TEMPERATURA/ HUMEDAD ÁREA DE ESTUDIO.



 UAP ESCUELA DE ARQUITECTURA	UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FACULTAD DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA		LAMINA:
	TEMA: "PROPUESTA ARQUITECTONICA DE UN CENTRO GERIATRICO INTEGRAL DE BIENESTAR PARA EL ADULTO MAYOR, EN EL DISTRITO DE HUACHO - 2019"		T.H.-01
LAMINA: TEMPERATURA/ HUMEDAD- AREA DE ESTUDIO		ASESOR:	ARQ. F. AHMED ALBERSSI TISNADO
AUTOR: Bach. Arq. BRAULIO TENA BERROCAL		ESCALA:	1/1,250
		FECHA:	MARZO -2019

3.3- ACTIVIDADES URBANAS:

- **3.3.1.- Servicios Públicos:**

Agua Potable y Desagüe: La ciudad de Huacho, es suministrado el servicio de agua potable por la empresa administradora “Aguas de Lima Norte”, la cuenca hidrográfica principal el río de Huaura, respecto la matriz de agua potable está instalada en la avenida Ciro Alegría a 3ml., respecto a la matriz de desagüe de igual forma 6ml. En conclusión, el servicio de agua potable, y desagüe es compatible con los requerimientos con el proyecto.

Energía Eléctrica: Los transformadores de la red secundaria están localizadas en la avenida Ciro Alegría, lo cual no será problema para su instalación.

Red de Telefonía e Internet: La red de telefonía e Internet atraviesa por la avenida Ciro Alegría, lo cual es compatible con el requerimiento con el proyecto.

3.3.2.- Equipamiento Urbano:

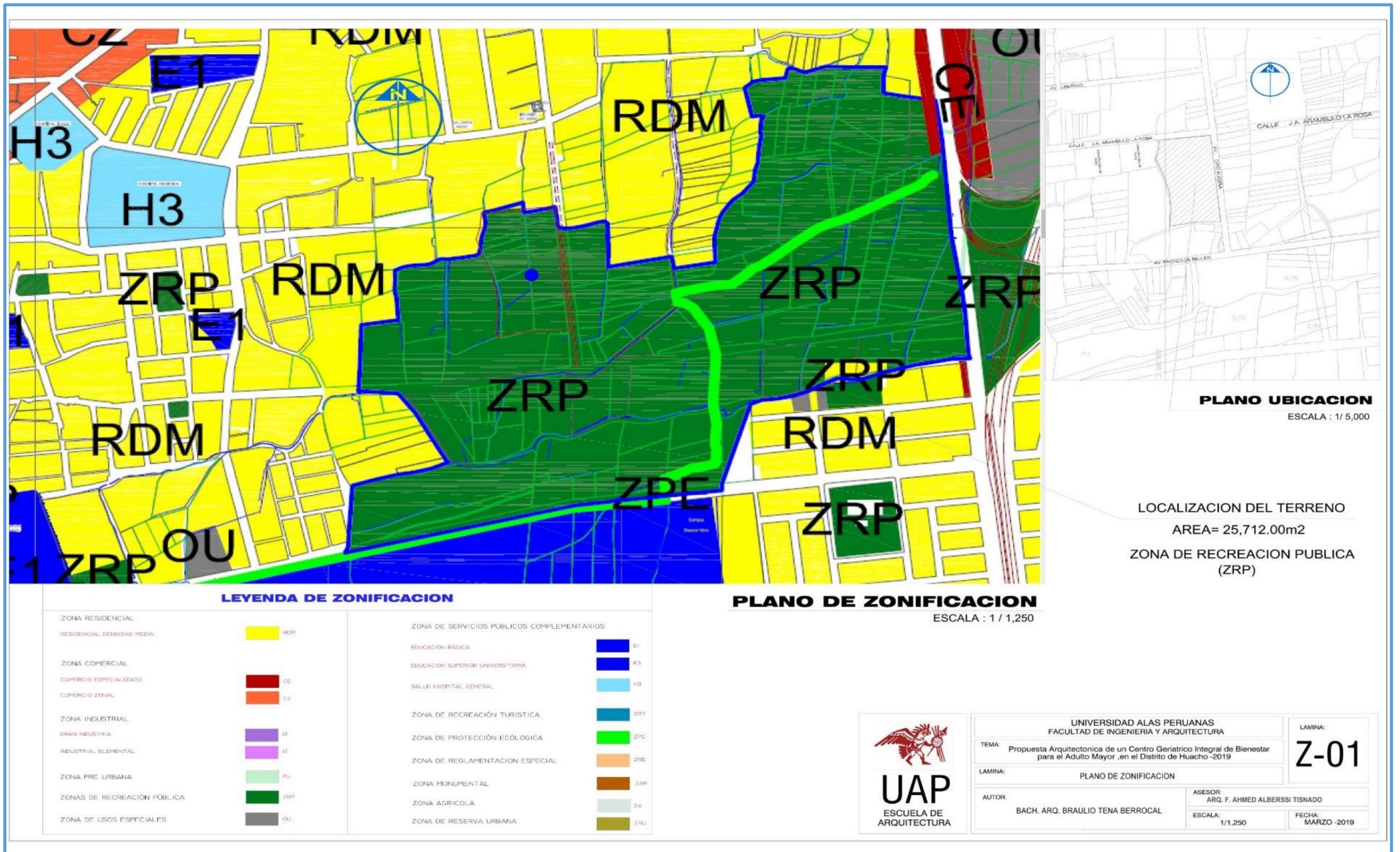
EL distrito de Huacho, cuenta con una extensión de 717.02 km², densidad poblacional 80.17hab/km², para el periodo 2018, la organización territorial es altamente habitable, establecimientos de salud correspondiente a la Dirección Regional de Salud se tiene 20 establecimiento de salud (Postas, Centros, Maternos),

Se cuenta con dos establecimientos de salud importantes, el primero corresponde al Hospital Regional de Huacho – Minsa, el mismo es parte de Red Huaura – Oyón, destinado a la población en general de menores recursos económicos, y el segundo se refiere al Hospital del Seguro Social – Es Salud – Huacho, Corresponde a la Red Huaura – Oyón- Barranca, corresponde a los afiliados del sector público y privado.

Respecto a las Instituciones educativas básico regular, se tiene para el periodo 2017, 14 instituciones de nivel inicial, 9 de nivel primaria, 6 de nivel secundario, 5 de otros niveles, hacen un total de 34 instituciones educativas.

De esta manera, el Modelo de Acondicionamiento Territorial para el desarrollo sostenible de la Provincia de Huara, ha determinado cinco diferentes áreas de especialización, en la cual está circunscrita el distrito de Huacho, según zonas de tratamiento es como sigue:

PLANO N° 04. PLANO ZONIFICACIÓN (zonas del modelo y áreas ocupadas, provincia de Huaura).



PLANO N° 05. PLANO DE EQUIPAMIENTO URBANO.

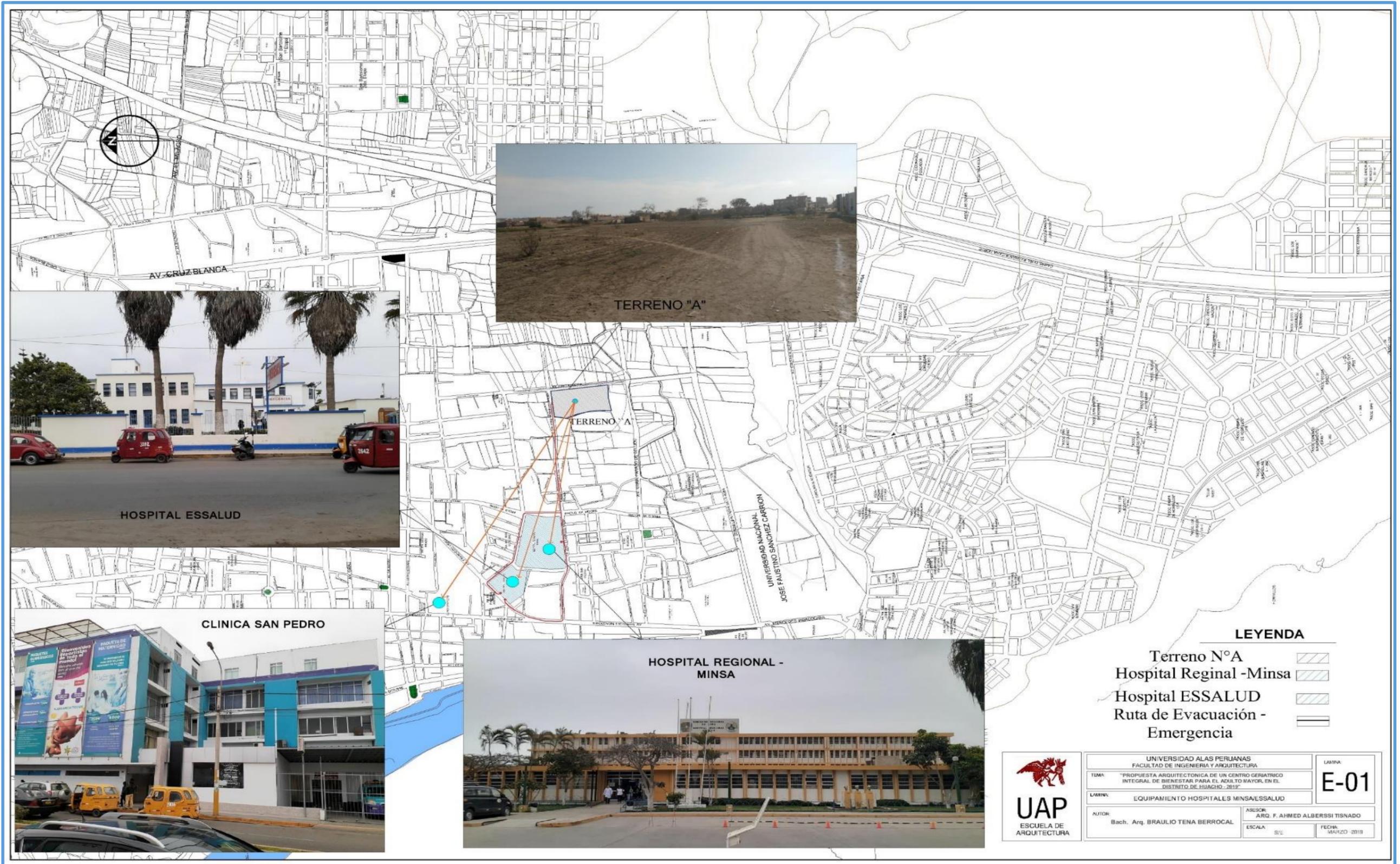


TABLA N°14. Zona del Modelo y Áreas Ocupadas, Provincia de Huaura.

ZONAS DE TRATAMIENTO	ÁREA (HAS)	%
ZONAS DE CONSERVACIÓN Y PROTECCIÓN ECOLÓGICA	379,456.04	77.02
ZONA DE APTITUD URBANA E INDUSTRIAL	1,555.40	0.32
ZONA DE TRATAMIENTO ESPECIAL	2,308.22	0.47
ZONA PRODUCTIVA	108,389.23	22.00
ZONA DE RECUPERACIÓN	985.23	0.20
TOTAL	492,694.12	100.01

Fuente: PAT – Huacho.

En todo caso, las áreas verdes y espacios de recreación están previstas dentro del Plan de Acondicionamiento territorial del 2013- 2022.

La ubicación y localización del terreno en estudio, se ha tomado como criterio estratégico su proximidad a los dos establecimientos más importantes del distrito de Huacho y la Provincia a efectos de contar en momentos de emergencia y urgencias del adulto mayor.

3.3.3.- Viabilidad y Transporte:

La red vial importante es la carretera de la Panamericana Norte, constituye un eje de desarrollo para el norte chico de Lima (Huaura, Huaral, Barranca), y las demás regiones del país. En consecuencia, mediante esta vía vehicular se accede al distrito de Huacho, y a los distritos aledaños que lo circundan al distrito, los medios de transporte que cuenta son del sector privado, buses de cercanías, y vehículos menores, también se cuenta vía marítima, pero se desarrolla más para actividades comerciales y pesqueras.

En la ciudad de Huacho, el transporte público es con vehículos menores autos, taxis, y moto taxis.

3.3.4.- Uso de Suelo:

Respecto al uso de suelo esta normado mediante un instrumento administrativo de la Municipalidad provincial de Huaura. “Plan de Desarrollo Urbano” periodo 2009 al 2021, establece el proceso de urbanización considerando la tendencia de crecimiento y km²/hab.

3.4.- NORMATIVIDAD VIGENTE (AÑO 2019)

Según, (Reglamento Nacional de Edificaciones (RNE-2019), en los artículos concernientes al diseño de Centro de Atención Residencial Gerontológico, Geriátrico o Mixto, establece como parámetros los siguiente:

EL aspecto normativo que emana el Reglamento Nacional de Edificaciones, es fundamental para el diseño del Centro Geriátrico Integral, nos permite tener la debida prudencia en plantear los espacios arquitectónicos, en cuanto a función y espacio. Respecto a la función: Se proveerá que la circulación horizontal y vertical de la forma más óptima posible, tomando los parámetros mínimos que establece el RNE, el cual se hace referencia algunas de ellas.

Norma: **A.050 – Salud.**

Art.14.- Circulación vertical de Pacientes a las unidades de hospitalización se realizará mediante, escaleras, rampas y ascensores.

Las Escaleras: de uso general tendrán un ancho de 1.80 m. de ancho entre paramentos y pasamanos a ambos lados.

La ubicación de la escalera no debe ser mayor a una distancia de 25m.

Las escaleras de servicio y emergencia tendrán un ancho mínimo de 1.50m. entre paramentos y pasamanos a ambos lados.

Rampas: La pendiente será indicada en la norma A-120 Accesibilidad para personas con discapacidad.

El ancho mínimo entre paramentos será de 1.80 m. de ancho entre paramentos y pasamanos a ambos lados y 1.50m para

Servicio, el piso debe ser con material antideslizante, además deberá contar con baranda.

Ascensores: Deberán proveerse en todas las edificaciones de más de un piso.

Art. 36 Baños para pacientes tendrán las siguientes características:

Duchas: Las dimensiones serán de 1.10m.de ancho y 1.10m. de largo.

- Contaran con barras de apoyo esquineros de 1 ½ de diámetro y 90 cm. De largo a cada lado de las esquinas colocado horizontalmente en la esquina más cercana a la ducha a 0.80m. y 1.20 m., 1.50m. Sobre el nivel de piso.

- Tendrán botones de llamada conectados a la estación de enfermeras colocados a 0.60 m. sobre el nivel de piso.

Inodoros:

El área donde se ubica el inodoro tendrá 1.00 m. de ancho, tendrán botones de llamada conectados a la estación de enfermeras colocados a 0.60 m. sobre el nivel de piso.

Norma A.120: Accesibilidad para personas con discapacidad y de las personas mayores.

La cual establece 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 adultos mayores.

Según, (Plan Nacional para Personas Adultas Mayores (PAM - 2010), propone como principal objetivo promover una “**Sociedad Inclusiva para todas las edades**”. (Decreto Supremo N°009-2010- MIMDES).

Según, el Centro Integral del Adulto Mayor, (CIAM - 2006). Refiere que:

CIAM: Según la Ley N° 28803 se entiende por Centro Integral del Adulto Mayor al espacio municipal 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.

Según, Ministerio de la mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP-2016), se deberá tomar en consideración los mencionados artículos del reglamento.

Artículo 17.- De los ambientes del Centro de Atención

Artículo 18.- De la infraestructura básica del Centro de Atención Residencial Gerontológico, Geriátrico o Mixto.

Según, (Reglamento Nacional de Edificaciones[RNE], 2019). en los artículos señalados se deberá tomar debida cuenta para el proyectó en estudio.

Título III Reglamento Nacional de Edificaciones:

Norma A.010 Condiciones Generales de Diseño

Norma A.090 Servicios Comunales

Norma A.130 Requisitos de Seguridad.

CAPITULO IV: INTERVENCIÓN ARQUITECTÓNICA EN EDIFICACIONES EXISTENTES:

4.1.- CONSIDERACIONES PREVIAS:

- Inadecuado e inexistente servicio geriátrico; en los establecimientos de salud del estado (Minsa – Es salud) se reduce a un consultorio; y en el sector privado es inexistente.
- La actividad de protección y cuidado del adulto mayor los llamados “hogares” del sector privado, se desarrollan en forma inadecuada e ineficiente la estancia asistida.
- Equipamiento y mobiliario, limitado e inexistente, contribuye negativamente en el servicio geriátrico y estancia asistida.
- Inexistencia de espacio de capacitación, para el personal.
- Inadecuados espacios para las capacidades geriátricas y gerontológicas para los médicos.

CONCLUSIÓN: La existencia de abandono y descuido de las instituciones involucradas en proteger y cuidar del adulto mayor.

A parte de tomar esas consideraciones de la problemática, señalo el sector donde se circunscribe el proyecto es la **Salud y el Hábitat**, la unidad de análisis es el **adulto mayor del distrito de Huacho y su área de Influencia**.

EL factor físico ambiental y morfología urbana: En el presente proyecto son determinantes como el clima (Asoleamiento, Ventilación, Temperatura, Humedad, Vegetación), la morfología juega un papel importante (Zonificación, la altura de las edificaciones del entorno inmediato, los aspectos de viabilidad, áreas de vulnerabilidad que determinaran y condicionaran el proyecto).

4.1.1.- Tipo de Intervención Propuesta:

El proyecto del Centro Geriátrico Integral, su organización espacial obedece a la normativa establecida por el MINSa y OMS, respecto a Establecimientos Gerontológicos y Geriátricos, este último se dedica de atender la salud, la rehabilitación, tratamiento, estancia asistida, del adulto mayor, en el presente proyecto se ha establecido dos zonas bien definidas:

La primera: Esta se dedica a atender la salud del adulto mayor (Preventivos, Terapéuticos, Rehabilitatorios, Asistencia).

La segunda: Esta dedicada a la estancia asistida al adulto mayor (autovalentes, semivalentes y postrado).

La Composición Espacial del Centro Geriátrico Integral, se articula la zona de salud, con la de estancia asistencia, tomando en consideración los elementos del sistema de ordenamiento (Función, Espacio, Contexto, Tecnología Constructiva, Geometría, Escala,

Estética/paisaje). La propuesta arquitectónica está orientada a la sostenibilidad y sustentabilidad.

La articulación de las diferentes zonas de salud y estancia asistida, se organizarán mediante ejes ordenadores de primer orden, segundo orden, la accesibilidad debe ser jerárquica al Centro Geriátrico Integral, de igual forma a la zona de Salud, la composición debe ir paralela con la organización espacial y funcional. Debe lograrse en lo posible continuidad, unidad, equilibrio en el conjunto arquitectónico.

TABLA N° 15 . Áreas más Importantes del Centro Geriátrico Integral - 2019.

ZONA AMBULATORIA	ZONA BIENESTAR	ZONA DE TERAPIA OCUPACIONAL/EXPRESIVA	ZONA INTERGENERACIONAL /CRECIMIENTO LABORAL	ZONA DE ESTANCIA ASISTIDA	ZONA SERVICIOS ADMINISTRATIVOS /COMPLEMENTARIOS	ZONA DE SERVICIOS GENERALES
Salud Ambulatoria	Hidroterapia	Manualidades	Manualidades	Estacion de enfermeras	Administración	Cocina 25% total camas 140
Consultas medicas	Kinesiologicas	Ecologicas	Teatro	Area Pacientes geriátrico deterioro cognitivo leve	Dirección General	Comedor
Geriátricas	Masoterapia	Pintura	Enseñanza para profesionales ,familias, y cominidad	Area Pacientes geriátrico deterioro mental leve	Secretaria	Sala Estar
Kinesiologas	Gimnasio Multiple	Salas de Juego	Zona de Crecimiento	Area Pacientes geriátrico deterioro severo	Area de Atención Medica	
Psicologicos	Recreacion Activa	Terapia Expresiva	Artesania	Area para pacientes geriátrico cuidados terminales	Area de PAM	
Nutricionales	Recreacion Pasiva	Teatro	Cocina	Area para pacientes geriátrico cuidados paliativos	Area de Direccion Voluntariado	
Enfermeria		Danza	Muebleria		Area Direccion de Taller	
PAM - Asistencia Social			Confeccion		Asesoría Juridica	
Salud Psicologica			Locales de venta		Asistencia Social	
Terapias :			capacitacion de informatica			
Ocupacionales			Computacion			
Psicologicas grupales						

Fuente: Elaboración propia

A este requerimiento se preverá Instalaciones Especialmente Acondicionadas:

-Circulación horizontal y vertical, mediante **rampas 6% a 8% de pendiente, y ascensores.**

-Implementación de **pasamanos y elementos de seguridad en los (pasillos, rampas, baños).**

4.1.2.- Pautas Generales de Orden Arquitectónico:

La preocupación y atención por el deterioro progresivo de las actividades humanas están infringiendo al medio ambiente natural, el presente proyecto tiene como objetivo de reducir y revertir este impacto negativo.

Se aplicará una organización espacio funcional mixta, que permita un entorno hogareño, cálido, tranquilo, y conectivo para el adulto mayor.

Se aplicará criterios de preservación del medio ambiente en el proceso del diseño.

Incorporación de criterios ambientales, como eje fundamental la simbiosis el medio natural y lo urbano, en el proceso del diseño.

Enfatizar en la sostenibilidad y sustentabilidad del proyecto, a efectos de lograr mayores condiciones de habitabilidad y confort óptimos para el adulto mayor.

La implementación urbana arquitectónica de calidad, su inserción armónica con el entorno, respecto al paisaje natural y urbano.

Finalmente, en la Dimensión Humano ambiental, supresión de las barreras arquitectónicas.

4.1.3.- Lineamientos Básicos:

Se plantea una infraestructura geriátrica, que albergue a los adultos mayores, pero este abierto a la comunidad, permitiendo articular las diferentes zonas en forma integral:

El proyecto se desarrolla en siete ejes:

- **Área de Bienestar:** Está orientada a la Salud del Adulto Mayor
- **Área de Crecimiento Personal:** Está orientado a la aprehensión de conocimientos, para su auto sostenimiento del adulto mayor en forma indirecta.
- **Área de Estancia Asistida:** Está orientado a la estancia temporal y/o permanente del adulto mayor (*autovalentes, semivalentes, postrados*).
- **Área Intergeneracional:** Está orientado a la interacción y conectividad social
- **Área de Expresión Personal:** Está orientado a desarrollar actividades, que quedaron frustrados en el tiempo “Sentimientos” del adulto mayor.
- **Área de Servicios Generales:** Está orientado a complementar actividades intelectuales y culturales y administrativas.
- **Área de Servicios Complementarios:** Esta orientados a los servicios que son indispensables para su operatividad.

Para lograr articular se generará nodos y espacios de conectividad, que son indispensables para el desarrollo integral.

CAPITULO V: LA PROGRAMACIÓN (URBANA O ARQUITECTÓNICA):

5.1. CONSIDERACIONES PREVIAS:

5.1.1.- Localización y Ubicación del Predio.

El Centro Geriátrico Integral, está ubicado en la zona Nor -Oeste, del distrito de Huacho, entre las inmediaciones de la Avenida Ciro Alegría y Calle José Arámbula la Rosa, cuenta con una extensión de **25, 712 m²**.

Perímetro de **688.87 ml.**, la ubicación es estratégica debido a que el equipamiento a proyectarse, respecto a los establecimientos de Salud están ubicados a una distancia de 650 ml. Y 680 ml. Minsa y Es Salud. (Ver Plano Perimétrico, Ubicación – Localización (P-01) - (UL-01).

Linderos y colindantes:

POR EL NORTE:

Colinda por medio con la Calle José Arámbula la Rosa, en línea recta de un solo tramo descritos de la siguiente manera: Tramo recto vértice **A-B**, mide **116.16 ml.**

POR EL SUR:

Colinda con propiedad de terceros, de dos tramos descritos de la siguiente manera: Primer tramo vértice **D-E**, mide **58.14 ml.**, Segundo tramo **C-D**, mide **57.99 ml.**

POR EL ESTE:

Colinda por medio con la Av. Ciro Alegría, en línea recta de un solo tramo descritos de la siguiente manera: Tramo recto vértice **B-C**, mide **225.58 ml.**

POR EL OESTE:

Colinda con propiedad de terceros, en línea sinuosa de trece tramos descritos de la siguiente manera: Primer Tramo vértice **J-A**, mide **24.69 ml.**, Segundo Tramo vértice **I-J**, mide **24.37 ml.** Tercer Tramo vértice **H-I**, mide **58.39 ml.**, Cuarto Tramo vértice **G-H**, mide **35.47 ml.**, Quinto Tramo vértice **F-G**, mide **39.89 ml.**, Sexto Tramo vértice **E-F**, mide **48.19 ml.**

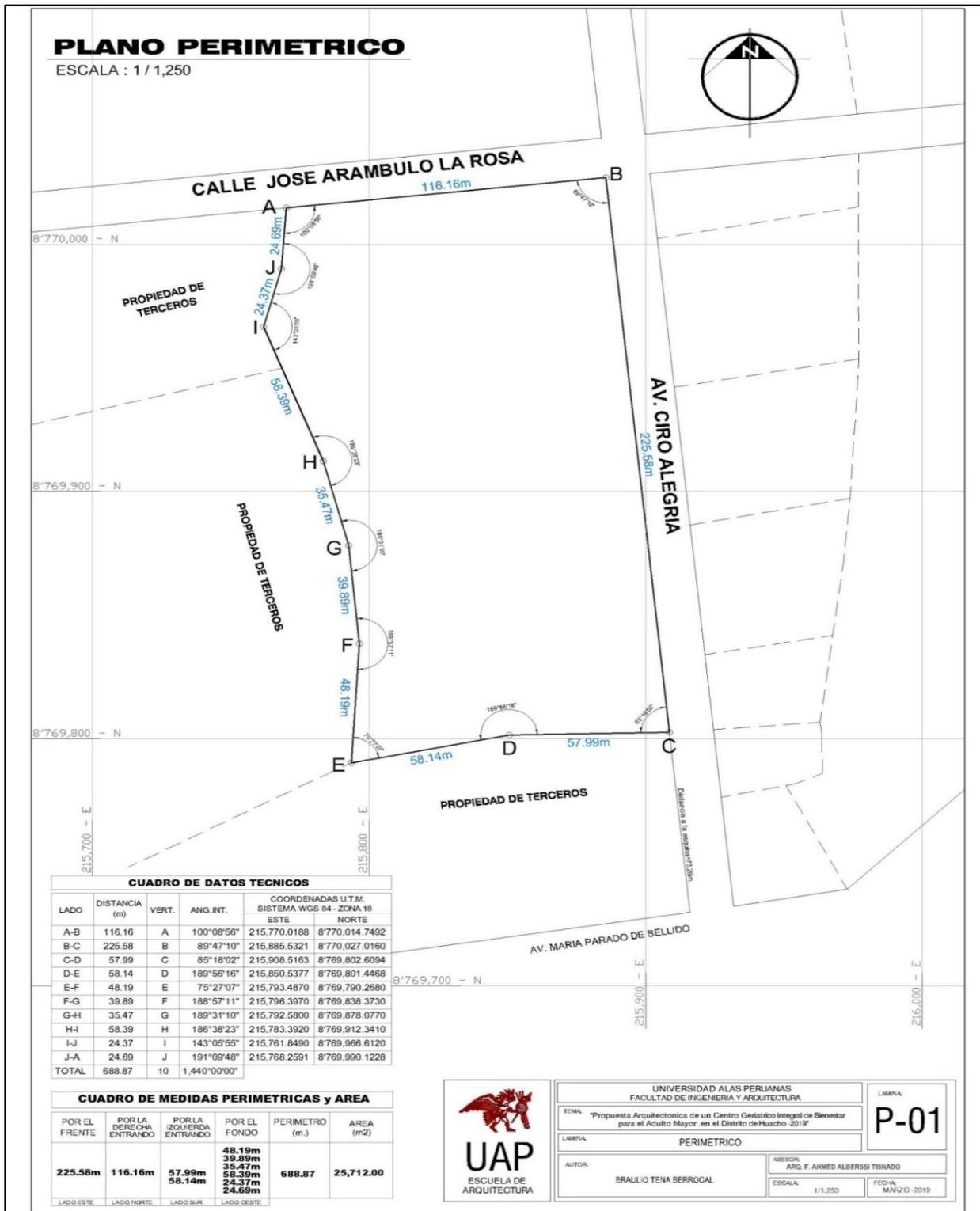
ÁREA:

La superficie encerrada dentro de los linderos descritos es de **25,712. m²**. y/o Determinación de área en **2.5712 Has.**

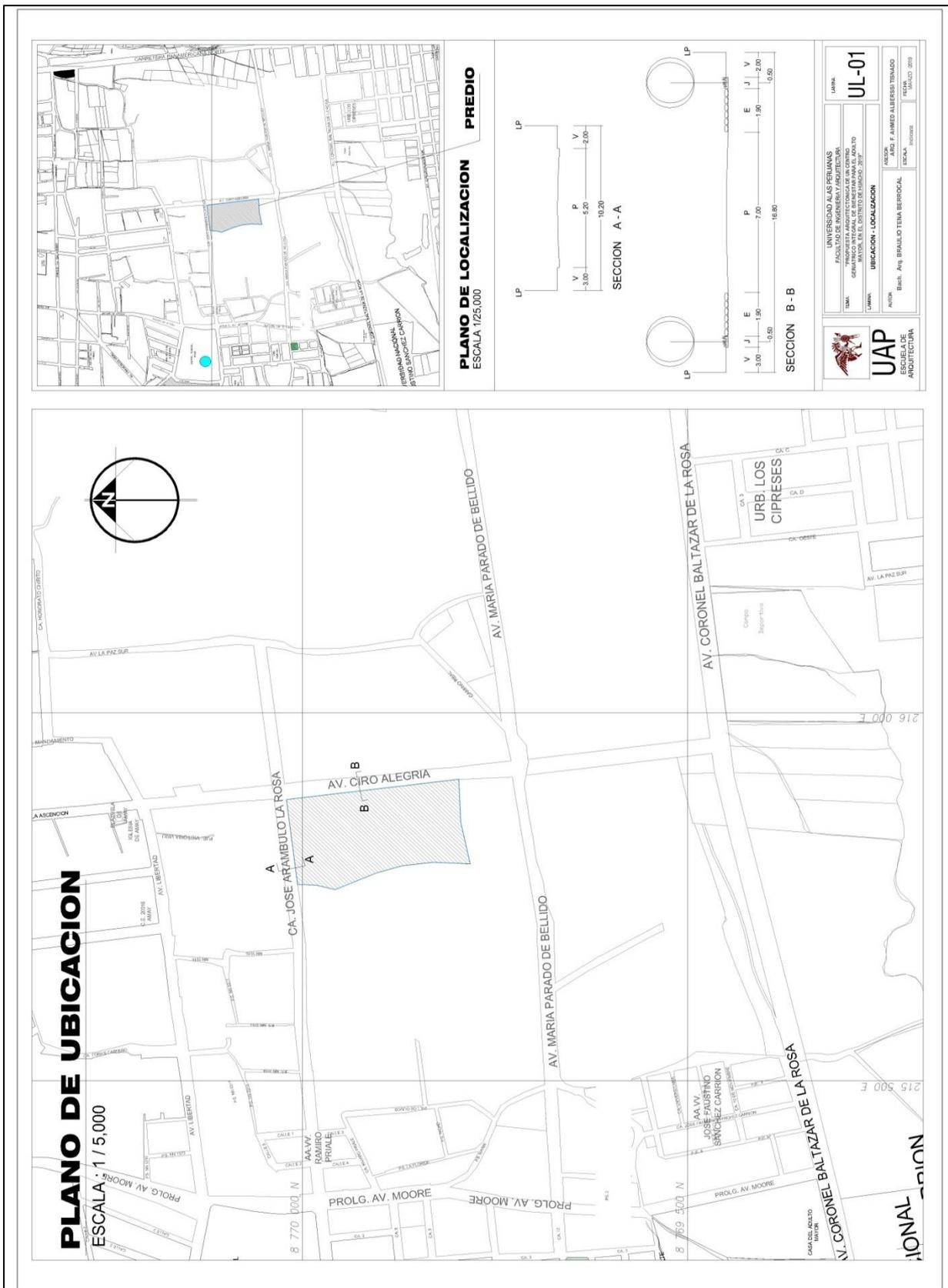
PERÍMETRO:

La longitud perimetral de sus lados es de: **688.87 ml.** (Ver Plano Perimétrico, Ubicación – Localización (P-01) - (UL-01).

