



FACULTAD DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA

ESCUELA PROFESIONAL DE ARQUITECTURA

TESIS

“CLÍNICA DE REHABILITACIÓN GERIÁTRICA EN ICA”

PRESENTADO POR EL BACHILLER:

Señorita: TITO RAMOS YOVANNA IRIS

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:

ARQUITECTO

ICA – PERÚ

2017

DEDICATORIA

A Dios y a las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr llegar hasta este momento tan importante en mi formación profesional, gracias de todo corazón.

A mi gran amigo Camilo Quispe, cesar Arotinco, a mi Abuela y a toda mi familia.

Su felicidad y apoyo me han dado las fuerzas y las energías para siempre seguir adelante.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme la oportunidad. A cesar por su constante apoyo. A mi mejor amigo por ser mi aliento e inspiración. A mi abuela y familiares.

Por las incontables horas de estudio, análisis y amistad.

A todos los Arquitectos de la Universidad por su paciencia y entrega como nuestros guías.

RESUMEN

El presente trabajo de tesis de investigación, nos encontramos con problemas en donde presenta grandes deficiencia en infraestructura y atención dirigida al Sector salud en Distrito de Ica.

Donde empezaremos con los problemas que tiene en la actualidad el sector salud, brindado al distrito y la sobredemanda que existe entre sector privado y sector estatal, en donde tendremos como objetivo diseñar una clínica de rehabilitación geriátrica con una infraestructura adecuada en la cual brinde una atención médica de calidad para las personas de la tercera edad.

La clínica de rehabilitación geriátrica, brindara una atención adecuada en donde el adulto mayor se beneficie a corto, mediano y largo plazo, no existe una infraestructura que preste el mismo beneficio dentro del distrito de Ica.

Por eso es indispensable contar con una infraestructura que cubra todas las necesidades que requiera las personas de la tercera edad, dentro del sector salud.

Para la propuesta del proyecto es factible que se construya toda la clínica brindando todos los espacios adecuados y con todos los servicios debidamente equipados.

La realización del proyecto comienza desde, un estudio y pruebas de laboratorio para ver la densidad del suelo en cual permita determinar la tipología de cimentación que va a tener la edificación.

En el proyecto se analizó diferente factores como el entorno de la ubicación, servicios, accesos, para poder desarrollar el proyecto.

ABSTRACT

the present work of research thesis, we have problems where it presents great deficiency in infrastructure and directed attention to the Health Sector in Ica District.

Where we will begin with the problems that the health sector currently has, given to the district and the overdemand that exists between private sector and state sector, where we will aim to design a geriatric rehabilitation clinic with an adequate infrastructure in which to give an attention quality medicine for the elderly.

The geriatric rehabilitation clinic will provide adequate care where the older adult benefits in the short, medium and long term, there is no infrastructure that provides the same benefit within the district of Ica.

That is why it is essential to have an infrastructure that meets all the needs that senior citizens need within the health sector.

For the proposal of the project it is feasible to build the entire clinic providing all the appropriate spaces and with all the services properly equipped.

The realization of the project starts from a study and laboratory tests to see the density of the soil in which it allows to determine the type of foundation that will have the building.

The project analyzed different factors such as the location environment, services, access, to be able to develop the project.

SUMARIO

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT.....	V
SUMARIO.....	VI
ÍNDICE DE CONTENIDO POR CAPÍTULO Y TÍTULO.....	VII
ÍNDICE DETALLADO DE CONTENIDOS.....	X
LISTA DE CUADROS Y GRAFICOS.....	XX

INTRODUCCION.....	XIX
CAPITULO I : PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO.....	01
CAPITULO II : MARCO TEÓRICO.....	33
CAPITULO III : MARCO REFERENCIAL PARA LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	86
CAPITULO IV : PROPUESTA ARQUITECTÓNICA	128
CAPITULO V : INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS Y BALANCE DE LECCIONES APRENDIDAS.....	187

FUENTES DE INFORMACIÓN

ANEXOS

INDICE DE CONTENIDOS POR CAPÍTULO Y TÍTULO

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO.....	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT.....	V
SUMARIO.....	VI
ÍNDICE DE CONTENIDO POR CAPÍTULO Y TÍTULO.....	VII
ÍNDICE DETALLADO DE CONTENIDOS.....	X
LISTA DE CUADROS Y GRAFICOS.....	XX

<u>INTRODUCCION</u>	XIX
---------------------------	-----

<u>CAPITULO I : PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO</u>	01
--	----

1.1.- Caracterización general del área de estudio.....	01
1.2.- Descripción de la realidad problemática.....	06
1.3.- Formulación del problema de investigación.....	10
1.4.- Objetivos de investigación.....	11
1.5.- Hipótesis y presupuestos conceptuales.....	12
1.6.- Identificación y clasificación de variables relevantes para el proyecto Arquitectónico.....	14
1.7.- Matriz de consistencia tripartita.....	16
1.8.- Diseño de la investigación.....	19
1.9.- Técnicas, instrumentos y fuentes de recolección de datos relevantes para el Proyecto.....	21
1.10.- Esquema metodológico general de investigación y elaboración de la propuesta de intervención	22
1.11.- Justificación de la investigación y de la intervención urbano-	

Arquitectónica.....	26
1.12.- Alcances y limitaciones de la investigación.....	32
<u>CAPITULO II : MARCO TEÓRICO.....</u>	33
2.1.- Antecedentes de la investigación.....	33
2.2.- Bases teóricas	63
2.3.- Definición de términos básicos.....	78
<u>CAPITULO III : MARCO REFERENCIAL PARA LA PROPUESTA DE</u>	
<u>INTERVENCIÓN.....</u>	86
3.1.- Antecedentes.....	86
3.2.- Condiciones físicas de la ciudad.....	108
3.3.- Actividades urbanas.....	117
3.4.- Normatividad vigente.....	123
3.5.- Lineamientos de intervención en edificaciones existentes.....	127
<u>CAPITULO IV : PROPUESTA ARQUITECTÓNICA.....</u>	128
4.1.- Programación arquitectónica.....	128
4.2.- Partido arquitectónico.....	135
4.3.- Anteproyecto arquitectónico.....	148
4.4.- Proyecto arquitectónico definitivo.....	164
4.5.- Documentos complementarios.....	165
4.6.- Evaluación económico-financiera del proyecto.....	184
<u>CAPITULO V : INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS Y BALANCE DE</u>	
<u>LECCIONES APRENDIDAS.....</u>	187
5.1.- Interpretación de resultados del proceso.....	187
5.2.- Balance de lecciones aprendidas del proceso.....	188

FUENTES DE INFORMACIÓN.....	189
1.- Bibliografía.....	189
2.- Webgrafía.....	190
3.- Otras fuentes.....	193
ANEXOS	193
1.- Matrices.....	193
2.- Cuadros y gráficos.....	201
3.- Otros documentos.....	203

INDICE DETALLADO DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT.....	V
SUMARIO.....	VI
ÍNDICE DE CONTENIDO POR CAPÍTULO Y TÍTULO.....	VII
ÍNDICE DETALLADO DE CONTENIDOS.....	X
LISTA DE CUADROS Y GRAFICOS.....	XX

<u>INTRODUCCION.....</u>	XIX
---------------------------------	------------

<u>CAPITULO I : PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO.....</u>	01
1.1.- <u>Caracterización General del Área de Estudios.....</u>	01
1.2.- <u>Descripción de la Realidad Problemática.....</u>	06
1.2.1.- Análisis de causa-efecto (Árbol del Problemas).....	08
1.2.2.- Análisis de medios-fines (Árbol de Soluciones).....	09
1.3.- <u>Formulación del Problema.....</u>	10
1.3.1.- Problema general.....	10
1.3.2.- Problemas específicos.....	10
1.4.- <u>Objetivos de la Investigación.....</u>	11
1.4.1.- Objetivo general.....	11
1.4.2.- Objetivos específicos.....	11
1.5.- <u>Hipótesis y Presupuestos Conceptuales.....</u>	12
1.5.1.- Escenarios de intervención urbano arquitectónica.....	12
1.5.1.1.- Escenario tendencial o probable (sin intervención).....	12

1.5.1.2.- Escenario deseable (sin intervención).....	12
1.5.1.3.- Escenario posible (con intervención).....	12
1.5.2.- Hipótesis general.....	13
1.5.3.- Hipótesis específicas.....	13
1.6.- <u>Identificación y Clasificación de Variables Relevantes para el Proyecto</u>	
<u>Arquitectónico</u>.....	14
1.6.1.- Variables independientes.....	14
1.6.2.- Variables dependientes.....	14
1.6.3.- Variables intervinientes.....	15
1.7.- <u>Matriz de Consistencia Tripartita</u>.....	16
1.7.1.- Consistencia transversal: Problema / Objetivo / Hipótesis.....	16
1.7.2.- Consistencia longitudinal: Categorías generales / Categorías Específicas.....	17
1.8.- <u>Diseño de la Investigación</u>.....	19
1.8.1.- Tipo de investigación.....	19
1.8.2.- Nivel de investigación.....	20
1.8.3.- Método de investigación.....	20
1.9.- <u>Técnicas, Instrumentos y Fuentes de Recolección de Datos</u>	
<u>Relevantes para el Proyecto</u>.....	21
1.9.1.- Técnicas.....	21
1.9.2.- Instrumentos.....	21
1.9.3.- Fuentes.....	21
1.10.- <u>Esquema Metodológico General de Investigación y elaboración de la</u>	
<u>Propuesta de Intervención</u>.....	22
1.10.1.- Descripción por fases.....	22
1.10.2.- Esquema síntesis.....	25
1.11.- <u>Justificación de la Investigación y de la Intervención Urbano-</u>	

<u>Arquitectónica</u>	26
1.11.1.- Criterios de Pertinencia.....	26
1.11.2.- Criterios de Necesidad.....	27
1.11.3.- Criterios de Importancia.....	31
1.11.3.1.- Social	
1.11.3.2.- Científica (Teórica o metodológica)	
1.11.3.3.- Práctica	
1.12.- <u>Alcances y Limitaciones de la Investigación</u>	32
1.12.1.- Alcances Teóricos y Conceptuales.....	32
1.12.2.- Limitaciones.....	33
<u>CAPITULO II : MARCO TEÓRICO</u>	33
2.1.- <u>Antecedentes de la Investigación</u>	33
2.1.1.- Tesis, investigaciones y publicaciones científicas.....	33
2.1.2.- Proyectos arquitectónicos y urbanísticos.....	48
2.2.- <u>Bases Teóricas</u>	63
2.2.1.- Paradigmas filosóficos y metateóricos.....	63
2.2.2.- Teorías generales y sustantivas de la arquitectura y el urbanismo.....	64
2.2.3.- Teorías locales.....	77
2.3.- <u>Definición de Términos Básicos</u>	78
2.3.1.- Conceptos referidos al tipo de intervención urbano- Arquitectónica.....	78
2.3.2.- Conceptos referidos al tipo de equipamiento a proyectar.....	80
2.3.3.- Otros conceptos técnicos asociados al proceso de diseño Arquitectónico.....	82

CAPITULO III : MARCO REFERENCIAL PARA LA PROPUESTA DE

<u>INTERVENCIÓN</u>	86
3.1.- <u>Antecedentes</u>	86
3.1.1.- El lugar: La ciudad o localidad a intervenir.....	86
3.1.1.1.- Ubicación regional y límites jurisdiccionales	
3.1.1.2.- Perfil histórico de la ciudad y/o localidad	
3.1.1.3.- Población	
3.1.1.4.- Dinámica económica	
3.1.2.- Los actores sociales vinculados al proyecto.....	97
3.1.2.1.- La institución promotora o beneficiaria del proyecto y su rol en la ciudad.	
▪ <i>Reseña histórica de la institución</i>	
▪ <i>Motivaciones y expectativas con respecto al proyecto</i>	
▪ <i>Caracterización de los usuarios potenciales del proyecto</i>	
3.1.2.2.- Los actores y agentes sociales vinculados al proyecto	
▪ <i>Matriz de actores sociales</i> (obligatorio)	
▪ <i>Mapa de actores sociales</i> (opcional)	
3.1.3.- Criterios para el análisis locacional de la propuesta.....	101
3.1.3.1.- Ubicación del predio y estatus legal	
3.1.3.2.- Valor económico, histórico, artístico, y/o paisajístico del lugar.	
3.1.3.3.- Análisis locacional	
▪ <i>Alternativas de localización y ubicación</i>	
▪ <i>Definición de criterios de localización</i>	
▪ <i>Matriz de ponderación</i>	
▪ <i>Discusión de resultados y toma de decisiones</i>	
3.2.- <u>Condiciones Físicas de la Ciudad</u>	108
3.2.1.- Territorio.....	108
3.2.1.1.- Orografía, topografía y relieves	

3.2.1.2.- Geología	
3.2.1.3.- Sismología	
3.2.1.4.- Masas y/o cursos de agua superficial	
3.2.1.5.- Aguas freáticas	
3.2.2.- Clima.....	113
3.2.2.1.- Componentes meteorológicos	
3.2.2.2.- Componentes energéticos	
3.2.3.- Paisaje urbano.....	115
3.2.3.1.- Aspectos Generales del entorno mediato	
3.2.3.2.- Aspectos Particulares del entorno inmediato	
3.3.- <u>Actividades Urbanas</u>	117
3.3.1.- Servicios públicos	117
3.3.2.- Equipamiento urbano	118
3.3.3.- Dinámica actual de uso del espacio urbano.....	119
3.3.4.- Vialidad y transporte.....	120
3.3.5.- Comercialización y abastecimiento.....	122
3.3.6.- Otras actividades relevantes.....	123
3.4.- <u>Normatividad Vigente</u>	123
3.4.1.- Reglamento Nacional de Edificaciones.....	123
3.4.2.- Municipalidad Provincial.....	124
3.4.3.- Municipalidad Distrital.....	126
3.4.4.- Ministerio de Cultura (INC).....	126
3.4.5.- Otras Regulaciones Especiales.....	126
3.5.- <u>Lineamientos de intervención en edificaciones existentes</u>.....	127
3.5.1.- Consideraciones generales.....	127
3.5.2.- Descripción del estado actual.....	127
3.5.3.- Tipo de intervención propuesta.....	127

CAPITULO IV : PROPUESTA ARQUITECTÓNICA	128
4.1.- <u>Programación arquitectónica</u>	128
4.1.1.- Localización y ubicación del inmueble a intervenir.....	128
4.1.2.- Relación proyecto-entorno	129
4.1.3.- Actividades Potenciales del Proyecto	130
4.1.3.1.- Análisis de Fortalezas y Oportunidades (F-O).....	130
4.1.3.2.- Análisis conceptual de cronotopos.....	131
4.1.4.- Determinación de los componentes principales del proyecto.....	131
4.1.5.- Definición de unidades funcionales.....	132
4.1.6.- Consideraciones dimensionales.....	132
4.1.7.- Consideraciones constructivas y estructurales.....	133
4.1.8.- Consideraciones ambientales generales.....	133
4.1.9.- Cuadro resumen de áreas.....	134
4.1.10.- Estimado de costos globales	134
4.2.- <u>Partido arquitectónico</u>	135
4.2.1.- Estudio previo	135
4.2.1.1.- Esquema general de conformación de sectores	
4.2.1.2.- Diagramas de circulación	
4.2.1.3.- Zonificación interna	
4.2.1.4.- Criterios de modulación espacial	
4.2.1.5.- Criterios de tratamiento volumétrico y paisajístico	
4.2.2.- Esquema de síntesis.....	146
4.3.- <u>Anteproyecto arquitectónico</u>.....	148
4.3.1.- Consideraciones técnicas para el diseño arquitectónico.....	148
4.3.1.1.- Requerimientos para el confort y la seguridad	
4.3.1.2.- Requerimientos para la selección de acabados	
4.3.2.- Consideraciones técnicas de ingeniería.....	151

4.3.2.1.-	Conceptualización y requerimientos estructurales	
4.3.2.2.-	Requerimientos para instalaciones hidráulicas, energéticas y electromecánicas.	
4.3.3.-	Consideraciones normativas de diseño.....	152
4.3.3.1.-	Parámetros urbanísticos y edificatorios	
4.3.3.2.-	Requisitos para circulación y accesibilidad universal	
4.3.3.3.-	Parámetros de seguridad y previsión de siniestros	
4.3.3.4.-	Normas técnicas de diseño para instalaciones sanitarias	
4.3.3.5.-	Normas técnicas para la gestión de residuos sólidos	
4.3.4.-	Planos del Anteproyecto (a escala conveniente).....	162
4.3.3.1.-	Planos de conjunto	
4.3.3.2.-	Planos de plantas, cortes y elevaciones	
4.3.3.3.-	Planos de techos y coberturas	
4.3.3.4.-	Volumetrías, perspectivas y vistas en 3D	
4.4.-	<u>Proyecto arquitectónico definitivo</u>	164
4.4.1.-	Planos detallados de arquitectura (a escala conveniente).....	164
4.4.1.1.-	Relación general de láminas	
4.4.1.2.-	Plano de ubicación, normatividad y cuadro de áreas	
4.4.1.3.-	Planos de distribución por plantas	
4.4.1.4.-	Planos de techos y coberturas	
4.4.1.5.-	Planos de cortes y elevaciones	
4.4.1.6.-	Planos de detalles (constructivos y de carpintería)	
4.4.1.7.-	Cuadros generales (vanos y acabados)	
4.4.2.-	Planos base de ingeniería (a escala conveniente).....	165
4.4.2.1.-	Plano base de cimentación y estructuras	
4.4.2.2.-	Plano base de instalaciones hidráulicas y sanitarias	

4.4.2.3.- Plano base de instalaciones eléctricas y electromecánicas	
4.4.2.4.- Planos base de instalaciones energéticas de gas natural	
4.5.- <u>Documentos complementarios</u>	165
4.5.1.- Memoria descriptiva de arquitectura.....	165
4.5.1.1.- Antecedentes	
4.5.1.2.- Descripción del terreno	
4.5.1.3.- Descripción del proyecto arquitectónico	
4.5.1.4.- Características constructivas y de ingeniería	
4.5.2.- Especificaciones técnicas por partidas y subpartidas.....	167
4.5.2.1.- Generalidades	
4.5.2.2.- Obras provisionales	
4.5.2.3.- Trabajos preliminares	
4.5.2.4.- Obras de albañilería	
4.5.2.5.- Revoques, enlucidos y molduras	
4.5.2.6.- Pisos y pavimentos	
4.5.2.7.- Zócalos y contrazócalos	
4.5.2.8.- Carpintería de madera	
4.5.2.9.- Carpintería metálica y herrería	
4.5.2.10.- Cerrajería	
4.5.2.11.- Pintura	
4.5.2.12.- Vidrios	
4.5.2.13.- Aparatos sanitarios y grifería	
4.5.2.14.- Varios	
4.5.3.- Metrado y presupuesto de arquitectura por partidas y subpartidas	184
4.6.- <u>Evaluación económico-financiera del proyecto</u>.....	184

4.6.1.-	Análisis económico del país y del entorno del proyecto.....	184
4.6.1.1.-	Análisis de mercado	
4.6.1.2.-	Planeamiento y gestión del proyecto	
4.6.2.-	Análisis financiero del proyecto.....	185
4.6.2.1.-	Evaluación de rentabilidad económica y/o social	
4.6.2.2.-	Alternativas de financiación y/o apalancamiento	
<u>CAPITULO V : INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS Y BALANCE DE</u>		
<u>LECCIONES APRENDIDAS.....</u>		
5.1.-	<u>Interpretación de resultados del proceso</u>	187
5.1.1.-	Balance de resultados esperados y resultados obtenidos.....	187
5.1.2.-	Conclusiones	188
5.2.-	<u>Balance de lecciones aprendidas del proceso</u>	188
5.2.1.-	Lecciones aprendidas	188
5.2.2.-	Recomendaciones	188
<u>FUENTES DE INFORMACIÓN.....</u>		
1.-	Bibliografía.....	189
2.-	Webgrafía	190
3.-	Otras fuentes	193
<u>ANEXOS.....</u>		
1.-	<u>Matrices</u>	193
▪	Matriz de antecedentes de investigación	193
▪	Matriz de involucrados (actores sociales / agentes sociales).....	194
▪	Matriz de análisis de escenarios	196
▪	Matriz de consistencia tripartita	198
▪	Matriz de análisis locacional	201
2.-	Cuadros y gráficos	201
3.-	Otros.....	202

INTRODUCCIÓN

Es innegable ver el cambio que tiene el sector salud hoy en día en cuanto a la demanda en atención médica en el Perú.