5.1.1.1. Plano Perimétrico.



5.1.1.2. Plano de Ubicación y Localización.



5.1.2.- Relación del Proyecto con el Entorno:

La zona donde se implementa el proyecto “Centro Geriátrico Integral”, los terrenos están destinados a Zona de Reserva Recreacional, los mismos el uso del proyecto es compatible con la nueva función.

Respecto a la relación con el entorno inmediato no existe limitaciones, más al contrario el proyecto contribuirá positivamente, porque es concebido sosteniblemente y sustentablemente, su inserción al entorno inmediato.

5.1.3.- Consideraciones Conceptuales y Crono Tópicas Del Proyecto:

- **CRONOTOPO 1: Del Anciano a través del Tiempo – Espacio.**

Según, Dr. Llado, M. (1986). Afirma: en el artículo denominado: Historia no Comentada de la Geriátrica en el Perú.

SINTEISIS:

En las Culturas – Pre incas los ancianos eran respetados, sobre todo en los Ayllus, que eran grupos familiares unidos por vínculos de trabajo.

En los Ayllus, a los ancianos se clasifica en dos grupos: los Purecc Macho, mayores de 60 años, que se dedicaban a orientar a la juventud y a asesorar a la clase dominante, y los rocto macho, mayores de 80 años, ya deteriorados orgánicamente y por eso mantenidos de los depósitos públicos. La protección del anciano, entonces, dependía del producto del trabajo de la comunidad.

En la Colonia, los indígenas fueron declarados vasallos del Rey de España, a este sistema de explotación solo interesaba el indígena apto para el trabajo. Así comienza el desamparo de los no aptos, particularmente los ancianos.

En la Republica, el anciano es considerado como una fuerza de trabajo devaluada y tiene que refugiarse a las comunidades indígenas. (pág. 6,7).

Dentro de este análisis se puede observar, que surge la ley de protección al adulto mayor, generándose las Cajas de Pensiones, los Seguros Sociales, Obreros y Empleados. Objetivo brindar atención de servicio de salud de la población asegurada y la seguridad de un ingreso permanente para población jubilada o cesante a cargo de IPSS actual Es salud y la Oficina de Normalización Previsional ONP, que administra las pensiones, para los no afiliados.

Por otro lado, la existencia de hospicios producto de la generosidad de algunas familias pudientes con el interés humano y religioso, se puede hacer referencia:

Los Hospicios de Viru de nuestra señora de las cabezas.

Hospicio de San Vicente de Paul de la Beneficencia de Lima.

Las Hermanitas de los Ancianos desamparados.

CENECAPE:” Saturnino López Novoa”.

En 1982, fue inaugurado el “Albergue” Ignacia Rudolfo Vda. de Cavero en el paseo de Aguas”. De los cuales se muestra las evidencias fotográficas (Llado, 1986).

IMAGEN N°24. Vista Panorámico Paciente Adulto Mayores.



Fuente: Elaboración Propia

IMAGEN N°25.

Vista Panorámica: Albergue Ignacia Rudolfo Vda. de Canevaro.



Fuente: Elaboración Propia

IMAGEN N°26. VISTA DE FRENTE.

Fuente: Elaboración Propia

CRONOTOPO 2: Geriatría Pasado Presente y Futuro.

Según, Pinto Ramírez (2011)., afirma que: en el artículo denominado: Geriatría Pasado, Presente y Futuro, especialidad en Medicina Familiar y Especialidad en Urgencias.

Se puede extraer aspectos relevantes de la Geriatría:

“La geriatría, es parte de la medicina que se ocupa los aspectos clínicos, terapéuticos preventivos, sociales en la salud y enfermedad de los ancianos “.

El envejecimiento es un proceso dinámico, continuo, irreversible y universal.

La esperanza de vida al nacer es la media de la cantidad de años que vive una determinada población en un cierto periodo de tiempo. Se suele dividir en masculino y femenino y se influenciado por factores como **la calidad de medicina, la alimentación, la higiene etc.** Esperanza de vida saludable, que se definen como el número de años que una persona puede vivir con salud. (págs. 1,8).

Según el Banco Mundial: la Esperanza de Vida

TABLA N° 16. Según Banco Mundial - Esperanza de Vida Adulto Mayor.

	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2015	2016	2017	2018
Años	52.5	58.5	62.8	68.6	71.3	73.4	73.80	74.10	74.2	74.3

Fuente: Elaboración Propia

Consecuencias: Incremento de la Población mundial de 60 a + más.

Que ha provocado este crecimiento:

Disminución de la **Fecundidad**

Disminución de la **Natalidad**

Disminución de la **Mortalidad**

Ignatius Nascher – Fue el que introdujo el término de geriatría en 1914, en su obra “Geriatrics”

Según, la Dra. Marjory Warren – 1935 – La vejes no es una enfermedad.

Muchas de las patologías de la vejes son tratables, debido al avance de la medicina, es por ello se creó que, en Reino Unido en 1946, mejora la atención al adulto mayor, y en 1953 se funda Sociedad Peruana de Geriatría y Gerontología. Cuyo objetivo es de potenciar el envejecimiento activo y saludable de 60 a 65 años. (Warren, 1993).

PARA EL PROYECTO:

CENTRO GERIÁTRICO INTEGRAL:

Está enmarcada a brindar servicios de atención primaria, enfocados fundamentalmente al *aspecto clínico, terapéutico, preventivo, social*, de las patologías que afecta a los adultos mayores.

OBJETIVOS :

- ❖ Valoración conveniente oportuna individual y de grupo
- ❖ Satisfacer los requerimientos y necesidades del estado de salud, asistencia a las patologías crónicas, invalidantes.
- ❖ Docencia: Formación de profesionales especializadas en geriatría y gerontología.
- ❖ Investigación en todas las áreas referentes a las personas mayores

FIGURA N°22.

Propuesta de Atención "Centro Geriátrico Integral"

Fuente: Elaboración Propia

5.1.4.- Determinación de los Principales Componentes:

- a) **Área de Bienestar:** Está orientada a la Salud del Adulto Mayor
- b) **Área de Crecimiento Personal:** Está orientado a la aprehensión de conocimientos, para su auto sostenimiento del adulto mayor en forma indirecta.
- c) **Área de Estancia Asistida:** Está orientado a la estancia temporal y/o permanente del adulto mayor (autovalentes, semivalentes, postrados).
- d) **Área Intergeneracional:** Está orientado a la interacción y conectividad social
- e) **Área de Expresión Personal:** Está orientado a desarrollar actividades, que quedaron frustrados en el tiempo "Sentimientos" del adulto mayor.
- f) **Área de Servicios Generales:** Está orientado a complementar actividades Intelectuales y culturales y administrativas.
- g) **Área de Servicios Complementarios:** Esta orientados a los servicios que son indispensables para su operatividad.

5.1.5.- Determinación de las Necesidades, Actividades y Ambientes Requeridos:

TABLA N° 17 .Identificación de Necesidades.

NECESIDADES	ACTIVIDADES	ESPACIOS
Intercambio, conectividad, reunión, social	Esperar, descansar, observar, reunir	Recepción exterior, interior, informes, espera
Bienestar, Salud	Esperar, Evaluar, Valorar, Atender, Curar	Vestíbulo, Admisión-Caja, Triage, Tópico, Historia Clínica, Asistencia Social, Evaluación Integral, Evaluación Física, Psicológica, (cognoscitiva, afectiva mental)
Evaluación y Tratamiento	Esperar, Evaluar, Valorar, Atender, Rehabilitar, Ejercitar, Recrear	Estación de enfermera, Traumachock, Tópico, Laboratorio, Sala de Observación, Consultorio de Enfermería,
Psicogeriatría	Esperar, Evaluar, Valorar, Atender, Rehabilitar, Ejercitar	Consultorio médico, Consultorio Multifuncional, Consultorio Neuro psicología, Consultorio psicología
Trastorno del Equilibrio y la Marcha	Esperar, Evaluar, Valorar, Atender, Rehabilitar, Ejercitar	Consultorio Médico, Sala de Rehabilitación Especializada Multipropósito
Ayuda al Diagnostico	Esperar, Evaluar, Valorar, Atender, Rehabilitar, Ejercitar	Ecografía General, Mamografía, Sala de Rayos X, Tomografía Axial Computarizada
Evaluación del Trastorno del Peso	Esperar, Evaluar, Valorar, Atender, Rehabilitar, Ejercitar	Consultorio Nutricionista, Sala de Rehabilitación en Trastorno del Peso
Rehabilitación de Parkinson	Esperar, Evaluar, Valorar, Atender, Rehabilitar, Ejercitar	Consultorio Médico, Sala de Rehabilitación en Parkinson
Alzaimer	Esperar, Evaluar, Valorar, Atender, Rehabilitar, Ejercitar	Consultorio Médico, Consultorio Psicológico, Sala de Estimulación Cognitiva

Fuente: Elaboración Propia

NECESIDADES	ACTIVIDADES	ESPACIOS
Hidroterapia	Esperar, Evaluar, Valorar, Atender, Rehabilitar,	Estación de Enfermeras, Triaje
Rehabilitación Leve y Severa	Esperar, Evaluar, Valorar, Atender, Rehabilitar,	Vestidores , Pozo Terapéutico, Pozo de Hidromasajes ,Sala Fisioterapia, Taller de Biomédica, Sala de Espera, Estación de Enfermera , Ecografía General, Mamografía , Sala Hidroterapia extremidades inferiores y Superiores.
Rehabilitación y Gimnasio	Esperar, Evaluar, Valorar, Atender, Rehabilitar, Ejercitar	Gimnasio, Vestuario, Servicios Higiénicos
Rehabilitación Especializada	Esperar, Evaluar, Valorar, Atender, Rehabilitar, Ejercitar	Sala y Tina – Tanque Hubbard, Sala de Faja Ergonómico, Consultorios Procedimientos Médicos, Sala de Rehabilitación Especializada Multipropósito, Consultorios Procedimientos Ginecológico, Consultorios Procedimientos Coloproctológico, Consultorios Procedimientos Médicos, Sala de Estimulación Cognitiva, Sala de Terapia Grupal.
Expresión Personal e Intergeneracional	Capacitar, Enseñar, Aprender, Operar, Practicar, Producir, Administrar, Coordinar	Aula Taller (1,2,3,4), Oficina de Docentes, Servicios Higiénicos
Administración	Gestionar, Dirigir, Coordinar, Asistir, Operar, Difundir, Transar	Oficina de Administración, Secretaria, Sala de Reuniones, Oficina de Subdirección, Secretaria, Oficina de Enfermería, Oficina Epidemiología, Oficina de Recursos Humanos, Oficina de Contabilidad, Secretarías, Servicios Higiénicos
Enseñanza y Aprendizaje	Gestionar, Enseñar, Capacitar, Operar, Difundir, Promover	Oficina de Docencia, Secretaria, Sala de Usos Múltiples, Servicios Públicos
Servicios Múltiples	Asear, Acicalar, Capacitar, Enseñar, Entrenar, Operar	Podología, Barbería, Vestíbulo, Estación de Enfermera, Deposito, Camillas, y Sillas Estar (1,2), Sala de Terapia al Aprendizaje, Terapia de Lenguaje, Terapia Ocupacional, Servicios Higiénicos.
Recreación, Esparcimiento	Nadar, Recorrer, Recrear, Esparcimiento Pasivo	Piscina, Chapoteadero, Patio de Recreación Pasivo (1,2)

Fuente: Elaboración Propia

NECESIDADES	ACTIVIDADES	ESPACIOS
Estancia Temporal y Permanente	Descansar, Dormir, Alimentarse, Recrear, Esparcimiento	Estar, Servicios Higiénicos, Comedores (Cocina, Atención, Oficio, Sala de Consumo Autovalente, Cocineta, Atención, Oficio), Dormitorios Simples, Dormitorio Dobles, Suite Señor, Terrazas
Suministro, Almacenamiento, Deposito, Cocinar, Lavandería	Suministrar, Almacenar, Depositar, Cocinar, Preparar, Seleccionar,	Servicio Alimentario: Cocina General, Cámara de Alimentos, Despensa, Comedor de Personal, Servicios Higiénicos
Suministro, Almacenamiento, Deposito	Suministrar, Almacenar, Depositar	Servicio Almacenamiento: Cámara de Medicinas, Almacen de Medicinas, Insumos Clínicos
Suministro, Almacenamiento, Lavandería	Suministrar, Almacenar, Depositar, Lavar	Servicio de Lavandería: Lavandería, Espacio de Recepción de Ropa Sucia, Espacio para Almacenamiento de Ropa Limpia, Planchado, Costura.
Suministro, Almacenamiento, Deposito	Suministrar, Almacenar, Depositar	Servicio de Almacenaje: Deposito General, Enseres, Deposito Clínico, Deposito de Oxígeno, Servicios Higiénicos.
Suministro, Almacenamiento, Mantenimiento	Suministrar, Almacenar, Depositar, Mantenimiento	Servicio de Mantenimiento: Talleres: Mantenimiento, Gasfitería, Carpintería de Madera, Oficina de Control, Servicios Higiénicos.
Suministro, Almacenamiento, Deposito	Suministrar, Operar	Servicio Generales: Área Grupo Electrógeno, Área de Cisterna de Agua de Consumo Humano, Área de Agua Contra Incendios, Sistema de Climatización , Deposito de Contenedores de Residuos Sólidos, Plataforma de Descarga, Patio de Maniobras, Rampa de Acceso

Fuente: Elaboración Propia

5.1.6.- Programación Arquitectónica

TABLA N° 18. Programa Arquitectónico.

PROGRAMA ARQUITECTONICO (A) - CENTRO GERIATRICO INTEGRAL												
ZONA	Codigo	SUBZONA	SECTOR	UNIDAD ESPACIAL	Aforo	Cantidad Espacios	CARACTERISTICAS DIMENSIONALES					
							Area Parcial (m2)	Area Total (m2)				
ZONA SERVICIOS GENERALES 1-A	I	SERVICIOS PUBLICOS I	PUBLICO	Parqueo de vehiculos publico	24	2	300					
				Parqueo de vehiculo Emergencia	3	3	37.5					
				Parqueo de vehiculos exterior	20	1	250	587.5				
				Espacio de Recepcion	50	1	74					
					Vestibulo General	120	1	200				
					Atención e informes	2	1	22				
					Area de Caja	2	1	22				
					Baño Personal	4	2	29				
		II	SERVICIOS PUBLICOS II	PUBLICO	Estar	18	2	36				
					Baños hombres publico	4	1	17				
					Baños mujeres publico	4	1	17				
					Baños discp.mujeres	1	1	3.5				
					Baños discp.hombres	1	1	3.5	424			
ZONA BIENESTAR	III	SERVICIO DE SALUD	SEMIPUBLICO	Geriatría Integral								
				Vestibulo	80	1	119.92					
				Admisión /caja	4	1	27					
				Triaje	6	1	23.6					
				Topico	2	1	23.6					
				Farmacia	2	1	23.6					
				Oficina de Apertura Historia Clinica	1	1	23.6					
				Oficina de Asitencia Social	3	1	23.6					
				Evaluacion Integral	3	2	23.6					
				Evaluacion Fisica	3	2	23.6					
				Evaluacion Psicologica	3	2	23.6					
				Evaluacion Psicologica (cognositivo,y afec	3	1	23.6					
				Evalacion Mental	1	2	23.6					
				Camilla	2	1	9.65					
				Deposito	2	1	9.65					
				Espera	1	1	53.2					
				Baños hombres personal-Hombres/Muje	4	2	23.6					
				Baños hombres publico	2	1	17					
				Baños mujeres publico	2	1	17					
				Baños hombres / mujer discp. publico	2	2	11.68	524.7				
								UNIDAD DE EVALUACION Y TRATAMIENTO				
								Estación de enfermeras	2	1		
								Triaje	2	1	22	
				Trauma Shock	1	1	24					
				Topico	1	1	22					
				Laboratorio	1	1	23.5					
				Baños personal	2	2	2					
				Baños hombres publico	3	1	17					
				Baños hombres publico	3	1	17					
				Baños hombre / mujer discp. publico	2	1	11.68					
				Sala de Observación Mujeres	4	2	54					
				Sala de Observación Hombres	4	2	54					
				Consultorio Enfermeria	2	1	27	274.18				
				UNIDAD DE PSICOGERIATRIA								
				Consultorio Medico	2	2	20.25					
				Consultorio Multifuncional	2	2	20.25					
				Consultorio Neuro Psicología	2	1	20.25					
				Consultorio Psicologica	2	1	20.25	81				
	IV	SERVICIO SALUD TRATAMIENTO	SEMIPUBLICO	UNIDAD DE TRANSTORNO DEL EQUILIBRIO Y LA MARCHA								
				Consultoiro Medico			20.25					
				Sala de Rehabilitacion Especializada Multiproposito			40.44	60.69				
				UNIDAD DE NUTRICION								
				Consultorio Medico	2	2	20.25					
				Consultorio Transtorno de la Deglución	2	2	20.25					
				Sala de rehabilitacion Especializada en el Transtorno + SS.HH.	2	1	20.25					
				Estar de enfermeria	6	1	20	80.75				
				UNIDAD AYUDA AL DIAGNOSTICO								
				Ecografia general	1	1	27					
				Mamografia	1	1	27					
				Sala de Rayos X	1	1	61					
				Tomografia Axial Computarizada	1	1	38					
				Angiografia	1	1	38	191				
				UNIDAD DE EVALUACION DEL TRANSTORNO DEL PESO								
				Consultorio Nutricionista	1	1	20.25					
				Sala de rehabilitacion Especializada en el Transtorno + SS.HH.	6	1	40.44	60.69				
				UNIDAD DE REHABILITACION DE PARKINSON								
				Consultorio Medico	1	1	20.25					
				Sala de rehabilitacion especializada en Parkinson	6	1	40.44	60.69				

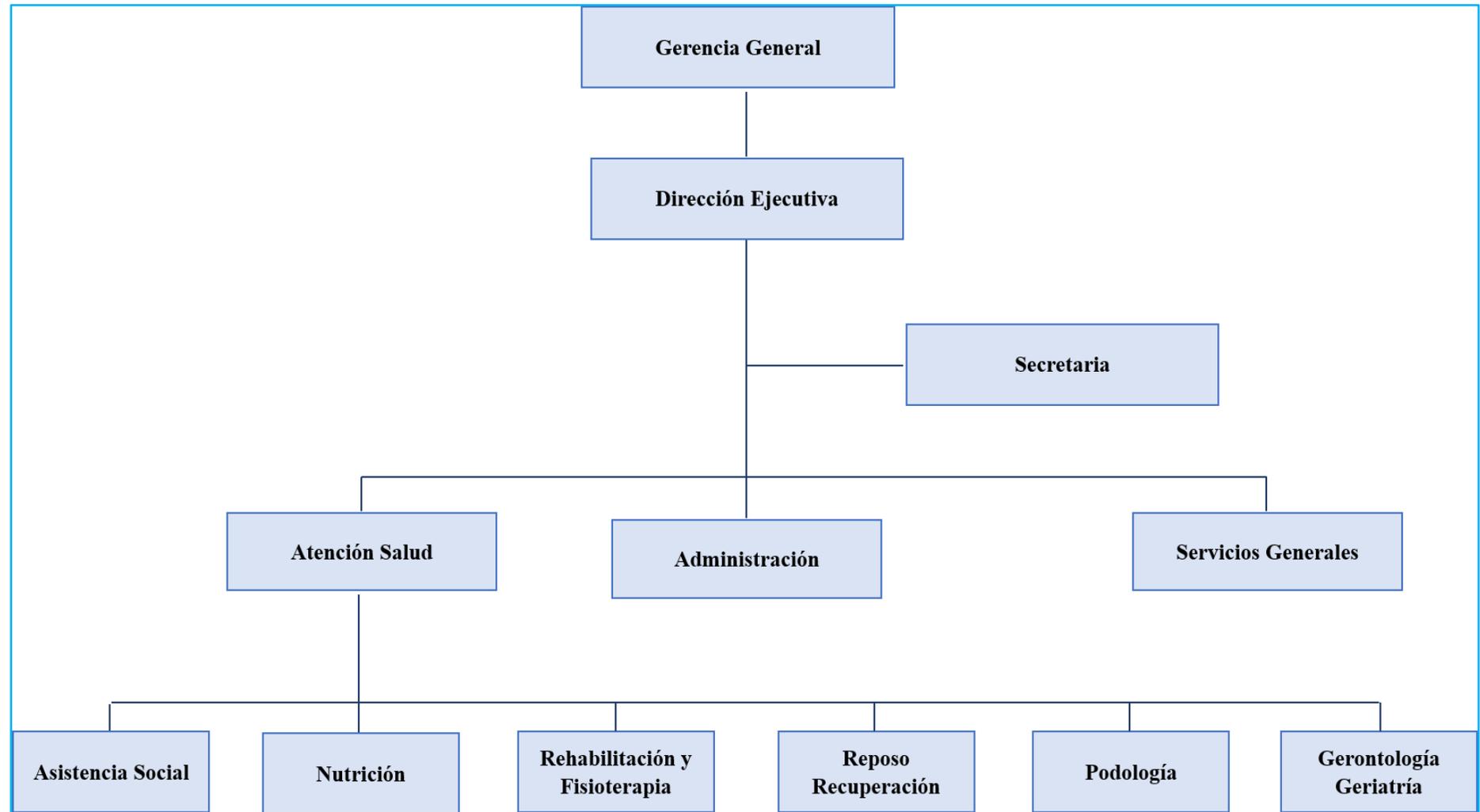
PROGRAMA ARQUITECTONICO (B) - CENTRO GERIATRICO INTEGRAL								
ZONA	Codigo	SUBZONA	SECTOR	UNIDAD ESPACIAL	Aforo	Cantidad Espacios	CARACTERISTICAS DIMENSIONALES	
							Area Parcial (m2)	Area Total (m2)
				UNIDAD DE ALZAHIMER				
				Consultorio Psicologico	2	1	20.25	
ZONA BIENESTAR	IV	SERVICIO SALUD TRATAMIENTO	SEMI PUBLICO	Consultorio Medico	2	1	20.25	
				Sala de Estimulacion Cognitiva	8	1	40.44	
				Baños hombres publico	2	1	10	
				Baños hombres publico	2	1	10	110.94
				Baños hombre / mujer discp. publico	2	2	10	919.94
				UNIDAD DE HIDROTERAPIA				
				Estacion de enfermeras			25	
				Triaje			22	47
				UNIDAD DE REHABILITACION LEVA/SEVERA				
				Rehabilitacion Severa (SS:HH;Vestidores,Pozo terapeutico)	6	1	80.96	
				Pozo de hidromasajes)				
				SS.HH.Hombres	3	1	17	
				SS.HH.Mujeres	3	1	17	
				SS.HH.Discapitados ,Hombres y Mujeres	1	1	11.68	
				Sala de Fisioterapia	4	1	56	
				Taller de Biomecanica	4	1	85	
ZONA APOYO TERAPEUTICO	V	SERVICIO REHABILITACION GIMNASIO	SEMI PUBLICO	Sala de Espera	6	1	34.8	
				Estacion de enfermeras	2	1	19.28	
				Ecografia general	2	1	20.4	
				Mamografia	2	1	20.4	
				Sala de Hidroterapia Ext.Inferiores y Sup	4	1	60.5	423.02
				UNIDAD DE REHABILITACION GIMNASIO				
				Gimnasio	10	1	60.5	
				Vestuario	10	1	20.5	
				SS.HH.Hombres	2	1	10	
				SS.HH.Mujeres	2	1	10	101
				UNIDAD DE REHABILITACION ESPECIALIZADA				
				Sala - Tina /tanque Hubbard	4	1	42.17	
				Sala de Faja Ergonometrica	4	1	42.17	
				Consultas /Procedimientos Medicos	2	1	46	
				Consultas /Procedimientos Medicos	2	1	46	
				Sala de Rehabilitación Especializada Multiproposito	4	1	42.81	
				Procedimiento Ginecologico	2	1	22	
				Procedimiento Coloproctologico	2	1	22	
				Consultas /Procedimientos Medicos	2	1	43	
				Sala de Estimulación Cognositiva	2	1	43	
				Sala de Terapia Grupal	2	1	43	
				Consultas /Procedimientos Medicos	2	1	46	
				Consultas /Procedimientos Medicos	2	1	46	484.15
				Aula Taller 1	16	1	60	
ZONA EXPRESION PERSONAL E INTERGENERACIONAL	VI	AULAS /TALLER	SEMI PUBLICO	Aula Taller 2	16	1	60	
				Aula Taller 3	16	1	75	
				Aula Taller 4	16	1	60	
				Oficina Docencia 1+ SS.HH.	2	1	18	
				Oficina Docencia 2+SS.HH.	2	1	18	
				SS.HH.hombres (2) + Discp.	2	1	24	
				SS.HH.mujeres(2) + Discp.	2	1	24	339
				Direccion + SS.HH.	2	1	32	
				Sala de Reuniones	10	1	24	
ZONA ADMINISTRATIVA	VII	DIRECCION	SEMI PUBLICO	Secretaria	2	1	22	
				Vestibulo	20	1	40	
				Sub Direccion + Secretaria	2	1	30	
				Oficina de Enfermeria + Secretaria	2	1	30	
				Oficina Epimiologica + Secretaria	2	1	30	
				Oficina de Recurso Huamanos y Contabilidad + Secretaria	2	1	30	238
				Oficina de Docencia	2	1	20	
ZONA DOCENCIA	VIII	DOCENCIA	SEMI PUBLICO	Secretaria	2	1	20	
				SS.HH.hombres (2) + Discp.	2	1	20	
				SS.HH.mujeres(2) + Discp.	2	1	20	
				Sala de Usis Muntiples	81	1	121	201
				Podologia	4	1	25	
				Barberia	4	1	16	
				Vestibulo	20	1	66	
				Estacion de enfermeras	2	1	45	
ZONA TERAPIA Y SERVICIOS	IX	SERVICIOS TERAPIA	SEMI PUBLICO	Deposito	1	1	10	
				Camillas y Sillas	2	1	10	
				Estar 1	10	1	25	
				Estar 2	10	1	25	
				Sala de Terapia del Aprendizaje	8	1	50	
				Sala Terapia del leguaje	8	2	100	
				Sala Terapia Ocupacional	8	4	232	604

5.1.7.- Síntesis Programática:

Tabla N°19 . Síntesis Programática.

SINTESIS PROGRAMATICA			
ZONA	Nro.	SUBZONA	AREA (m2)
ZONA DE SERVICIOS GENERALES 1-A	I	SERVICIOS PUBLICOS I	587.5
	II	SERVICIOS PUBLICOS II	424
ZONA DE BIENESTAR	III	SERVICIO DE SALUD	524.7
	IV	SERVICIO SALUD TRATAMIENTO	914.94
ZONA APOYO TERAPEUTICO	V	SERVICIO REHABILITACION /GIMNASIO	1055.17
	X	PATIO Y RECREACIÓN	2207
ZONA EXPRESION PERSONAL E INTERGENERACION	VI	AULA/TALLERES DE CAPACITACION	339
ZONA SERVICIO ALBERGUE	XI	AREA DE DESCANSO Y ESPARCIMIENTO	237.68
		AREA DE COMEDORES	425.68
		AREA DE ESTANCIA ASISTIDA	3352
		*HABITACION INDIVIDUAL 1560M2	
		*HABITACION DOBLE 896M2	
		*SUITE SENIOR 896M2	
ZONA ADMINISTRATIVA	VII	DIRECCION	238
ZONA DE DOCENCIA	VIII	DOCENCIA	201
ZONA TERAPIA Y SERVICIOS	IX	SERVICIO TERAPIA	604
ZONA SERVICIO GENERALES	XII	DIETETICA	397.68
		ALMACEN MEDICINAS	44
		LAVANDERIA	200
		ALMACEN DIVERSOS	1593.36
		SUBTOTAL	13,372.79
		MUROS Y CIRCULACION 30%	4,011.83
		AREA TOTAL	17,384.62

Fuente: Elaboración Propia.

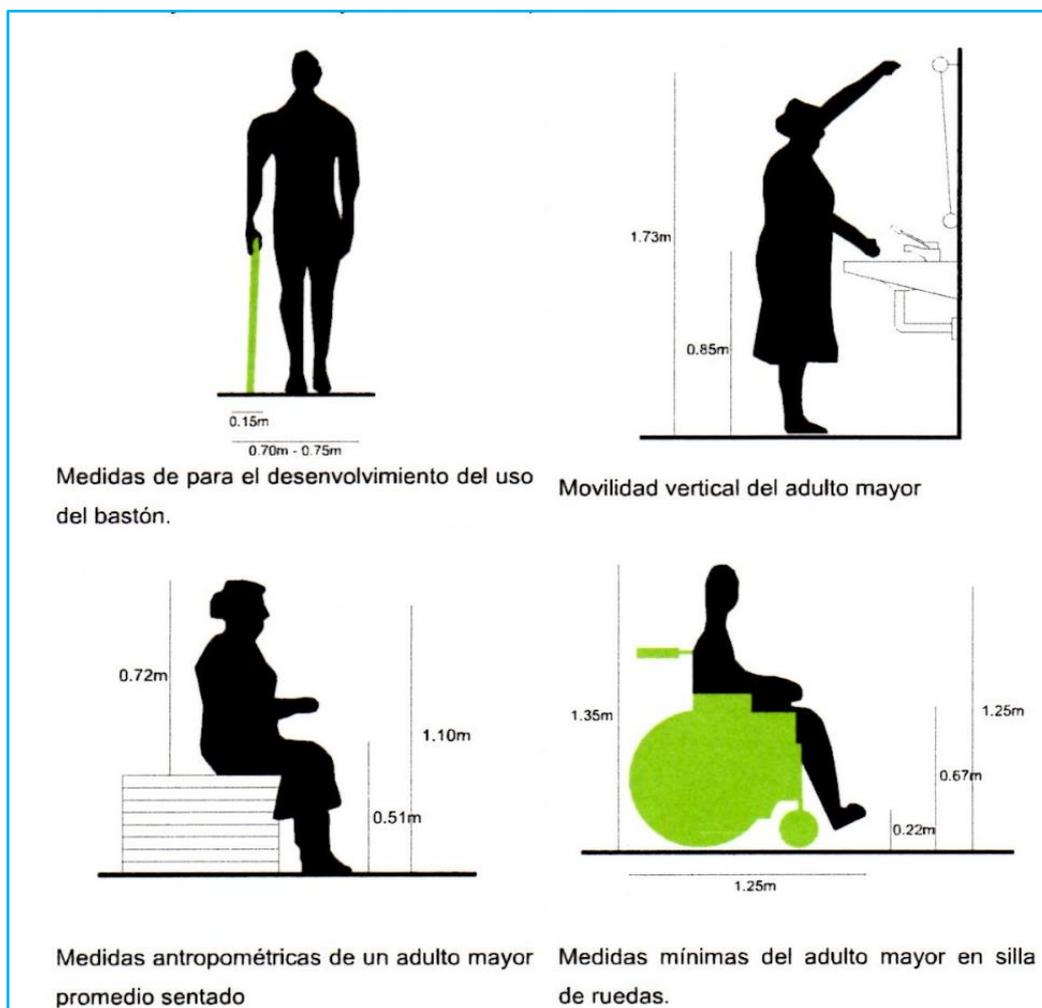
5.1.8.- Organigrama Centro Geriátrico:

Fuente: Elaboración Propia

5.1.9. Antropometría y Ergometría Geriátrica (Estudio Antropométrico).

5.1.9.1. Esquema Antropométrico:

FIGURA N° 23. Medidas Antropométricas del Adulto Mayor.



Fuente: Tesis Centro Geriátrico Distrito de la Molina
 Autor: Joselyn Zaira Berenice Figueroa Valderrama

5.1.9.2. Definición y Esquemas Ergonómicos Básicos.

Según, Julius Panero Martin Zelnik, los aspectos antro-pométricos de la ergonomía y su aplicación permitirá:

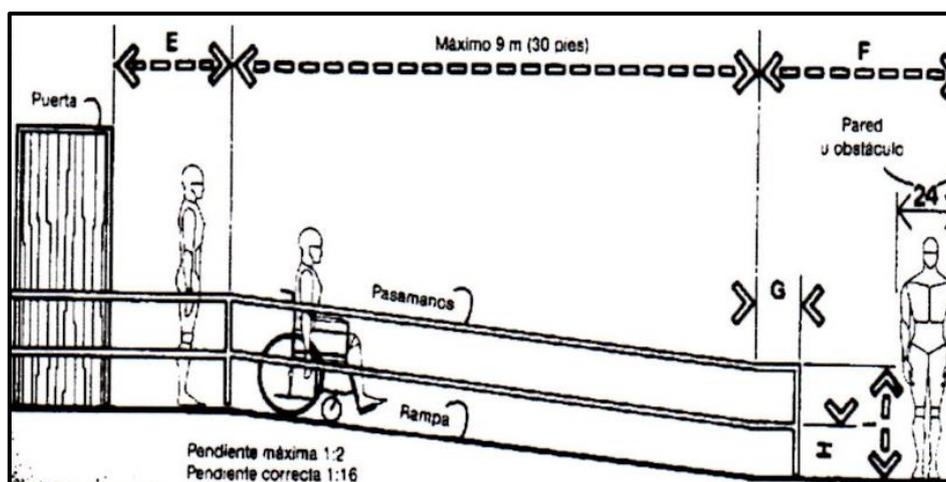
- *Reducir o eliminar los riesgos profesionales, accidentes y enfermedades*
- *Disminuir la fatiga por carga física, psicofísica y mental.*
- *Aumentar la eficiencia de las actividades productivas.*

Los esquemas mostrados hacen referencia a la especificación de rendimiento para el sistema de mobiliario geriátrico.

Existen maniobras de movimientos implican criterios que determinan el diseño de un espacio institucional propio de la persona mayor enferma, son los siguientes:

- *Transferencia de las condiciones de la cama*
- *La circulación y el despacho de las condiciones alrededor de la habitación.*
- *Sentarse a las condiciones de trabajo*
- *Las condiciones de la cama de tareas*
- *Condiciones de manipulación de tareas*
- *Criterios para la iluminación y control de sonido, (Julius Panero M. Z.).*

FIGURA N°24. Rampa pendiente 8%, 6%.



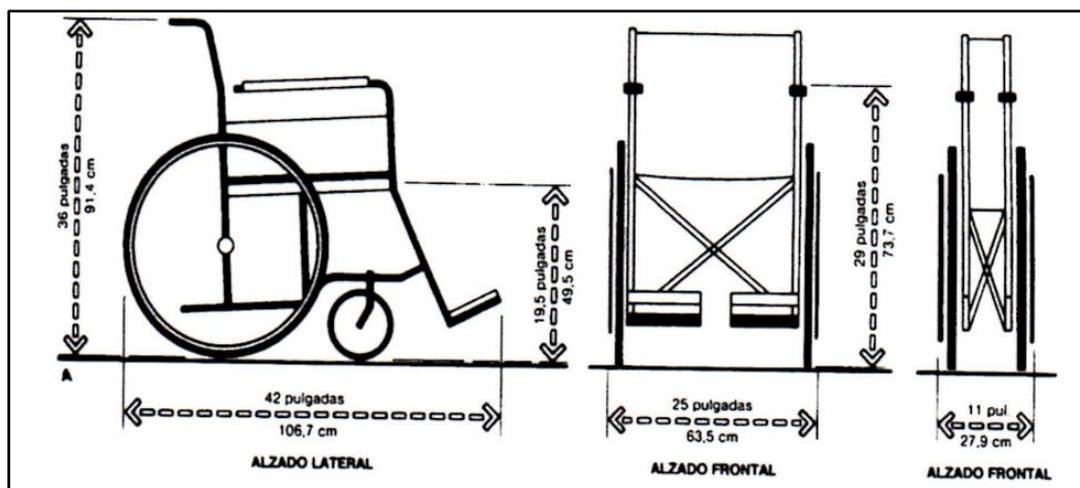
**Fuente: Dimensiones Humanas en los Espacios Interiores estándares.
(Julius Panero M. Z.)**

TABLA N.º 20 . Rampa Pendiente.

	Pulg.	Cm.
A	18	45.7
B	48 min.	121.9 min.
C	54 máx.	137.2 máx.
D	30	76.2
E	42 min.	106.7 min.
F	72 min.	182.9 min.
G	12 – 16	30.5 – 45.7
H	18 – 20	45.7 – 50.8
I	33 - 34	83.8 – 88.4

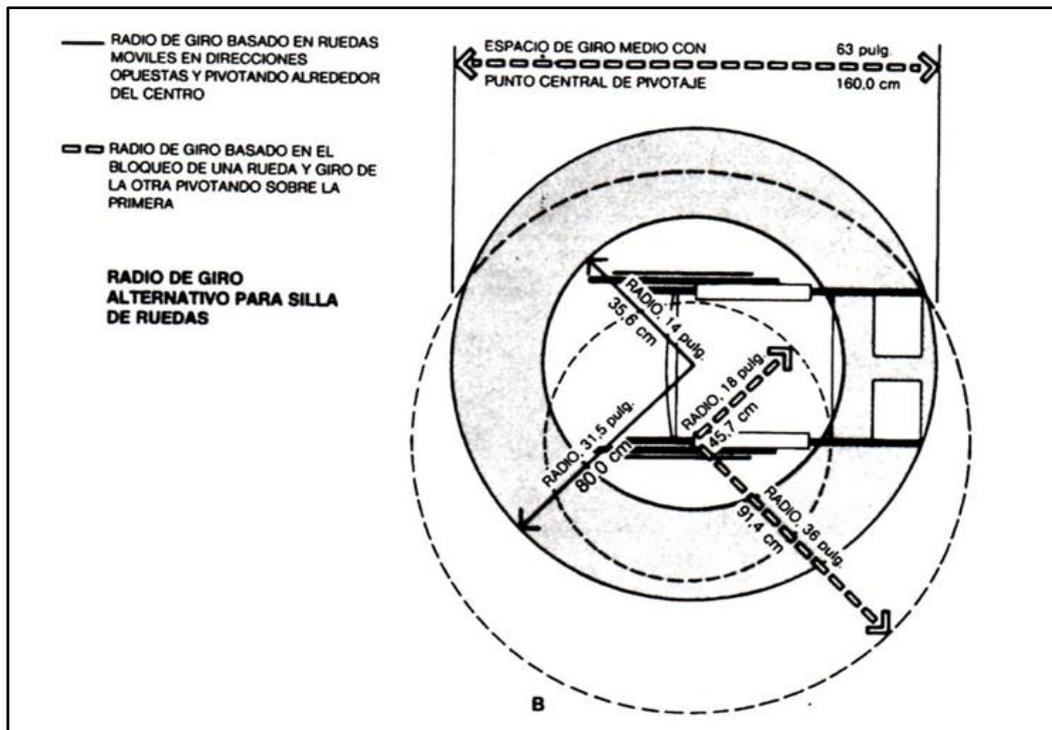
Fuente: Dimensiones Humanas en los Espacios Interiores estándares

FIGURA N.º25. Silla de Ruedas.



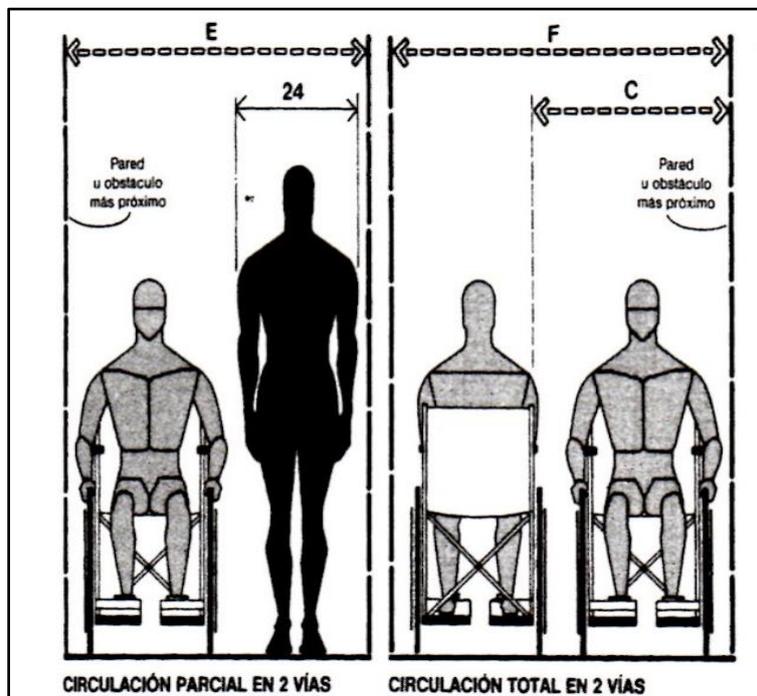
**Fuente: Dimensiones Humanas en los Espacios Interiores estándares.
(Julius Panero M. Z.).**

FIGURA N° 26. Silla de Ruedas - Radio de Giro.



**Fuente: Dimensiones Humanas en los Espacios Interiores estándares.
(Julius Panero, Martin Zelnik)**

FIGURA N°27. Silla - Circulación Pasillos Y Pasos.



Fuente: Dimensiones Humanas en los Espacios Interiores estándares.
(Julius Panero M. Z.)

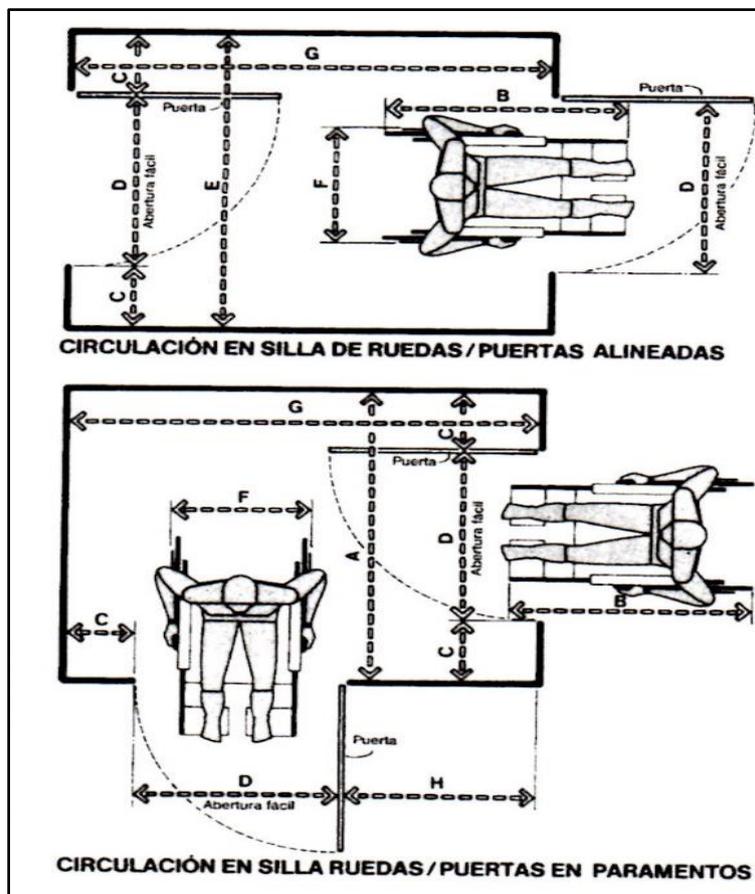
TABLA N°21.

Silla de Ruedas - Circulación.

	Pulg.	Cm.
A	30	76.2
B	24	61
C	36	91.4
D	120	304.8
E	54	137.2
F	60	152.4

Fuente: Dimensiones Humanas

FIGURA N°28. *Silla de Ruedas - circulación /Puertas en Paramentos.*



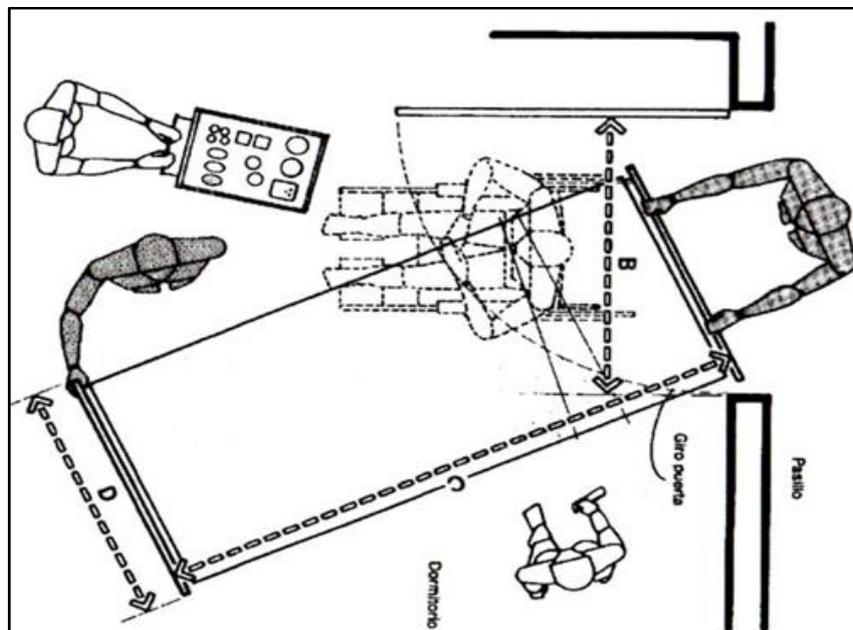
Fuente: Dimensiones Humanas en los Espacios Interiores estándares. (Julius Panero M. Z.).

TABLA N° 22
Sillas de Ruedas - Circulación.

	Pulg.	Cm.
A	60	152.4
B	42	106.7
C	12 min.	30.5 min.
D	32	81.3
E	56 min.	142.2 min.
F	25	63.5
G	84	213.4
H	36 min.	91.4

Fuente: Dimensiones Humanas – Espacios Interiores estándares

FIGURA N°29. Silla de Ruedas - circulación Puertas de Acceso al Dormitorio.



Fuente: Dimensiones Humanas en los Espacios Interiores estándares. (Julius Panero M. Z.).

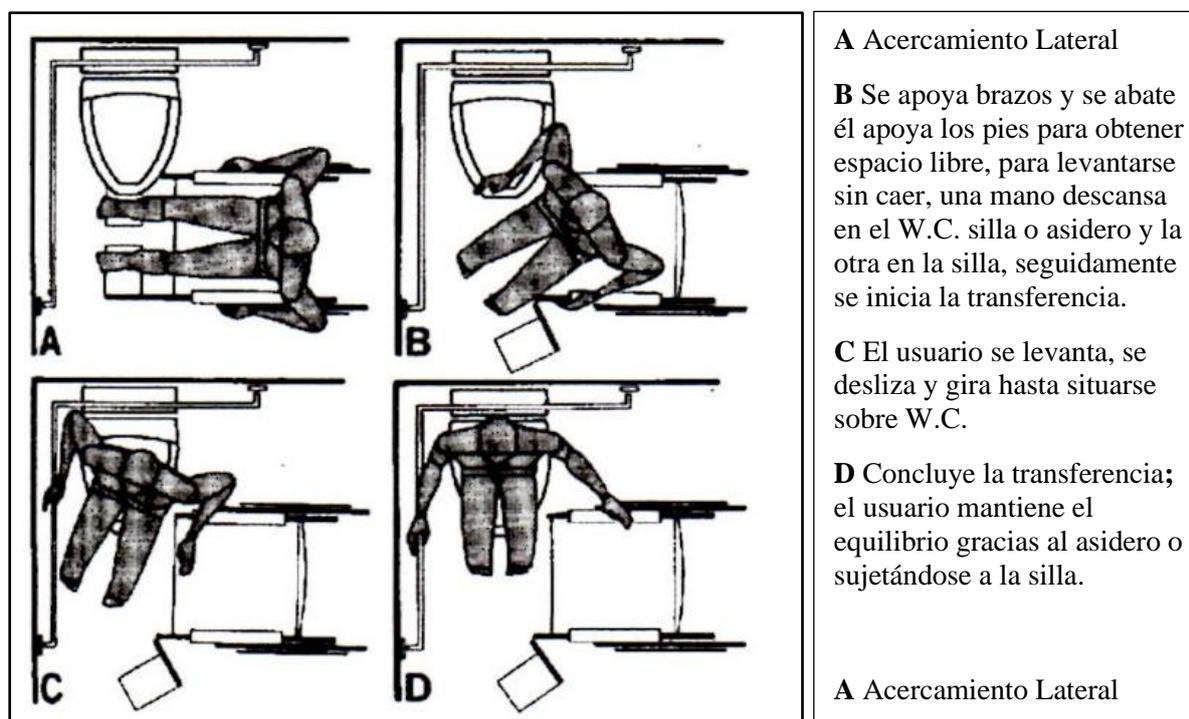
TABLA N° 23.

***Silla de Ruedas - Circulación
Puertas de Acceso al Dormitorio.***

	Pulg.	Cm.
A	60	152.4
B	46-48	106.6 – 121.9
C	87	221
D	39	99.1

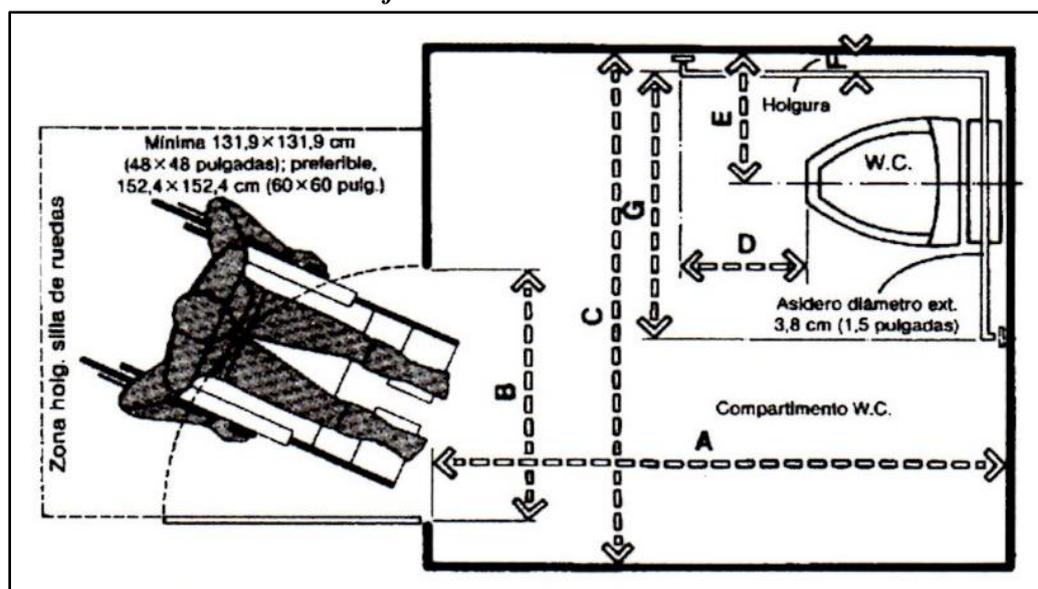
Fuente: Dimensiones Humanas

FIGURA N° 30. Técnicas de Acceso con Transferencia Lateral.



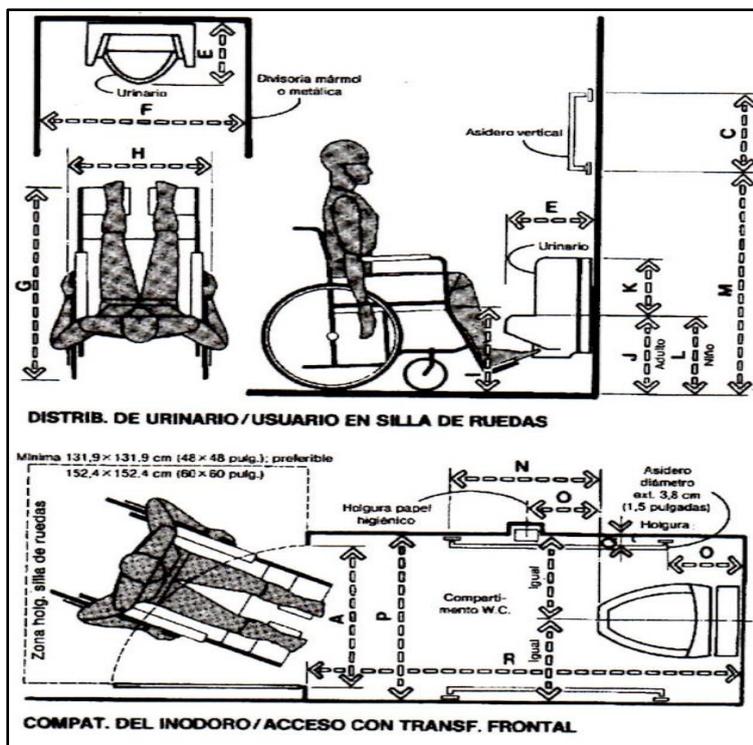
Fuente: Dimensiones Humanas en los Espacios Interiores estándares. (Julius Panero M. Z.).

FIGURA N°31. Silla de Ruedas - Comportamiento de Inodoro/ Acceso de Transferencia Lateral.



Fuente: Dimensiones Humanas en los Espacios Interiores estándares. (Julius Panero M. Z.).

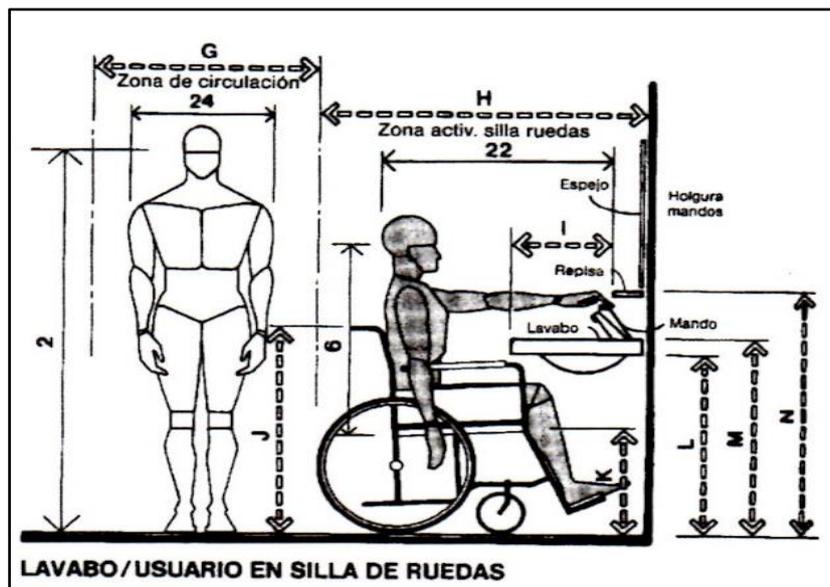
FIGURA N°32. Silla de Ruedas - Sanitarios y Urinario.



Pulg.	Cm.
32	81.3
54	137.2
8-10	45.7
14 min.	20.3-25.4
36 min.	35.6 min.
42	91.4
25	106.7
19	63.5
17 max.	48.3 max.
12 max.	30.5 min.
14 max.	35.6 max.
48	121.9
18 min.	45.7 min.
12	30.5
42 min.	106.7
1.5 min.	3.8 min.
72 min.	182.9 min.

Fuente: Dimensiones Humanas en los Espacios Interiores es Autor: (Julius Panero M. Z.)

FIGURA N° 33. Silla de Ruedas – Lavado.



Fuente: Dimensiones Humanas en los Espacio Interiores estándares. (Martín Zelnik.).

TABLA N°24. silla de ruedas - lavado.

	Pulg.	Cm.
A	42	106.7
B	25	63.5
C	32	81.3
D	18	45.7
E	54	137.2
F	72	182.9
G	30 min.	76.2 min
H	48	121.9
I	18 max.	45.7 max.
J	36	91.4
K	19	48.3
L	30 min	76.2 min
M	34 max.	86.4 max
N	40 max.	101.6 max.

Fuente: Dimensiones Humanas en los Espacios Interiores estándares.