El anciano mejor denominado adulto mayor, en nuestra sociedad no recibe socialmente y económicamente el reconocimiento debido a su status como patriarca del grupo familiar, el tema se profundiza más si lo analizamos desde el concepto de infraestructura arquitectónica.

El adulto mayor por sus características propias de su edad requiere de una compleja variedad de atención médica ya sea psicológicos, afectivos, de interrelación con otro congéneres y de una familia preocupada e interesada por su confort. Es aquí en donde la arquitectura comienza a especificar las necesidades y las transforma en espacios arquitectónicos adecuadas para un uso pleno de la atención médica especializada para las personas de la tercera edad.

Nuestro país tiene pocos ejemplos de infraestructura agrupada en complejos multiusos para el adulto mayor, la infraestructura normalmente se encuentra en seguro nacional, centros pequeños y clínicas privadas.

Mi interés en el tema se sustenta por la falta de infraestructura para la atención del adulto mayor, en las cuales lo considera prioritario. La tesis busca proponer y sustentar el diseño de un proyecto arquitectónico – salud denominada clínica de rehabilitación geriátrica en el distrito de Ica, situado al sur del distrito de Ica.

En consecuencia la investigación pretende fundamentar y proyectar una clínica de rehabilitación geriátrica, que brindara una atención medica preventiva, consulta externa con los mejores especialistas, ayuda al diagnóstico e imagen, terapias y rehabilitación, para el adulto mayor es de por si todo un reto y un excelente ejercicio proyectual por la variedad programática y más aún por su ubicación en una área urbana y privilegiada por tener un clima cálido, desértico en la cual es un beneficio para la salud del adulto mayor, que cuenta con una accesibilidad principal que es la panamericana sur y que tiene conexión con sus provincias adyacente .

Palabras claves: Vejez, Arquitectura, Espacios, Tercera edad, Juventud Prolongada.

LISTA DE CUADROS Y GRAFICOS

CUADROS

Cuadro 1.- Estructura Socio-Económica Espacial en Distrito de Ica – pág. 4

Cuadro 2.- Nivel de Establecimientos de Salud en distrito de Ica – pag.6

Cuadro 3.- Población – pag.91

Cuadro 4.- Proyección del crecimiento poblacional – pag.93

Cuadro 5.- Los actores y agentes sociales vinculados al proyecto – pag.100

Cuadro 6.- Alternativas de localización y ubicación – pag.103

Cuadro 7.- Matriz de Ponderación – pag.107

Cuadro 8.- Análisis de Fortalezas y Oportunidades (F-O) – pag.130

Cuadro 9.- cuadro de resumen de área – pag.134

Cuadro 10.- Balance de resultados esperados y resultados obtenidos – pag.187

GRÁFICOS

Grafico 1.- Caracterización General del Área de Estudios - pag.1

Grafico 2.- Estructura Ecológica del distrito de Ica – pag.2

Grafico 3.- Estructura Funcional y Servicios en el distrito de Ica – pag.3

Grafico 4.- Equipamiento del distrito de Ica – pag.4

Grafico 5.- Realidad de Infraestructura de Salud en distrito de Ica – pag.7

Grafico 6.- Criterios de Pertinencia en el distrito de Ica – pag.26

Grafico 7.- Criterios de necesidad en el distrito de Ica – pag.49

Grafico 8.- Ubicación regional y límites jurisdiccionales – pag.86

Grafico 9.- Estructura Funcional de vías y transporte – pag.88

Grafico 10.- Perfil histórico del distrito de Ica– pag.90

- Grafico 11.-** Ubicación del predio y estatus legal de la propuesta– pag.101
- Grafico 12.-** Orografía, topografía y relieves – pag.108
- Grafico 13.-** Masas y/o cursos de agua superficial en el distrito de Ica – pag.111.
- Grafico 14.-** Aguas freáticas en el distrito de Ica – pag.112
- Grafico 15.-** componentes meteorológicos – pag.113
- Grafico 16.-** Aspectos Generales del entorno mediato – pag.115
- Grafico 17.-** Aspectos Particulares del entorno inmediato – pag.116
- Grafico 18.-** actividades urbanas – servicios públicos – pag.117
- Grafico 19.-** actividades urbanas – equipamiento urbano – pag.118
- Grafico 20.-** Dinámica actual de uso del espacio urbano – pag.119
- Grafico 21.-** Vialidad y transporte – pag.120
- Grafico 22.-** Comercialización y abastecimiento – pag.122
- Grafico 23.-** Localización y Ubicación del Inmueble a intervenir – pag.128
- Grafico 24.-** Relación Proyecto - Entorno – pag.129
- Grafico 25.-** Definición de unidades funcionales – pag.132
- Grafico 26.-** Esquema general de conformación de sectores – pag.135
- Grafico 27.-** zonificación interna – pag.140
- Grafico 27.-** Planos del Anteproyecto – pag.162

CAPITULO I : PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

En Distrito de Ica existe la falta de atención medica al adulto mayor y la falta de la no existencia de una infraestructura arquitectónicas moderna, privada o pública, que promuevan una atención médica especializada con áreas de rehabilitación y actividades físicas, fomentando la calidad de vida del paciente, y no dejando a pacientes sin atender dando la importancia de la convivencia del adulto mayor en la sociedad actual.

1.1. Caracterización General del Área de Estudios.-

Ica es un departamento del Perú ubicado en la costa sur-central del país, frente al océano Pacífico. Su capital es la ciudad de Ica. Su territorio está conformado por cinco provincias, está conformado por el Desierto costero del Perú, Es la capital de la provincia de Ica, que constituye la capital de un departamento eminentemente Iqueño. Está ubicada a 310 km al sur de Lima, a 406 m.s.n.m. y a 46 km de distancia del litoral. (graf.1)

Limite regional

- Limita por el norte con Lima
- Limita por el sur con Arequipa
- Limita por el este con Huancavelica y Ayacucho
- Limita por el oeste con el océano Pacífico.

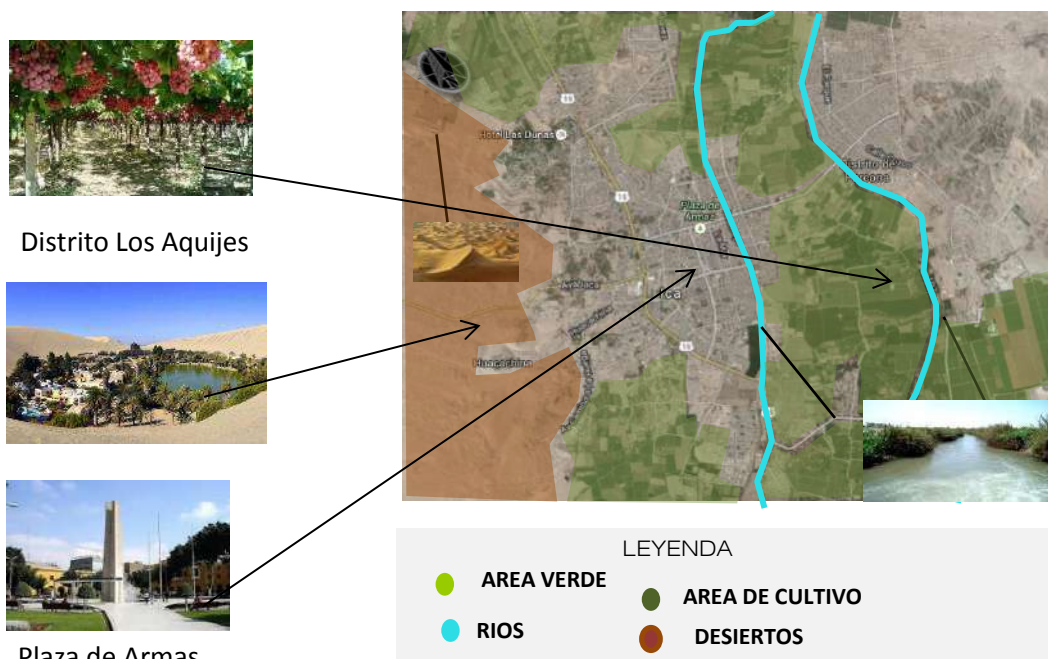
La provincia de Ica se encuentra conformada por 14 distritos jurisdiccionales.



Estructura Ecológica.

Los recursos naturales más importantes para su planificación y desarrollo lo constituyen:

- La hidrografía de la provincia de Ica, lo conforma los dos cause naturales que son: el Rio Ica y la Achirana del Inca que contienen las aguas de avenidas en época de verano (diciembre –abril). Los suelos y en las zonas cercanas a los cerros son aparentes para programas de forestación con especies típicas de la zona como huarangos, molles, carrizos, etc.
- Fauna escasa casi nula en su mayoría constituida por animales domésticos como: ovinos, caprinos, vacunos, equino, algunas especies de aves y otros.
- En la provincia de Ica es netamente agrícola ya que 70 % de su territorio esta destina a esta actividad productiva se producen productos como: la papa, maíz, algodón, espárragos, uvas, mango, alfalfa, pecanas, etc., (graf.2).



El estado de conservación de los parques y jardines de la ciudad, se encuentra en estado regular. Y Todas las áreas verde de la ciudad esta destinas zonas recreativas, en la actualidad.

	4.50
	m ² x hab. En la Actualidad

Estructura Funcional y Servicios.

Vías.- Está compuesto por:

- Límites de provincial de Ica.
- Carretera panamericana.
- Carretera inter provincial.
- Capital provincial / regional.
- Rio Ica. – (graf.3).



Servicios.

- Toda la provincia de Ica esta interconectado por Electro Sur Medio tiene energía eléctrica las 24 horas del día.



- Agua Potable y Alcantarillado es municipal a cargo de "EMAPICA".

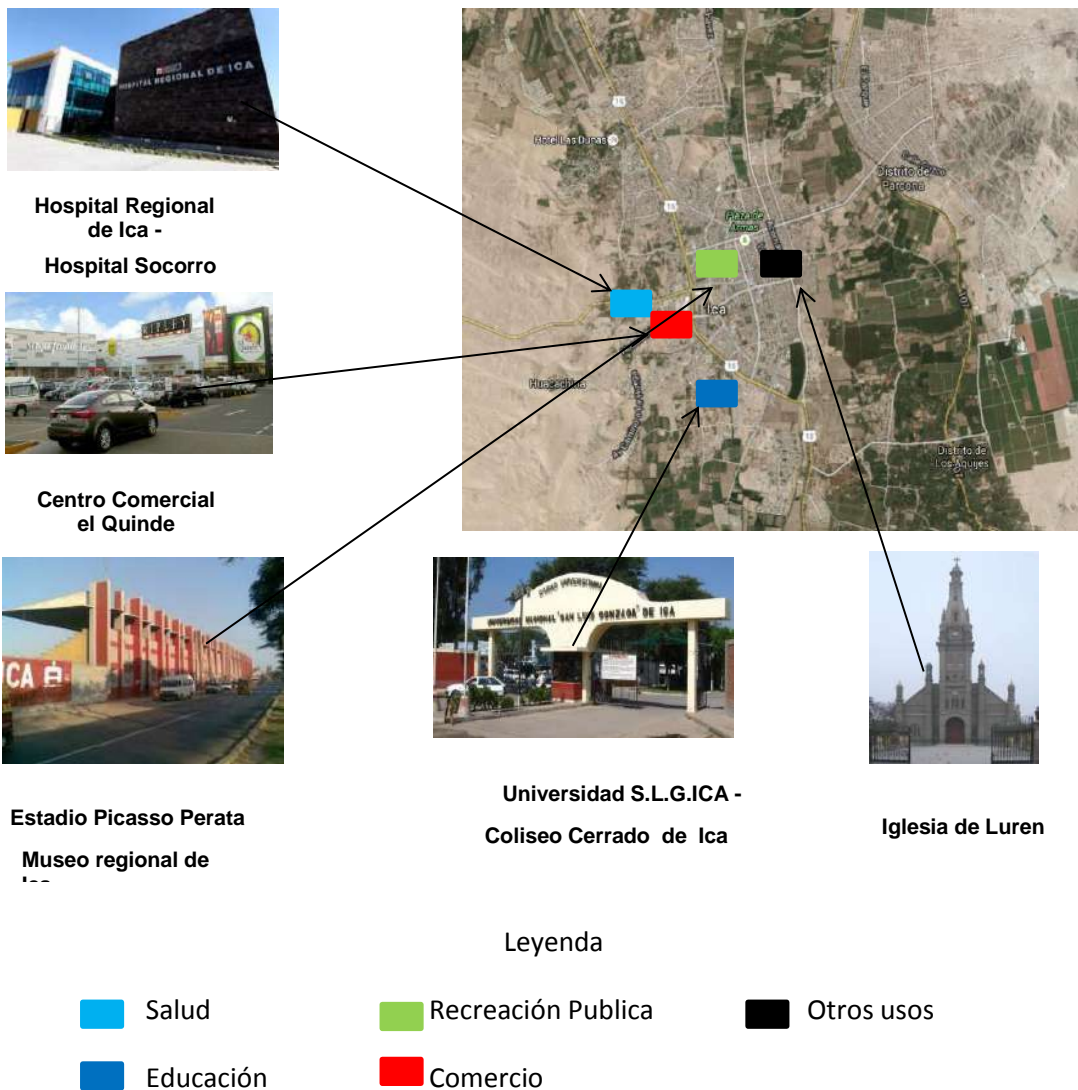


- Aparte de estos servicios, la telefonía y el cable está extendida por todo el distrito.



Equipamiento.

La Provincia de Ica cuenta con equipamiento público tales como, en la área de la salud postas médicas, 03 grandes hospitales, en la educación cuenta con centros educativos de nivel primario, secundario, técnico y universitario, en el comercio cuenta con 02 moll center y a su vez con 03 mercados que abastecen a la provincia, el área deportiva cuenta con el estadio provincial el club del pueblo, IPD y el Coliseo Cerrado de Ica, la difusión de la cultura se realiza a través del museo regional de Ica y las manifestaciones religiosas tiene como sede principal la iglesia del Señor De Luren, (graf.4).



Estructura Socio-Económica Espacial.

Población

La población total del distrito de la provincia de Ica es 321 332 personas, distribuidos en los 14 distritos jurisdiccionales – (cdro.1).

PROVINCIA	1940	1961	1972	1981	1993	2007
TOTAL	140 898	255 930	357 247	433 897	565 686	711 932
ICA	54 155	102 100	142 853	177 897	244 741	321 332
CHINCHA	41 505	69 628	95 359	117 109	150 264	194 315
PISCO	25 289	43 645	63 665	78 623	104 512	125 879
PALPA	7 866	8 415	8 944	9 936	13 427	12 875
NASCA	12 083	32 142	46 426	50 332	52 742	57 531



FUENTE : INEI - Dirección Nacional de Censos y Encuestas

Hasta el año 2015 tenemos una población total del distrito de la provincia de Ica - 362,693 personas distribuidos en los 14 distritos.

- **PEA por Edades.**

PROVINCIA Y DISTRITO	TOTAL	GRANDES GRUPO DE EDAD 2007				
		DE 14 A 29 AÑOS	DE 30 A 39 AÑOS	DE 40 A 49 AÑOS	DE 50 A 59 AÑOS	DE 60 Y MAS AÑOS
DPTO. ICA	521 504	212 397	104 791	79 525	56 045	68 746
PROVINCIA ICA	238 906	97 352	46 585	36 353	25 371	33 245
ICA	96 138	36 351	18 377	15 072	11 483	15 156
LA TINGUIÑA	22 450	9 837	4 495	3 298	2 122	2 698
LOS AQUIJES	11 894	4 957	2 382	1 714	1 202	1 639
OCUCAJE	2 696	978	519	388	315	496
PACHACUTEC	4 370	1 865	843	668	430	564
PARCONA	36 646	16 094	7 002	5 440	3 680	4 430

ICA: POBLACIÓN CENSADA, POR GRUPOS ESPECIALES DE EDAD, SEGÚN DISTRITO, 2015

Provincia y Distrito	Grupos Especiales de Edad					
	Total	Infantil 0-14	Joven 15-29	Adulta Joven 30-44	Adulta 45-59	Adulta Mayor 60 y más
Total	787 170	209 611	209 963	166 798	118 103	82 695
Provincia Ica	362 693	92 526	98 525	76 146	54 919	40 577
Ica	131 003	29 867	33 851	27 852	22 170	17 263
La Tinguiña	35 641	9 775	10 110	7 480	4 841	3 435

- **PEA por actividades productivas.**

PROVINCIA Y DISTRITO	TOTAL	RAMAS DE ACTIVIDAD							
		AGRI-CUL-TURA	PESCA	MINERIA	INDUST. MANU-FACTU.	CONS-TRUC-ION	COMER-CIO	ACT. NO ESPECI.	OTROS
DPTO. ICA	279 520	62 375	2 705	4 764	31 750	18 699	44 504	6 643	108 080
PROVINCIA ICA	129 962	33 194	154	977	10 023	7 625	21 651	2 403	53 935
ICA	51 904	4 938	92	326	4 111	3 141	10 175	1 130	27 991
LA TINGUIÑA	12 343	3 095	24	230	991	870	2 264	253	4 616
LOS AQUIJES	6 380	2 299	2	68	765	353	771	172	1 950

• **PEA (Población Económicamente Activa)**

	1 981		1 993		2 007	
	PEA	%	PEA	%	PEA	%
PERU	5 189 660	100,0	7 159 228	100,0	10 637 880	100,0
AYACUCHO	138 131	2,7	132 452	1,9	200 167	1,9
CALLAO	136 425	2,6	232 261	3,2	366 706	3,4
HUANCAVELICA	96 458	1,9	104 608	1,5	136 145	1,3
ICA	121 224	2,3	171 501	2,4	289 932	2,7
LIMA	1 576 185	30,4	2 398 324	33,5	3 744 947	35,2
RESTO DEL PAIS	3 121 237	60,1	4 119 992	57,5	5 899 983	55,5

NOTA: Para los Censos Nacionales de 1993 y 2007, población de 14 años y más.
 FUENTE: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMATICA - DNCE

1.2.- Descripción de la Realidad Problemática.

La situación que se vive hoy en día en el sector salud en el distrito de Ica proviene de diversas manifestaciones como la atención médica y una infraestructura adecuada. Esto debería verse reflejado en una buena atención médica en la que ocurre totalmente lo contrario en la cual no cubre la demanda de atención al distrito, en consecuencia tenemos un distrito con una falta de atención médica, siendo este distrito el que se concentra la mayor cantidad de discapacidad en el adulto mayor. Como veremos a continuación:

- En el Distrito de Ica cuenta con una población de 131,003 personas de las cuales 37,990.87 son personas tendidas y atención 135,749.5, que fluctúan entre las edades de 00 años -56 años y 60 años a mas +.
- En el nivel de establecimientos de salud, podemos ver el tipo y cantidad de establecimiento que tiene cada distrito, (cdro.2).

5.3 DEPARTAMENTO ICA: ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR TIPO DE ESTABLECIMIENTO, SEGÚN PROVINCIA: 2010

PROVINCIA	DIRESA				ESSALUD				
	TOTAL	HOSPITAL	CENTRO DE SALUD	PUESTO DE SALUD	TOTAL	HOSPITAL	POLI-CLINICO	CENTRO MEDICO	POSTA MEDICA
TOTAL	139	6	35	98	15	4	1	3	7
PROV. ICA	56	2	15	39	6	1	1	2	2
ICA	8	2	2	4	2	1	1	-	-
LA TINGUIÑA	3	-	1	2	1	-	-	1	-
LOS AQUIJES	5	-	1	4	-	-	-	-	-
OCUCAJE	4	-	1	3	-	-	-	-	-
PACHACUTEC	2	-	1	1	-	-	-	-	-
PARCONA	3	-	2	1	-	-	-	-	-
PUEBLO NUEVO	4	-	1	3	-	-	-	-	-
SALAS	4	-	1	3	-	-	-	-	-
SAN JOSE LOS MOLINOS	3	-	1	2	1	-	-	-	1
SAN JUAN BAUTISTA	3	-	1	2	-	-	-	-	-
SANTIAGO	4	-	1	3	1	-	-	1	-
SUBTANJALLA	5	-	1	4	1	-	-	-	1
TATE	4	-	1	3	-	-	-	-	-
YAUCA DEL ROSARIO	4	-	-	4	-	-	-	-	-
PROV. CHINCHA	30	1	8	21	3	1	-	0	2
CHINCHA ALTA	3	1	-	2	1	1	-	-	-
ALTO LARAN	3	-	1	2	-	-	-	-	-
CHUAYAN	1	-	-	1	-	-	-	-	-

Fuente : Of. De Informática, Telecomunicaciones y Estadística DIRESA Ica

*Extensión de uso

** Extensión de intensidad

- De acuerdo a las estadísticas de INE, el distrito de Ica cuenta con una población de adulto mayor 17,263 en donde 7% son discapacitados. En las cuales 5006.27 son personas atendidas y en atención 0.05% + 18126.15. En la realidad los establecimientos no abastecen a todas las personas de adulto mayor.
- En la cual veremos a continuación Realidad de la Infraestructura salud pública del Distrito de Ica:

Esta es la realidad, los hospitales, los centro de salud y postas médicas, nacionales del distrito de Ica. Solo cuentan con 2 infraestructuras modernas, para brindar atención médica para toda clase de edad por el ministerio de salud, pero no cuentan con áreas de atención especializada solo para el adulto mayor. Solo algunas clínicas privadas cuentan con especialidad de geriatría, por la cual desarrollan una mejor atención al adulto mayor, "en Lo mínimo" - (graf.5).



Todos estos problemas que observamos en el distrito, fomenta a que hay mucho por hacer en cuanto mejorar la atención médica e infraestructura, para que Ica se desarrolle de manera sostenible. Al intervenir y dar soluciones a estos problemas, empezaremos con la creación de una clínica de rehabilitación geriátrica, que atenderá la demanda en infraestructura moderna y atención médica especializada, a las personas de la tercera edad en el distrito de Ica.

1.2.1.- Análisis de causa-efecto (Árbol del Problemas).

Por qué tenemos esta realidad salud pública en Ica se debe a lo siguiente.

CAUSAS.

- C1- Falta de inversión por parte del estado y la municipalidad en infraestructura, médicos especialistas, destinados a la atención médica al adulto mayor.
- C2- En el distrito Ica el ministerio de salud, no exige o fomenta, la preparación de profesionales médicos o enfermeras en las especialidades de la geriatría.
- C3- La falta de compromiso del ministerio de salud y MINSA, en la cual no hay monitoreo continuo por la demora de atenciones y atención médica para el adulto mayor.
- C4- Falta de desconocimiento por parte de las autoridades municipales, ministerio de salud, MINSA, sobre la magnitud del problema, donde podrían brindar oportunidades a personas calificadas para el manejo administrativo, infraestructural y especialistas en la salud, donde la atención médica a tiempo sea adecuado para adulto mayor.

PROBLEMA CENTRAL

La no existencia de una clínicas de rehabilitación geriátrica e infraestructura arquitectónicas moderna , privada o pública, que promuevan una atención médica especializada al adulto mayor con especialidades específicas de geriatría, áreas recreativas , área de rehabilitación y actividades físicas para el adulto mayor, fomentando la calidad de vida del paciente, que facilite la convivencia en comunidades que cambien la forma de pensamientos y la manera de vivir de los residentes no dejando de lado el fortalecimiento de la importancia de convivencia del adulto mayor en la sociedad actual.

EFFECTOS.

- E1- La provincia de Ica, no cuenta con infraestructura moderna ni especialistas en geriatría destinada netamente a la atención médica al adulto mayor.
- E2- Tenemos pocos médicos con pocas especialidades de atención médica al adulto mayor y con poco desinterés de capacitarse en la especialidad de geriatría y rehabilitación.
- E3- La Sociedad está dividida, no tiene objetivo común para desarrollar un compromiso continuo de monitoreo a los establecimientos de salud por la demora y mala atención médica al adulto mayor en el distrito de Ica.
- E4- La calidad de vida del adulto mayor es mala, sin áreas verdes, sin personal administrativo y especialistas calificados, sin infraestructuras adecuadas para la atención médica a tiempo al adulto mayor.

1.2.2. Análisis de medios-fines (Árbol de Soluciones).-

MEDIOS.

- M1- Promover la inversión pública por parte del ministerio de salud MINSA, en proyectos destinados a la salud geriátrica en la provincia de Ica.
- M2- Crear una organización de salud calificada que de capacitaciones de diferentes especialidades médicas, por parte del colegio de médicos de Ica.
- M3- El ministerio de salud debería fomentar los monitoreo continuos para que atiendan necesidades del adulto mayor y atiendan a todas las personas que no cuentan con ningún tipo de seguro.
- M4- El ministerio de salud realizara coordinaciones y proyectos, para el desarrollo de una buena salud y rehabilitación para el adulto mayor en el distrito de Ica.

SOLUCIÓN FINAL

Proponer un proyecto arquitectónico privado para el desarrollo de una clínica de rehabilitación geriátrica, donde atención del adulto mayor y ancianos discapacitados, tengan médicos especialistas, capacitados en distintas especialidades en geriatría y propiciando así realizar atención médica especializada en rehabilitación y actividades físicas como terapias a los pacientes de la clínica. Para así Convertirse en referentes arquitectónico en el distrito mejorando así la calidad de vida del adulto mayor en distrito de Ica y distritos advacentes.

FINES.

- F1- El distrito de Ica contara con una infraestructura con especialistas destinada a la atención médica del adulto mayor.
- F2- Promover, fomentar la capacitación de médicos y personal de servicio en los establecimientos de salud pública especialmente en el área de geriatría y rehabilitación.
- F3- Obteniendo, continuo monitoreo por parte MINSA, promoverá una mejor calidad de vida al adulto mayor en la provincia de Ica. Donde participen los MINSA y autoridades.
- F4- Los residentes de la tercera edad del distrito de Ica, tendrá un buen establecimiento de salud y rehabilitación donde mantendrán una mejor calidad de vida.

1.3.- Formulación del Problema

1.3.1.- Problema general.

“En el Distrito de Ica existe la falta de infraestructura y espacios adecuados para la atención del adulto mayor, con capacidad de brindar espacios como consulta externa, ayuda y diagnóstico e imagen, tratamiento, áreas de investigación, prevención, capacitación, innovación, tecnología, mantenimiento, ante la déficit de atención médica y el cuidado de las personas de la tercera edad.”

1.3.2. Problemas específicos.

- ¿Existe una moderna infraestructura arquitectónica que brinde la atención médica con los mejores ambientes y de un confort adecuado al adulto mayor?
- ¿Se cuenta con espacios de diagnóstico e imagen donde el médico realice una investigación profunda de análisis clínicos del paciente?
- ¿se cuenta con una infraestructura administrativa que tenga una coordinación del manejo privado del establecimiento de salud?
- ¿Existe una infraestructura adecuada de consulta externa donde especialistas en geriatría realice una prevención y tratamiento al adulto mayor?
- ¿se cuenta con espacios adecuados para la capacitación continua de médicos especialistas, enfermeras, que puedan mejorar la atención médica y seguridad al paciente?
- ¿se cuenta con una infraestructura innovadora que brinde espacios con áreas de recreación, terapia, rehabilitación y actividades físicas?
- ¿Se cuenta con una tecnología avanzada en equipos médicos de rehabilitación y una infraestructura que brinde una mejor atención?
- ¿se cuenta con un espacio de servicio adecuado para el mantenimiento de la infraestructura?

1.4.- Objetivos de la Investigación

1.4.1. Objetivo General.

Diseñar en el Distrito de Ica una Clínica de Rehabilitación Geriátrica que brinde una infraestructura moderna y atención médica especializada, como espacios adecuados de consulta externa, diagnóstico, investigación, coordinación, prevención, capacitación, innovación, tecnología, mantenimiento, teniendo como objetivo mejorar la atención médica integral de calidad, y favorecer al adulto mayor que tenga la capacidad de vivir de manera independiente dándole así una esperanza de vida.

1.4.2. Objetivo Específico.

- Se establecerá una moderna infraestructura arquitectónica que brinde una atención médica con los mejores ambientes y de confort adecuado al adulto mayor.
- Se contará con espacios de diagnóstico e imagen donde el médico realice una investigación profunda de análisis clínicos del paciente.
- Se propone una infraestructura administrativa que tenga una coordinación del manejo privado del establecimiento de salud.
- Se diseñará una infraestructura adecuada de consulta externa donde especialistas en geriatría realice una prevención y tratamiento que tenga el adulto mayor.
- Se contará con espacios adecuados para la capacitación continua de médicos especialistas, enfermeras, que logren mejorar la atención médica y seguridad al paciente.
- Se propone diseñar una infraestructura innovadora que brinde espacios con áreas de recreación, terapia, rehabilitación y actividades físicas.
- Se propone una tecnología avanzada en equipos médicos hospitalarios y una infraestructura que brinde una atención integral de calidad.
- Se establecerá un espacio de servicio adecuado para el mantenimiento de la infraestructura.

1.5.- Hipótesis y Presupuestos Conceptuales.

1.5.1.- Escenarios de intervención urbana arquitectónica.

1.5.1.1.- Escenario tendencial o probable (sin intervención).

Actualmente la ciudad Ica hay una demanda que queda entre el sector salud privado y sector estatal, en la cual no cubre las necesidades y atención médica al adulto mayor y por ende incrementa los problemas como, atención médica y terapias. Sin dejar de lado que la provincia de Ica se vea más afectada por la carencia de una atención médica especializada, infraestructura y equipamiento de salud moderno.

1.5.1.2.- Escenario deseable (sin intervención).

Lo deseable es que el ministerio de salud y la municipalidad distrital Ica, solo invirtiera en la creación de una clínica de rehabilitación geriátrica que a su vez implemente las áreas verdes, zonas de atención médica especializada, zonas de rehabilitación, zonas de recreación y terapias físicas. Donde se le da más importancia a la falta de atención médica al adulto mayor e infraestructura adecuada en la provincia de Ica.

De igual manera lo deseable es que el ministerio de salud tome importancia sobre las necesidades del adulto mayor y disminuya la falta de infraestructura y la falta de atención médica, creando un ambiente adecuado y con una infraestructura moderna y atención especializada a las personas de la tercera edad.

1.5.1.3.- Escenario posible (con intervención).

En caso de atención médica e infraestructura será especializada y moderna ya que contarán con una propuesta distinta de clínica, consolidando a las provincias adyacentes del norte, sur y centro Ica. Actuando como eje articulador o integrador de estos adyacentes distritos, la clínica de rehabilitación geriátrica atacará todos los problemas con los que cuenta y enfrenta las postas

médicas y hospitales de Ica, donde el adulto mayor contarán con atención médica especializada en distintas ramas, espacios de terapias rehabilitación, moderna infraestructura, zonas de servicio y estacionamiento. Para los familiares contará con áreas social, donde puedan visitar y ayudarlo en sus terapias al paciente, los familiares puedan sentirse seguros de dejarlos en lugar adecuado. En la cual también fomentaremos actividades físicas para el buen estado de la salud de los pacientes y también darle una prioridad a las áreas de parques amplios al aire libre, cambiando los hábitos del paciente. Con el diseño de este proyecto se lograra mejorar la calidad de vida del adulto mayor en el distrito de Ica.

1.5.2.- Hipótesis general.

El desarrollo de la salud de la tercera edad, en el distrito de Ica se ve revelado a través del equipamiento denominado Clínica de rehabilitación Geriátrica que brindara una infraestructura moderna y adecuada, donde encontramos espacios arquitectónicos de consulta , de cuidados especiales al adulto mayor , espacios de investigación, coordinación, prevención, capacitación, innovación, tecnología, mantenimiento, brindando así una atención médica integra de calidad, para el buen cuidado integral de las personas de la tercera edad en todo el distrito de Ica.

1.5.3.- Hipótesis específicas.

H1- con la implementación de una infraestructura moderna que brinde una atención médica con los mejores ambientes y de un confort adecuado al adulto mayor.

H2- La disponibilidad de un ambiente adecuado de diagnóstico e imagen donde el médico realice una investigación profunda de análisis clínicos del paciente.

H3- con una adecuada infraestructura administrativa que tenga una coordinación del manejo privado del establecimiento de salud.

H4- Se contara ambientes adecuados de consulta externa donde especialistas en geriatría realice una prevención y tratamiento que tenga el adulto mayor.

H5- La implementación de un ambiente adecuado para la capacitación continúa de médicos especialistas, enfermeras, que logren mejorar la atención médica y seguridad al paciente.

H6- Con un adecuado diseño infraestructural innovador que brinde espacios con áreas terapia y rehabilitación, actividades físicas y ambientes integrados con la naturaleza.

H7- Con una adecuada tecnología avanzada en equipos médicos en donde brinde una atención médica integra de calidad.

H8- La disponibilidad de un ambiente de servicio adecuado para el mantenimiento de la infraestructura.

1.6.- Identificación y Clasificación de Variables Relevantes para el Proyecto Arquitectónico.

1.6.1.- Variables independientes.

- Las personas de adulto mayor son independientes.
- Normatividad arquitectónica y urbanismo.
- Ingreso per-capital del adulto mayor
- Indicadores del adulto mayor por tasa de mortalidad, sueldo, seguro y pensiones, 2015 en el distrito de Ica.
- Normatividad MINSA - SALUD.
- La mayor causa de frecuencia en una atención médica por consulta externa en el adulto mayor en el distrito de Ica.

1.6.2.- Variables dependientes.

- Infraestructura moderna.
- Espacios de diagnóstico e imagen.
- Espacios administrativos.