5.1.10.- Determinación de Sectores del Centro Geriátrico Integral:

TABLA N° 25. Sectorización.

CÓDIGO	ZONA	SECTOR	SUBZONA
I	SERVICIOS GENERALES 1-A	SEMIPÚBLICO	SERVICIO PUBLICO I
II		SEMIPÚBLICO	SERVICIO PUBLICO II
III	BIENESTAR	SEMIPRIVADO	SERVICIO DE SALUD
IV		SEMIPRIVADO	SERVICIO DE SALUD Y TRATAMIENTO
V	APOYO TERAPÉUTICO	SEMIPRIVADO	SERVICIO DE REHABILITACIÓN GIMNASIO
X	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	SEMIPRIVADO	PATIO Y RECREACIÓN
VI	EXPRESIONES PERSONAL E INTERGENERALIDAD	SEMIPRIVADO	AULAS TALLERES/ CAPACITACIÓN
XI	SERVICIO DE ALBERGUE	SEMIPRIVADO	ÁREA DE DESCANSO Y ESPARCIMIENTO ÁREA DE COMEDORES ÁREA DE ESTANCIA ASISTIDA
VII	ADMINISTRATIVA	SEMIPÚBLICO	DIRECCIÓN
VIII	DOCENCIA	SEMIPÚBLICO	DOCENCIA
IX	TERAPIA Y SERVICIOS	SEMIPRIVADO	SERVICIO DE TERAPIA
XII	SERVICIOS GENERALES	SEMIPRIVADO	DIETÉTICA ALMACÉN DE MEDICINAS LAVANDERÍA ALMACÉN DIVERSOS.

Fuente: Elaboración Propia

5.1.11.- Determinación de los Elementos de Circulación.

5.1.11.1. Circulación.

Según, Análisis y compatibilidad (Reglamento Nacional de Edificaciones y Reglamento de Centros de Atención gerontológicos, Geriátricos o Mixto).

La circulación en el presente proyecto se desarrolla de forma horizontal y vertical:

- **Circulación Horizontal:**

Hace referencia que los espacios de circulación las áreas que comunican los distintos espacios del Centro Geriátrico Integral. Cuando se proyecten se seguirán criterios de simplicidad geométrica para los itinerarios, usando preferentemente la línea recta y los ángulos de 90°. Siempre que sea posible es preferible un diseño abierto, reduciendo el número de cerramientos y eliminando así los pasillos y los pasos de puertas.

PASILLOS: Los pasillos del Centro Geriátrico Integral de uso público tendrán un ancho mínimo de 2.50m. La altura libre es de 3.20m. a 4.20m. En los cambios de dirección (esquinas) y delante de las puertas, el ancho mínimo recomendado es de 1.20m. para poder efectuar el giro.

En grandes superficies o recorridos, se recomienda la colocación de bandas de suelo rugosas que sirvan de guía para los invidentes. Todo obstáculo, desnivel o cualquier otra anomalía, será señalada con anterioridad mediante un cambio de color y textura del pavimento.

RAMPAS: Respecto a las rampas se considera una pendiente del 8%, el mismo será calculado según la longitud y requerimiento.

Circulación Vertical:

Se componen de elementos que permiten la comunicación entre los espacios situados a distintos niveles en este caso del Centro Geriátrico Integral, cuenta con ascensores, escaleras estacionarias y rampas con una pendiente de 8%, espacios de articulación que están ubicados estratégicamente, contiguo a los vestíbulos, hall, o nodos que permitirán fácil evacuación e ingreso.

EL ancho previsto de las escaleras es de 2.05m de ancho, y un contrapaso de 0.15 m. los mismo deberán ser construidos en concordancia con las normas de seguridad, y edificatorias.

5.1.12. Criterios de Dimensionamiento del Proyecto:

Para la determinación del dimensionamiento del proyecto del Centro Geriátrico Integral se adoptó los siguientes criterios:

1. Caracterización del Sector: La **demanda** de población del Adulto Mayor, del Distrito de Huacho y su área de Influencia, **la oferta** instalada, capacidad instalada, ocupabilidad según tipología.
2. Proyección de la **demanda horizontes en 10 Años** y análisis del Usuario.
3. La extensión del terreno y sus características, deben ser compatibles con la tipología a proyectar
4. La accesibilidad a la zona de estudio, la compatibilidad del mismo con respecto a los servicios básicos y equipamiento inherentes a la tipología

5.1.13.- Consideraciones Constructivas Y Estructurales:

5.1.13.1.- Sistema Constructivo Aplicado.

Para concretar el proyecto arquitectónico del Centro Geriátrico Integral, se ha tenido que tomar en cuenta los siguientes factores:

Primero: Su ubicación de la zona de intervención, se ha tenido que verificar la capacidad portante del suelo, los cuales está dentro de los márgenes permisibles.

Segundo: Según el diseño arquitectónico se ha determinadlas cargas actuantes sobre la construcción.

- Se utilizará sistema estructural mixto (a porticado, placas, estructura metálica).
- Concreto Armado en la totalidad de la obra.
- Se preverá juntas de dilatación y construcción cada 20m. a 25m. o 30m. por la magnitud del proyecto.
- Placas de concreto armado se utilizará en las intersecciones estructurales especiales y/o luces considerables.
- Estructuras metálicas se utilizará en espacios considerables (Vestíbulo, Hall, Corredores, Pasillos), con el objeto de contar con transparencia y sensación de amplitud.

CARGAS ACTUANTES:

- a) Cargas Verticales: El peso de la infraestructura “Centro Geriátrico Integral” o carga muerta (muros, techos, escaleras, acabados etc.).

Las sobrecargas o cargas vivas (Muebles y personas) etc.

b) Cargas Horizontales: Son las cargas producidas por los movimientos sísmicos.

Los fenómenos sísmicos pueden causar su colapso, si estas están mal ubicadas y no estructuradas como exige el Reglamento Nacional de Edificaciones.

SISTEMA ESTRUCTURALES:

En el proyecto en referencia se ha aplicado las estructuras a porticadas, formadas por losas macizas y /o aligeradas apoyadas en vigas y columnas. En estas Estructuras también puede haber muros de concreto (Placas), los cuales son muy necesarios para dotar a la construcción de resistencia y rigidez lateral, cuanto más resistente y rígida la construcción soportara mejor los sismos.

5.1.14.- Consideraciones Ambientales Generales:

5.1.14.1.- Ventilación y Climatización:

En un Centro Geriátrico Integral concurren circunstancias específicas que lo diferencian de otros edificios, entre ellos destacan:

- a) El edificio con una higiene y limpieza ambiental especial a la cual colaboran: el personal, el diseño y construcción del mismo y muy especialmente la climatización.
- b) Concentración de enfermos adultos mayores y muchas personas con defensas bajas.
- c) Los locales de tratamiento y rehabilitación deben ser adecuadamente ventilados.
- d) Cargas internas de calor debidas a equipamiento médico muy altas.

Siguientes:

Condiciones generales de confort.

Las INSTALACIONES DE CLIMATIZACIÓN deberán permitir lo siguiente:

- *Reducción de microorganismos, polvo, olores etc.*
- *Contribuir en mejorar algunas patologías.*
- *Controlar el flujo direccional del aire.*
- *Mantener estables la temperatura y la humedad relativa*

Condiciones generales de confort:

Único punto de coincidencia con las instalaciones normales (domésticas, oficinas, etc.). El confort depende de factores objetivos y subjetivos, los objetivos serian:

- a) Temperatura seca.
- b) Humedad relativa: afecta poco al confort entre 30 y 70 por ciento no tiene influencia.

- c) Movimiento del aire: velocidad y turbulencia. No deberían sobrepasarse 0,20 m/s y la menor turbulencia posible.
- d) Calidad ambiental: contaminantes (olores y nivel de ventilación).
- e) Temperatura radiante: superficies calientes o frías respecto a la temperatura superficial de la piel o ropa.
- f) Grado de actividad de las personas.
- g) Ropa que llevan.

Los factores subjetivos serían:

- a) Metabolismo de cada persona.
- b) Edad.
- c) Sexo.

5.1.14.2. Iluminación Natural y Artificial:

La iluminación y el color pueden contribuir al rendimiento del personal, estado de bienestar del paciente y a los demás usuarios.

La iluminación bien planificada y el esquema de diseño de color pueden alcanzarlo a un buen beneficio de operatividad.

Las zonas comunes o de tránsito (vestíbulo, pasillos, escaleras, salas de espera y visita etc.), requieren que la iluminación natural en un 90%, en lo posible.

Las habitaciones y de cuidado intensivo, laboratorios de igual forma.

La iluminación artificial: Se sugiere

Alumbrado general: Fluorescente

Alumbrado localizado: Incandescente y halógenas de baja tensión, luminarias ubicadas a baja altura (6m), fluorescentes.

Luminarias situadas a gran altura mayores a 6m. Lámparas de descarga a alta presión montadas en proyectores.

Habitaciones: La cantidad de luz del día dependerá del diseño de la habitación el número, tamaño y posición de las ventanas.

El alumbrado debe ser flexible para que los pacientes puedan leer o el personal del trabajo pueda distribuir los medicamentos.

La iluminación no debe ser superior a 300lx. El color de las habitaciones se utiliza para reflexión de la luz, además el color es para dar apariencia hogareña ubicando colores fríos, calientes, o neutros para la pared de la cabecera del paciente.

La iluminación que se pretende en el Centro Geriátrico Integral, en un 95% sea natural posible. Las lámparas deben ser de bajo consumo eléctrico.

5.1.15. Consideraciones Instalaciones Básicas de Ingeniería:

5.1.15.1. Instalaciones Hidráulicas y Sanitarias:

Las instalaciones sanitarias ocupan un lugar preponderante dentro del bienestar físico, mental y/o social del hombre.

Por medio de las instalaciones sanitarias podemos proporcionar el agua en condiciones de salubridad para el empleo cotidiano del hombre. El diseño de las instalaciones sanitarias es a veces complejo, más aun tratándose de Centro Geriátrico Integral, donde se realizarán necesarios una gran variedad de instalaciones, las cuales satisfagan las exigencias requeridas por los equipos utilizados.

Las instalaciones deben ser proyectadas de tal manera que puedan funcionar con toda regularidad sin ocasionar ninguna molestia. Se aplicará la Reglamentación Nacional de Edificaciones, en sus Capítulos III-3 Instalaciones Sanitarias IS.010, IS.020.

Conclusión: El terreno materia del presente proyecto, cuenta con la matriz de conducto de agua a una distancia de 1.5ml., de igual forma la matriz de desagüe se ubica a 4ml. de la parte frontal del terreno, en consecuencia, se cuenta con los servicios de agua potable y desagüe.

5.1.15.2. Instalaciones Eléctricas y Electromecánicas:

Instalaciones Eléctricas, conjunto de circuitos eléctricos tiene como objetivo dotar de energía eléctrica al edificio proyectado, infraestructuras, etc. Incluye los equipos necesarios para asegurar su correcto funcionamiento y la conexión con los aparatos eléctricos correspondientes. Por otro lado, de modo más amplio, se puede definir una instalación eléctrica como el conjunto de sistemas de generación, transmisión, distribución y recepción de la energía eléctrica para su utilización.

En el presente proyecto se tiene previsto un suministro de 400kw. Aproximadamente el cual será compatible con las necesidades del Centro Geriátrico Integral.

Conclusión: Los transformadores para la acometida de energía eléctrica están próximos a 50ml. en las vía principal y secundaria, el cual está asegurada el suministro.

5.1.16. Sistema de Ordenamiento del Centro Geriátrico Integral:

Se ha aplicado el sistema de ordenamiento del centro geriátrico integral en base a la idea generatriz del proyecto.

CAPITULO VI: EL PARTIDO ARQUITECTÓNICO:

6.1.- TOMA DE PARTIDO:

6.1.1.- Idea Generatriz:

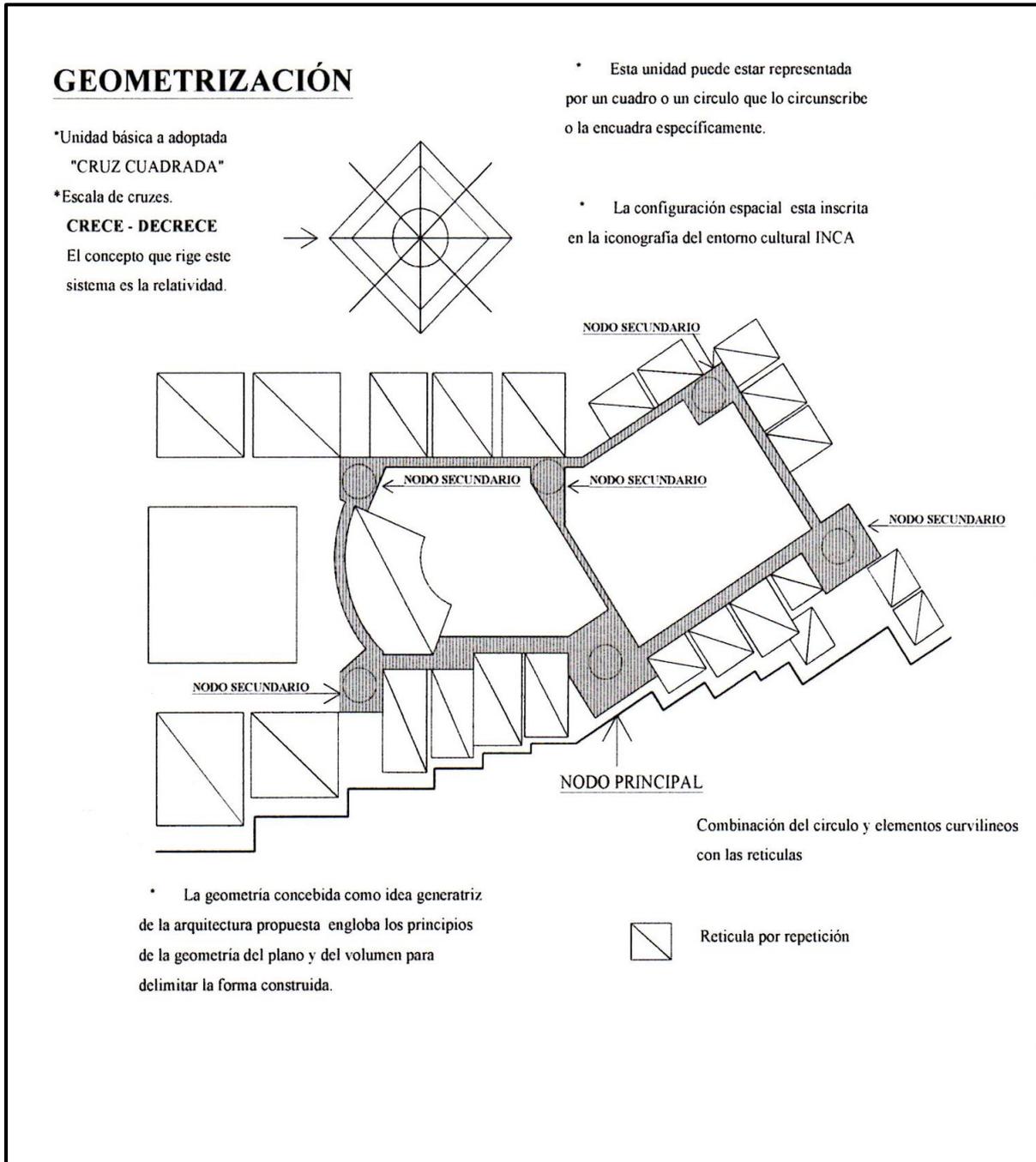
IMAGEN N° 27. IDEA GENERATRIZ.



Fuente: Elaboración Propia

6.1.2.- GEOMETRIZACIÓN:

IMAGEN N° 28. GEOMETRIZACIÓN - CENTRO GERIÁTRICO.



Fuente: Elaboración Propia

6.1.3. - Propuesta Funcional:

- La circulación vertical y horizontal y el uso del espacio representa fundamentalmente componentes dinámicos y estáticos del Centro Geriátrico Integral.
- Como se puede observar en la Geometrización la existencia de espacios articuladores “Nodos”, en la parte frontal se ubica el Acceso principal, **vestíbulo principal**, en el parte lateral derecho se ubica el acceso de Emergencia, **vestíbulo Secundario**.
- La sectorización ha permitido diferenciar de lo **público, semipúblico, privado y semiprivado**, la zona administrativa ubicado contiguo al vestíbulo principal, debido a que es zona más publica en atención a los adultos mayores.
- La zona de estancia asistida se ubica en un segundo, tercer, cuarto piso, la zona de emergencia, tratamiento, rehabilitación, se ubica en el extremo derecho, primer nivel, y sótano, permite articularse por la función y uso.
- Los servicios complementarios, se ubican en el sótano y semisótano.

6.1.4.- Propuesta Espacial, Contextual y Ambiental:

Para no llegar a la monotonía espacial, se ha tomado principios ordenadores de armonía, jerarquía, unidad, equilibrio, tanto en interior y exterior también se ha tomado en cuenta el soporte estructural.

Integrarse a la morfología urbana espacial no ha sido problema está en plena conformación urbana lo cual ha permitido cierta flexibilidad.

Se ha tomado en consideración los techos verdes a efectos de lograr en alguna medida la sostenibilidad en el edificio, y su integración al paisaje natural, y lograr barreras de protección contra ruidos y vientos.

6.1.5.- Propuesta Iluminación y Asoleamiento:

La iluminación y asoleamiento es lateral, se pretende que el asoleamiento intervenga por la orientación, por el este – sur 63° y por el norte – este 31.30°, la ubicación de los volúmenes es importante, para lograr un asoleamiento óptimo.

6.1.6.- Propuesta Tecnológica Constructiva:

Se propone un sistema constructivo Mixto A porticado y Placas, el mismo permitirá una adecuada distribución de las cargas y esfuerzos.

6.2.- Diagrama Espacio - Funcional del Centro Geriátrico Integral

6.2.1.- Diagrama Espacio Funcional – Sótano.

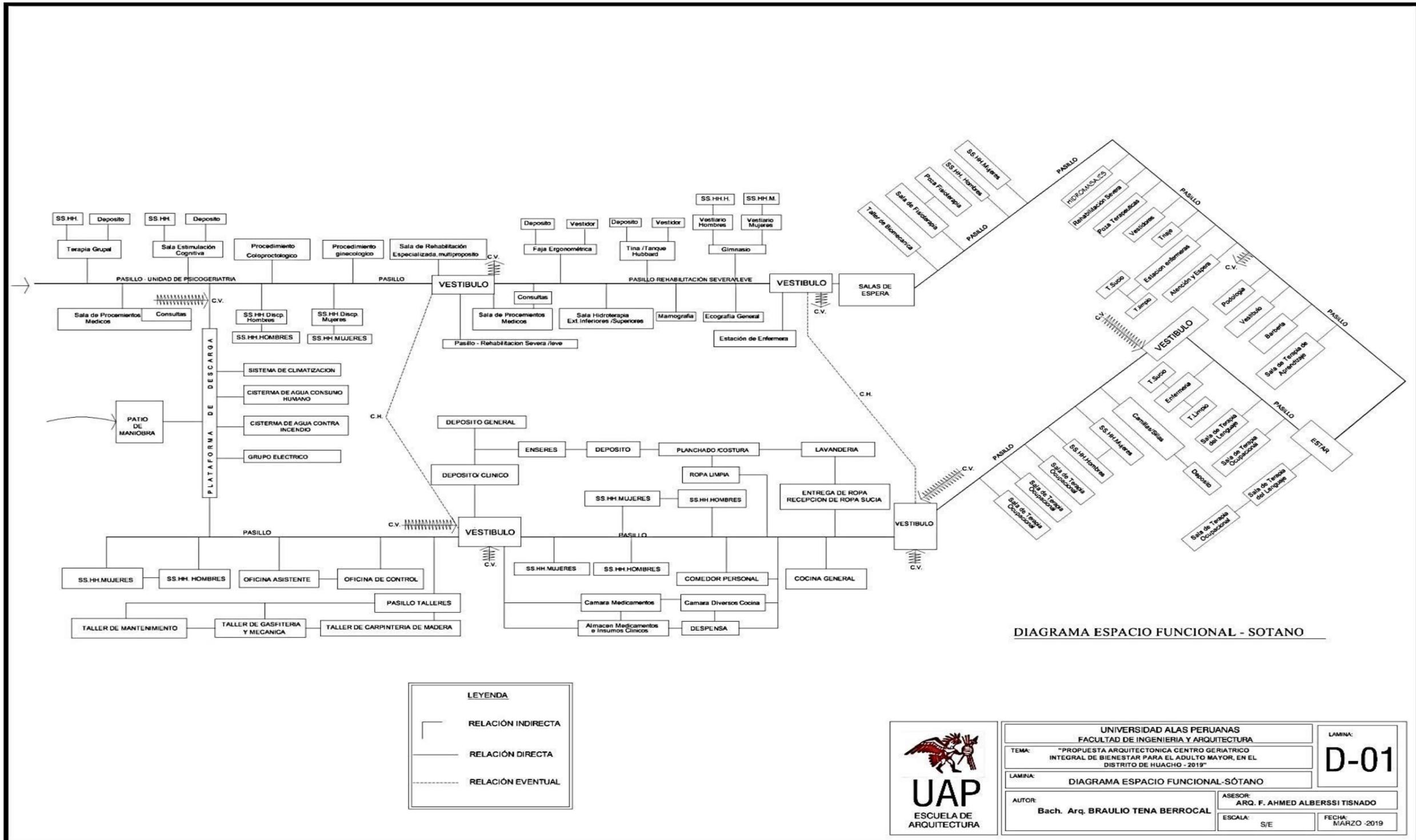


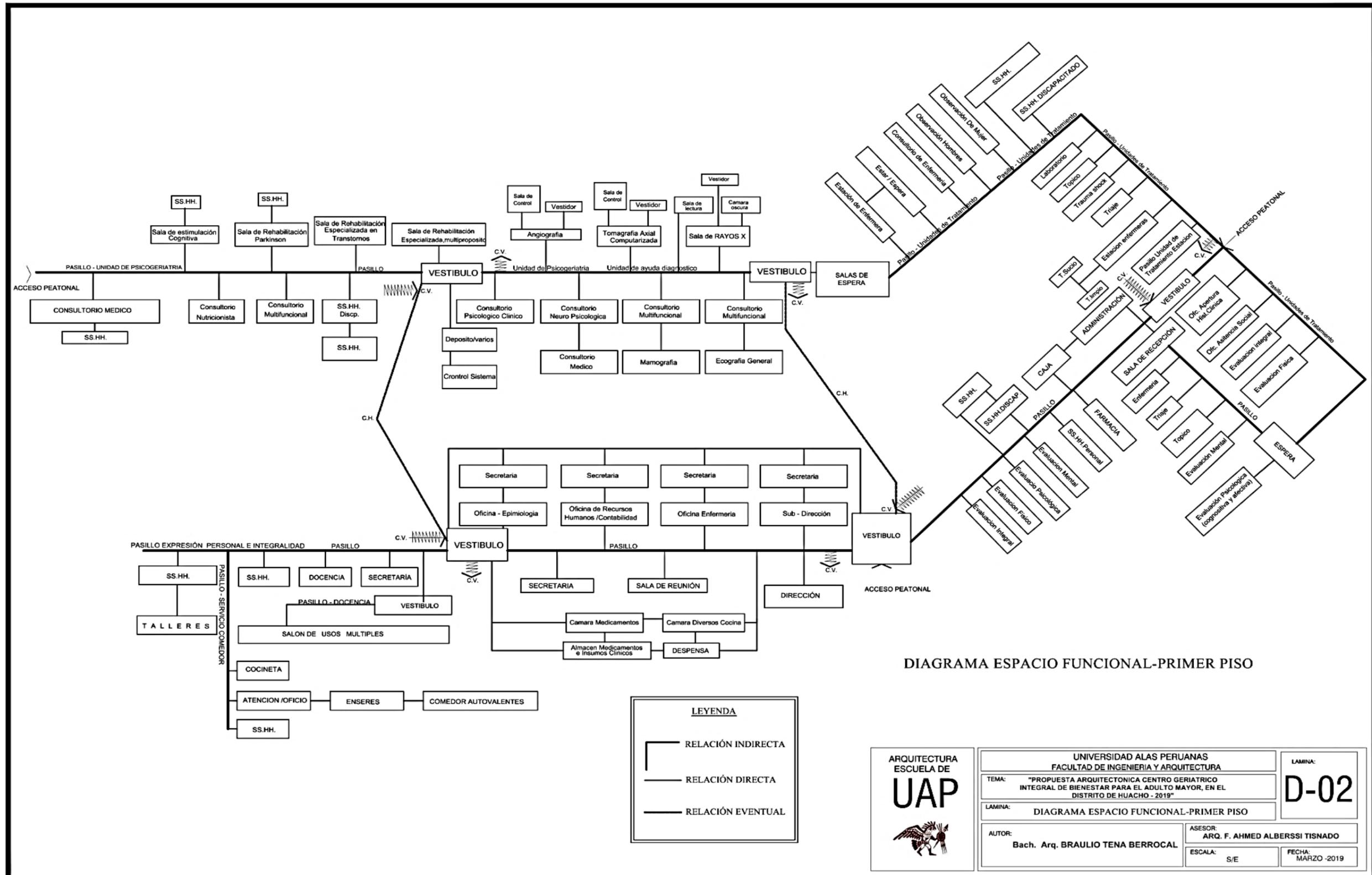
DIAGRAMA ESPACIO FUNCIONAL - SOTANO

LEYENDA

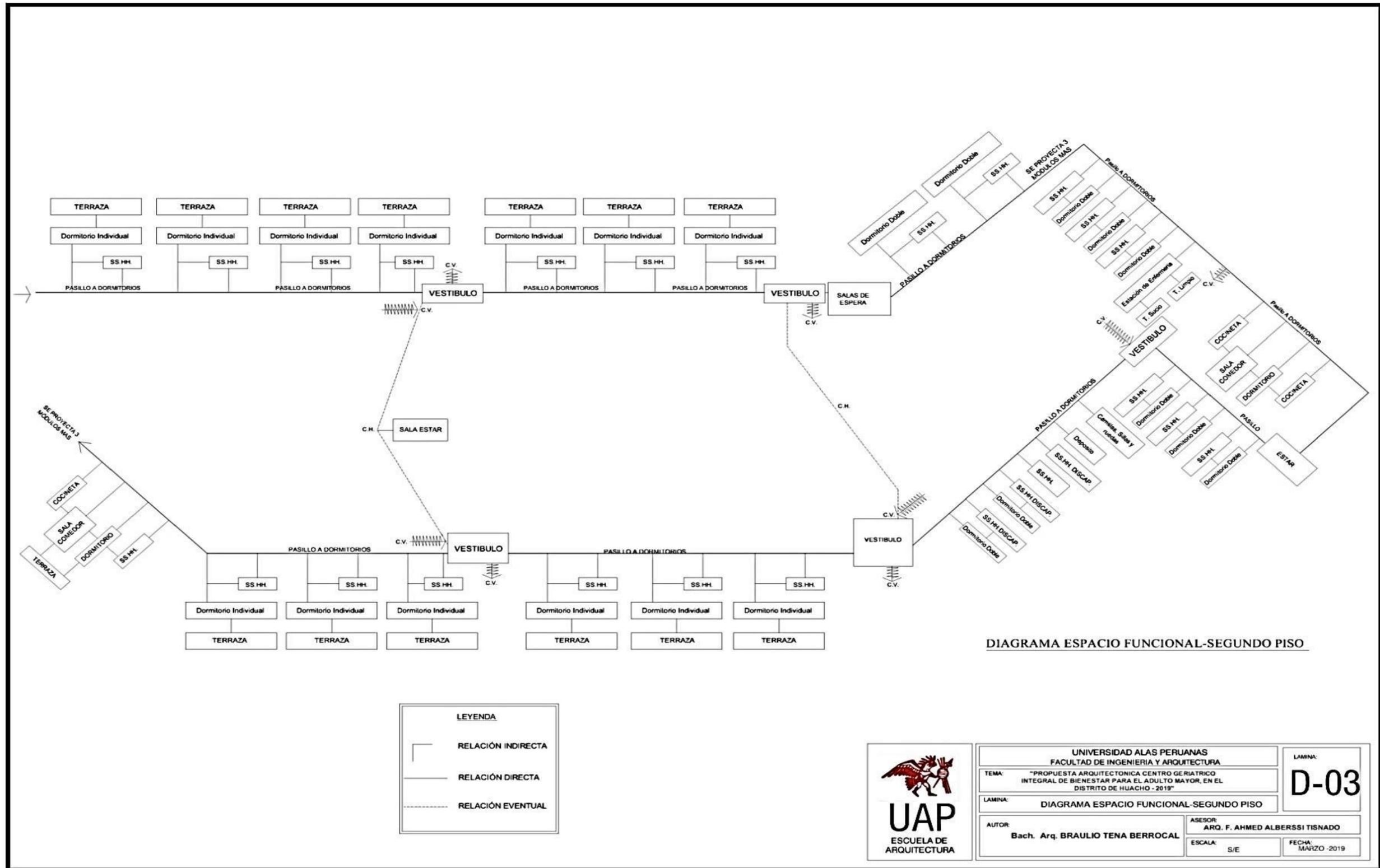
- RELACIÓN INDIRECTA
- RELACIÓN DIRECTA
- - - - RELACIÓN EVENTUAL

<p>UAP ESCUELA DE ARQUITECTURA</p>	UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FACULTAD DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA		LAMINA:	
	TEMA: "PROPUESTA ARQUITECTONICA CENTRO GERIATRICO INTEGRAL DE BIENESTAR PARA EL ADULTO MAYOR, EN EL DISTRITO DE HUACHO - 2019"			D-01
	LAMINA: DIAGRAMA ESPACIO FUNCIONAL-SÓTANO			
	AUTOR: Bach. Arq. BRAULIO TENA BERROCAL		ASESOR: ARQ. F. AHMED ALBERSSI TISNADO	
ESCALA: S/E		FECHA: MARZO 2019		

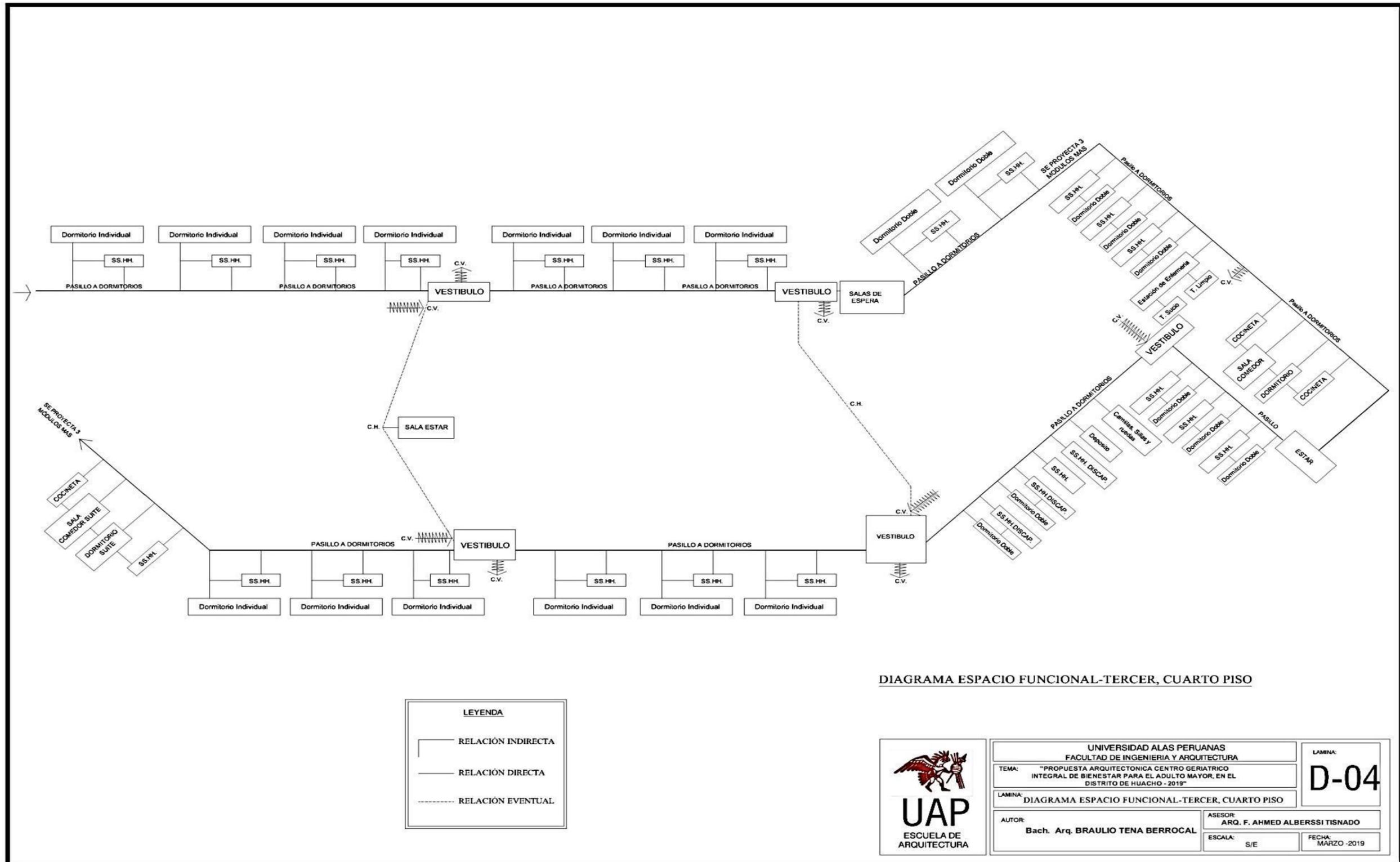
6.2.2.- Diagrama Espacio Funcional – Primer Piso.



6.2.3.- Diagrama Espacio Funcional – Segundo Piso.

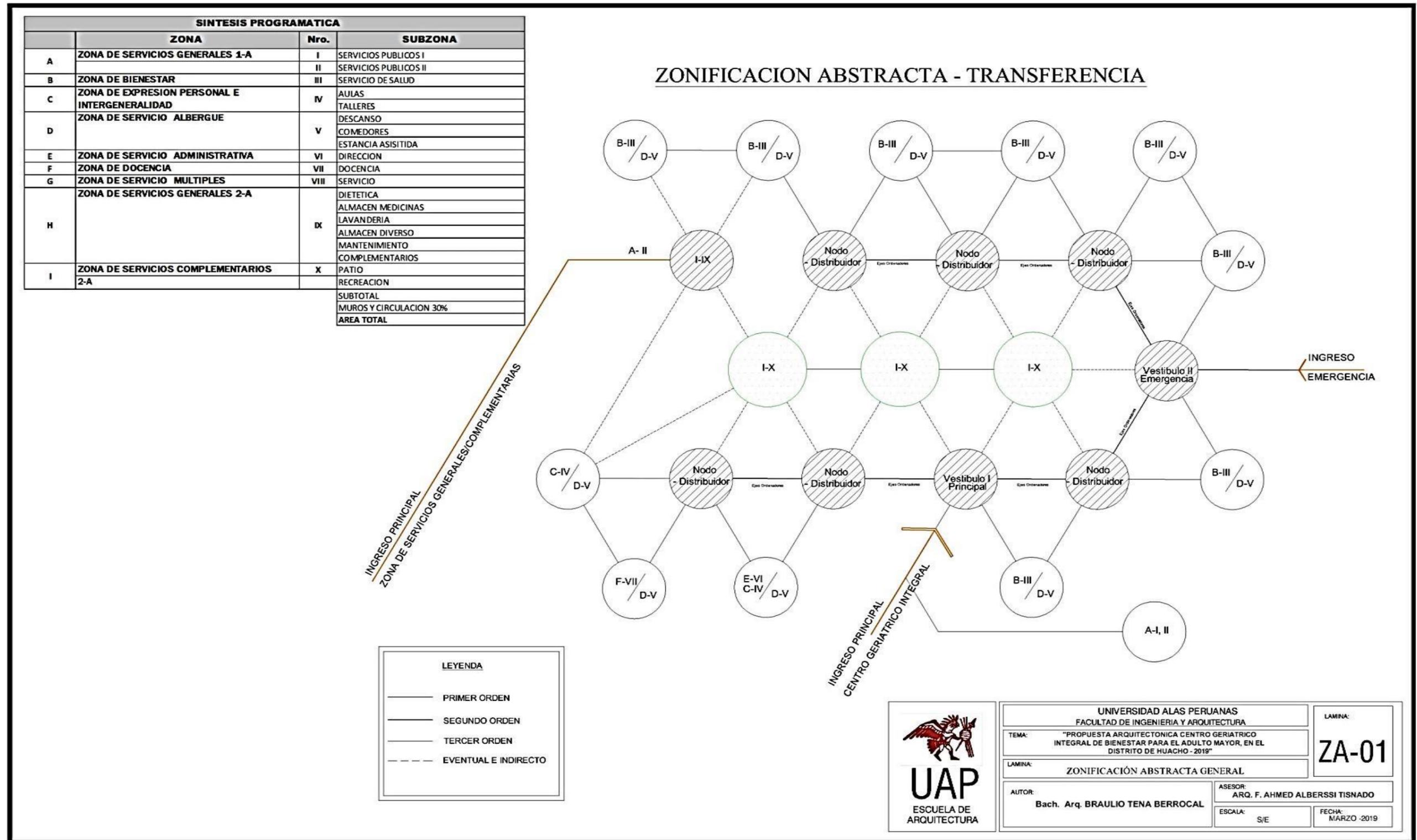


6.2.4.- Diagrama Espacio Funcional – Tercer, Cuarto Piso.

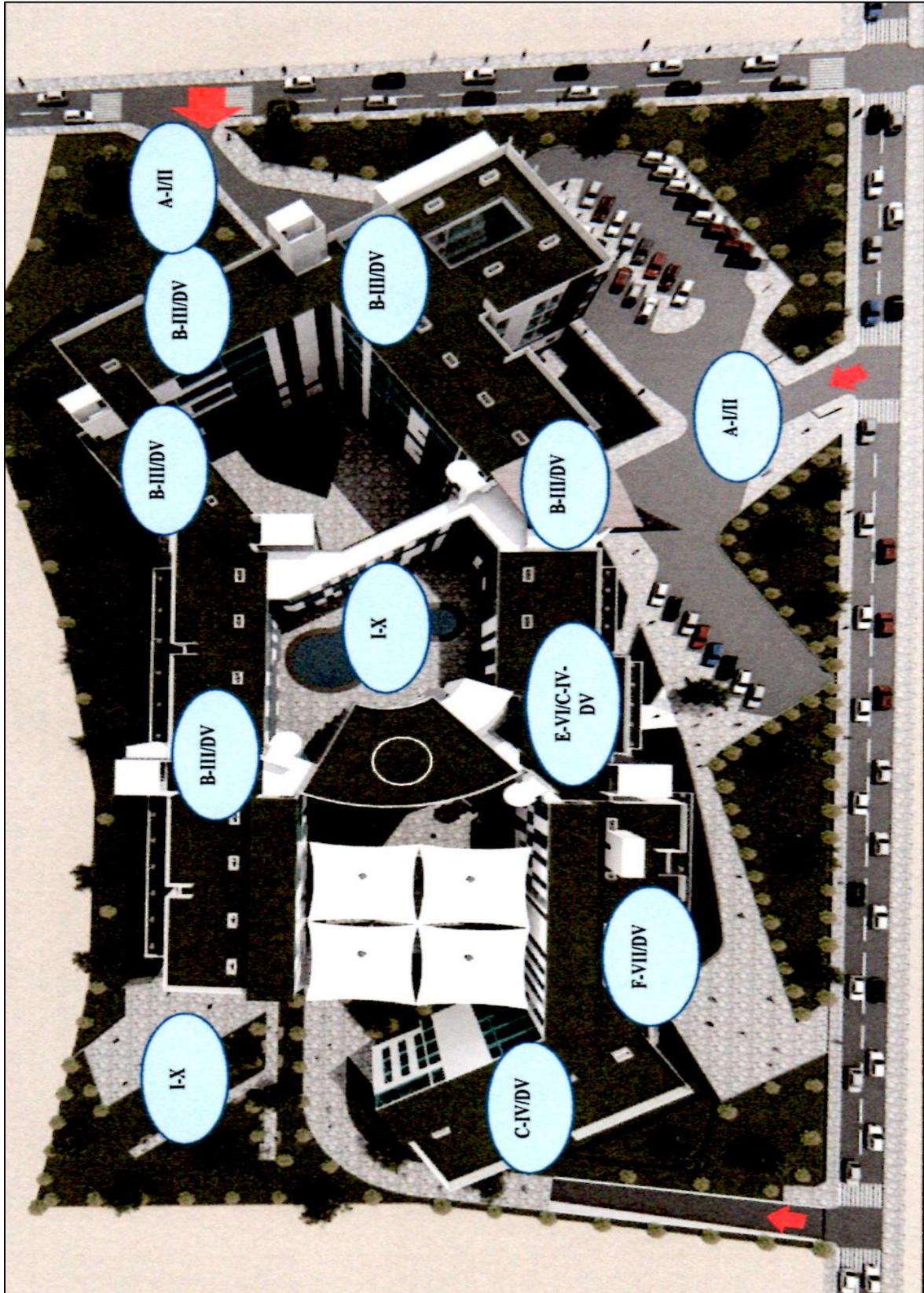


6.3.- ZONIFICACIÓN CONCRETA DEL CENTRO GERIÁTRICO INTEGRAL

6.3.1.- Zonificación Abstracta – Transferencia.

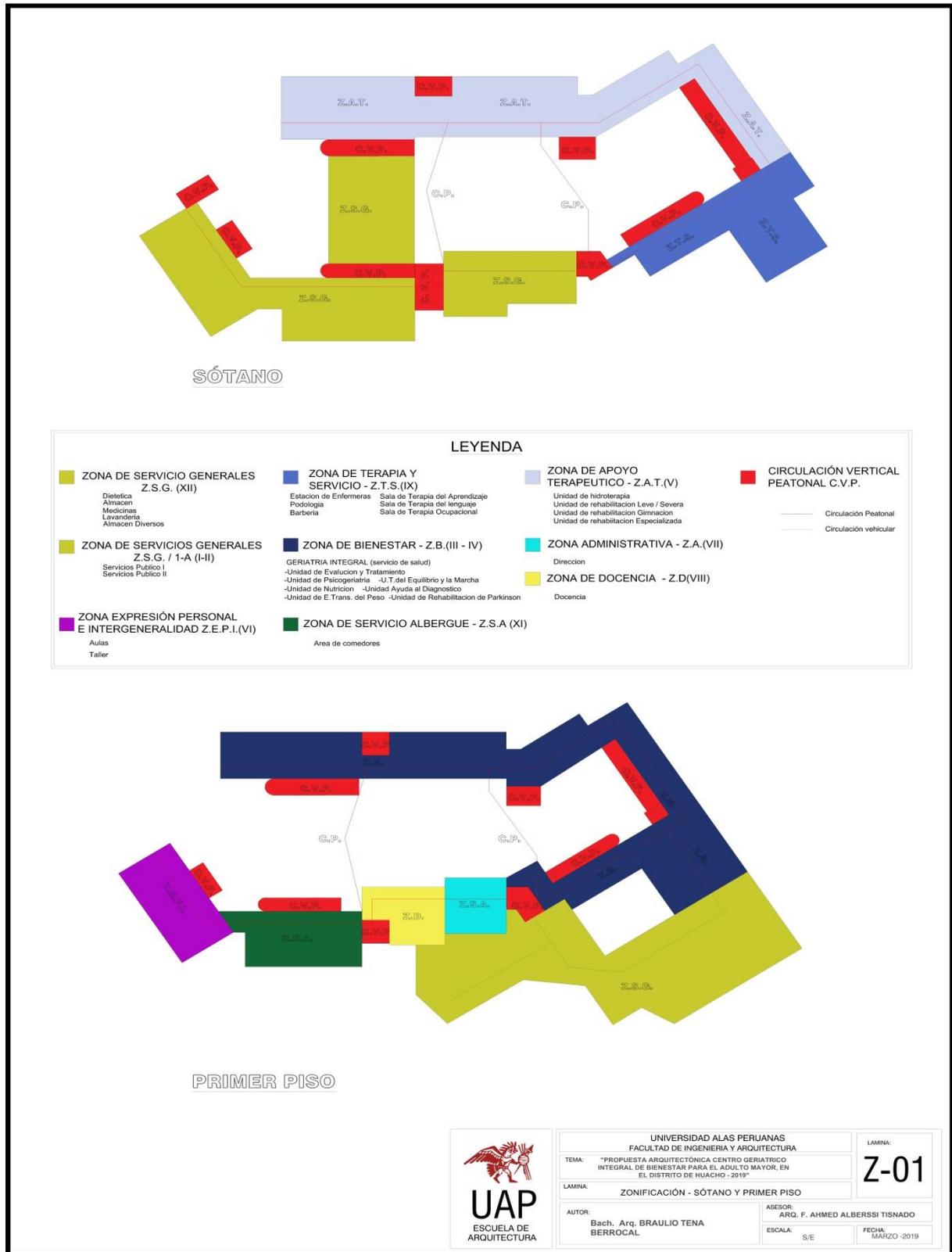


6.3.2.- Zonificación Definitiva Abstracta.



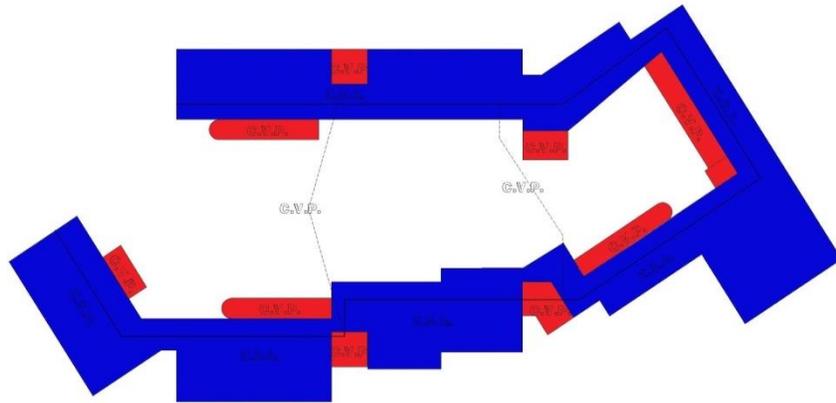
ZONIFICACION DEFINITIVA SEGÚN ZONIFICACION ABSTRACTA

6.3.3.- Zonificación Sótano, Primer Piso.

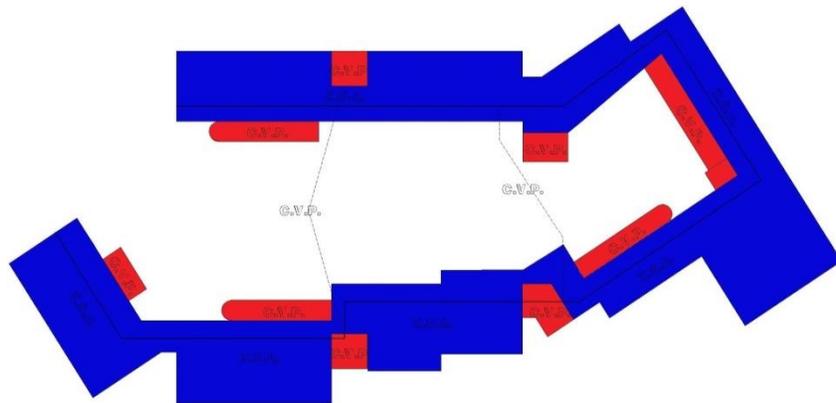


UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS		LAMINA:
FACULTAD DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA		Z-01
TEMA: "PROUESTA ARQUITECTÓNICA CENTRO GERIATRICO INTEGRAL DE BIENESTAR PARA EL ADULTO MAYOR, EN EL DISTRITO DE HUACHO - 2019"		
LAMINA: ZONIFICACIÓN - SÓTANO Y PRIMER PISO		
AUTOR:	AGESOR:	FECHA:
Bach. Arg. BRAULIO TENA BERROCAL	ARG. F. AHMED ALBERSI TISNADO	MARZO - 2019
ESCALA: S/E		

6.3.4.- Zonificación Segundo, Tercer Piso.



SEGUNDO PISO



TERCER PISO

LEYENDA

- ZONA DE SERVICIO ALBERGUE Z.S.A. (V)
- Descanso
- Comedores
- Estancia Asistida
- CIRCULACIÓN VERTICAL PEATONAL C.V.P.
- Circulación Peatonal



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FACULTAD DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA		LAMINA:
TEMA: "PROPUESTA ARQUITECTONICA CENTRO GERIATRICO INTEGRAL DE BIENESTAR PARA EL ADULTO MAYOR, EN EL DISTRITO DE HUACHO - 2019"		Z-02
LAMINA: ZONIFICACIÓN - SEGUNDO Y TERCER PISO		
AUTOR:	ASESOR:	
Bach. Arq. BRAULIO TENA BERROCAL	ARQ. F. AHMED ALBERSSI TISNADO	
ESCALA:	FECHA:	
S/E	MARZO - 2019	

CAPITULO VII: ANTEPROYECTO ARQUITECTÓNICO:

7.1. Consideraciones Básicas para el Diseño Arquitectónico.

Los Centros Geriátricos Integrales son instalaciones esenciales destinadas a proporcionar atención de salud con calidad y calidez, así como también estancia asistida a los adultos mayores.

La obligatoriedad de la institución es cumplir adecuadamente con la calidad de atención y seguridad a los adultos mayores en el servicio geriátrico y estancia asistida.

En este contexto, los aspectos de vulnerabilidad funcional u organizacional se refieren a la distribución y relación entre los espacios arquitectónicos y los servicios médicos y de apoyo al interior del Centro Geriátrico Integral.

En este contexto, el análisis de los elementos del sistema de ordenamiento (función, espacio, contexto, sistema constructivo - tecnológico, geometría – escala, estética. y paisajes) son fundamentales para la organización espacio funcional, y posterior la zonificación concreta con la cual ya se podría representar gráficamente las características físicas del Centro Geriátrico Integral.

Para ello se tuvo geométrizar la idea generatriz, a efectos de organizar mediante ejes ordenadores lineales principales, secundarios y compuestos, para buen funcionamiento del Centro Geriátrico Integral.

7.2. Consideraciones Generales para el confort.

7.2.1. Sistema de iluminación, ventilación y climatización.

La implementación de un establecimiento geriátrico y estancia asistida se prevé una supervisión permanente para evitar la estancamiento del aire, evitar una mala ventilación el cual podría causar problemas de temperatura, pérdida de energía, corrientes de aire incontroladas, humedades e incluso sobrecalentamiento.

Evitar la falta de oxígeno, que provoca incomodidad y algunos daños en la salud de los adultos mayores, por la generación de vapor que ocasiona uso de los baños, la cocina, las estufas o las duchas puede contribuir a estos problemas.

7.2.2. Sistema de Aislamiento acústico.

En presente proyecto se emplea un material de Aislamiento Acústico:

Poliuretano:

Es uno de los sistemas de aislamiento acústico bastante económicos. Se presenta en planchas y espumas, al igual que otros aislantes como el polietileno.

Nos permite mejorar el aislamiento en función de la necesidad, el cual se utilizará en paredes y techos interiores.

7.2.3. Sistema Integral de Seguridad.

Servicios de salud brindados a los adultos mayores en el marco de las políticas públicas que les deben otorgar resguardo de derechos de la Seguridad Social y de la Salud, y su nivel de acceso en casos de pobreza y otros.

- La implementación del Centro Geriátrico Integral, contribuirá con las políticas y derechos de la seguridad social y salud, del MINSA y ESSALUD.

7.3. - Consideraciones Selección de Acabados

7.3.1. Estudio de acabados por sectores y ambientes:

SÍNTESIS:

TABLA N° 26 : SÍNTESIS.

ESPECIFICACIONES TECNICAS	SERVICIOS GENERALES	BIENESTAR /SERVICIO DE SALUD Y TRATAMIENTO	APOYO TERAPEUTICO	EXPRESION PERSONAL E INTEGRALIDAD	SERVICIO DE ALBERGUE	ADMINISTRACION	DOCENCIA	TERAPIA Y SERVICIOS	SERVICIOS GENERALES
MUROS Y TABIQUES DE ALBAÑILERIA									
Muros de Cabeza y Siga		X	X	X	X	X	X	X	X
REVOQUEZ Y ENLUCIDOS									
Tarrajeo , Primario y Enlucidos		X	X	X	X	X	X	X	X
Vestidura de Derrames									
CIELO RASO									
Cielo Raso - Falso fibra de vidrio		X	X	X	X	X	X	X	X
PISOS Y PAVIMENTOS									
Contra piso Porcelanato		X	X	X	X	X	X	X	X
Cemento Pulido Bruñado		X	X	X	X	X	X	X	X
Sardinel ,pulido		X	X	X	X	X	X	X	X
CONTRAZOCALOS									
Contra zocalos porcelanato		X	X	X	X	X	X	X	X
ZOCALOS									
Porcelanato blanco humo		X	X	X	X	X	X	X	X
CUBIERTAS									
Ladrillo pastelero / impermeabilisante		X	X	X	X	X	X	X	X
CARPINTERIA DEMADERA									
Madera caoba / melamine		X	X	X	X	X	X	X	X
CARPINTERIA METALICA Y HERRERIA									
Perfiles aluminio/separadores aluminio		X	X	X	X	X	X	X	X
CERRAJERIA									
Alumizadas/ Cromados		X	X	X	X	X	X	X	X
VIDRIOS /CRISTALES									
Vidrio templado / acrilicos		X	X	X	X	X	X	X	X
PINTURAS									
Sellado/Latex/Bamiz/Anticorrosivos		X	X	X	X	X	X	X	X

Fuente: Elaboración Propia.

7.3.2. Tratamiento de fachadas exteriores e interiores.

En el tratamiento de fachadas exteriores e interiores se ha previsto material de última tecnología como:

Zócalo de Porcelanato, Granito, Piedra Pizarra y Entre Otros.

7.3.3. Tratamiento de Coberturas:

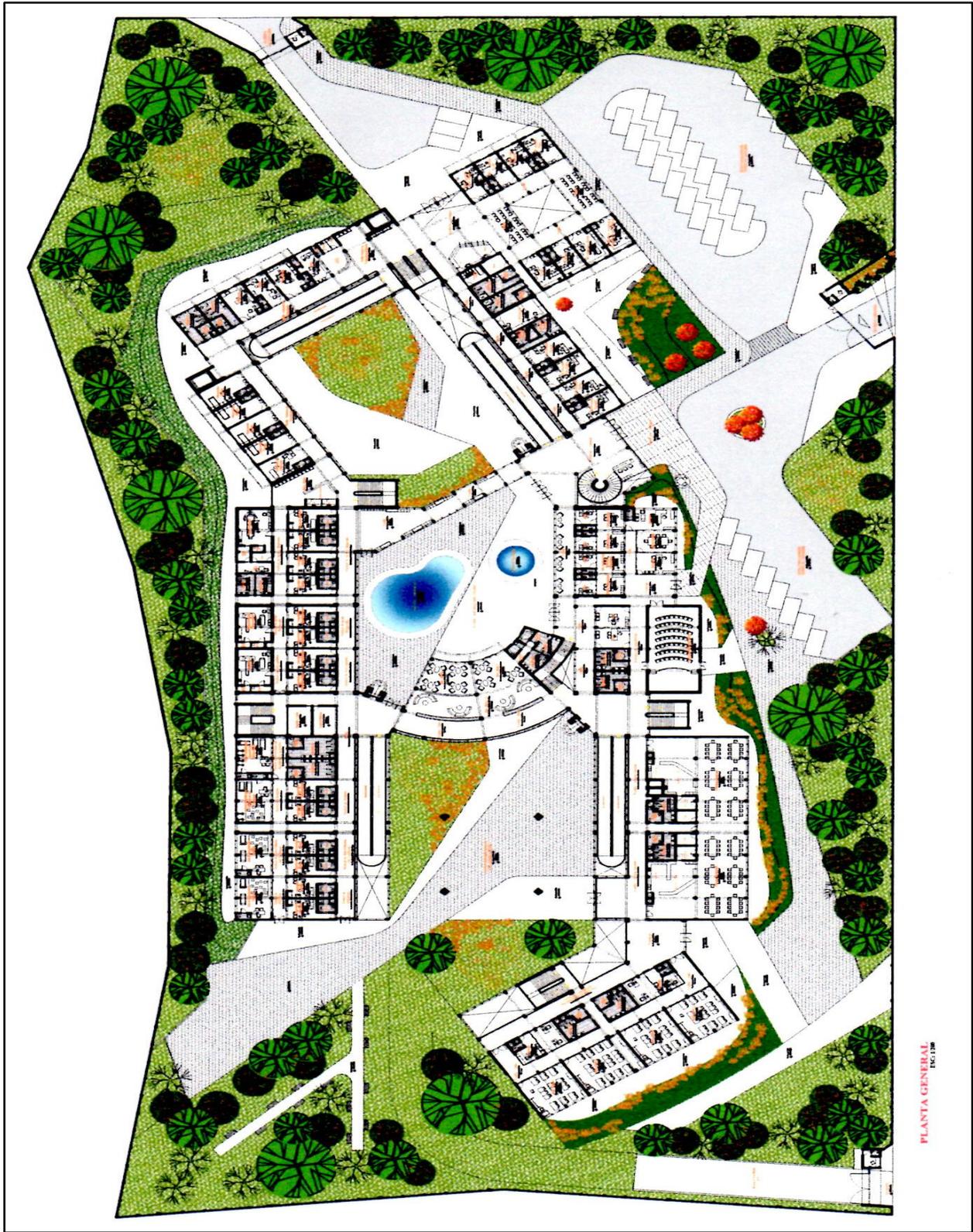
Las coberturas del Centro Geriátrico Integral, cuenta con techo verde, azotea verde y ajardinada, para ello se previsto el tratamiento con impermeabilizante la estructura principal de la infraestructura y un falso piso para la vegetación, a fin de preservar los techos, con ello se pretende lograr la sostenibilidad, previendo drenaje e migración y barreras para las raíces

IMAGEN N° 29 .COBERTURAS.



Fuente: www.hidrosm.cl.