-
- Espacio de capacitación.
 - Fomentar zona de:
 - Consulta externa
 - Espacios de recreación
 - Espacios Terapia - rehabilitación
 - Espacio de actividades físicas.
 - Espacios de consultorios de distintas ramas.
 - Manejo de residuos sólidos.
 - capacitación
 - Espacios para almacenar materiales clínicos.

1.6.3.- Variables intervinientes.

- Fenómenos Meteorológicos.
- Movimientos Sísmicos.
- MINSA, Salud.
- Crecimiento poblacional.
- Políticas de inversión privadas en equipamiento e infraestructura moderna.
- Sostenibilidad
- Desarrollo tecnológico e económico del país
- Políticas, leyes de MINSA salud.
- Medio ambiente.

1.7.- Matriz de Consistencia Tripartita.

1.7.1.- Consistencia transversal: Problema / Objetivo / Hipótesis.

Problema General	Objetivo General	Hipótesis General
<p>“En el Distrito de Ica existe la falta de infraestructura y espacios adecuados para la atención del adulto mayor, con capacidad de brindar espacios como consulta externa, ayuda y diagnóstico e imagen, tratamiento, áreas de investigación, prevención, capacitación, innovación, tecnología, mantenimiento, ante la déficit de atención médica y el cuidado de las personas de la tercera edad.”</p>	<p>Diseñar en el Distrito de Ica una Clínica de Rehabilitación Geriátrica que brinde una infraestructura moderna y atención médica especializada, como espacios adecuados de consulta externa, diagnóstico, investigación, coordinación, prevención, capacitación, innovación, tecnología, mantenimiento, teniendo como objetivo mejorar la atención médica integral de calidad, y favorecer al adulto mayor que tenga la capacidad de vivir de manera independiente dándole así una esperanza de vida.</p>	<p>El desarrollo de la salud de la tercera edad, en el distrito de Ica se ve revelado a través del equipamiento denominado Clínica de rehabilitación Geriátrica que brindara una infraestructura moderna y adecuada, donde encontramos espacios arquitectónicos de consulta , de cuidados especiales al adulto mayor , espacios de investigación, coordinación, prevención, capacitación, innovación, tecnología, mantenimiento, brindando así una atención médica integral de calidad, para el buen cuidado integral de las personas de la tercera edad en todo el distrito de Ica.</p>

1.7.2.- Consistencia longitudinal: Categorías generales / Categorías Específicas.

Problema Especifico	Objetivo Especifico	Hipótesis Especifico
¿Existe una moderna infraestructura arquitectónica que brinde la atención médica con los mejores ambientes y de un confort adecuado al adulto mayor?	Se establecerá una moderna infraestructura arquitectónica que brinde una atención médica con los mejores ambientes y de confort adecuado al adulto mayor.	Con la implementación de una infraestructura moderna que brinde una atención médica con los mejores ambientes y de un confort adecuado al adulto mayor.
¿Se cuenta con espacios de diagnóstico e imagen donde el médico realice una investigación profunda de análisis clínicos del paciente?	Se contara con espacios de diagnóstico e imagen donde el médico realice una investigación profunda de análisis clínicos del paciente.	La disponibilidad de un ambiente adecuado de diagnóstico e imagen donde el médico realice una investigación profunda de análisis clínicos del paciente.
¿Se cuenta con una infraestructura administrativa que tenga una coordinación del manejo privado del establecimiento de salud?	se propone una infraestructura administrativa que tenga una coordinación del manejo privado del establecimiento de salud.	con una adecuada infraestructura administrativa que tenga una coordinación del manejo privado del establecimiento de salud.
¿Existe una infraestructura adecuada de consulta externa donde especialistas en geriatría realice una prevención y tratamiento al adulto mayor?	Se diseñara una infraestructura adecuada de consulta externa donde especialistas en geriatría realice una prevención y tratamiento que tenga el adulto mayor.	Se contara ambientes adecuados de consulta externa donde especialistas en geriatría realice una prevención y tratamiento que tenga el adulto mayor.

<p>¿Se cuenta con espacios adecuados para la capacitación continua de médicos especialistas, enfermeras, que puedan mejorar la atención médica y seguridad al paciente?</p>	<p>Se contara con espacios adecuados para la capacitación continua de médicos especialistas, enfermeras, que logren mejorar la atención médica y seguridad al paciente.</p>	<p>La implementación de un ambiente adecuado para la capacitación continua de médicos especialistas, enfermeras, que logren mejorar la atención médica y seguridad al paciente.</p>
<p>¿Se cuenta con una infraestructura innovadora que brinde espacios con áreas de recreación, terapia, rehabilitación y actividades físicas?</p>	<p>Se propone diseñar una infraestructura innovadora que brinde espacios con áreas de recreación, terapia, rehabilitación y actividades físicas.</p>	<p>Con un adecuado diseño infraestructural innovador que brinde espacios con áreas terapia y rehabilitación, actividades físicas y ambientes integrados con la naturaleza.</p>
<p>¿Se cuenta con una tecnología avanzada en equipos médicos de rehabilitación y una infraestructura que brinde una mejor atención?</p>	<p>Se propone una tecnología avanzada en equipos médicos hospitalarios y una infraestructura que brinde una atención integra de calidad.</p>	<p>Con una adecuada tecnología avanzada en equipos médicos en donde brinde una atención médica integra de calidad.</p>
<p>¿Se cuenta con un espacio de servicio adecuado para el mantenimiento de la infraestructura?</p>	<p>Se establecerá un espacio de servicio adecuado para el mantenimiento de la infraestructura.</p>	<p>La disponibilidad de un ambiente de servicio adecuado para el mantenimiento de la infraestructura.</p>

1.8.- Diseño de la Investigación.

1.8.1- Tipo de investigación.

1. De acuerdo al papel que cumple el Investigador.
 - a. **Observacional:** El investigador no interviene de ninguna forma, no afecta la evolución natural de los eventos, limitándose a observar.
 - b. **Experimental:** En ellos el investigador forma parte activa del estudio, siempre son prospectivos, longitudinales, analíticos y de nivel investigativo explicativo (causa – efecto) debiendo ser controlados.
2. De acuerdo al momento en que se recolectan los datos u ocurren los hechos a medir.
 - a. **Prospectivo:** Los datos que conciernen al estudio son recogidos u ocurren a propósito de la investigación, permitiéndonos controlar la dirección de la medición.
 - b. **Retrospectivo:** Los datos son recogidos de bases de datos, o cualquier otro tipo de registro en los cuales el investigador no ha participado, ocasionando que no se pueda dar fe de la exactitud de las mediciones.
3. De acuerdo al número de ocasiones en que se mide la variable en estudio.
 - a. **Transversal:** Se le denomina como un corte en el tiempo, donde todas las variables son medidas en una sola ocasión, por este motivo al realizar comparaciones, nos referimos a dos muestras independientes.
 - b. **Longitudinal:** Se realizan varias mediciones de la misma variable del estudio, por ello al momento de realizar comparaciones, las tomamos como muestras relacionadas.

1.8.2.- Nivel de investigación.

- **Investigación Exploratoria:**
Examinar un tema o problema de investigación poco estudiado que sirve para ver cómo ha abordado la situación de investigación y familiarizarnos con fenómenos relativamente desconocidos, para descubrir situaciones problemáticas.
- **Investigación Descriptiva:**
Especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis, para poder medir de manera independiente las variables.
- **Investigación Correlacionar:**
Debemos de conocer la situación problemática y determinar su frecuencia, podemos determinar qué factores están relacionados con ésta frecuencia registrada.
- **Investigación Explicativa:**
Están dirigidos a responder a las causas de los eventos físicos o sociales, este tipo de investigación es más estructurado, que va a proporcionar un sentido de entendimiento del fenómeno al que se hace referencia.

1.8.3.- Método de investigación

Método Científico:

Es un conjunto de tácticas empleadas para construir el conocimiento, basadas en lo empírico y la medición, con la capacidad de repetir un determinado experimento y es susceptible de ser falsada o refutada.

Método Inductivo

Consiste en la observación de los hechos para su registro, la clasificación y el estudio que permite llegar a una generalización, por lo que lo analiza estableciendo definiciones claras de cada concepto obtenido.

1.9.- Técnicas, Instrumentos y Fuentes de Recolección de Datos Relevantes para el Proyecto.

1.9.1.- Técnicas.

Fuentes Primarias:

- Observación Directa
- Municipalidad distrital
- Estimaciones y proyecciones de INEI y de salud MINSA
- Encuestas
- Entrevista
- Cuestionario
- Test
- Fichas
- Fotografía
- Tesis de Arquitectura

Fuentes Secundarias

- clínicas
- Estadísticas MINSA
- Documentos (actas, diarios, periódicos)
- Datos estadísticos INEI
- Censos

1.9.2.- Instrumentos.

Los instrumentos para llevar a cabo esta investigación han sido:

- Libros
- Cuestionario
- Archivos digitales
- Planos
- Directorios
- Videos
- Fichas
- Computadora
- Cámara fotográfica, entre otros.

1.9.3.- Fuentes.

- INEI
- Ministerio de salud
- Ministerio MINSA
- Municipalidad distrital

1.10.- Esquema Metodológico General de Investigación y elaboración de la Propuesta de Intervención.

1.10.1.- Descripción por fases.

“CLÍNICA DE REHABILITACIÓN GERIÁTRICA EN EL DISTRITO DE ICA”

Fase 1: Análisis Urbano

- Problemática
- Problema general
- Problemas específicos
- Objetivos general
- Objetivos específicos
- Hipótesis
- Hipótesis específicas
- Variables
 - Variables Dependiente
 - Variables Independientes
 - Variables Intervinientes
- Metodología de investigación
 - Método Científico
 - Método deductivo
 - Método Inductivo
- Técnicas de recopilación de datos
 - Técnicas
 - Instrumento
 - Fuentes

Fase 2: Master Plan.

- Problema
 - Déficit de Atención medica - salud en el distrito de Ica.
- Programa
 - salud
 - Infraestructura
 - Capacitación
 - capacitación a especialistas
 - Recreación
 - Actividad física
- Proyecto

- Clínica de rehabilitación geriátrica en distrito de Ica – Ica.
- Producto
 - Mejor Calidad de Vida en el adulto mayor en distrito.
- Prueba
 - Logros Obtenidos.

Fase 3: Objeto Arquitectónico

- Clínica de rehabilitación geriátrica del sur Ica - Ica
- Características
 - Atención
 - equipamiento
 - Capacitación
 - Recreación
 - Médico especialista
 - Actividad Física y rehabilitación
- Beneficios
 - Emprendimiento Empresarial
 - Mejora en el nivel intelectual
 - Residentes Saludables

Fase 4: Programación

- Determinantes de diseño
 - Sitio
 - Normativa Urbana
- Condicionantes del diseño
 - Sistema de espacios
 - Antropometría
 - Condiciones Ambientales
 - Sistema de Instalaciones
 - Sistemas de Muebles o mobiliario
- Imagen Objetivo
 - Bocetos desde el entorno urbano edificado
 - Bocetos o apuntes interiores
 - Bocetos o apuntes exteriores
- Infraestructura Urbana
- Organigramas de Funcionamiento
- Flujo gramas
- Cuadro de Áreas
- Zonificación

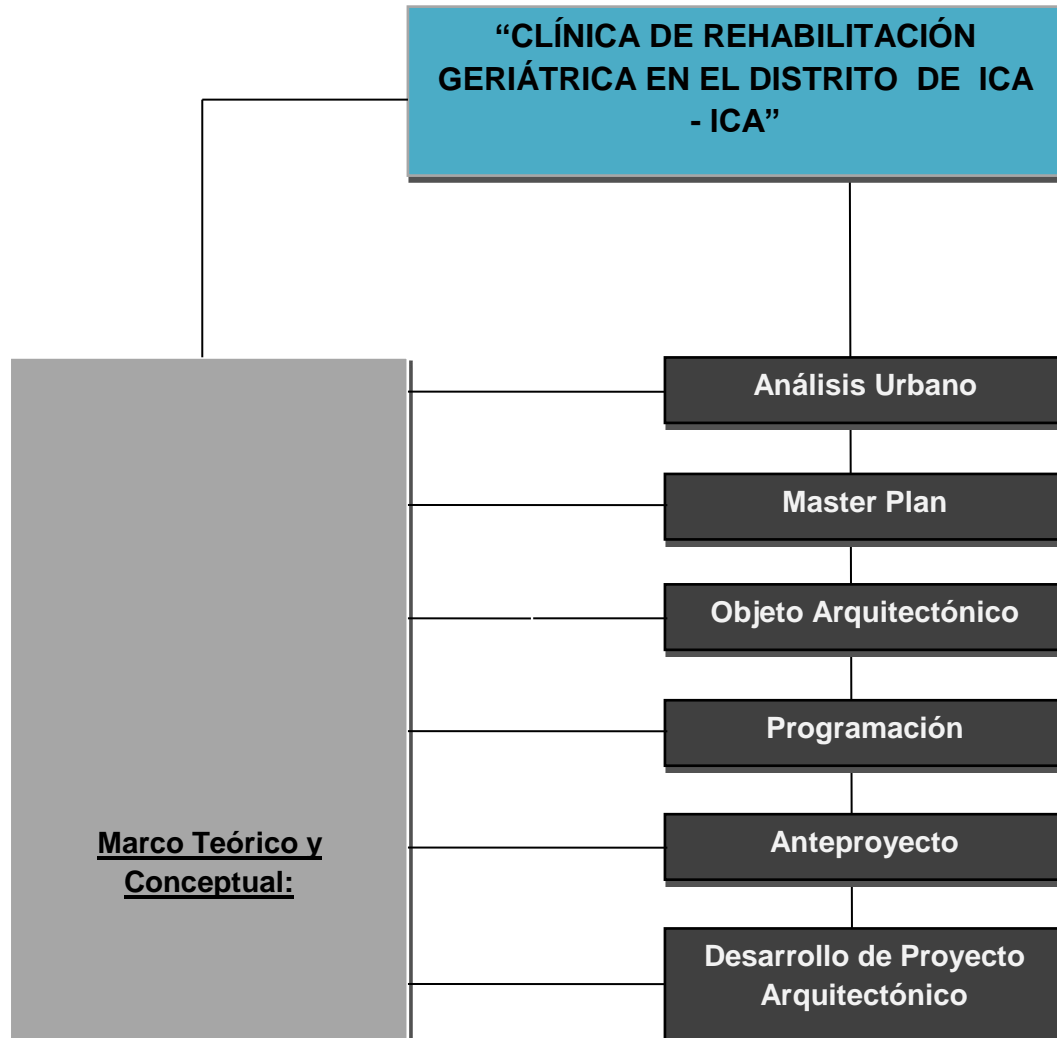
Fase 5: Anteproyecto

- Toma de Partido Arquitectónico.
- Consideraciones de Diseño
 - Topografía
 - Geología
 - Hidrología
 - Impacto Ambiental
 - Estructura Urbana
- Plano de Ubicación y localización
- Planos de Arquitectura
 - Planos de Plantas
 - Planos de cortes y elevaciones.
 - Detalles Arquitectónicos
- Planos de estructuras
 - Cimentación
 - Loza Aligerada
- Planos de Instalaciones
 - Planos de Instalaciones Eléctricas.
 - Planos de Instalaciones Sanitarias.
- Perspectivas y Maqueta

Fase 6: Desarrollo de Proyecto Arquitectónico

- Memoria Descriptiva
- Expediente Técnico
 - Especificaciones Técnicas
 - Metrados
 - Presupuesto
 - Cronograma
- Sistema constructivo
- Plano de Ubicación y localización
- Planos de Arquitectura
 - Planos de Plantas
 - Planos de cortes y elevaciones.
 - Detalles Arquitectónicos
- Planos de estructuras
 - Cimentación
 - Loza Aligerada
- Planos de Instalaciones
 - Planos de Instalaciones Eléctricas.
 - Planos de Instalaciones Sanitarias.
- Perspectivas y Maqueta
- Expediente Técnico

1.10.2.- Esquema síntesis.



1.11.- Justificación de la Investigación y de la Intervención Urbano- Arquitectónica.

1.11.1.- Criterios de pertinencia.

Para saber si es pertinente el proyecto clínica de rehabilitación geriátrica, analizaremos en toda la ciudad de Ica si existen lugares atención médica especializada para adulto mayor donde se fomenten una mejor infraestructura, investigación, coordinación, prevención, capacitación, innovación, tecnología, mantenimiento, y lugares donde se realicen actividades físicas – rehabilitación. Para con esto saber si es pertinente o no el proyecto clínica de rehabilitación geriátrica – (graf.6).



En toda la urbe iqueña existen dos hospitales y algunas clínicas privadas, en la cual no cubre su demanda de atenciones el sector salud, contando con un aproximado 40,577 habitantes de la tercera edad.

Lugares donde se fomentan actividades de terapia físicas y de rehabilitación– no existe.

Lugares que fortalezcan atención médica especializada al adulto mayor –no existe.

Lugares donde se brinde tecnología, innovación, capacitación continúa a los médicos especialistas y atención médica con distintas especialidades en ramas de geriatría dirigida al adulto mayor - no existe

Es pertinente la creación de una clínica de rehabilitación geriátrica que cubra todas las necesidades antes mencionado en la provincia de Ica.

Según el sistema de equipamiento SALUD (MINSA), La ciudad de Ica, que cuenta con una población de 362.693 habitantes , según INEI en el 2015, está un rumbo a convertirse en una metrópolis. Y requiere un tipo de equipamiento, como podemos observar la ciudad de Ica debería contar como mínimo con:

- 01 Ministerio de salud
- 01 Instituto especializado
- 01 clínica de rehabilitación geriátrica
- 01 centro de salud con internamiento
- 01 Puesto de salud con medico
- 01 Hospital tipo 3 especializada en adulto mayor

La realidad del distrito de Ica se encuentra en déficit a lo que es infraestructura y atención de salud al adulto mayor se refiere, a que el distrito de Ica cuenta con 02 hospitales con infraestructura adecuada que sirve para atención médica para toda clase de edad. Cuenta con 02 centros de salud que sirve para atención médica general. Cuenta con 04 puestos de salud que sirve para atención médica y consulta rápida.