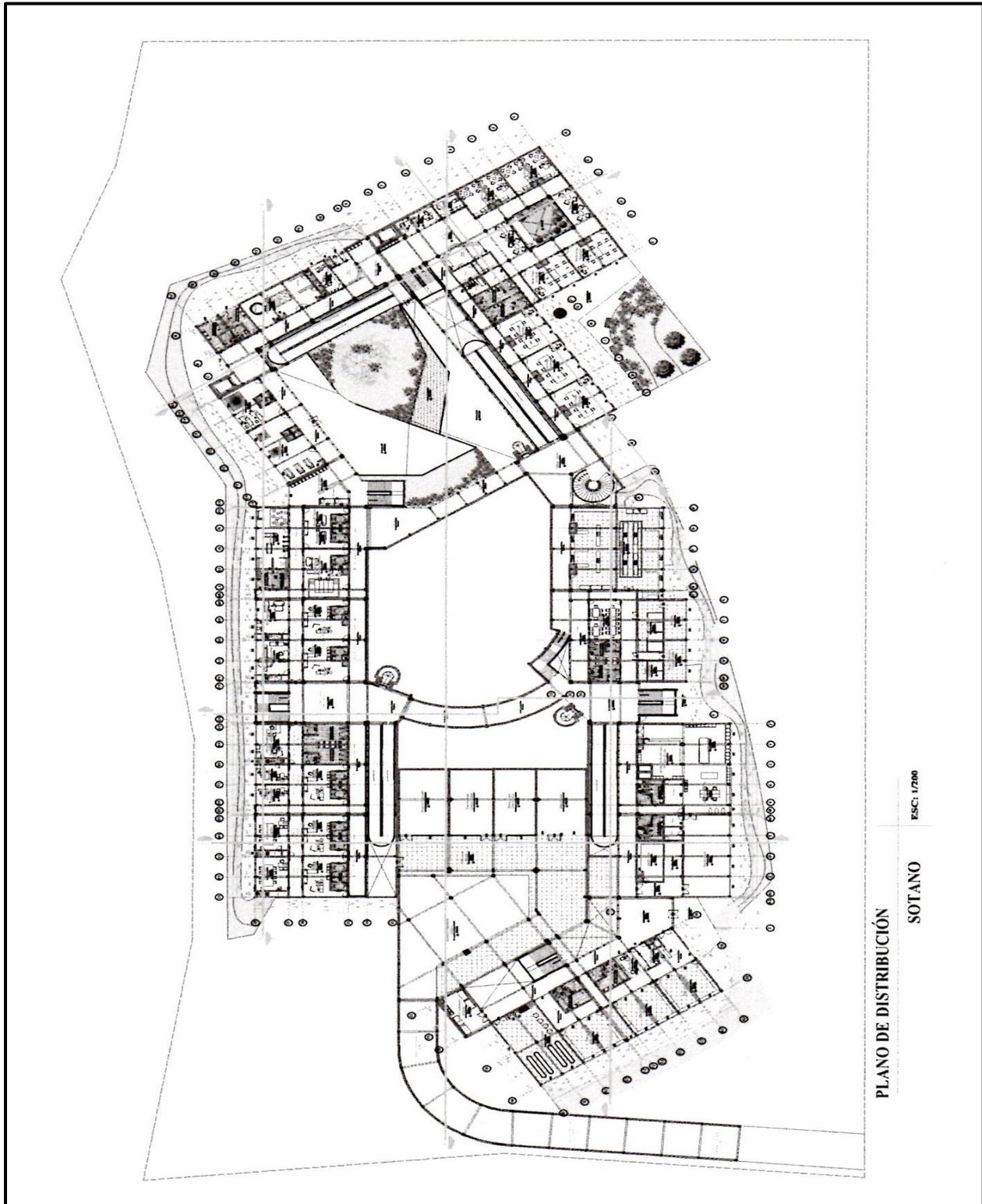
8.1.2.- Proyecto Arquitectónico General.



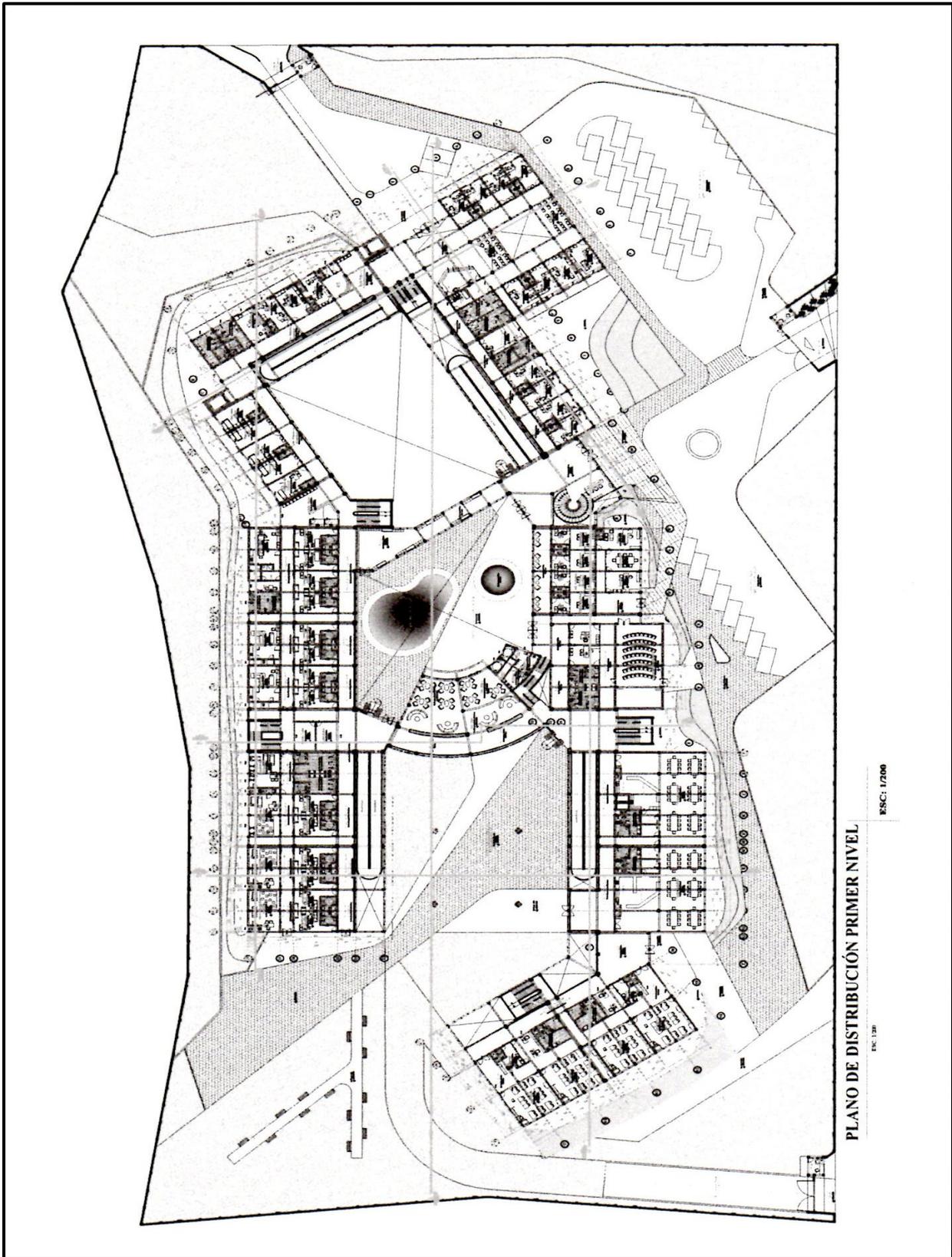
PLANTA GENERAL
ENC. 1306

8.1.3. Planos de Distribución Sótano, 1er, 2do, 3er, 4to y Techos

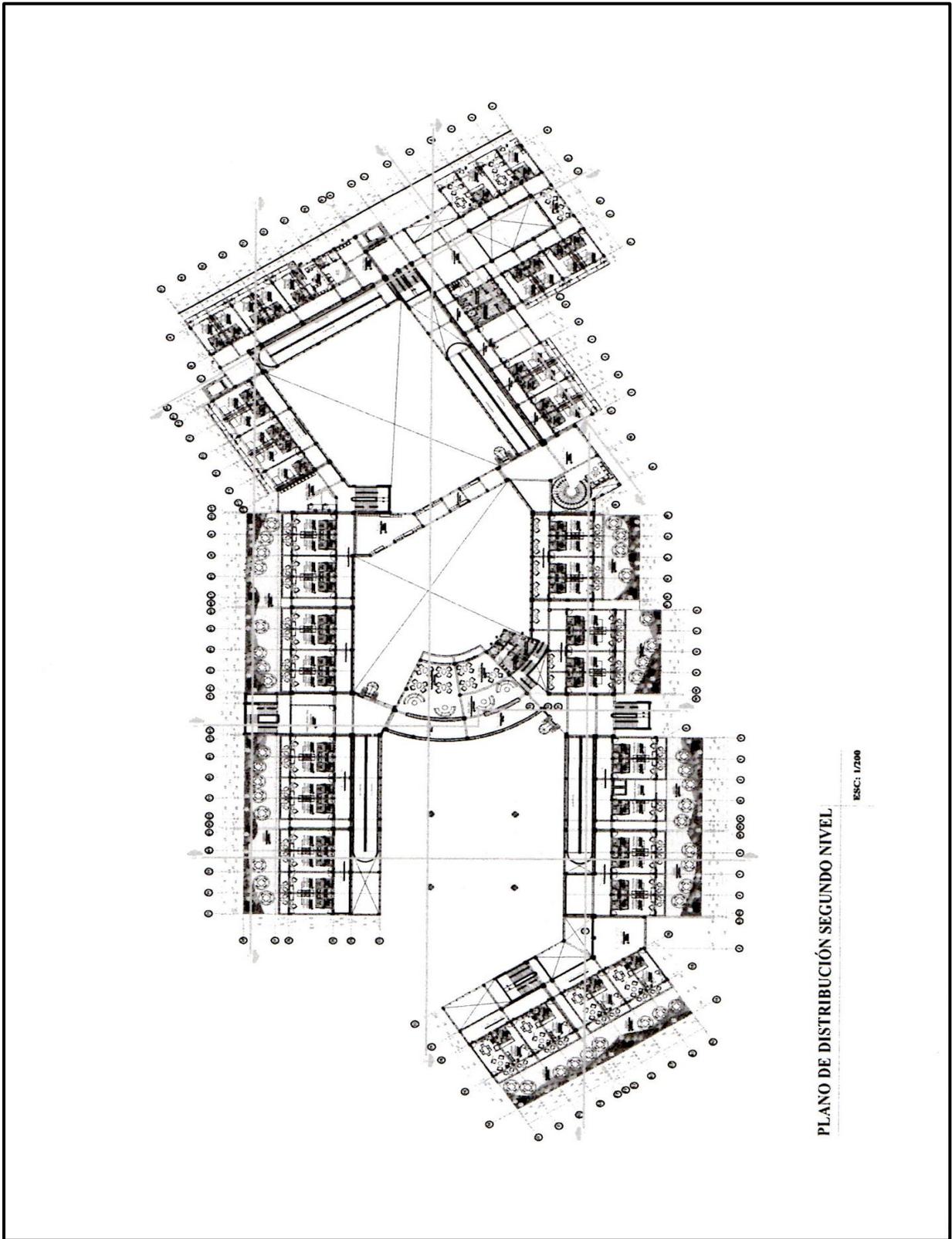
8.1.3.1. - Planos de Distribución Sótano - Centro Geriátrico.



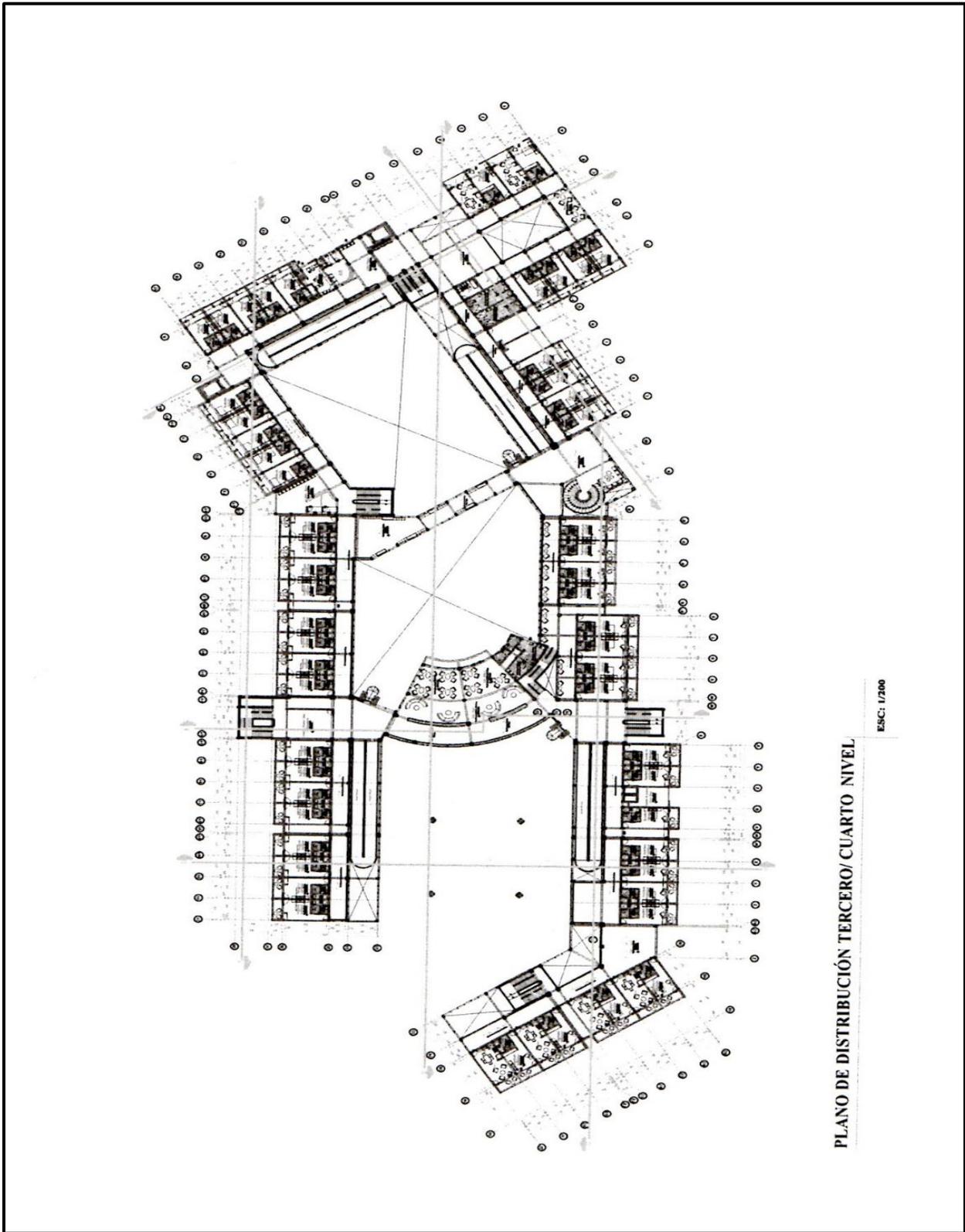
8.1.3.2.- Planos de Distribución Primer Nivel - Centro Geriátrico.



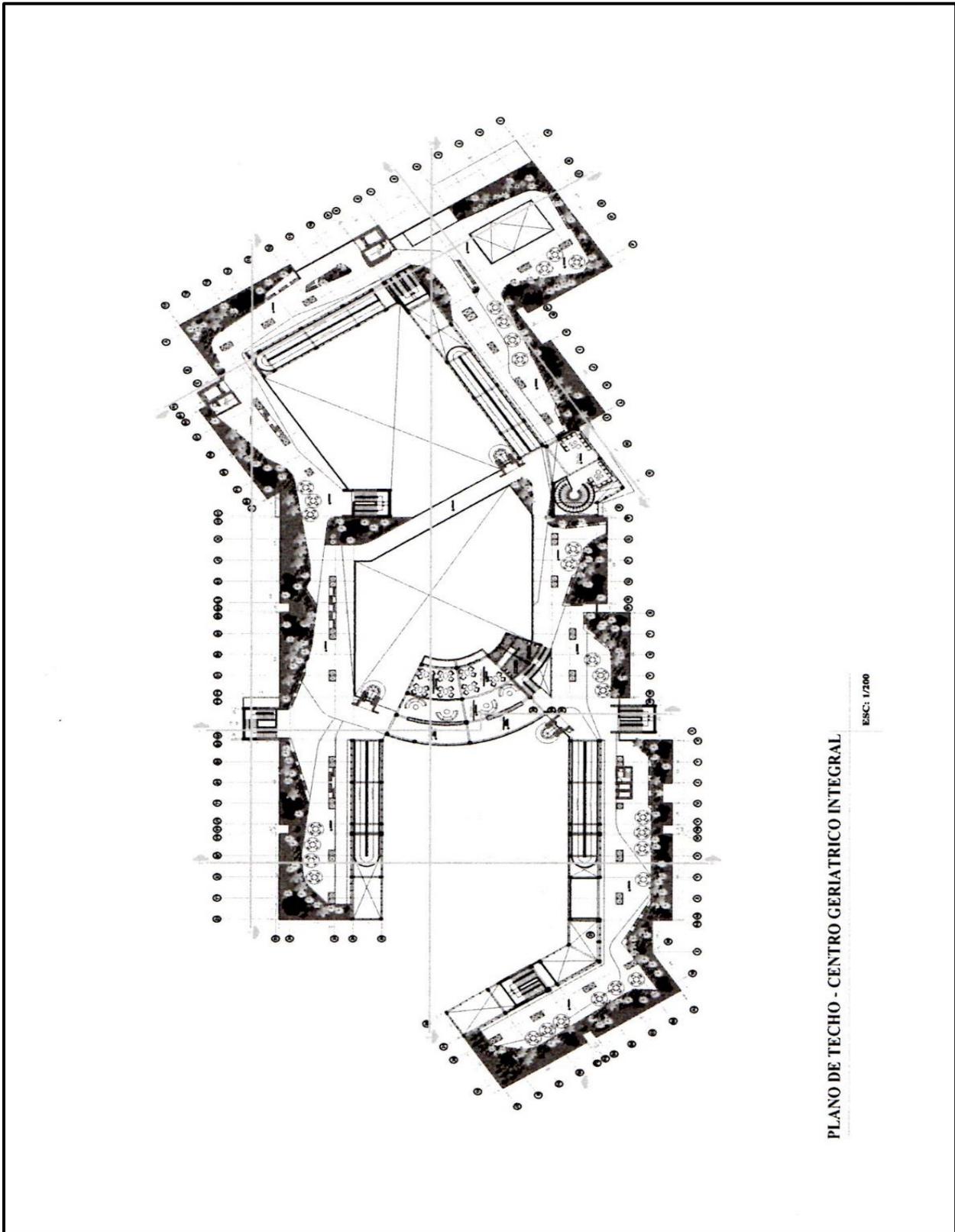
8.1.3.3.- Planos de Distribución Segundo Nivel - Centro Geriátrico.



8.1.3.4.- Planos de Distribución Tercer / Cuarto Nivel - Centro Geriátrico.



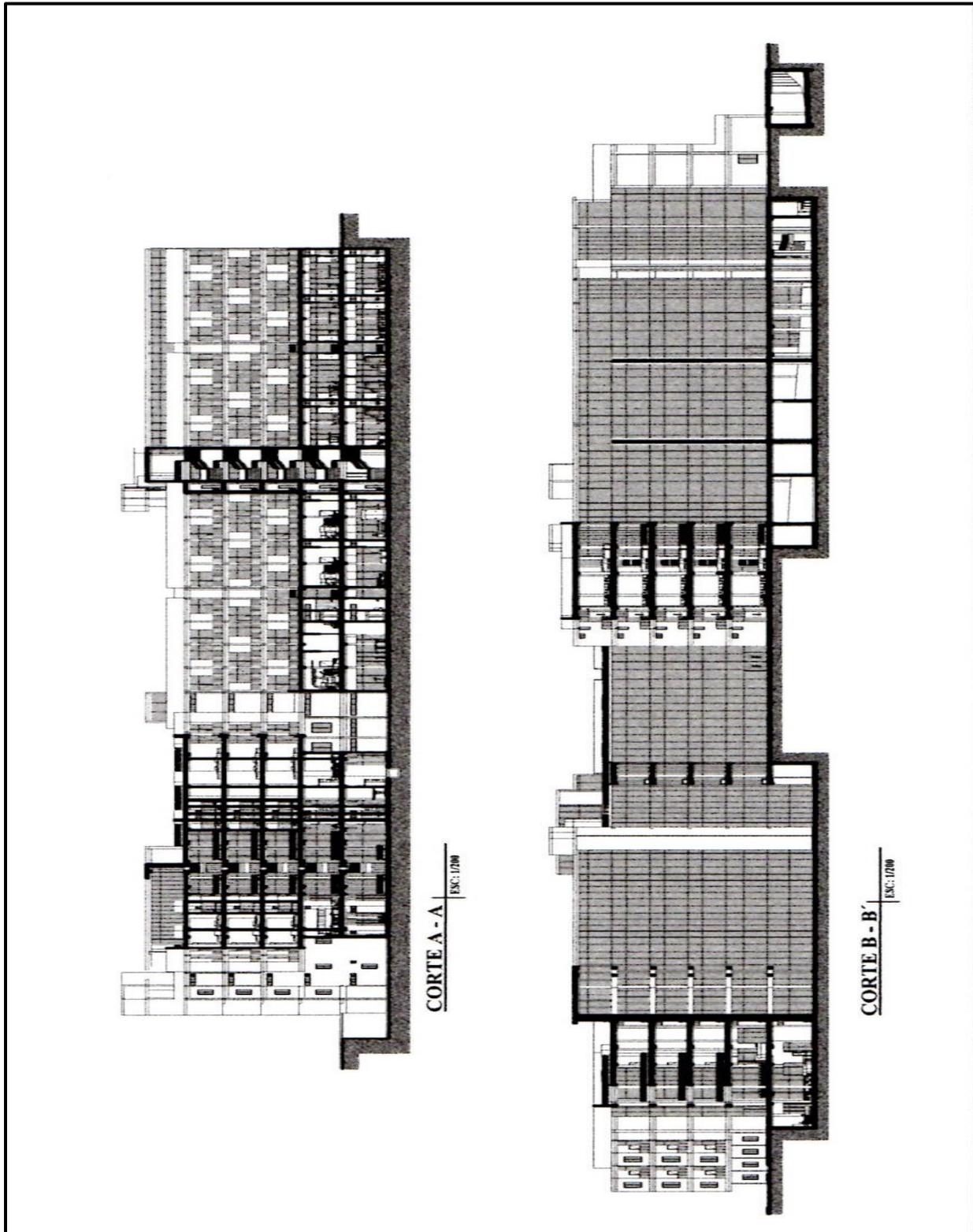
8.1.3.5.- Planos de Distribución de Techo – Centro Geriátrico.



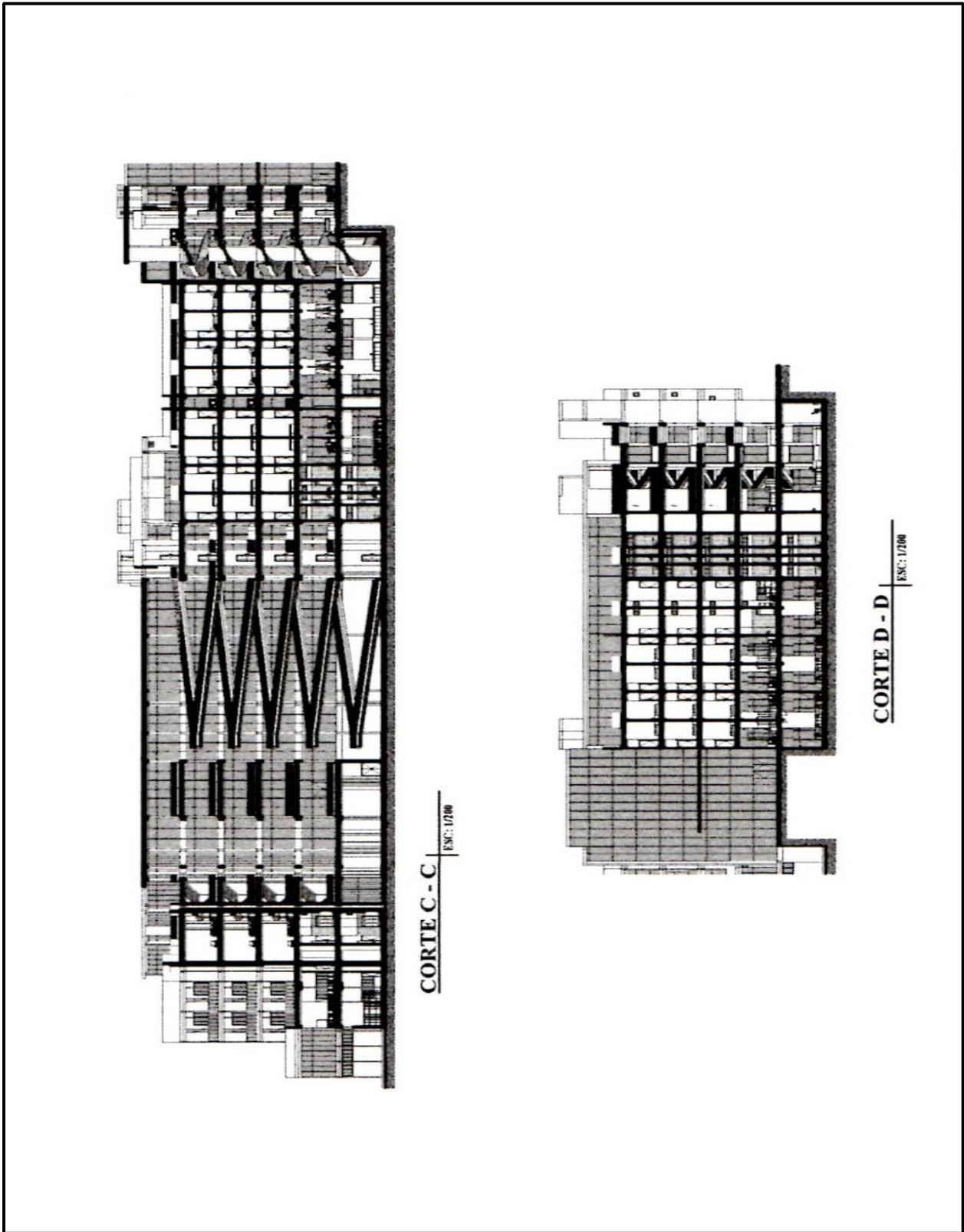
PLANO DE TECHO - CENTRO GERIATRICO INTEGRAL
ESCA: 1/200

8.1.4. Planos de Cortes A-A', B-B', C-C', D-D', E-E', F-F' y G-G'

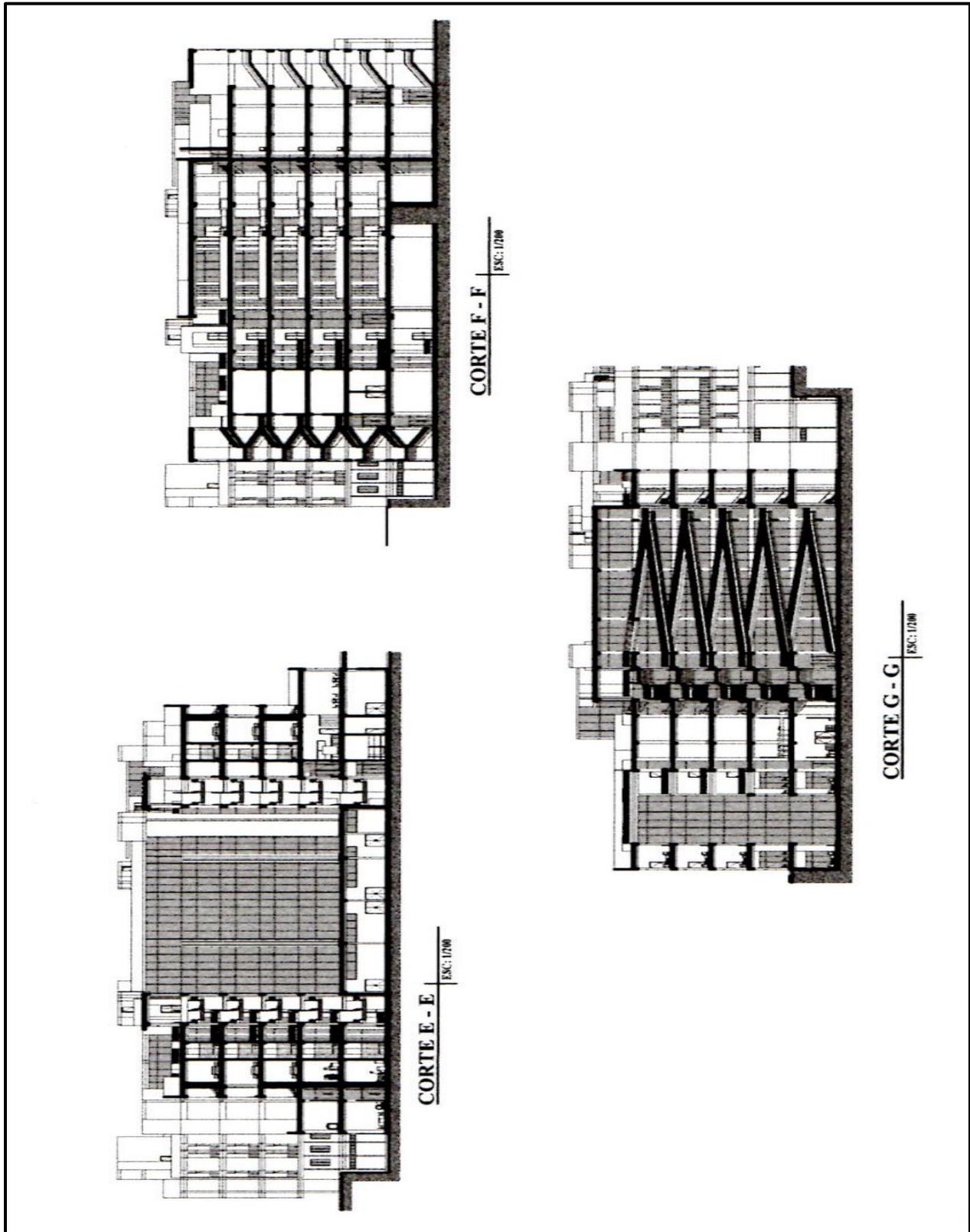
8.1.4.1. - Planos de Cortes A-A', B-B'- Centro Geriátrico.