La ciudad de Ica no cuenta con ninguna clínica de rehabilitación geriátrica especializada, con ningún espacio de actividad física, terapia y rehabilitación o recreacional. El proyecto de una clínica de rehabilitación geriátrica es pertinente y a su vez brindara una calidad de vida al adulto mayor en distrito de Ica.

1.11.2.- Criterios de necesidad.

El distrito de Ica cuenta con dos hospitales, en donde tendremos como ejemplo el hospital que está ubicado en la cuarta cuadra del Ca. Castrovireyna #146 – Ica, para mayor referencia al costado de Emapica Ica. El hospital Santa María del Socorro de Ica cuenta con una infraestructura adecuada para la atención de personas de distintas edades, solo es un espacio pequeño donde sus dimensiones son de 160 m de largo x 75 m de anchos donde varia, (graf.7).



Como vemos en la imagen el hospital socorro solo es una infraestructura adecuada para el uso de atención general, no ha sido diseñado arquitectónicamente para ser atención médica especializada en el adulto mayor, la infraestructura es moderna, mediana con luz natural, pero no cuenta con espacio actividades físicas, terapias, rehabilitación y recreacional que brinde comodidad y bienestar al adulto mayor.

El hospital, cuenta con un único ingreso principal que nos lleva hall central de donde nos deriva a todas las áreas atención médica que son el área de consulta externa, la zona de admisión-

caja , área del laboratorio, estadística, hospitalización, etc. En segundo ingreso tenemos el área emergencia, en tercer ingreso tenemos el área de servicios.

A continuación vemos el área consulta externa del hospital socorro de Ica. No es un ambiente muy cómodo para el adulto mayor, pero aquí los pacientes esperan su turno para hacer atendidos por un médico y dependiendo si es para la atención de un niño, adolescente o adulto mayor, (graf.7).



Este es el área de espera del hospital socorro de Ica con capacidad para 20 personas, (graf.7).



Mensualmente el hospital socorro recibe la atención medica al menos entre 1394 y atenciones 3,603 pacientes de los niveles consulta externa, operaciones y hospitalización, la poca difusión de especialistas en geriatría y la falta de actividades físicas y de rehabilitación en este lugar hace que la concurrencia a este hospital sea baja.

De los 8 establecimientos de salud con la que cuenta el distrito de Ica, a continuación veremos el estado en el que se encuentra algunos de ellos:

Los únicos hospitales en buen estado son el hospital regional de Ica y el hospital Santa María del Cochorro, ya que este hospital fue construcción nueva hace dos años, (graf.7).



En pasaje la Tinguña, tiene un puesto de salud solo es un decir o solo es un espacio como vemos, la posta cuenta solo con algunos equipos, los pacientes no pueden atenderse con un médico en la especialidad que requiera su enfermedad solo hay médico general, (graf.7).



En el gobierno regional de Ica, le falta la infraestructura en la cual ha hecho que el lugar destinado a atención médica funcione como área administrativa, es evidente que el gobierno regional no cuenta con infraestructura ni equipos necesarios, (graf.7).



La posta médica de san Joaquín nuevo a duras penas se mantiene, haciendo posible que los propios pacientes realizan su propia historia clínica y separarlo a triaje, (graf.7).



Como los ejemplos vistos anteriormente la mayoría de los establecimientos de salud se encuentran en ese estado, la falta infraestructura y atención médica y el desinterés de DIRESA y MINSA por mantener estos recintos que son muy importantes para la atención médica y atención de emergencia, es por esta razones que en Ica las personas solo se atienden por las mañana o en las tardes por la déficit de espacios adecuados y médicos especialistas.

1.11.3.- Criterios de importancia

El proyecto de una clínica de rehabilitación geriátrica es muy relevante, a continuación algunos criterios que nos darán a conocer el nivel de importancia de atención medica como estos.

1.11.3.1.- Social:

- La infraestructura y equipamientos de salud, Elevar la calidad de vida, generar capacitaciones dando oportunidades a especialistas a seguir siendo rígidis en su capacitaciones continuas .considerando que gran parte de la población tiene recursos económicos medios y altos, la clínica de rehabilitación geriátrica propuesto es muy importante ya que está en una zona muy ubicada que permite difundir la buena salud al adulto mayor y que también se beneficiaran los distrito adyacentes en el distrito de Ica.

1.11.3.2.- Científico:

- La importancia de una clínica de rehabilitación geriátrica radica en que permiten que el adulto mayor tenga una manera de vivir de una manera independiente en la sociedad. Esto evitara que el adulto mayor sea una carga para la sociedad, lo bueno es que está cerca del centro de la ciudad de Ica y cerca de los hospitales (hospitalización y área de emergencia, etc.)

1.11.3.3.- Practica:

- Es muy importante tener una clínica de rehabilitación geriátrica, puesto que sirven para mejorar la calidad de vida del adulto mayor y proporcionar buena atención en espacios muy adecuados con zonas medioambientales.
- Finalmente, al situar un lugar con una buena atención médica la clínica de rehabilitación geriátrica se favorece por tener mejores especialistas como un factor importante de desarrollo.

1.12.- Alcances y Limitaciones de la Investigación

1.12.1.- Alcances teóricos y conceptuales

- El análisis solo se limita al distrito de Ica
- Para la investigación se han realizado diversas visitas al sector de la propuesta, el ministerio de salud, hospitales y sectores aledaños, recolectando toda la información disponible escrita, oral, virtual y gráfica, para posteriormente realizar un análisis de las características, potenciales y deficientes que existen en el sector, para luego determinar las diferentes alternativas de solución que requiera el proyecto.
- El Perú ocupa el 16 puesto en inversión en la salud, Cuba lidera la lista que destina la mayor cantidad de presupuesto, con 18,23 %; seguido por Venezuela (4.7 %), Perú (2.79%) y Chile (4.06%),

Argentina (5.96 %), Brasil (5.34 %), Colombia (2.80 %) y Paraguay (7.1%)

- Debido a mala coordinación y proyección por parte de MINSA: la parte privada hará: El aporte a la salud del adulto mayor y consolidación donde se dará, mediante el proyecto, donde será un hito o referencia del distrito.
- La clínica de rehabilitación geriátrica mejorara la calidad de vida del adulto mayor y contribuirá a la sociedad actual en el distrito de Ica.

1.12.2.- Limitaciones

- La poca información sobre el desarrollo de infraestructura arquitectónica en nuestro país, dificulta el normal desarrollo que se pretende para el proyecto de investigación.
- Tráfico de terrenos e invasiones, actualmente está en aumento en la zona por la falta de planeamiento y presencia municipal.

CAPITULO II : MARCO TEÓRICO

2.1.- Antecedentes de la Investigación.

2.1.1.- Tesis, investigaciones y publicaciones científicas.

- **Hospital salvador, como una nueva propuesta a dar un servicio de salud geriátrico oriente (SSGO), como agente generador instituto nacional de geriatría, España- 2008.**

El ING es la evolución de lo que en los años '60 era el Hospicio de Santiago.

El Hospicio de Santiago, fue fundado en 1759, pero reconocido como tal a comienzos del siglo XIX. Anteriormente se le denominaba "Casa de Recogida".

El último proyecto de Reposición del Hospital y Geriátrico se propuso en el año 2008, bajo la intención del pasado gobierno, de integrar iniciativas y desafíos que enfrentaba el sector público de salud antes del terremoto.

La idea era contar con nuevas y modernas instalaciones y equipamiento de última generación, abandonando así, las antiguas dependencias y ocupar la zona norte del actual terreno.

Donde el nuevo hospital geriátrico actual brinda un bienestar al adulto mayor:

Donde el proyecto es:

1.-Un diseño que entregue estímulos cognitivos, espacios lúdicos, que generen bienestar emocional y psicológico para el mejoramiento de enfermedades físicas.

2.-Que las actividades que ocurran en su interior no sean escondidas, como lo eran hasta ahora y que se muestre a la vejez como algo que hay que vivir y no ocultar.



Vista del Hospital y terrenos del Geriátrico hacia el surponiente, con la antigua cúpula de fondo.
Archivo Dr. A. Uribe

- Investigaciones Científicas.-

Centro de Referencia Nacional para el Desarrollo de Gerontología Y Geriatria, Habana-Cuba.

Por: Dra. Alina María Gonzales Moro de la organización de centro de investigaciones sobre longevidad, envejecimiento y salud, CITED, 17 de octubre del 1999-2016.

El Centro de Referencia Nacional para el desarrollo de la Gerontología y Geriatria.

Tiene como objeto social:

-Introducir, desarrollar, validar y generalizar altas tecnologías clínico-quirúrgicas, diagnósticas y terapéuticas en Gerontología y Geriatria.



- Monitorear el proceso de envejecimiento y expansión de la vida en la población, sus proyecciones y necesidades para proveer información que mejore la toma de decisiones en Salud Pública y otros sectores.
- Desarrollar y coordinar la investigación científica multicentrica nacional e internacional con relación a la longevidad el envejecimiento y las personas mayores.
- Divulgar los avances científicos técnicos nacionales e internacionales de la especialidad.
- Promover y brindar Atención Médica Internacional ambulatoria y de hospitalización.
- Participar en la coordinación del Programa Nacional de Atención al Adulto Mayor.

CITED representación Centro Geriátrico que Promueve el desarrollo de la investigación científica y la innovación tecnológica que permita introducir estrategias de promoción y prevención para un envejecimiento saludable y activo y nuevos métodos y técnicas de intervención para brindar una atención de alta calidad al adulto mayor y a su vez garantizar la formación de los recursos humanos con un alto nivel de calificación en el campo de la Gerontología y Geriátría.

Estos Innovadoras Centros Geriátricos Desarrollar una capacidad tecnológica de punta para el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud de los adultos mayores, mediante la excelencia en la investigación, docencia y asistencia, tanto nacional como internacional, e introducir los avances obtenidos en el Sistema Nacional de Salud.



Teoría del Desarraigo Social o desvinculación

Fue propuesta por Cumming y Henry (1961) "el envejecimiento como una mutua separación, por parte de la persona mayor, la cual voluntariamente disminuye sus actividades y compromisos; y por parte de la sociedad, la cual obliga al retiro y estimula la segregación por edad. La desvinculación es normal, en la medida en que lo es la cada vez mayor preocupación de la persona mayor por sí misma y la disminución de la carga emocional con la que se recubre a otras personas".

Teoría de la Actividad

Uno de las teorías más prominentes para explicar la edad avanzada es la Teoría de la Actividad, enfatiza que para lograr una vejez exitosa debe mantenerse una participación activa en roles sociales y comunitarios (Havighurst, 1972). Havighurst desarrolló la teoría de la Actividad y enfatizó que el mantenerse activo en la vejez es deseable y necesario para una satisfacción de vida adecuada. Esta teoría aboga por mantener unos niveles de actividad en la mediana edad como una de las formas de adaptación a la vejez.

La teoría de la actividad propone que entre más activos socialmente los "viejos", mayor su grado de satisfacción con la vida.

Robert Havighurst (1963) y George Maddox (1974) plantean con respecto a la teoría de la Actividad.

- Restitución de roles o actividades para enfrentarse a pérdidas y aumentar estima propia.
- A mayor número de actividades o roles posea el anciano mejor se adapta a la vejez.
- Debe mantenerse un nivel de actividad parecida a la edad mediana.
- Enfatiza la interacción e integración para mayor satisfacción de vida.
- Una vez logrado supone el descubrimiento de nuevos roles o conservar los antiguos.
- Existe una relación positiva entre la actividad y satisfacción de vida.

Teoría de la Continuidad

Consideramos que una de las bases teóricas que fundamentan y explican claramente el problema que se investiga es la Teoría de la Continuidad. Su principal exponente es Bernice Newgarten (1964).

- Los individuos desarrollan actitudes, metas, valores, hábitos y comportamientos en etapas que se tienen en la vejez.
- La edad avanzada no implica cambios drásticos en la vida de las personas.
- Según se entra en años, existe una tendencia hacia la continuidad.
- Se mantienen gustos, estilos de vida y hábitos en edad avanzada.
- El mejor índice de predicción y comportamiento de una persona es su conducta anterior.
- Pérdida de roles que se maneja mediante la consolidación.
- La experiencia de vida van a crear ciertas predisposiciones que el individuo mantiene si le es posible.

Teoría de la Aceptación:

Según Papalia y Wendkos (1986) está conformada por una primera teoría que fue planteada por Erikson (1963). Integridad del Yo, en oposición a desesperación, la cual se constituye en la culminación de la resolución triunfante de siete crisis previas en el desarrollo de la vida que se ha vivido, sin pesares por lo que pudo haber sido o por lo que debería haber hecho en forma distinta, quien no puede resolver esta crisis tiende desesperadamente a la muerte.

La segunda teoría acerca del desarrollo psicológico en la edad adulta tardía, propuesta por Peck (1955), profundiza en el análisis de Erikson dividiendo la última crisis en tres crisis básicas que los ancianos deben resolver para funcionar saludablemente (Papalia y Wendkos, 1986: 627).

Como ha ido evolucionando la teoría atreves del tiempo:

La discapacidad es la condición en la cual una persona no puede moverse o realizar su vida cotidiana con la facilidad que se desearía por

deficiencias físicas, sensoriales, mentales o intelectuales, denominada así por la ONU "Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad" aprobado en el 2006.

En principio damos ejemplos importantes de apreciación de la discapacidad durante la época de florecimiento de las primeras civilizaciones:

- En algunas sociedades antiguas, culturas primitivas se abandonaba y dejaba morir a los niños deformes o discapacitados. En algunas sociedades de la Antigüedad, el destino de las personas con discapacidad era la muerte. Era normal que se sacrificase a los niños o bebés cuando se observaban anomalías en ellos. Si eran adultos, se los apartaba de las comunidades se los consideraba incapaces de sobrevivir una existencia acorde con las exigencias establecidas en la sociedad. (Ferraro, P., 2001).
- En Egipto las personas con malformaciones eran apreciadas, se les consideraba seres especiales pero se encontraban al servicio de los faraones, servir sin condición alguna y eran tratados como a cualquier y sufriendo discriminación.
- Con el tiempo la visión de la discapacidad dio otro giro, los discapacitados ya no eran exhibidos como rarezas humanas sino personas con habilidades a pesar de sus deficiencias físicas.
- Ya en 1780, en Suiza se crea la primera institución para el cuidado de los discapacitados y posteriormente en Francia en 1786 se fundó la primera escuela para ciegos pero era únicamente para niños.
- Desde los años de 1980 la sociedad comenzaron a aceptar su responsabilidad en cuanto ayuda y fue modificando el término y también la forma de expresarse sobre las personas con discapacidad.
- Con el paso de los años, los discapacitados han demostrado habilidades extraordinarias que los han llevado a sobresalir en varios ámbitos, un buen ejemplo en los juegos paralímpicos o grandes profesionales.

- En estos tiempos encontramos una esperanza que se abre ante ellos (discapacitados), la oportunidad que se desarrollen en todas las esferas de la vida social, económica, académica, deportiva, etc. Es por ello que la sociedad no debe hacerlos a un lado ya que han demostrado que a pesar de su discapacidad, pueden superarse y salir adelante.
- Afortunadamente, en la actualidad, se sabe que la discapacidad es ocasionada por causas biológicas tales como enfermedades deficiencias y disfunciones o bien por accidentes, y se busca ya por medio de normas integrar a los discapacitados en todos los ámbitos ya mencionados por medio de la rehabilitación, la readaptación profesional y creación de accesos a los lugares públicos de acuerdo a sus necesidades, evitando así su discriminación y en consecuencia mejorar su calidad de vida.
- Sin embargo, aún queda un largo camino por recorrer en este tema, la normativa y programas de apoyo; se nuestra en nuestra sociedad con una infraestructura inadecuada, esta y otros puntos más aún sigue siendo un problema para muchas personas, como en lima se encuentra sobrepoblada, encontramos puentes e infraestructura sin acceso de rampas o elevadores para los discapacitados o pocos centros de rehabilitación de carácter público.

Donde veremos tipos de edad:

❖ La Edad del Hombre

El desarrollo y la vida del ser humano en general, se desenvuelve a través de sucesivas etapas que tienen características muy especiales, aunque no existe un acuerdo unánime para determinar cuántas y cuáles son estas etapas, tampoco se puede determinar cuándo comienza exactamente una y cuando termina, ya que en el desarrollo influyen varios factores individuales, sociales y culturales, porque cada ser humano tiene su propio ritmo de desarrollo. Generalmente se considera que las etapas de desarrollo del ser humano son: la pre-natal, infancia, niñez, adolescencia, juventud, adultez, y ancianidad;

en este ciclo normal de desarrollo, el hombre además pasa por tres edades: Cronológica, Biológica y Mental.

❖ **Edad Cronológica**

La edad cronológica es definida, a la edad del individuo en función del tiempo transcurrido desde el nacimiento, todos los años acumulados, año tras año. Esta edad es la que nos clasifica para ver si somos aptos para hacer ciertas actividades o no hacerlas, tiene por tanto un valor social o legal más que biológico.

Se caracteriza por los años que hemos acumulado al paso del ciclo de vida, reflejada en varios cuestionamientos que escuchamos en el paso de la misma, por ejemplo: "Ya estas grandecito para hacer esto", "No irás a tal lugar porque no estás en edad para ello", "Este tipo de cosas (ropa, actividades, etc.) ya no son acorde a tu edad", etc. Así existiendo un sinnúmero de frases y excusas más que las personas comúnmente utilizan, refiriéndose a otro ser humano para juzgarlo o catalogarlo por la cantidad de años acumulados.

❖ **Edad Biológica**

Edad biológica es la que se corresponde con el estado funcional de nuestros órganos, comparados con patrones estándar para una edad. Es por tanto un concepto fisiológico.