8.1.4.2.- Plano de Cortes C-C', D-D' - Centro Geriátrico.

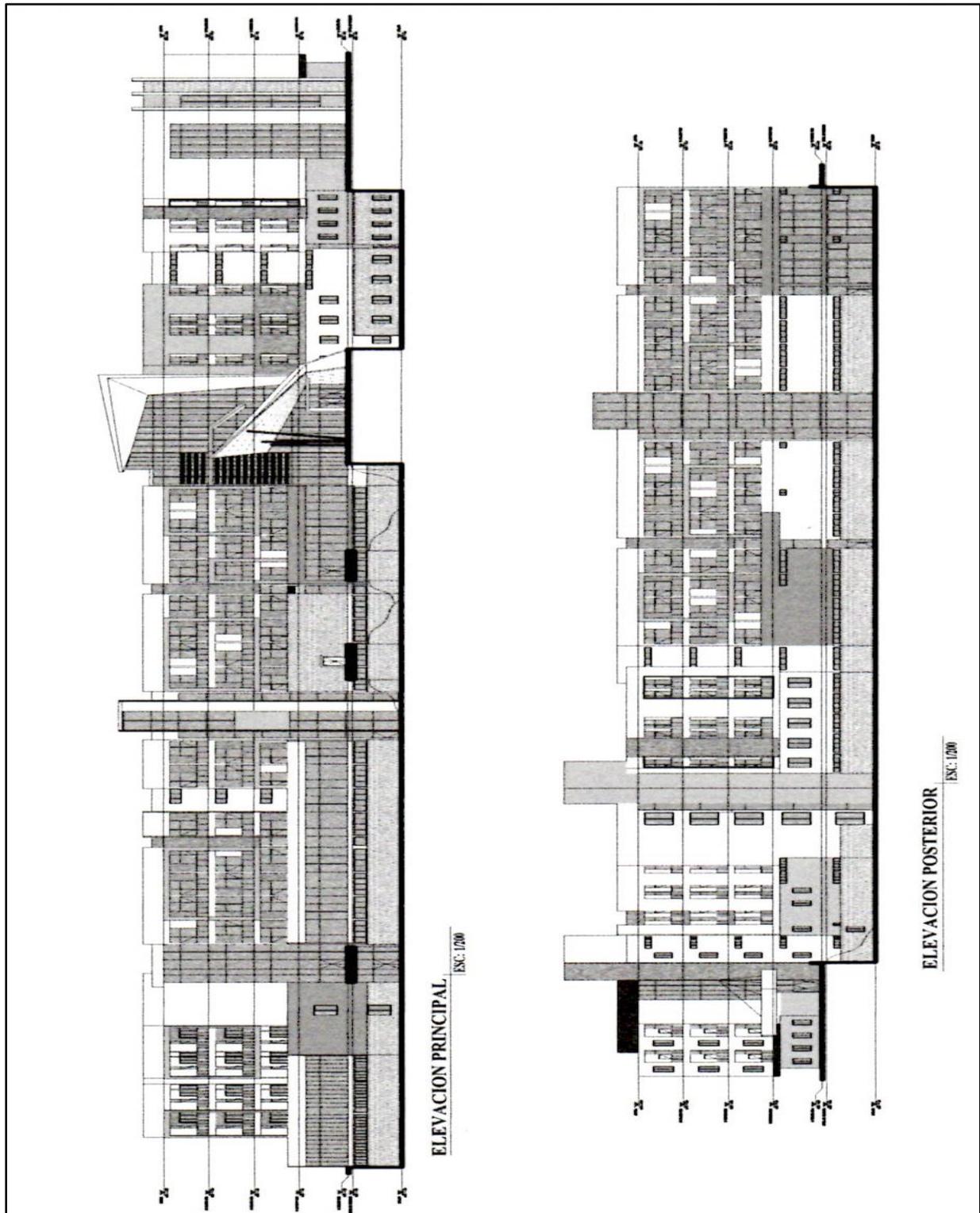


8.1.4.3.- Plano de Cortes E-E', F-F', G-G' - Centro Geriátrico.

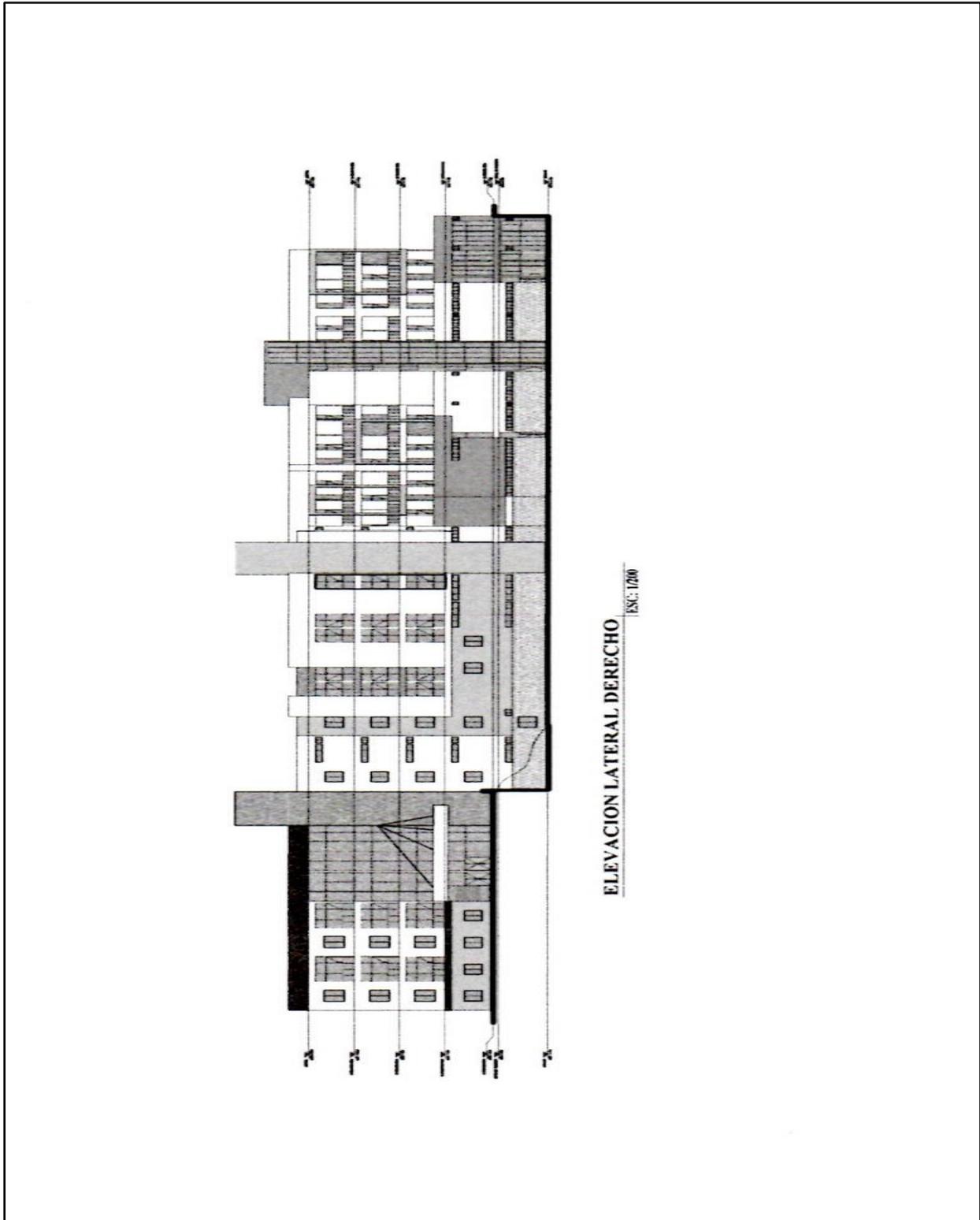


8.1.5.- Plano de Elevaciones Principal, Posterior y Lateral Derecho.

8.1.5.1.- Plano de Elevación Principal, Posterior - Centro Geriátrico.



8.1.5.2.- Plano de Elevación Lateral Derecho - Centro Geriátrico.



8.1.6. Detalles Arquitectónicos:

IMAGEN N° 30 Vista Panorámica - Fachada Principal Av. Ciro Alegría.



**IMAGEN N° 31 Vista Panorámica - Fachada Lateral Derecho, Calle José Aramburú
La Rosa - Emergencia.**



IMAGEN N° 32. Vista Panorámica - Jerarquía - Acceso Principal.



IMAGEN N° 33. Vista Panorámica - Accesibilidad Emergencia.



IMAGEN N° 34 *Vista de Espacio De Sociabilización y Conectividad.*



IMAGEN N°35 *.Vista de Espacio de Sociabilización y Conectividad*



IMAGEN N°36 .Vista Panorámica Centro Geriátrico Integral.



IMAGEN N.º 37.Vista Panorámica Superior Centro Geriátrico Integral - Techos Verdes - Sustentable.



IMAGEN N° 38 . Vestíbulo principal del Centro Geriátrico Integral.



IMAGEN N° 39. Patio Central.

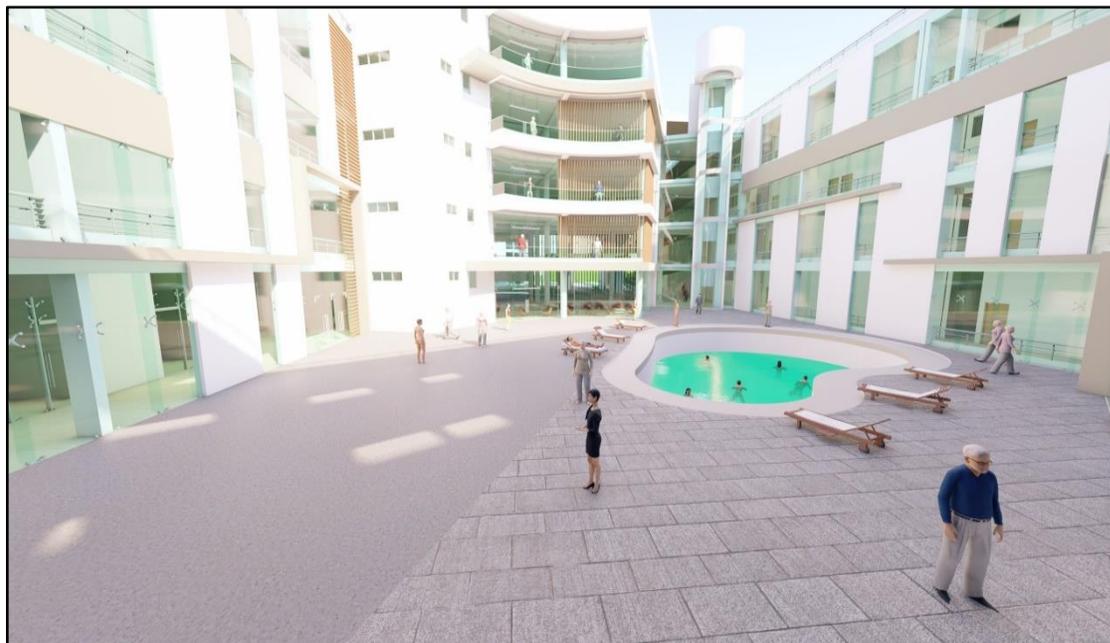


IMAGEN N°40. *Vista de Espacio de Sociabilización y Conectividad.*



IMAGEN N°41. *Vista Panorámica del Área de Servicios Complementarios.*



IMAGEN N°42 .Vista Panorámica - Vestíbulo de Geriatría.

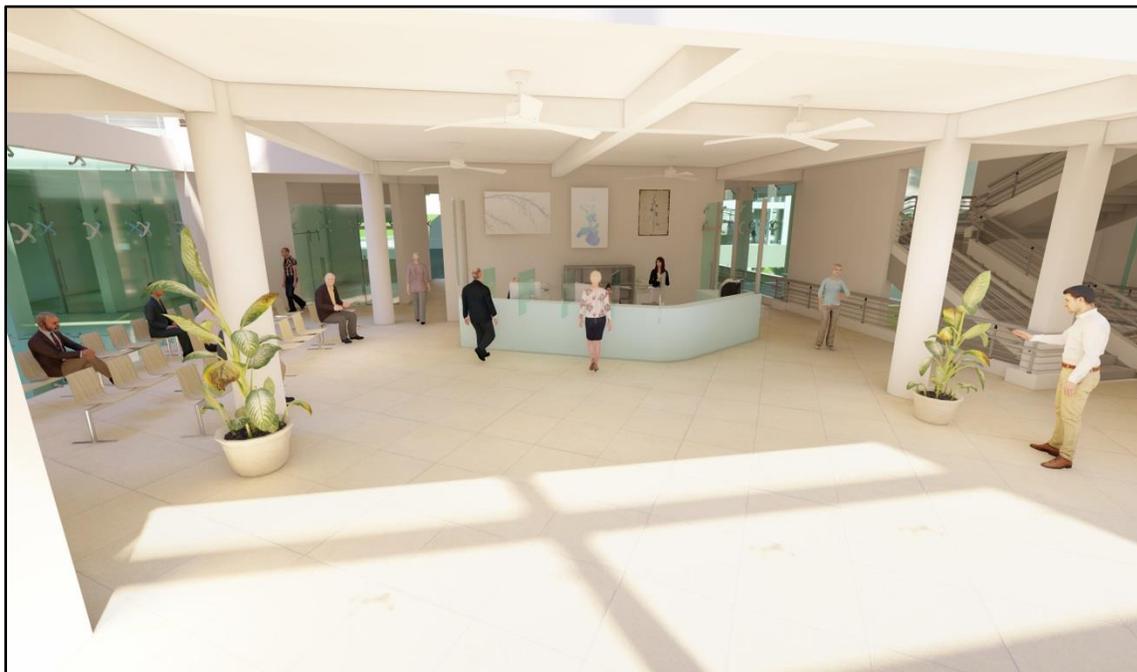
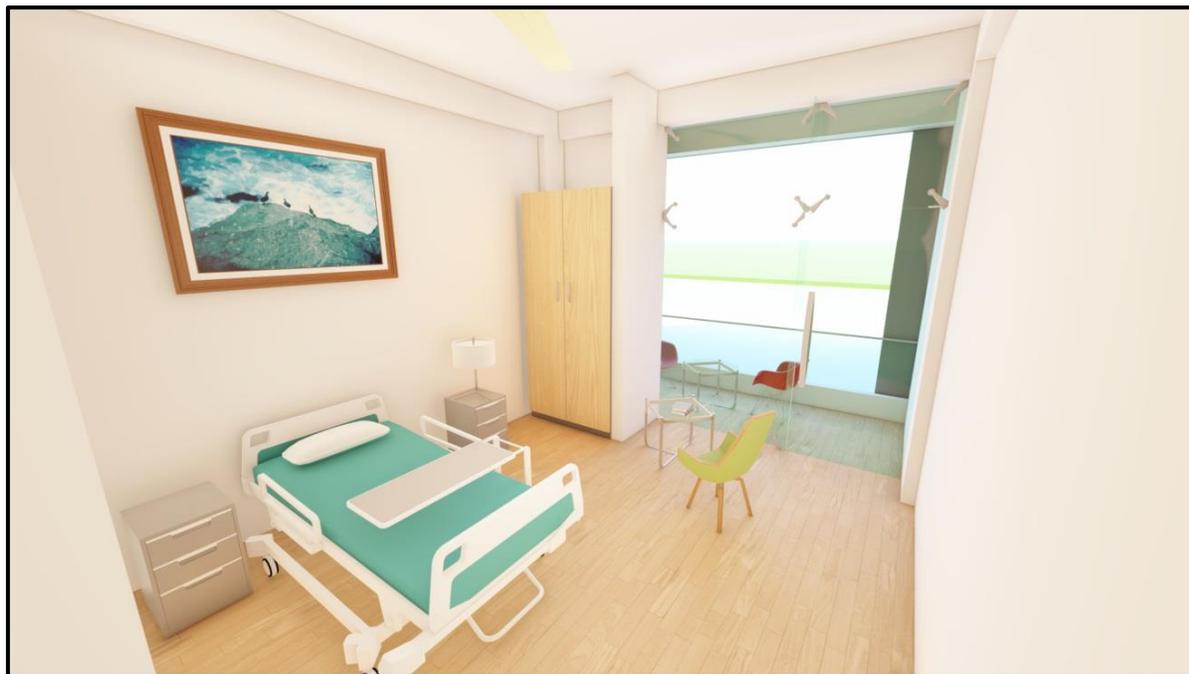


IMAGEN N°43. Vista Panorámica - Pasillo Rehabilitación.



IMAGEN N° 44 . Vista de Dormitorio Individual - Adulto Mayor.



**CAPITULO IX: DOCUMENTOS COMPLEMENTARIOS AL PROYECTO
ARQUITECTÓNICO:**

9.1.- MEMORIA DESCRIPTIVA DE LA ESPECIALIDAD DE ARQUITECTURA.

9.1.1.- Memoria Descriptiva:

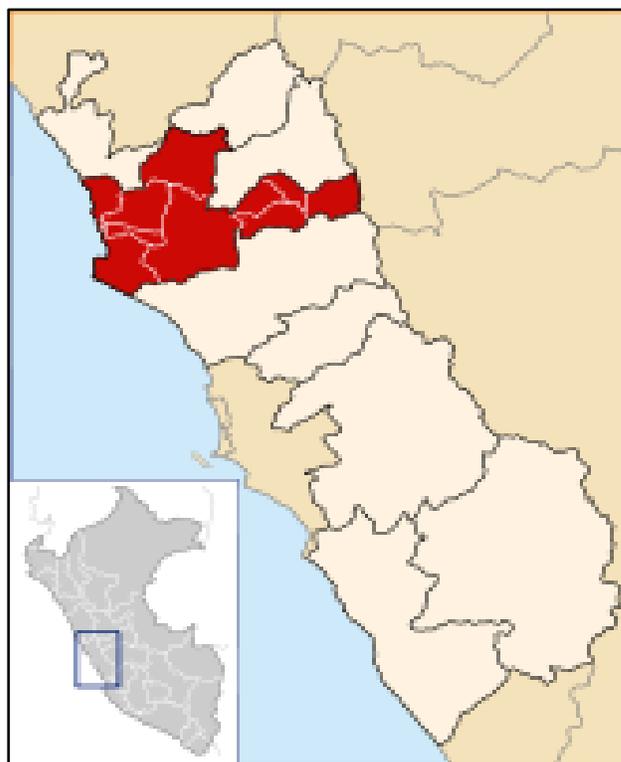
Consideraciones generales

9.1.2.- Ubicación Geográfica de Huacho.

- Huacho : Ciudad de la costa del Perú
- Distrito : Huacho
- Provincia : Huaura
- Departamento : Lima

9.1.3.- Ubicación y Localización Del Terreno:

FIGURA N° 34. Ubicación Provincia de Huaura.



Fuente: <https://turismo-huacho.blogspot.com>

9.1.4.- Datos Técnicos del Predio.

Linderos y colindantes:

POR EL NORTE:

Colinda por medio con la Calle José Arámbulo la Rosa, en línea recta de un solo tramo descritos de la siguiente manera: Tramo recto vértice **A-B**, mide **116.16 ml.**

POR EL SUR:

Colinda con propiedad de terceros, de dos tramos descritos de la siguiente manera: Primer tramo vértice **D-E**, mide **58.14 ml.**, Segundo tramo **C-D**, mide **57.99 ml.**

POR EL ESTE:

Colinda por medio con la Av. Ciro Alegría, en línea recta de un solo tramo descritos de la siguiente manera: Tramo recto vértice **B-C**, mide **225.58 ml.**

POR EL OESTE:

Colinda con propiedad de terceros, en línea sinuosa de trece tramos descritos de la siguiente manera: Primer Tramo vértice **J-A**, mide **24.69 ml.**, Segundo Tramo vértice **I-J**, mide **24.37 ml.**, Tercer Tramo vértice **H-I**, mide **58.39 ml.**, Cuarto Tramo vértice **G-H**, mide **35.47 ml.**, Quinto Tramo vértice **F-G**, mide **39.89 ml.**, Sexto Tramo vértice **E-F**, mide **48.19 ml.**

ÁREA:

La superficie encerrada dentro de los linderos descritos es de **25,712. m².** y/o Determinación de área en **2.5712 Has.**

PERÍMETRO: La longitud perimetral de sus lados es de: **688.87 ml.**

DEL PROYECTO:

9.2.- ANTECEDENTES

9.2.1. Diagnóstico de la Infraestructura Existente:

Según, diagnóstico situacional, se observa que, en el distrito de Huacho, la no existencia de Infraestructura Geriátrica, orientada a los adultos mayores, los existentes en los establecimientos de salud se reduce a un consultorio en el MINSA y ESSALUD, en lo que se refiere a estancia asistida, la existencia de instituciones gerontológicas, las cuales presentan inhabitabilidad e insalubridad, como efecto el incremento la morbi-mortalidad del adulto mayor.

Identificada la problemática, se ha concebido un proyecto integral denominado: **CENTRO GERIÁTRICO INTEGRAL**, el cual permitiría optimizar el servicio geriátrico y estancia asistida a efectos de elevar el nivel de salud y calidad de vida del adulto mayor, en el distrito de Huacho.

9.2.2.- PLANEAMIENTO ARQUITECTÓNICO

9.2.2.1.- Estructura Orgánica:

La estructura orgánica respecto a la atención geriátrica en el distrito de Huacho, está supeditada a Micro red del MINSA Y ESSALUD, los cuales presenta serias deficiencias de gestión y consecuentemente la falta de infraestructura geriátrica, el mismo no sea previsto el incremento de la población adulto mayor.

Carece de una estructura organizacional que permita alcanzar las metas y objetivos respecto a elevar la calidad de vida de los adultos mayores, en cuanto se refiere al servicio geriátrico y estancia asistida permitiría una capacidad resolutive optima, en favor del adulto mayor del distrito de Huacho y su área de influencia.

9.3.-FACTORES DETERMINANTES DEL PLANEAMIENTO ARQUITECTÓNICO

La unidad de análisis para el presente caso es el adulto mayor, objetivo fundamental lograr implementar una infraestructura geriátrica integral, considerando fundamentalmente un servicio geriátrico y estancia asistida con una capacidad resolutive optima, y las condiciones de habitabilidad y confort deben esta concebidos con altos estándares de calidad.

El planeamiento arquitectónico se basa en siete factores del sistema de ordenamiento, los cuales son:

FUNCIONAL: Se considera, ejes fundamentales los cuales, se subdivide en:

* **Función Pragmática:** Se refiere al uso y función tales como la accesibilidad y circulación que permitirá articular las diferentes zonas del Centro Geriátrico Integral, mediante ejes ordenadores.

* **Función Simbólica:** Manifestaciones visible de la tipología.

* **Función Psicológica:** Satisfacción Optima de la tipología

ESPACIO: La morfología espacial transformado según la necesidad y función estas pueden ser (Espacios Dinámicos, Estáticos, Flexibles, Multifuncionales, en concordancia con el medio ambiente).

CONTEXTO: Aspectos determinantes, condicionantes del medio ambiente y la morfología urbana, que debe ser considerada en forma integral.

TECNOLOGÍA CONSTRUCTIVA: Aspectos tecnológicos constructivos (Pórticos estructurales, vigas, mampostería).

ESTÉTICA /PAISAJE: Integralidad, equilibrio, simbiosis con medio ambiente, contraste.

ESCALA: Dimensiones del cuerpo humano, los conocimientos y técnicas del área de trabajo.

El edificio cuenta con una configuración espacial horizontal de cinco niveles, esta subdivida en dos zonas importantes, la **PRIMERA ZONA** esta orienta a la **atención geriatría integral** del adulto mayor (Análisis, Diagnostico, Evaluación, Plan Terapéutico). Y la **SEGUNDA ZONA** está orientada a la **estancia asistida**.

SÓTANO:

Está destinado: A la zona de Zona de Plan Terapéutico (Rehabilitación / Gimnasio). y Fisioterapia, Zona de Nutrición, Podología, Zona de Servicios Generales (Almacén, Mantenimiento, Patio de maniobras, Almacén de Medicinas, Lavandería, Tanque Cisterna, Motobombas, Grupo Electrónico, Subestación y Rampa de Acceso Vehicular, Acceso al Ascensor, Escalera, también se cuenta con ambientes destinados, a limpieza y depósito de basura).

PRIMER PISO:

Está orientado a actividades de primer orden, de mayor frecuencia en cuanto a función y uso, la distribución de ambientes es como sigue:

Se inicia con el espacio exterior de recepción hacia el Centro Geriátrico Integral, para acceder al Vestíbulo Principal, Escalera Principal, y Ascensor, Espacio de Informes, mediante el pasillo en el extremo izquierdo se ubica la Zona Administrativa /Dirección/Docencia, y seguidamente se ubica los comedores para los autovalentes y semivalentes, y finalmente rematar con la Zona de Expresión Personal e Integralidad (*Talleres*).

En el extremo derecho se articula con el vestíbulo de la Zona de Emergencia, mediante el pasillo se ubica los consultorios de evaluación, el mismo se desarrolla la zona de Emergencia, con servicios de Urgencia y Emergencia, los mismo da paso a la Zona de Rehabilitación y Tratamiento (Unidad de Ayuda de Diagnostico , Unidad Psicogeriatría, Unidad de Nutrición, Parkinson, Unidad de Alzheimer, y en la parte central se desarrolla un área de estar es , para posterior contar con un patio de recreación pasiva y activa.

SEGUNDO PISO:

Está orientado a actividades de segundo orden, en este caso corresponde a la Estancia Asistida, donde se desarrolla habitaciones individuales (31), dobles (18), y mini departamentos (6), (Denominado Suite Senior), también lo componentes una estación de enfermeras, depósito de ropa y medicamentos.

TERCER Y CUARTO PISO:

Está orientado a actividades de segundo orden, en este caso corresponde a la Estancia Asistida, donde se desarrolla habitaciones individuales (62), dobles (36), y mini departamentos (12), (Denominado Suite Senior), también lo componentes una estación de enfermeras, depósito de ropa y medicamentos.

•

9.4.- PROPUESTA VOLUMÉTRICA.

- *Paisaje e Integración:* La propuesta volumétrica, se ha concebido en forma integral, y dinámica a efectos de integrarse al contexto urbano inmediato y paisaje, así mismo de constituir como un referente en la zona y ciudad de Huacho, cuenta con dos zonas importantes , una zona GERIÁTRICA , y la otra zona de ESTANCIA ASISTIDA, cuenta con dos accesos importantes uno por la parte frontal y la otra por la zona geriátrica, los cuales se articulan mediante los vestíbulos , escaleras , ascensores , y rampas.

- Imagen Institucional

Para la fachada principal se propuso un espacio virtual de recepción exterior amplio creando un espacio de recepción previo antes de entrar al Centro Geriátrico Integral, que permite la jerarquía de la accesibilidad al establecimiento y por lado derecho se ubica el acceso de emergencia claramente identificable.

- Planteamiento de Sala de Uso Múltiple Y Docencia

Con el objeto de cumplir los objetivos de difusión, prevención, sociabilización, de las actividades propias del adulto mayor, otros trazados con el objeto de elevar la calidad de vida, y permita dinamizar las actividades gerontológicas y geriátricas en el Centro Geriátrico Integral.

- Del Área Construida del Centro Geriátrico Integral

ÁREA CONSTRUIDA:

SÓTANO = 7,006.1400 m²

PRIMER PISO = 6,948.2980 m²

SEGUNDO PISO = 5,845.5287 m²

TERCERO PISO = 5,845.5287 m²

CUARTO PISO = 5,845.5287 m²

ÁREA TECHADA TOTAL: 31,491.0241 m²

ÁREA DEL TERRENO: 25,712.0000 m²

ÁREA LIBRE: 73%, 18,763.7020 m²

- Capacidad de Carga

Para las visitas se proponen cuatro grupos simultáneos de quince a veinte personas que pueden hacer el recorrido aprovechando los diferentes ambientes del Centro Geriátrico Integral. Luego los siguientes grupos podrán ingresar con intervalos de veinte minutos que es el tiempo que dura el recorrido.

- Ventilación e Iluminación

Con el fin de asegurar ventilación cruzada en el proyecto se ha previsto espacios centrales y retiradas del límite de propiedad, permitirán una ventilación cruzada e iluminación natural en la zona de estancia asistida, zonas geriátricas (diagnóstico, tratamiento y rehabilitación), en otros términos, la temperatura, en invierno es de 18° grados centígrados, y en verano es de 20° grados centígrados, ambiente fresco, por ello se ha aplicado materiales que permitan la termicidad.

- Espacios de Conectividad Y Sociabilización

Se implementó espacios de recreación pasiva y activa en los espacios centrales, a efectos de lograr la sociabilización y conectividad de los adultos mayores en la vida común diaria, y en proceso de tratamiento y rehabilitación, en lo posible me permitido integrar la naturaleza con el hecho arquitectónico planteado.

Por otro lado, la habitabilidad y el confort ha sido prioridad, en la propuesta del hecho arquitectónico.