Es mucho más interesante saber la edad biológica que la edad temporal ó cronológica, con la que medimos siempre lo viejos que somos, en varias ocasiones he preguntado a mis amigos su edad biológica, que es la edad de calendario y por lo general ellos terminan una conversación o bien sea disminuyéndose los años o aumentándose los, esto quiere decir que la mayoría de las personas le temen de tal forma, que aun sabiéndolo se quitan la edad y es que sentirse, verse o ser calificado como viejo, tiene un significado de "inútil, inservible, estorboso, lamentable y dependiente" que además de ofender y hacer sentir mal a las personas, los margina de la vida productiva, de la participación y toma de decisiones y en la mayoría de los casos una persona vieja, es considerada como un mueble más

en la casa y por lo general uno dice él/ella "parece de N años", y tendemos tanto a calcular más o menos la edad de esta forma, ya que la edad biológica nos revela el envejecimiento real de nuestras células, es decir, como han Afrontado el paso del tiempo. Si sabemos cómo han envejecido sabremos entonces cuál es nuestra edad biológica.

No es fácil definir la vejez, pero es un proceso de deterioro físico que se favorece mucho por la connotación social que se tiene, un grupo de científicos del instituto alemán Max Planck, consiguieron identificado por primera vez un grupo de proteínas que permiten conocer la verdadera edad biológica de un individuo. Se trata de moléculas que se liberan cuando los extremos de los cromosomas (telómeros) se acortan, un fenómeno que según se ha demostrado está ligado al envejecimiento. Descubrieron que como esas proteínas aparecían también cuando el ADN de las células sufría algún tipo de daño, por tanto si nos hacemos un análisis midiendo los niveles de estos biomarcadores en la sangre podríamos averiguar a qué velocidad está envejeciendo nuestro organismo.

❖ **Edad Mental**

Según el Dr. Alberto Martín Lasa, la edad mental es el Término que se emplea para determinar el nivel intelectual de un niño. El desarrollo mental que tiene el hombre es desde la niñez hasta los veinte años es en esta etapa que se considera que el ser humano acumula una serie de conocimientos, pero se considera que estos conocimientos son ampliados a lo largo de los años según la experiencia adquirida. Entonces no podemos clasificar a ninguna persona solo por su edad mental o por su edad cronológica, ya que el resultado de la combinación de los tres tipos de edades, es lo que nos permitirá saber si la persona sigue capacitada para funcionar ante la sociedad, es muy común ver que a las personas se juzga por la edad cronológica, como factor determinante en la capacidad del anciano, y ni siquiera el estado hace referencia a un estudio de las tres edades para determinar el comportamiento de las personas.

❖ Ciclos de la Vida Humana

- **Lactancia:** comprende desde el primer mes de vida, después de la etapa de recién nacido hasta que ha transcurrido un año desde el parto.
- **Infancia:** comprende después de la etapa de lactancia hasta los doce años de vida.
- **Juventud:** comprende después de la infancia hasta los veintiocho años de vida.
- **Madurez:** comprende después de la juventud hasta los sesenta años de vida.
- **Tercera Edad:** comprende después de la madurez hasta los ochenta años de vida.
- **Cuarta Edad:** A partir de la tercera edad.

Un ser vivo es todo aquel que cumple con un ciclo vital, es decir, nace, crece, se reproduce, presenta metabolismo responde a estímulos y muere.

El envejecer es un proceso dinámico, gradual, natural, e inevitable, proceso en el que se dan cambios a nivel biológico, corporal, psicológico y social.

La expresión tercera edad también enunciada como vejez, es un término antrópico-social que hace referencia a la población de personas mayores o ancianas, normalmente jubilada y de 65 años o más, hoy en día, el término va dejando de utilizarse por los profesionales y es más utilizado el término "personas mayores" o "adulto mayor".

Lo mejor es vivir con paz consigo mismo y con los demás, no dejarnos vencer por las limitaciones, sacarle el máximo a la vida y tratar de conseguir la felicidad, disfrutarla y sobre todo, compartirla.

❖ El Anciano Punto de Vista Médico.

Se lo relaciona con signos físicos y mentales, que revelan señalada decadencia en la persona, la expresión tercera edad también es

enunciada como vejez, es un término antrópico-social que hace referencia a la población de personas mayores o ancianas.

❖ Aspectos Fisiológicos

Con el paso de los años ocurren muchos cambios en el organismo, algunos de ellos visibles otros no, los cuerpos se vuelven más frágiles y empiezan a perder habilidades físicas, muchos de estos cambios requieren que las personas hagan ajustes para realizar las actividades cotidianas.

Algunos de estos cambios predisponen a las personas mayores, a tener problemas de salud relacionados con estos, entre algunos de estos cambios y los problemas de salud asociados están:

- **Atrofia Progresiva:** La atrofia muscular progresiva es una enfermedad neurológica que produce dificultad en los movimientos de brazos, piernas y otros grupos musculares. El proceso avanza lentamente y causa incapacidad severa después de años de evolución, implica la disminución y deterioro de las células, órganos y tejidos, así como esclerosis, con tendencia a fractura de la cadera.
- **Sistema Muscular – Esquelético**
 - Disminuye el calcio de los huesos
 - Aumenta el riesgo de osteoporosis
 - Disminuye la masa muscular
 - Disminuye la fortaleza muscular
 - Disminuye la movilidad de las articulaciones
 - Incrementa el riesgo de osteoartritis.
- **Fallos de Adaptación Térmica:** la actividad termorreguladora se va desgastando con la edad y el mantenimiento de la temperatura interna se hace más difícil; el consumo de oxígeno permanece débil y la producción de calor es insuficiente.
- **Fallos de Adaptación al esfuerzo:** la reacción ante el esfuerzo es incompleta, ya que los mecanismos fisiológicos que se ponen

en marcha cuando la demanda de oxígeno no tienen una reacción rápida, sino lenta.

- **Sistema Cardiovascular**

- Incrementa la arteroesclerosis
- Incrementa el riesgo de padecer enfermedades del corazón.
- Incrementa el riesgo de presión alta.
- Incrementa el riesgo de enfermedades vasculares periféricas.

- **Disminución de la motricidad en general:** Se presentan movimientos lentos y poco dinámicos, por causa de atrofia de los tejidos y la disminución de la energía.

- **Sistema Inmune**

Aumenta el riesgo de contraer infecciones.

- **Envejecimiento de la piel, uñas y pelo:** la epidermis se atrofia, disminuye su tonicidad y elasticidad, se reseca y comienzan a aparecer manchas pigmentadas.

- La piel se vuelve seca y arrugada
- La piel se vuelve más delgada y frágil
- Decrece la función de las glándulas sudoríparas
- Se aumenta el riesgo de insolación
- El pelo se vuelve más fino
- Las uñas se vuelven gruesas y ásperas (especialmente la de los pies)

- **Disminución Perceptiva – Sensorial:** en el plano funcional, la vista y el oído es lo primero que se envejece. La vista comienza a deteriorarse hacia los 42 y los 43 años, para aquellos que tienen problemas de visión, a los 45 años para la mayoría de la gente, y hacia los 52 o 53 años, para quienes siempre han tenido muy buena vista. Las enfermedades más comunes de la vista son: las cataratas, envejecimiento de los párpados y el arco senil a nivel de la córnea.

- **Cambios en la visión**

- Disminuye la visión nocturna
- Disminuye la percepción de colores

- Disminuye visión periférica
- Disminuye producción lagrimal
- Incrementa la sensibilidad al resplandor
- Incrementa el riesgo de caídas

La sordera suele asociarse con la senescencia; la imagen del anciano sordo fuera de todo contacto humano y social, hace la idea más fuerte de decadencia. El envejecimiento comienza a los 40 años, cuando el oído va perdiendo su finura, muy leve, a partir de los 50 años se considera una pérdida que irá en aumento, pero no será funcionalmente molesta hasta los 80 ó 90 años.

➤ **Cambios auditivos**

- Disminuye la habilidad de distinguir
- Sonidos de alta frecuencia
- Disminuye la audición

➤ **Cambios del gusto y olfato**

- Disminuye la cantidad de papilas gustativas
- Disminuye el sentido del olfato
- Riesgo de una nutrición deficiente

➤ **Funcionamiento circulatorio:** existe una gran cantidad de manifestaciones patológicas: insuficiencia cardíaca, modificaciones de la tensión, dolores anginosos, alteraciones electrocardiográficas, etc. Entre las enfermedades más comunes están: la arteriosclerosis, alteraciones en el ritmo cardíaco (taquicardia), alteraciones en la presión arterial (hipotensión e hipertensión).

➤ **Sistema Nervioso**

Disminuye el equilibrio y la coordinación

Lentitud en los reflejos

Incrementa el riesgo de caídas

☐ **Funcionamiento respiratorio:** todo el aparato respiratorio sufre un envejecimiento progresivo, las mucosas de la nariz, la

faringe y la laringe sufren procesos de atrofia; las comunes en general son: insuficiencia pulmonar, complejo de bronquitis crónica, enfisema, esclerosis pulmonar, extrema vulnerabilidad a las infecciones, especialmente gripales, gota de nariz, carraspeos de garganta, voz quebrada y temblorosa.

-Disminuye la expansión pulmonar

-Aumenta el riesgo de infecciones pulmonares.

❑ Sistema Urinario

Disminuye la capacidad de la vejiga.

Incrementa el riesgo de incontinencia vesical

Incrementa la concentración de la orina

Aumenta el riesgo de infección en la vejiga.

❑ Sistema Gastrointestinal

Disminuye la movilidad gastrointestinal

Aumenta el riesgo de constipación.

❖ Aspectos Psicológicos

La mayor parte de investigaciones indican la existencia de una lentitud generalizada en el procesamiento de la información a medida que avanza la edad de una persona, y las aptitudes y características de la personalidad se hacen más marcadas, muy común es la pérdida de memoria siendo la principal queja del adulto mayor, tradicionalmente se considera que todas las funciones mentales sufren deterioros con la edad, pero en el envejecimiento la mayor parte de las funciones mentales se conservan. Las manifestaciones psíquicas más comunes en los ancianos son:

- Disminución de la memoria inmediata, encuentra más fácil recordar las cosas si se les presentan poco a poco y de manera vívida; la memoria remota parece estar intacta.
- Pérdida de la atención y desorientación en el tiempo y espacio.
- Depresión. Las razones de la depresión son baja autoestima, desamparo, pérdidas objetales, autocrítica excesiva y

sensación de fracaso, presentan malestares como fatiga, pérdida del apetito, falta de sueño y pérdida de peso no justificada.

- Fantasías y alucinaciones. Con este mecanismo tratan de protegerse de un conocimiento penoso.
 - Reiteración. La gran necesidad de afecto y amor, los llevan a realizar actividades para mantener la atención de quienes lo rodean, siendo una manera de evitar la gran soledad.
 - Pérdida de las habilidades para la vida cotidiana.
 - Negación de la realidad, el anciano utiliza este método ya que considera que su realidad es desagradable y la evade.
- Regresión, toman actitudes infantiles y actúan como tales, por la pérdida de afecto, real o imaginario, produciendo sensaciones depresivas.

❖ **Principales enfermedades que acechan al adulto mayor**

La atención geriátrica, para las enfermedades que el adulto mayor le asecha a diario se puede observar en la “Tabla de las Diez Principales Causas de Mortalidad Hospitalaria en Adultos Mayores en el distrito ICA. Y otras como podemos detallar:

- Artrosis
- Artritis
- Alzheimer
- Párkinson
- Hipertrofia benigna de Próstata
- Gripe
- Malnutrición
- Mareos en los mayores
- Sordera
- Presión arterial alta
- Problemas Visuales
- Claudicación intermitente
- Demencia senil
- Osteoporosis

Diez Principales Causas de Mortalidad Hospitalaria en Adultos Mayores.		
Pais - Región - Provincia - Área - Causas principales	Porcentaje de morbilidad hospitalaria de mayores de 64 años	Número de egresos hospitalarios de mayores de 64 años por la causa (x)
Enfermedades del sistema urinario	7,8	335
Enfermedades infecciosas intestinales	6,1	281
Apendicitis, hernia y obstrucción intestinal	5,4	250
Influenza y neumonía	5,4	249
Diabetes mellitus	4,8	222
Enfermedades cerebro vasculares	3,6	168
Enfermedades hipertensivas	3,5	165
Enfermedades del sistema osteo muscular y tejido conjuntivo	3,5	164
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	3,5	161
Insuficiencia cardíaca, complicaciones y enfermedades mal definidas	2,8	133
Causas mal definidas	5,3	245
Resto de causas	48,2	2,214

Tabla Nº 1 Diez Principales Causas de Mortalidad Hospitalaria en Adultos Mayores.
 Fuente: Egresos Hospitalarios
 Autor: INFC.

- Accidente Cerebro Vascular (Ictus)
- Invalidez, al no poder realizar lo que quiere o lo que necesita.
- Molestia, en cualquier grado de aflicción que se extiende desde el disconfort al dolor visceral.
- Amenaza, al sufrir la pérdida de la integridad de las funciones y hacerse próxima la sensación de la disolución vital.
- Succión, al atenuar la atención de la persona las sensaciones del desajuste orgánico.
- Soledad, determinada por la imposibilidad de transmitir las vivencias que la enfermedad acarrea.

2.1.2.- Proyectos Arquitectónicos y Urbanísticos.

Centro De Día Para Ancianos, Valencia – España

Diseñado por los arquitectos Miguel Álvarez, Francisco Bagues, Inmaculada Celda y Francisco Tornos, este centro ha sido resuelto en base a dos aspectos fundamentales:

En primer lugar, la dotación de las instalaciones necesarias para el funcionamiento de un centro de día destinado a personas de la tercera edad, como por ejemplo un baño geriátrico, sistema de calefacción, renovación de aire, entre otros.

Por otro lado, fue indispensable encontrar un sistema que permita la flexibilidad de uso del espacio, compartiendo zonas de dimensiones controladas, sin perder las ventajas que un espacio único de grandes dimensiones puede aportar.

Espacio Principal del Centro de Día Abierto



Para resolver la flexibilidad que querían lograr en el espacio, los arquitectos utilizaron todos los espacios pequeños para no tener obstáculo en los recorridos.

Asimismo, compartieron el espacio mediante dos tipos de mamparas móviles, unas que delimitan el comedor son deslizantes por guías escondidas en el techo, tienen un sistema de cierre que les permite obtener un gran aislamiento acústico.

Estos son abatibles desde el frente y tienen dos metros de altura. Con estos elementos se puede lograr una gran diversidad de espacios, lo cual sirve para obtener una percepción por parte de los adultos mayores, y así evitar la rigidez de los espacios clínicos convencionales.



Centro Del Adulto Mayor, Cam San Isidro (Lima – Perú)

El CAM de San Isidro, es un centro gerontológico social que pertenece a ESSALUD, brinda servicio a 2864 inscritos que viven en las zonas de San Isidro y Miraflores.

Al igual que el resto de CAM de Lima, estos no han tenido un diseño específico para la función que desempeñan, únicamente se realizó el acondicionamiento de locales a fin de lograr mayores comodidades para los adultos mayores, este acondicionamiento se trató básicamente de eliminación de escaleras y su reemplazo por rampas, instalación de barras de ayuda y soporte en los baños existentes.



Espacio público: corredor de los ambientes



El concepto principal que utilizan para manejar el problema espacio, y que cuenta únicamente con 700 m², es la multifuncionalidad, es decir que un ambiente que en el día funciona como sala de lectura, se utilizará como sala de reuniones, talleres, etc.

El antiguo jardín del local anterior que se encuentra en la parte posterior del terreno, se convirtió en una gran zona multiusos, con piso de cemento y un techado con una estructura ligera bastante alta, que permite que en verano corra el viento libremente.

Esta área es una de las utilizadas del centro, por su gran tamaño, permite que se aproveche para clases de taichí, baile, gimnasia y otras actividades físicas durante la mañana. Al medio día se convierte en comedor, por la tarde sirve para realizar distintas actividades y para las fiestas que se organizan con motivos especiales.

Alrededor de ella se encuentran la mayoría de los talleres artísticos y musicales, que son pequeños salones con iluminación natural, así como los Servicios de podología, reflexología, masajes, cafetería y cocina.



Espacio público: zona de baile

Una de las principales ventajas de este centro es su ubicación, por encontrarse en un área tranquila que permite que los inscritos realicen paseos por la zona o por el parque, el Olivar que queda a pocas cuadras, o que hagan uso de los jardines, en el caso de ser necesario.



← **Espacio público: zona de gimnasia.**

Centro Geriátrico Burier.

Localización: Montreux. Suiza **Finalización:** 2012 **Superficie:** 7.254 m²

El edificio de acceso se sitúa sobre la traza de antiguo centro construido en 1908, y recupera la entrada frontal y perpendicular a la calle. Se favorece el uso de materiales claros combinados con madera, para que contrasten con la pizarra utilizada en el edificio de habitaciones. Este volumen alberga el vestíbulo y un espacio a doble altura, de paso para usuarios y visitantes, que une la planta baja con la primera. El área se ilumina de forma natural gracias a patios interiores, que suavizan las zonas de sombra. El volumen de acceso conecta el bloque de 1984 con el nuevo bloque de habitaciones a través de dos pasos acristalados en varias alturas.





Una casa sana y acogedora

Nuestra propuesta para la ampliación de una residencia geriátrica en Montreux, Suiza, para residentes con y sin necesidades especiales, consiste en reemplazar el más antiguo de los dos edificios existentes por una ampliación que permite aumentar en un 200% el número de camas.

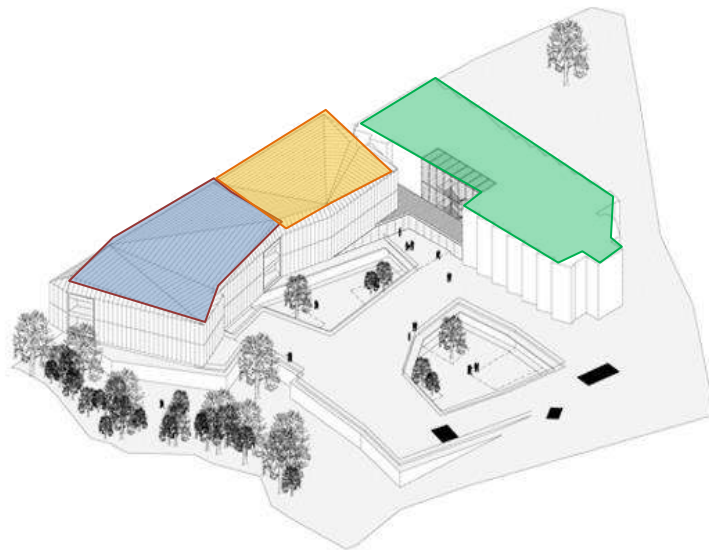
"El Jardín Secreto" crea jardines en dos niveles distintos, unos situados en la parte inferior de excavación y otros en la superior, aprovechando la inclinación natural del terreno.

La planta inferior está pensada para residentes con Alzheimer y síndromes parecidos, que afectan a su orientación (dep. de psicogeriatría). Esta planta se divide en dos grupos, cada uno de ellos dispone de dormitorios situados alrededor de un gran jardín. Así los residentes tienen la libertad de salir fuera sin peligro. La cubierta de esta planta forma parte del jardín de la planta baja.

En la planta baja se sitúa el programa público, con acceso directo al jardín. Se caracteriza por su gran transparencia. En la primera y segunda planta se encuentran las habitaciones del resto de los residentes (dep. de geriatría), con vistas a todos los jardines. También cuentan con un acceso rápido a la planta baja y al jardín.

PROGRAMA

Todas las habitaciones disponen de un porche de entrada personalizado, para encuentros espontáneos entre los residentes.



Contenedor 1.- áreas de rehabilitación, salas múltiples y terapia física

Contenedor 2.- atención médica, recepción, caja, consultorios y salas de análisis clínicos.

Contenedor 3.- área administrativa, recepción, auditorio, administración, baños, cafetería.

SOSTENIBILIDAD

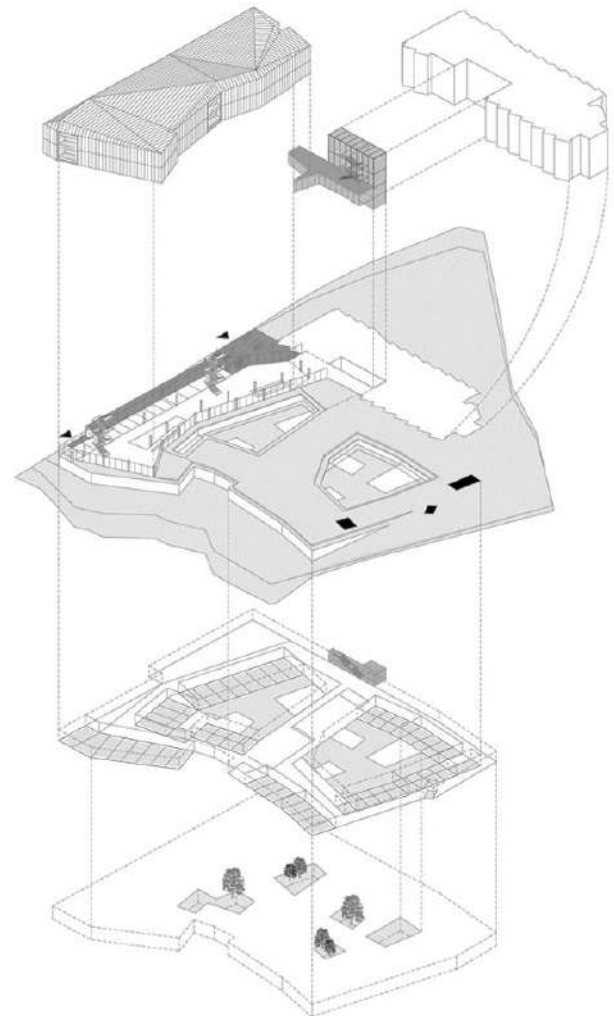
Para obtener el mejor aislamiento térmico posible, se propone realizar las dos plantas de Geriatría con Paneles Térmicos Estructurales, que cuentan con el mejor valor de aislamiento y resistencia al viento y permiten una gran velocidad de construcción. Las carpinterías son de madera FSC con triple acristalamiento. La fachada y la cubierta están acabadas en madera FSC sin tratar; una fachada aislante que no requiere mantenimiento.



- ORGANIGRAMA

La planta baja tiene una fachada acristalada, con el fin de obtener la máxima transparencia en las zonas más públicas. Las áreas más cerradas se construyen mediante Paneles Térmicos Estructurales, con un acabado de cristal lacado y ventanas practicables. Las zonas públicas que dan al jardín cuentan con una fachada de perfiles Schüco y carpintería de paneles correderos con triple acristalamiento.

La planta inferior, para los residentes de psico-geriatría, se construye en hormigón prefabricado y con una cubierta ajardinada aislante.



Centro Del Adulto Mayor, Cam Barranco (Lima –Perú)



Fachada principal

El CAM de Barranco, igual que el de San Isidro, pertenece a ESSALUD y funciona desde hace 18 años, tiene inscritos más de 3400 Adultos Mayores, pero únicamente hay alrededor de 400 que participan a activamente.

El local donde funciona este centro es una casona barranquina de casi 100 años de antigüedad de adobe y quincha con techos de madera de 680 m² aproximadamente.

Que fue, hasta 1990 una vivienda particular, luego pasó a ser propiedad del seguro social, el que destinó su uso como club de jubilados, que después pasaría ser denominado centro del adulto mayor, CAM.

A pesar de ser destinado para este nuevo uso, se realizó un reforzamiento del sistema estructural, cambio del sistema eléctrico y sanitario y mejoras, como pintura, algunos acabados, nunca se acondicionó específicamente para adultos mayores, encontrando múltiples deficiencias.

Actualmente, el segundo piso se encuentra en desuso, porque después del último terremoto en el mes de agosto del año 2007 las estructuras colapsaron y Defensa Civil declaró inhabitable, la mayoría de los ambientes como salones de manualidades, pintura y biblioteca quedaron en desuso.

Existe también dos salones multiusos amplios, donde se desarrollan la mayoría de las actividades, como bisutería, arte, pintura, reflexión cristiana, entre otras, ambos tienen poca iluminación natural.



En el primer piso hay un patio de ingreso que distribuye al comedor, al hall de ingreso y al área administrativa, cada uno de estos accesos con un escalón, sin rampas ni barandas.



En la parte posterior del local, hay un patio techado con calamina, que funciona como ambiente para actividades físicas, yoga, bailes, teatro, este ambiente tiene dos niveles, originalmente eran terraza y patio, con una escalera de tres pasos que los conecta, no existen rampas.

Los baños están en malas condiciones y no cuentan con barandas de ayuda.



El ambiente de podología, peluquería y tóxico, se encuentra en mal estado, con mala iluminación y para su ingreso se debe pasar por un obstáculo de cemento tipo bache.

El comedor brinda un menú diario, éste no es regulado por ningún nutricionista y quien decide el menú es la asistente social coordinadora del centro, teniendo mucha acogida este servicio.

Las mayores necesidades de este centro son: falta de rampas, lo que dificulta a los inscritos subir peldaños empleando mucho esfuerzo, falta de barras de seguridad y ayuda en los baños, ambientes con poca iluminación, pisos de loseta, fríos y resbaladizos, pisos de patio en mal estado con roturas, falta de ambientes poco acogedores.

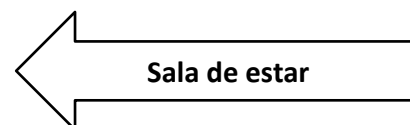
Residencia Privada Para Adultos Mayores-La Molina (Lima-Perú).

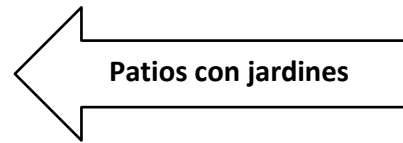
En esta residencia los adultos mayores viven distintos a los demás centros antes expuestos.

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

Se encuentra ubicada en La Molina, en un área de aproximadamente 600 m² dividida en dos pisos, lo que están comunicados por un ascensor y escaleras, así mismo por varios tragaluces que, además de dar una buena iluminación a ambos pisos, permiten una mayor integración entre ambos y ayudan a que el personal esté bien comunicado.

En el primer piso, cuenta con una sala, un comedor, una pequeña cocina, una terraza y un pequeño jardín, área para el personal de enfermería y once habitaciones, algunas dobles y otras personales, cada habitación cuenta con un baño privado.





Los usuarios pueden usar en sus dormitorios sus objetos y mobiliario personal a fin de que se sientan a gusto, identificados en un espacio suyo, los pasillos están decorados con fotografías de los adultos mayores, con sus familias y en paseos realizados.

Los ambientes son cálidos, con buena iluminación y ventilación.

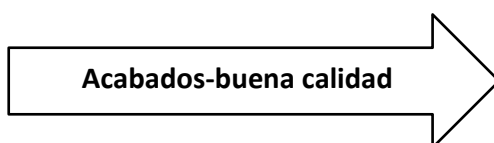
En los baños hay barras de seguridad y, los inodoros tiene accesorios que permiten que la tasa sea más alta, para los adultos mayores no tengan la necesidad de agacharse tanto.

En el segundo piso, se encuentran una sala, un comedor, una pequeña cocina, una lavandería, 10 habitaciones personales y dobles y, un área aparte denominada U.C.I. donde se encuentran pacientes que requieren un cuidado especial, estos pacientes son de edad muy avanzada, que no tienen mucha conciencia de su entorno además, se alimentan por sonda o en su habitación y no se levantan de sus camas.

Esta área no recibe muchas visitas y está apartada, cuenta con buena iluminación y ventilación y un diseño y acondicionamiento favorable.

Los pisos trabajan independientemente, cada uno tiene su propio ambiente social y área de cocina y alimento para comodidad de los residentes, en vista que la mayoría se movilizan difícilmente.

La función principal de la residencia, es brindarles a los usuarios una calidad de vida y un ambiente familiar, para que puedan vivir sus últimos años dignamente.



Centro Geriátrico Santa Rita-Baleares-España

Diseñado por el arquitecto Manuel Ocaña, este centro cuenta con 5990.00 m² de área construida y 6200.00 m² de área libre y fue inaugurado en el mes de enero del año 2009.

La idea principal para este proyecto fue lograr un centro geriátrico de una sola planta que no diera la idea de un hospital, donde no existen pasillos y en la cual todas las habitaciones tuvieran acceso directo hacia un jardín.

Estos jardines se encuentran en el perímetro y las habitaciones funcionan como un gran espacio de circulación al aire libre al que los proyectistas denominan poli atmosféricos, en él se plantean sucesos que pueden excitar los sentidos y evita el tedio que podría generar un centro geriátrico.



Utilización del color, en los techos como en elementos de señalética y paredes, ayuda a crear diferentes atmósferas sensaciones en las distintas áreas libres o jardines de circulación, donde el usuario elige por donde circular y donde quedarse según sus sentidos, convirtiéndose así en actor y no únicamente espectador de la arquitectura.

Este centro geriátrico fue diseñado teniendo en cuenta los criterios de diseños como una buena iluminación, distribución dinámica, distribución en un solo nivel.

Las habitaciones cuentan con baño propio y dos ingresos, uno llega al área libre o jardín de circulación y el otro a una amplia área de circulación techada.

Pasadizos diferenciados por colores





Espacios diferenciados por colores y alta tecnología



Piscina terapéutica para el adulto mayor

Se puede construir un centro geriátrico que no parezca un hospital, sin pasillos, sin barreras arquitectónicas, en una sola planta. En el que todas las habitaciones tengan acceso directo desde, y hacia, un gran jardín-lobby. Además de acceso directo hacia, y desde, las zonas comunes.

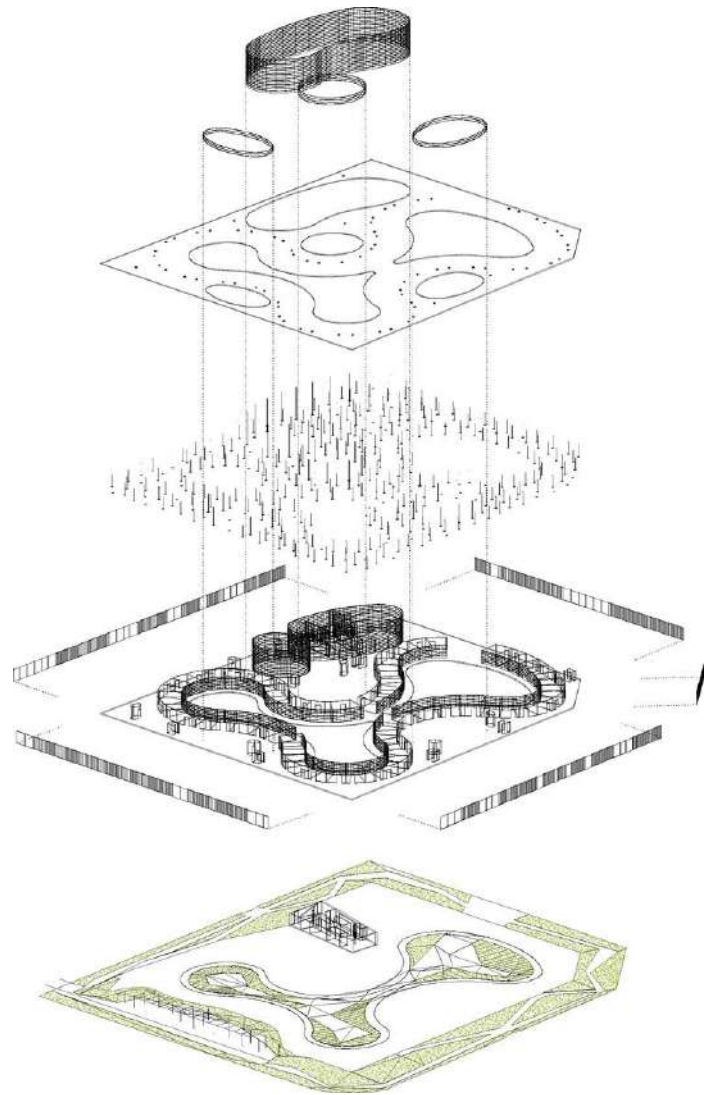


Podemos proporcionar accesibilidad integral, autonomía física, seguridad psíquica, y respeto a la intimidad individual. Y facilitar, al máximo, el acceso de visitantes.



Entre área residencial y el perímetro recto exterior del edificio, se genera el espacio-circulación. Es un espacio abierto, interconectado, fluido, plano y poco habitual, que alberga usos de programa y circulación a la vez. Recorrer el edificio significa atravesar el mismo espacio, no pasar de un espacio a otro por puertas o corredores.

Es un espacio único, donde se puede ir de A a B sin hacer necesariamente el mismo recorrido. Pero, además, el espacio-circulación es poli atmosférico y se proyecta como un espacio de sucesos que pueda excitar los sentidos y paliar la desorientación y el tedio espacial que se puede tener en un Centro Geriátrico. La señalética de las pinturas del techo y un código de colores aplicado a programas y a cerramientos según la orientación geográfica, son apoyos materiales a este concepto de la poliatmósfera.



Extrusión constructiva

Se plantean tres áreas con tres gamas de colores, correspondientes a los tonos que filtran los policarbonatos.



Todo este menú de atmósferas cambiantes densidad y de intensidad lumínica permite al usuario un amplio catálogo de posibles decisiones en cuanto al por donde ir y al donde quedarse. Pero lo más destacable es que se consigue mejorar el ambiente de los usuarios desde un sentido centrífugo de la arquitectura. Es decir una arquitectura donde el usuario es actor y no mero espectador. Una arquitectura que se genera desde el espacio interior evitando intencionadamente su representación en unas fachadas (que en este caso no son nada más que meros cerramientos), o en unos acabados supuestamente más dignos, trendis o convencionales.



Planta general



Vistas



2.2.- Bases Teóricas.

“Se denomina edificación de salud a toda construcción destinada a desarrollar actividades cuya finalidad es la prestación de servicios que contribuyen al mantenimiento o mejora de la salud de las personas de adulto mayor”

Estos tipos de edificaciones, deben de verse como un organismo de atención a las personas y como un espacio físico, que dentro de una demanda indeterminada y compleja, va a albergar y solucionar las necesidades reales del adulto mayor.

2.2.1.- Paradigmas filosóficos y metateóricos.

Nuevos paradigmas en el cuidado del adulto mayor donde buscan tener una buena calidad de vida saludable.

Donde veremos teorías de desarrollo sostenible en la actualidad:

□ Teoría del Desarrollo Sustentable:

En su sentido más amplio, la estrategia para el desarrollo sustentable tiende a promover las relaciones armoniosas de los seres humanos entre sí y entre la



humanidad y la naturaleza. La consecución de un desarrollo sustentable requiere de unos objetivos. Tener en una edificación con mayor porcentaje de área libre para jardines donde el adulto mayor pueda sentirse cómodo.

□ Organización Panamericana De La Salud (Ops):

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) es un organismo internacional de salud pública con casi 100 años de experiencia dedicados a mejorar la salud y las condiciones de vida de los pueblos de las Américas. Goza de reconocimiento internacional como parte del Sistema de las Naciones Unidas, y actúa como Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.

2.2.2.- Teorías generales y sustantivas de la arquitectura y el urbanismo.

Teoría de La Discapacidad general:

Con relación al tema de la discapacidad La organización mundial de la Salud en el año de 1980, publico la clasificación Internacional de Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías (CIDDM) donde se habla de tres términos: deficiencia, discapacidad y minusvalía, cada uno refiriéndose a una situación específica del estado o condición física, psicológica y/o social de la persona.

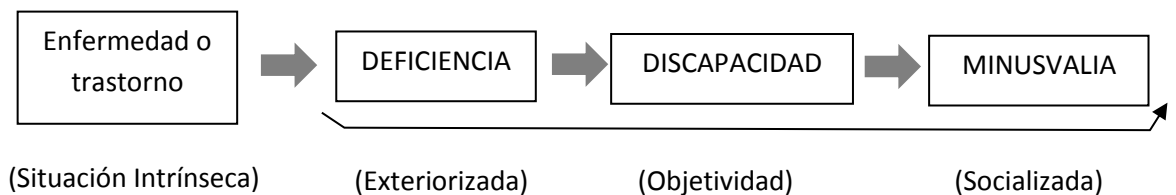
En el año 2001 se hace una nueva publicación con el nombre de "clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud. (CIF)" en el que se utiliza el término de Discapacidad para abarcar todos los términos de la publicación anterior (CIDDM).