- Implementación de la Estancia Asistida

Se ha previsto la implementación de habitaciones simples, dobles, y mini departamentos, con el equipamiento y seguridad del caso, así como también se implementó con terrazas a efectos de lograr habitabilidad y confort para con el adulto mayor.

9.4.1.-Especificaciones Técnicas Generales del Proyecto:

Las Especificaciones Técnicas de la Especialidad de Arquitectura están consideradas en concordancia con el Reglamento Nacional de Construcciones y Edificaciones de nuestro País.

A lo que corresponde arquitectura, es concretamente los acabados donde se especificara los procedimientos constructivos y su aplicación, la forma de pago, el periodo de tiempo, y la medida de los insumos respectivamente.

9.5.- ESTIMACIÓN DE COSTOS GLOBALES DEL EDIFICIO.

TABLA N°27 Estimación de Costos Globales del Edificio.

NIVELES	ÁREA M2	COSTO X m2	COSTO POR NIVEL
		\$	
SÓTANO	7006.14	1200	8407368
PRIMER PISO	6948.298	1200	8337957.6
SEGUNDO PISO	5845.5287	1200	7014634.44
TERCER PISO	5845.5287	1200	7014634.44
CUARTO PISO	5845.5287	1200	7014634.44
			41,568,151.81
Gastos Generales		12%	4534707.47
Utilidad		10%	3778922.89
SUB TOTAL			49,881,782.17
I.G.V.		18%	8,978,720.79
COSTO TOTAL DE OBRA			58,860,502.96

Fuente: Elaboración Propia

En consecuencia, la existencia un crecimiento económico relativamente bajo, pero dentro las políticas del estado se prevé el gasto público, para establecimientos de salud, otros inherentes, en cual está circunscrito las instalaciones de los adultos mayores, el mismo ampra la Ley 30490.

El Costo por metro cuadrado de área construida del proyecto es en base a la estimación de ejecución de obra y acabados, basados en el Cuadro de Valores Unitarios Oficiales de Edificaciones para la costa (2019) y un porcentaje de aumento para estructura de acero.

CAPITULO X: CRITERIOS GENERALES PARA LA EVALUACIÓN ECONÓMICO – FINANCIERA DEL PROYECTO:

10.1.- Análisis Económico del País y del Entorno de la Propuesta:

El Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) presentó la última edición de su Marco Macroeconómico Multianual (MMM), en el que resalta que ahora el Ejecutivo anticipa un crecimiento de 3% en el 2019.

A pesar de haber hecho ajustes sensibles en sus proyecciones, el panorama del MEF aún es más optimista que el de los analistas locales. El BBVA Research prevé un crecimiento de 2,9%; Intéligo espera un 2,5%; Macroconsult y la Unidad de Análisis Económico de El Comercio, un 2,4%; y Apoyo Consultoría anticipa un 2,2%.

Las cifras disponibles a la fecha, considerando el entorno externo, hacen que lograr un crecimiento de 3% al cierre del año sea una carrera cuesta arriba.

En primer lugar, entre julio del 2018 y junio del 2019, la economía crece a un ritmo anualizado de 2,7%. Para que este indicador de tendencia llegue a un 3% a fin de año, el PBI requeriría acelerar a más de 4% entre julio y diciembre, es decir, más del doble del crecimiento del primer semestre del Adulto Mayor. (Diario – Comercio Julio 2019).

10.2.- Análisis Financiero:

Considerando que las municipalidades son las instituciones que deben promover los establecimientos gerontológicos y centros geriátricos, por lo tanto, la existencia de una responsabilidad institucionalidad en favor de los adultos mayores, en consecuencia, la ejecución del proyecto estaría asegurada, debido a la asignación de presupuesto y amparados a la ley 30490 del Adulto Mayor, por parte del ejecutivo y consecuentemente los Gobiernos Regionales.

FUENTES DE INFORMACION:

BIBLIOGRAFÍA:

- Adulto, P. P. (2018). *Situacion de la Poblacion Adulto Mayor*. Lima: PAM.
- Alvarado Garcia, A. M., & Salazar Maya, A. M. (2014). *Análisis del Concepto de Envejecimiento*. Gerokomos.
- Avila Fematt, F. M. (2010). *Definicion y Objetivos de la Geriatria*.
- Centro Integral del Adulto Mayor, C. (2006). *Integracion del Adulto Mayor* . Huacho
- D'Hyver de las Deses, C. (2017). *Valoracion Geriatrica Integral. Facultad de Medicina de la UNAM*, 39.
- E.Jauregui Berry, M. (actualizacion desde 1970). *Seguridad e Higiene*. Peru.
- Edufisica, G. d. (2011). *Valoracion Integral del Adulto Mayor a partir de Escalas de Medicion - Colombia*. EDU-FISICA, 1.
- Elaboracion Propia. (2019). Norma Técnica de Salud N° 110-MINSA/DGIEM-v.01 (2014) *"Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención, elaboración propia, tomando de referencia reglamento nacional edificaciones RNE*. Lima-Peru.
- Fundacion., E.L. (2012). *Avances en la Arquitectura Geriatrica en Galicia. Galego portuguesa de Psicologia e Educacion*, Portugal.
- Gerontologia., O.M.S. (2005). *"Ciudades Globales Amigables para Mayores"*. Congreso Mundial sobre Gerontologia, (pág. 6). Rio de Janeiro- Brasil.
- Giro Miranda, J. (2006). *Envejecimiento Activo "Dialnet - Biblioteca de investigacion "*. España: Universidad de la Rioja.
- Gutierrez Robledo, M., & kershenobich stalwikowits., D. (2012). *Envejecimiento y Salud- una Propuesta para un Plan de Accion*. Medicina Interna de Mexico, N°3.
- Huacho, M. (2013-2022). *Plan de Desarrollo Urbano de la Ciudad de Huacho*. Huacho-Lima: Municipio.
- Huacho, M. d. (2013 - 2022). *Plan de Desarrollo Urbano de la Ciudad de Huacho*. Huacho: Municipio Huacho.
- Huacho, M. d. (2014). *Plan Integral de Gestion Ambiental de Residuos Sólidos de la Provincia de Huaura*. Huacho: Municipio.
- Huaura, M. d. (2014). *Plan Integral de Gestion Ambiental de Residuos Sólidos de la Provincia de Huaura*. Huacho: Municipio.
- Huaura., M. P. (2009-2021). *Plan Concertado de la provincia de Huaura*. Huacho: Municipio.

- Huaura., Municipalidad P. (2009-2021). *Plan Concertado de la Provincia de Huaura*. Lima. Huaura: Municipio
- IBEA Estudio de Arquitectura. (2008). *Que es la Arquitectura Sostenible*. [http// arquisos.blogspot](http://arquisos.blogspot).
- Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI. (s.f.).
- Instituto Nacional de Estadística e Informática ,INEI. (2007). *Censo de Poblacion*. Huacho: INEI.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática ,INEI. (2007). *Poblacion Adulto Mayor*. Lima. Huacho: INEI.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2008). *Crecimiento poblacional*. Huacho: INEI-Lima.
- INEI(2015). *En el Peru viven más de 3 millones de Adultos Mayores*.
- INEI, (2018). *Poblacion Economicamente Activa*. Huacho: INEI.
- INEI, (2018). *Poblacion principales Actividades Economicas*. Huacho.
- INEI, (2018). *Situacion de la Poblacion Adulto Mayor*. Lima: INEI.
- INEI ,M. (2018). *Encuesta Nacional de Hogares*. Huacho: INEI.
- INEI , (2007-2018). *Crecimiento Poblacional*. Huacho: INEI.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2007-2018). *Crecimiento Demografico*. Huacho: INEI.
- Julius Panero, M. Z. (s.f.). *Dimensiones Humanas en los Espacios Interiores Estándares*.
- Julius Panero, M. Z. (s.f.). *Los Aspectos Antro-pometricos de la Ergonomía y su Aplicación*.
- Julius Panero, Martin Zelnik. (s.f.). *Dimensiones Humanas en los Espacios Interiores Estándares*.
- Llado, Miguel. (1986). *Adaptacion Historia no comentada de la Geriatria*. Lima-Peru.
- Miguel Llado. (1986). *Adaptacion Histtoria no comentada de la Geriatria en el Peru*. (Pag.1,6). Peru-Lima
- Martin Zelnik., J. (s.f.). *Dimensiones Humanas en los Espacios Interiores Estándares*.
- Maslow, A. (2012). *La Teoria de la Motivacion Humana*. (Necesidades Humanas 1943, Jerarquia de las necesidades). Mexico
- Martin Zelnik., J. (s.f.). *Dimensiones Humanas en los Espacios Interiores Estándares*.
- Minsa, Ministerio de Salud. (2018). *Porcentajes de Patologias en Salud Adultos Mayores*. Huacho.

- Minsa, Ministerio de Salud (2018). *Salud de la Poblacion Adulto Mayor*. Huacho.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018). *Situación de la Población Adulto Mayor. (Informe Técnico)*. INEI, Lima, Huacho.
- Organización Mundial de la Salud, (2005). *Ciudades Globales Amigables con los Mayores*. Brasil Rio de Janeiro.
- OMS, Organización Mundial de la Salud. (2005). *Ciudades Globales Amigables para Mayores Congreso Mundial sobre Gerontología.*, (pág. 6). Rio de Janeiro – Brasil.
- Otero, J., & Martínez , C. (2012). *Avances en la Arquitectura Geriátrica en Galicia. "El Geriátrico de la Fundación Jose Otero -Carmela Martínez*. Santiago
- PAM . INEI (2018). *Situación de la Población Adulto Mayor*. lima.peru: PAM.
- PAM. (2010). *Plan Nacional para Personas Adultas Mayores (PAM)*. Peru.
- PAM. (2018). *Situación de la Población Adulto Mayor*. Lima-Peru.
- PAM, I. (2018). *Situación de la población Adulto Mayor* . Lima.Peru: INEI.
- Pinto Ramirez, H. A. (2011). *Geriatria Pasado, Presente y Futuro*. Lima-Peru.
- Propia., E. (s.f.).
- Ruiz Rudolf, c., & Ortega, o. (2006). *Centro Integral para Adulto Mayor*. Chile.
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, M. (2016). *Reglamento de Centros de Atención para personas Adultas Mayores*. Huacho-Lima.
- Sesión Inaugural del XVIII. (2005). *Congreso Mundial Sobre Gerontología-Brasil Ciudades Globales Amigables para Mayores*. Brasil.
- Vivienda, M. d. (2019). *Reglamento Nacional de Edificaciones ,RNE*. Lima.
- Warren, M. (1993). *La vejez no es una enfermedad*.

WEB – GRAFIA:

- Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI., (10 de 11 de 2019). *Esperanza de vida al Nacer en el Peru de 72 años hombres -77 años mujeres*. *Gestión*, 1,2,3. Recuperado el 10 de 11 de 2019, de <https://gestion.pe/economia/inei-Esperanza de vida -nacer-peru.72 años hombres-77mujeres 104657-noticia>
- Avila Fematt, F. M. (2010). *Objetivos de la Geriatria. (Vol. 5)*. Lima- Peru. Recuperado el 15 de 07 de 2010, de https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr_2010/rr102b.pdf
- Congreso Mundial sobre Gerontología . (2005). *sesión inaugural del XVIII Congreso Mundial sobre gerontología , ciudades globales amigables para mayores*. *Ciudades Globales Amigables para Mayores.*, (pág. 69). Rio de Janeiro- Brasil.

- Avila Ferratt, Flor Maria (2010). *Definicion y Objetivo de la Geriatria. El Residente, 49,54. Recuperado el 25 de 08 de 2015*, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2010/rr102b.pdf>
- Gerontologia, C. M. (2005). *Sesion Inagural del XVIII Congreso Mundial sobre Gerontologia. recuperado de https://www.who.int/ageing/AFCSpanishfinal.pdf. Ciudades Amigables para Mayores, (pág. 69). Rio de Janeiro - Brasil.*
- Giro Miranda, J. (2006). *Envejecimiento Activo, Envejecimiento Positivo. Rioja. España: Universidad La Rioja. Recuperado el 2006, de https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=343628*
- Grupo de Investigacion, E.-F. (2011). *Valoracion Integral del Adulto Mayor a partir de las escalas de medicion. . EDU-FISICA, I. Recuperado el 2006, de https://www.yumpu.com/es/document/read/45018410/valoracion-integral-del-adulto-mayor-a-partir-de-escalas-de-medicion*
- Gutierrez Robledo, M., & Kershenobich Stalwikowits, D. (2016). *Envejecimiento y Salud. "Una propuesta para un plan de accion". Mexico, Mexico. Recuperado el 2016, de https://www.gobmx/publicaciones/articulos/envejecimiento-y-salud-una-propuesta-para-un-plan-de-accion?idiom=es.Mexico*
- gutierrez robledo, M., & kershenobich stalwikowits., D. (2012). *Envejecimiento y Salud- una propuesta para un plan de accion. Medicina Interna de Mexico, N°3.*
- Health Sciences-International University of Valencia. (2018). *What is geriatrics. España: University. Recuperado el 03 de 21 de 2018*, de <https://www.universidadviu.com/que-es-geriatria/>
- <https://es.wikipedia.org>. (2018). *Obtenido de Huacho Geografia.*
- Huaura., M. P. (2016). *www.Municipalidad Provincial de Huaura. (Municipio, Productor) Obtenido de https://www Municipalidad Provincial de Huaura*
- Huaura., P. d. (2016). *www. Municipalidad Provincial de Huaura. Obtenido de www. Municipalidad Provincial de Huaura.*
- INEI, I. T. (2018). *Situacion de la Poblacion Adulto Mayor. Lima, Huacho. Recuperado el 2018, de https://www.inei.gob.pe/Media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-n01_adulto-oct-nov-dic2017.pdf.*
- INEI., I. N. (25 de 08 de 2018). *Envejecimiento de la Poblacion. INEI., Informe tecnico (n°2), 12. Recuperado el 25 de 08 de 2015, de http://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-viven-mas-de-3-millones-de-adultos-mayores-8570/*
- Instituto Nacional de Estadistica e Informatica ,INEI. (2015).[https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias /en-el peru-viven-mas-de-3 millones-de-adultos-mayores-8570](https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-viven-mas-de-3-millones-de-adultos-mayores-8570). lima: inei.
- INEI., Instituto Nacional de Estadistica e Informatica (11 de 10 de 2019). *Management Writing Life expectancy at birt in. gestion/economy/inei-hope-life-born-peru-72-years-men-77-women-104657-new, 1,2,3. Recuperado el 11 de 10 de 2019, de*

<https://gestion.pe/economy/inei-hope-life-born-peru-72-years-men-77-women-104657-new/>

- INEI., Instituto Nacional de Estadística e Informática (10/11/2019). *Esperanza de vida al nacer en el Perú es de 72 años en los hombres y 77 en mujeres.* . Redacción Gestión (Actualizado 10/11/2019,. Recuperado de <https://gestion.pe/economia/inei-esperanza-vida-nacer-peru-72-años-hombres-77-mujeres-104657-notic>, 1,2,3.
- INEI., Instituto Nacional de Estadística e Informática 2018). *Situación de la Población Adulto Mayor.* (Informe Técnico). . *Inei.gob.pe, Lima, Huacho.* Recuperado el 2018, de [https://www.inei.gob.pe/media/Menu Recursivo/boletines/01-informe-tecnico n 01_adulto-oct-nov-dic2017.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/Menu%20Recursivo/boletines/01-informe-tecnico%20n%2001_adulto-oct-nov-dic2017.pdf).
- Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI (25 de 08 de 2015). *En el Perú viven más de 3 millones de adultos mayores.* *INEI,gob.pe / Nota de Prensa, 1,2.* Recuperado el 25 de 08 de 2015, de <http://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-viven-mas-de-3-millones-de-adultos-mayores-8570/>
- Llado, M. (1986). *Adaptación Historia no comentada de la Geriatria en el Peru.* *Red Peruana de Bibliotecas en Salud (REPEBIS), Lima, Lima - Peru.* Recuperado el 1986, de <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/Geronto/n1/a1.pdf>
- Llado, Miguel. (1986). *Historia no comentada de la Geriatria en el Peru.* *Lima , Peru: lima.* Recuperado el 1986, de <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/Geronto/n1/a1.pdf>
- Maqueira Yamasaki, A. (2011). *Sostenibilidad y Ecoeficiencia en Arquitectura.* *N°29,2011,ISSN 1025-9929, Recibido:23de febrero del 2011/Aprobado: 9 de mayo del 2011., Universidad de lima Ingenieria Industrial., Lima, Lima.*
- Maqueira Yamasaki, A. (2019). *Sostenibilidad y Ecoeficiencia en Arquitectura.* *Recuperado el 09 de 04 de 2019,* de <http://www.arquitectoalejandrogomezrios.com/greentidio2.pdf>.
- Mexico., C. a. (2009). *servicios que brinda un Centro Geriatrico Integral.* *Recuperado el 2019, de El portal clubplaneta.com.mxy sus micro sitios.:* http://www.trabajo.com.mx/servicios_que_ofrece_un_centro_geriuatrigo_integral.htm
- Mexico., G. d. (2019). *Valoracion Geronto-Geriatria Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio.* *Mexico.* Recuperado el 2019, de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/491GRR.pdf>
- Ministerio de la mujer y Poblaciones Vulnerables, M. (2016). *Reglamento de Centros de Atencion para personas Adultas Mayores.* *Huacho-Lima.*
- Organizacion Mundial de la Salud. (2005). *Ciudades Globales Amigables con los Mayores.* *XVIII Congreso Mundial sobre Gerontologia. Rio de Janeiro., Brasil , Rio de Janeiro.* Recuperado el 2005, de <https://www.who.int/ageing/AFCSpanishfinal.pdf>
- Otero, J., & Martinez, C. (25 de 11 de 2012). *Avances en la arquitectura geriátrica en Galicia :El geriátrico de la Fundación.* *REVISTA GALEGO-PORTUGUESA DE PSICOLOGÍA E EDUCACIÓN, 224,225,226.* Recuperado el 25 de 11 de 2012, de <https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/121>

- Propia, E. (2014). *Norma Técnica de Salud N° 110-MINSA/DGIEM-v.01 (2014) “Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención, elaboración propia, tomando de referencia reglamento nacional edificaciones RNE. Peru.*
- Secretaria de Salud Mexicano. (2011). *Valoracion Geronto-Geriatria Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio. CENETEC, Mexico.* Recuperado el 2019, de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/491_GPC_valoracixn_geronto-geriatria/IMSS-491-11-GRR_Valoracixn_geronto_geriatria.pdf
- Valencia, U. i. (21 de 03 de 2018). *Que es geriatría. . Ciencias de la Salud , 1,2,3.* Recuperado el 21 de 03 de 2018, de <https://www.universidadviu.com/que-es-geriatria>.

ANEXOS

Anexo N° 1.

TABLA N° 28. MATRIZ DE CONSISTENCIA.

MATRIZ DE CONSISTENCIA								
PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS GENERAL	VARIABLE INDEPENDIENTE (V-I)	INDICADORES	METODOLOGIA			
PG. ¿En qué medida, la propuesta arquitectónica de un Centro Geriátrico integral, permitiría adecuados servicios geriátricos y estancia asistida; a efectos de elevar el nivel de salud y calidad de vida del adulto mayor, en el distrito de Huacho-2019?	OG. Implementar, una propuesta arquitectónica de un Centro Geriátrico Integral, que permita optimizar el servicio geriátrico y estancia asistida, a efectos de elevar el nivel de salud y calidad de vida del adulto mayor, en el distrito de Huacho - 2019.	HG. La implementación de una propuesta arquitectónica de un Centro Geriátrico Integral, permitiría optimizar el servicio geriátrico y estancia asistida, a efectos de elevar el nivel de salud y calidad de vida del adulto mayor, en el distrito de Huacho - 2019.	CENTRO GERIATRICO INTEGRAL	CALIDAD DE ANTENANCIA	POBLACION: PERIODO 2019: 29,431			
			VARIABLE DEPENDIENTE (V-D)					
			ADULTO MAYOR					
PROBLEMA ESPECIFICO PE. 1	OBJETIVO ESPECIFICO OE.1	HIPOTESIS ESPECIFICA HE.1	VARIABLE INDEPENDIENTE (V-I)	CALLIDAD DE ATENCION (FISICA, PSICOLOGICA, SOCIAL)	MUESTRA: $\frac{N*(\alpha_c * 0,5)^2}{1+(e^2 * (N-1))} = 379$			
PE.1 ¿En qué medida, los adecuados servicios geriátricos integrales de planta, permitirá la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las patologías del adulto mayor en el distrito de Huacho?	OE.1 Implementar adecuados espacios para el servicio geriátrico integral de planta, centrada en prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las patologías del adulto mayor; concordante con la normativa de MINSA - OMS.	HE.1 La implementación de adecuados espacios para el servicio geriátrico integral de planta, permitirá que los servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las patologías sean oportunas, en favor del adulto mayor; concordante con la normativa de MINSA - OMS	ESPACIO DE SERVICIO GERIATRICO INTEGRAL					
			VARIABLE DEPENDIENTE (V-D)					
PROBLEMA ESPECIFICO PE. 2	OBJETIVO ESPECIFICO OE.2	HIPOTESIS ESPECIFICA HE.2	VARIABLE INDEPENDIENTE (V-I)	CALIDAD DE ATENCION (SENSACION, PSICOLOGICO)	TIPO DE INVESTIGACION: <u>Descriptiva y Explicativa</u>			
			PE.2 ¿En qué medida, los adecuados servicios de estancia asistida de planta, permitiría la habitabilidad; un entorno hogareño y calidad de vida del adulto mayor en el distrito de Huacho, el sector privado?			OE.2 Implementar adecuados espacios para servicio de estancia asistida de planta, centrada en atención primaria y servicios sociales para el adulto mayor; concordante con la normativa de MINSA - OMS	HE.2 La implementación de adecuados espacios para el servicio de estancia asistida de planta, permitiría la habitabilidad óptima y entorno hogareño para el adulto mayor; concordante con la normativa del MINSA - OMS	ESPACIO DE SERVICIO DE ESTANCIA ASISTIDA
								VARIABLE DEPENDIENTE (V-D)
PROBLEMA ESPECIFICO PE. 3	OBJETIVO ESPECIFICO OE.3	HIPOTESIS ESPECIFICA HE.3	VARIABLE INDEPENDIENTE (V-I)	CONFORT / ERGONOMIA MEDICA	METODO DE INVESTIGACION: <u>Metodo Deductivo e Inductivo Analisis Cuantitativo y Cualitativo</u>			
			PE.3 ¿En qué medida, la implementación de un adecuado equipamiento y mobiliario, influye en el confort y eficacia del adulto mayor en el área de la geriatría y estancia?			OE.3 Implementar un equipamiento y mobiliario que cumplan con estrictas condiciones de seguridad y ergonomía, con características de funcionalidad y durabilidad exigible, en el área geriátrica y estancia asistida, en la infraestructura nueva.	HE.3 La implementación de equipamientos y mobiliarios que cumplan con estrictas condiciones de seguridad y ergonomía, con características de funcionalidad y durabilidad exigible, en el área geriátrica y estancia asistida, permitiría la atención ambulatoria de calidad y confort para el adulto mayor	EQUIPAMIENTO GERIATRICO Y MOBILIARIO
								VARIABLE DEPENDIENTE (V-D)
PROBLEMA ESPECIFICO PE.4	OBJETIVO ESPECIFICO OE.4	HIPOTESIS ESPECIFICA HE.4	VARIABLE INDEPENDIENTE (V-I)	ACCESIBILIDAD CULTURAL MEDICA	DISEÑO: <u>Diseño: Descriptivo/Explicativo</u>			
			PE.4 ¿En qué medida, la implementación de espacios para la capacitación al personal, influye en la atención geriátrica y estancia asistida para el adulto mayor?			OE.4 Implementar espacios adecuados para la capacitación al personal del establecimiento geriátrico, permitira optimizar el desarrollo de programas de capacitación en la rama geriátrica y estancia asistida.	HE.4 La implementación de espacios adecuados para la capacitación al personal del establecimiento geriátrico, permitiría optimizar el desarrollo de programas de capacitación en la rama de la geriatría y estancia asistida	ESPACIOS ADECUADOS DE CAPACITACION
								VARIABLE DEPENDIENTE (V-D)
PROBLEMA ESPECIFICO PE.5	OBJETIVO ESPECIFICO OE.5	HIPOTESIS ESPECIFICA HE.5	VARIABLE INDEPENDIENTE (V-I)	ACCESIBILIDAD CULTURAL /MEDICA ESPECIALIZACION	ESTADISTICO: <u>Nivel de Confianza 95% margen de e= 5%</u>			
			PE.5 ¿En qué medida, las adecuadas capacidades geriátricas y gerontológicas de los médicos, con la dotación de espacios multifuncionales, influye en la atención geriátrica y permitiría una escala de valoración real, al adulto mayor?			OE.5 Implementar espacios multifuncionales que permita el desarrollo profesional a los médicos especialistas en la rama de la geriatría y gerontología alcanzando realizar una escala de valoración real, al adulto mayor.	HE.5 La implementación de espacios multifuncionales, permitiría el desarrollo profesional a los médicos especialistas en la rama de la geriatría y gerontología, alcanzando realizar una escala de valoración real, al adulto mayor.	ESPACIOS MULTIFUNCIONALES
								VARIABLE DEPENDIENTE (V-D)
					INSTRUMENTOS: <u>Para medir la Variable (X) (Y)</u>			
					<u>Escala de Remis Likert</u>			

ANEXO N° 02. Modelo de Encuesta:

Encuesta / entrevista: Percepción, Observación Directa y expectativa espacial de los adultos mayores frente a los establecimientos de salud / geriátricos - Huacho.

Datos Generales		
Institución:		
Fecha.....	Distrito.....	Provincia.....
Datos del encuestado:		
Nombre.....	Sexo.....	
Edad.....	Dependencia:	Privado.....
Enfermedad.....	Tiempo.....	

Pregunta Perceptuales:

Marque con (x) las respuestas:

1.- ¿Qué opina del establecimiento de salud, respecto a su mejora en su salud:

Hospital Regional de Huacho: Malo () Regular () Buena ()

Hospital Es Salud de Huacho: Malo () Regular () Buena ()

Otros – Privados: Malo () Regular () Buena ()

2.- ¿Cómo se siente con la atención médica Ud., ¿Cuándo visita un establecimiento de salud?

• Satisfecho () insatisfecho () no atendido ()

Porque?.....

3.- ¿En qué grado presentas Ud. dificultades para orientarse dentro del establecimiento de salud?

• Alto (.....) Medio (.....) Bajo (.....)

otros.....

4.- ¿A qué características atribuye Ud. el grado de desorientación en el establecimiento de salud?

• Arquitectura () Enfermedades () desorden. ()

5.- ¿Cuál es la mayor deficiencia a su parecer de los establecimientos de salud?

Atención () Infraestructura () rapidez ()

6.- ¿Según su opinión, cuáles son las deficiencias encontradas en los establecimientos de Salud?

• Infraestructura deficiente () limpieza () atención inadecuada ()

• Iluminación () Ventilación () Orientación ()

7.- Según su opinión, ¿cuáles son las falencias físicas en el establecimiento de salud?

Ambientes () Color () materialidad () mobiliario ()

8.- Según su opinión, ¿Se siente conforme con los colores del establecimiento de salud?

Alivio de Sanción () Tétrico () ófrico () Oscuro ()

9.- Según su opinión, ¿Se siente cómodo en el consultorio geriátrico del establecimiento de salud?

Bien () Regular () Mal ()

Porque?.....

10.- ¿Que, opina respecto a la cercanía de las diferentes unidades médicas con respecto al consultorio geriátrico del establecimiento de salud?

Distante ()

Demasiada distancia ()

Muy lejos ()

¿Porque?

11.- ¿En qué tipo de espacios Ud. se desenvuelve mejor?

Espacios reducidos. () Espacios grandes patio () Espacio abierto ()

Porque?.....

12.- ¿En qué medida, la ética se desarrolla con respecto a la atención de adultos mayores?

Transparente. () Irregular. () Negativa. ()

Preguntas Expectativas:

1.- ¿Cuál de estas sensaciones preferirían Ud. percibir?

Tranquilidad ()

Cuidado personal ()

Estimulación ()

Otros ()

2.- ¿Cuál de estas tres características prefiere Ud. predomine?

Trato adecuado () tranquilidad física () tranquilidad ambiental ()

3.- Que características o forma espacial debiera tener un establecimiento de salud?

Forma lineal () Forma compuesta ()

Forma curva. () Forma mixta . ()

4.- ¿Si tuviese que relacionarse con otras personas dentro del establecimiento de salud, sería de su preferencia?

Niño () Adulto () Adulto Mayor () Otros ()

5.- ¿Qué color debiera tener un establecimiento de salud, y cual sería de su preferencia?

Color frio () Cálido () Neutro () Mixto ()

6.- ¿Qué espera de los establecimientos de salud?

Limpia () Segura () comodidad ()

Confortable. () Ordenado ()

¿Porque?.....

7.- ¿Cuál de las siguientes características privilegia Ud., Por sobre las otras?

Rapidez.....Buena Infraestructura.....Buena atención.....

8.- ¿Cuáles de los elementos señalados deben contar el establecimiento de salud?

Agua.....Aire.....Vegetación.....Tierra.....Otros.....

9.- Usted cree que los espacios son adecuados, respecto a la atención, ¿en el establecimiento de salud?

Bueno.....Regular.....Malo.....

¿Porque?

10.- ¿Que sugiere, debieran contemplar un establecimiento de salud?

Espacios suficientes.....Especialización en Geriatría.....

Equipamiento.....

¿Porque?.....

Huacho, diciembre 2019