Deficiencia.- Según la CIDDM, se denomina como deficiencia a la pérdida o anomalía de una estructura o función, sea esta psicológica, fisiológica o anatómica, que pueda ser temporal o permanente. Un ejemplo de esto es la carencia por extracción de un miembro u órgano del cuerpo, sea por causa de una enfermedad o accidente. Las deficiencias se clasifican en tres: físicas (personas con apuntaciones, malformaciones, que necesitan ayuda técnicas para llevar una vida normal), Psíquicas (personas con enfermedades y trastornos mentales) y Sensoriales (relacionado con el sentido de ver, oír y el habla).

Discapacidad.- Según la CIDDM, se denomina como discapacidad a la restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad rutinaria en la forma que se considera normal para el ser humano de las cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos. Las discapacidades se clasifican en dos:

- **Motriz o Locomotora.-** Limitación o ausencia de movimientos independientes y/o autónomos.
- **Sistema de Comunicación.-** Limitación o ausencia del lenguaje o audición.
- **Visual.-** Limitación y ausencia de la vista.
- **Discapacidad Mental.-** Limitación y ausencia de la función o coordinación mental.

Minusvalía.- Se hace referencia a la existencia de barreras para el individuo, como consecuencias de una deficiencia o discapacidad. La minusvalía se puede dar por el rechazo de la sociedad, barreras arquitectónicas, discriminación y cualquier aspecto social que menosprecie al individuo por su enfermedad.



Según el **CIF** Clasificación Internacional de Funcionamiento de Discapacidad y Salud, la discapacidad se divide en cuatro dimensiones:

- Funciones Corporales.- Son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales, incluyendo funciones psicológicas. Con “cuerpo” nos referimos al organismo humano como un todo y por tanto incluye la mente en la definición (CIF-2001).
- Estructura Corporales.- Son las partes anatómicas o estructurales del cuerpo como órganos o miembros, y sus componentes clasificados en relación con los sistemas corporales (CIF-2001).
- Participación.- Es el acto de involucrarse en una situación vital (CIF 2001).

- Actividad.- Es la realización de una tarea o acción por una persona. Representa la perspectiva del individuo respecto al funcionamiento (CIF-2001).
- Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad.-

Se trata del primer instrumento amplio de derechos humanos del siglo XXI y la primera convención de derechos humanos que se abre a la firma de las organizaciones regionales de integración. Señala un "cambio paradigmático" de las actitudes y enfoques respecto de las personas con discapacidad. Fueron aprobados el 13 de diciembre de 2006 en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York, y quedaron abiertos a la firma el 30 de marzo de 2007.

- Organización mundial de la salud: La OMS es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas. Uno de los asuntos que abordaron los diplomáticos que se reunieron para crear las Naciones Unidas en 1945 fue la posibilidad de establecer una organización mundial dedicada a la salud.

La Constitución de la OMS entró en vigor el 7 de abril de 1948, fecha que conmemoramos cada año mediante el Día Mundial de la Salud.

Es la responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales.

En el siglo XXI, la salud es una responsabilidad compartida, que exige el acceso equitativo a la atención sanitaria y la defensa colectiva frente a amenazas transnacionales.

□ Teorías de la discapacidad del adulto mayor.-

❖ **La Discapacidad Motriz**

La discapacidad motriz constituye una alteración de la capacidad del movimiento que afecta, en distinto nivel las funciones de desplazamiento, manipulación o respiración, y que limita a las personas en su desarrollo personal y social. Ocurre cuando hay alteración en músculos, huesos o articulaciones, o bien, cuando hay daño en el cerebro que afecta el área motriz y que le impide a la persona moverse de forma adecuada o realizar movimientos finos con precisión. La Discapacidad motriz se clasifica en los siguientes trastornos

❖ **Trastornos físicos periféricos**

Afectan huesos, articulaciones, extremidades y músculos. Se presentan desde el nacimiento (por ejemplo: en algunas malformaciones de los huesos), o bien, son consecuencias de enfermedades crónicas, algunos accidentes o lesiones en la espalda dañan la médula espinal e interrumpen la comunicación de las extremidades (brazos y piernas) hacia el cerebro y viceversa.

❖ **Trastornos Neurológicos**

Significan el daño originado en el área del cerebro (corteza motora cerebral) encargada de procesar y enviar la información de movimiento, y en el uso, sensaciones y control de ciertas partes del cuerpo. Los más comunes son la parálisis cerebral, los traumatismos craneoencefálicos y los tumores localizados en el cerebro.

❖ **Adulto Mayor**

El adulto mayor se ha convertido, en las últimas décadas, en un grupo etario de alto crecimiento demográfico. El envejecimiento suele definirse como un proceso biológico caracterizado por una

relación inversamente proporcional entre la funcionalidad y la vulnerabilidad que se desarrollan progresivamente.

El envejecimiento normal produce cambios corporales generales y modificaciones específicas en distintos órganos y sistemas. Todos estos cambios conducen a un deterioro en la capacidad de adaptación de individuo que se pone francamente de manifiesto ante las situaciones de estrés (Jáuregui y Kaplan 2007). Entre las alteraciones funcionales que suelen afectar a los adultos mayores encontramos a los gigantes de la geriatría definidos como: inmovilidad, incontinencia, iatrogenia, inestabilidad postural y deterioro intelectual.

❖ **Calidad de vida.**

Las investigaciones sobre la calidad de vida en el anciano han estado orientadas frecuentemente a la evaluación de la funcionalidad, entendida como la discapacidad que tiene la persona de desarrollar actividades cotidianas, atenderse a sí mismo y desarrollarse en el medio familiar y comunitario (Pérez y García 2002).

La relación entre calidad de vida y la salud de envejecimiento, según León y Alfonso (2003), mencionan que las personas de edad padecen proporcionalmente más enfermedades crónicas. La utilización de los servicios de salud es mayor en este grupo poblacional. Otra característica importante de la relación salud – envejecimiento es la discapacidad y el concepto de función. Resulta evidente que la discapacidad aumenta con la edad, y por ello, disminuye la autonomía del anciano, aumentando su dependencia de la familia. Pero a su vez, es cierto que “la calidad de vida del anciano está determinada más por funcionalidad y la capacidad de permanecer independiente, que por la gravedad de una enfermedad determinada”, “la mayoría de los ancianos acepta

su proceso de envejecer siempre que sea con autonomía y control de situaciones.

La pérdida de funcionalidad motora del adulto mayor se refiere precisamente a la incapacidad, total o parcial, de realizar las actividades básicas e instrumentales, comienzan a incrementarse. Por ello la pérdida de funcionalidad motora en el adulto obliga a la utilización de elementos como bastones, andadores, silla de ruedas y otros implementos; la pérdida de la funcionalidad cognitiva las lleva a ser más dependientes de otras personas para así lograr comunicarse con el entorno. Del mismo modo, la pérdida de funcionalidad, en general, hace aumentar las probabilidades que la personas tenga accidentes domésticos graves y patologías complejas.

❖ **Rehabilitación**

Es el conjunto de medidas sociales, educativas y profesionales destinadas a restituir al paciente minusválido la mayor capacidad e independencia posibles y como parte de la asistencia médica encargada de desarrollar las capacidades funcionales y psicológicas del individuo y activar sus mecanismos de compensación, a fin de permitirle llevar una existencia autónoma y dinámica. La especialidad médica que se dedica a la rehabilitación en salud es la medicina física y rehabilitación que se define como la especialidad médica a la que concierne el diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de la incapacidad encaminados a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posibles.

❖ **Medicina de Rehabilitación**

Es la especialidad médica que brinda prestaciones de salud de rehabilitación integral a las personas con discapacidad o en riesgo de ello.

❖ **Fisioterapia**

Consiste en apelar a elementos naturales o acciones mecánicas, como movimientos corporales y ejercicios físicos. Se caracteriza por buscar el desarrollo adecuado de las funciones que producen los sistemas del cuerpo, donde su buen o mal funcionamiento repercute en la cinética o movimiento corporal humano. En conclusión, la fisioterapia no se puede limitar a un conjunto de procedimientos o técnicas.

❖ **Centro de rehabilitación**

Institución donde se prestan tratamientos y se forma en rehabilitación. El centro puede ofrecer terapia ocupacional, fisioterapia, formación profesional y técnicas especiales, como la logoterapia.

❖ **Terapia Física**

Puede definirse como el tratamiento de pacientes con lesiones o pérdida de una parte del cuerpo, utilizando agentes físicos como el calor, frío, luz, electricidad, agua y movimiento, a fin de preservar la máxima movilidad y el alivio del dolor.

Esta forma de tratamiento es útil para los pacientes con enfermedades ortopédicas, neurológicas, degenerativas, en el pre y postoperatorio de enfermedades, para los que sufren parálisis cerebral, lesiones de nervios periféricos o de la medula espinal, enfermedades cerebrales, amputaciones, accidentes, lesiones deportivas, o para personas que sufran de algún malestar del sistema musculo esquelético, como podría ser un desgarro, esguince o contractura.

Los objetivos de la fisioterapia dependen de la enfermedad a tratar, si bien muchos factores influyen en la decisión del tipo de fisioterapia que se usará.

El campo de trabajo de la Terapia Física es amplio y variado.

La Fisioterapia se fundamenta en bases científicas para brindar al paciente un adecuado tratamiento que le sea eficaz para el saneamiento de aquello que este aquejando su salud.

❖ **Fisiatra**

El médico especializado en medicina física y rehabilitación recibe el nombre de fisiatra, es una especialidad médica que se ocupa de la restauración de las capacidades perdidas a causa de una enfermedad, trastorno o lesión. El Fisiatra actúa a nivel de enfermedades en fase aguda, crónica y secuela, tratando y evitando complicaciones a nivel del aparato musculo esquelético y visceral, fundamentalmente aquellos derivados del síndrome de inmovilización y procesos deformantes musculo esqueléticos.

❖ **Fisioterapeuta**

Es aquel profesional que está capacitado para ejecutar las labores de Electroterapia, hidroterapia, mecanoterapia, colocar vendas funcionales y la crioterapia.

- El fisioterapeuta es un profesional que debe estar capacitado y autorizado para evaluar, examinar, diagnosticar, y tratar, las deficiencias, limitaciones funcionales y discapacidades de sus pacientes y clientes.
- Determinar un diagnóstico que guiará el futuro del paciente.
- Proporcionar las intervenciones de terapia física necesarias para lograr las distintas metas y resultados.

❖ **Terapia ocupacional**

Según la OMS, la terapia ocupacional es el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple las deficiencias

incapacitantes y valora los supuestos del comportamiento para conseguir mayor independencia y una reinserción posible del individuo a la sociedad en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social.

Según la terapia ocupacional para que la rehabilitación funcione, no solamente se necesitan ejercicios físicos, sino también una ayuda para participar en las ocupaciones que el paciente valora. El paciente necesita saber y aprender cómo se puede reincorporar a la sociedad, teniendo control propio sobre sus movimientos para seguir con una vida normal, movilizándose de un lugar a otro, practicando deportes, trabajando, etc.

❖ **Electro terapia**

Según un estudio del "Centro de rehabilitación física de Cuba", este tipo de rehabilitación con electro magnetismo es uno de los mejores para la recuperación de un paciente con el fin de que los músculos sin funcionamiento reaccionen a través de unas descargas eléctricas.

❖ **Mecanoterapia**

Es la utilización terapéutica e higiénica de aparatos mecánicos destinados a provocar y dirigir movimientos corporales regulados en su fuerza, trayectoria y amplitud. El uso de la Mecanoterapia se puede aplicar tanto para aumentar las resistencias como disminuirlas e incluso, para realizar movilizaciones pasivas o auto pasivas. Según (INR).

❖ **La psicoterapia:**

Los programas de preparación psicológica consisten en la planificación de un conjunto de actividades, que incluyen la utilización de una serie de instrumentos y técnicas pudiendo ser realizadas antes, durante y después del periodo de hospitalización con el objeto de incrementar el sentimiento de

bienestar en el paciente y por lo tanto la adaptación a la situación además considerar diferentes aspectos que puedan influenciar en el desarrollo del paciente.

□ Técnicas con imágenes:

La técnica de distracción consiste en que el adulto mayor imagine y se centre en alguna escena de carácter agradable o relajante. Su objetivo es reducir la ansiedad o estrés que amanece con la salud del paciente.

• Técnica de Relajación:

La técnica de relajación se puede enseñar a pacientes con métodos tradicionales basados en la relajación muscular. El entrenamiento en relajación consiste en diferenciar puntos de tensión en diversos grupos musculares del cuerpo mediante ejercicios de tensión y relajación. El objeto es reducir la ansiedad del paciente adulto mayor.

❖ **Hidroterapia**

Es un tratamiento en aplicación externa como vehículo de calor y frío; y también de acción mecánica. Los pacientes son gentilmente tratados con agua en diferentes modalidades y técnicas como son Lavados, aficiones, compresas y fomento, baños, masajes subacuáticos, tanques, piscina y natación. Según el (INR).

Existen otros ejercicios aparte de la terapia que ayudan a la recuperación del paciente como por ejemplo:

- Yoga, practicarlo ayuda como terapia para la rehabilitación motriz, ya que enseñan técnicas de respiración sean (diafragmática, intercostal, clavicular, circular, completa, cuadrada, y yóguica). Con los diversos tipos de yoga, las personas con discapacidad pueden llegar a la meditación, aportando un beneficio para su salud física y mental. Si el paciente se siente bien, ayuda a que su cuerpo también lo esté,

relajar el cuerpo permite que se le puedan inducir otro tipo de ejercicios que ayudan a la rehabilitación.

- Taichí, esta disciplina se centra en la respiración, el cuerpo debe estar relajado para solamente usar los músculos que se necesitan en ese momento y no tener el problema del estrés, con solo estos movimientos se ayuda al cuerpo a mejorar y prevenir algunas enfermedades como, problemas cardíacos, dolores de cuerpo tras una caída o accidente, derrames cerebrales (muy a parte de los ejercicios comunes de rehabilitación como la electroterapia).
- Natación, este deporte ayuda a las personas con discapacidad, ya que es un ejercicio completo para brazos y piernas, con movimientos suaves. En el agua el cuerpo tiene más movimiento y más soltura para que los ejercicios no sean tan cansados, a parte que ayuda a tener una buena postura, esto hace que las personas no sufran de problemas de la columna, dolores de cabeza o brazos.
- Horticultura terapéutica, Es el uso de las plantas y del medio ambiente para mejorar la salud integral y el estado de ánimo de las personas, apoyando a su rehabilitación. Las plantas son capaces de elevar la autoestima, aliviar la depresión, relajar, mejorar las funciones motoras, la concentración, la motivación, la tolerancia al trabajo; y la destreza manual de quienes la manipulan. El objetivo principal de la horticultura es el de promover el más alto grado de independencia posible.
- Naturaleza y Rehabilitación.-

La naturaleza es un medio que contribuye a la reinserción del paciente al mundo externo. Estudios realizados en la Asociación de Ciencias Psicológicas de los Estados Unidos, afirman que el contacto con la naturaleza es muy importante en las terapias de rehabilitación de una persona discapacitada, ya que se ha demostrado que los entornos verdes favorecen al bienestar psicológico, físico y a la etapa de recuperación física de los pacientes.

Por lo tanto, es de suma importancia introducir zonas verdes al proyecto sin la necesidad de aislar a los pacientes de

la ciudad, ya que el Núcleo Urbano consolidado les recuerda a los pacientes que no están siendo marginados.

- Jardines de Rehabilitación:

Son espacios al aire libre, donde se desarrollan actividades físicas que ayudan a la rehabilitación, desarrollo y progreso físico de los pacientes.

Como beneficios secundarios, estos espacios van a estimular los sentidos y van a reducir el nivel de stress por el hecho de estar internado en un hospital por un tiempo considerado.

Para el diseño de los Jardines de Rehabilitación se va contar con los siguientes espacios.-

- Contar con áreas para el desarrollo de actividades físicas, donde haya el equipamiento necesario para la realización de las terapias, como por ejemplo la bicicleta, los escalones, las pelotas, etc.
- Espacios para la meditación, para la reducción del estrés.
- Tener actividades como jardinería o horticultura que van a ayudar a la recuperación del paciente.
- Sitios que promuevan la autonomía y que les permita reaccionar independiente, como por ejemplo largos paseos peatonales, donde el paciente pueda transitar sin depender de alguna persona.
- Contar con áreas de sociabilización, donde se puedan relacionar tanto con los pacientes como con los familiares.
- Pisos y circuitos con un mínimo de 1.80m de ancho, bordes bien definidos, al igual que los ingresos y las salidas.

- ❖ **De Arquitectura**

El Espacio Público

Los espacios públicos (E.P) son importantes para la integración, intercambio, pertenencia, descanso y renovación de las personas, debido a que están creados para el encuentro social y se encuentran equipados con un diversa gama de actividades colectivas que animan, inspiran y promueven una comunidad vital y

dinámica, que de estas depende la calidad de vida de todos los ciudadanos.

- Es estimular la identificación simbólica, la expresión y la integración cultural.
- No basta simplemente con crear espacios que permita a la gente ir y venir. También deben haber condiciones, favorables para deambular y entretenerse en espacios, así como, participar en un amplio abanico de actividades, sociales y recreativa.

❖ **Arquitectura Paisajista**

La El paisaje se construye, además de pintarlo y estudiarlo científicamente. Las consideraciones paisajísticas parecen más directas en el medio natural que en la ciudad. El paisaje y el medio ambiente constituyen una doble posibilidad para la ciudad un sentido estético o bien un carácter saludable.

❖ **El color en la Arquitectura**

Los estudios psicológicos y clínicos indican que la selección apropiada de los colores en los espacios tiene consecuencia en los pacientes, aumenta el rendimiento de los empleados y disminuye los riesgos de acciones.

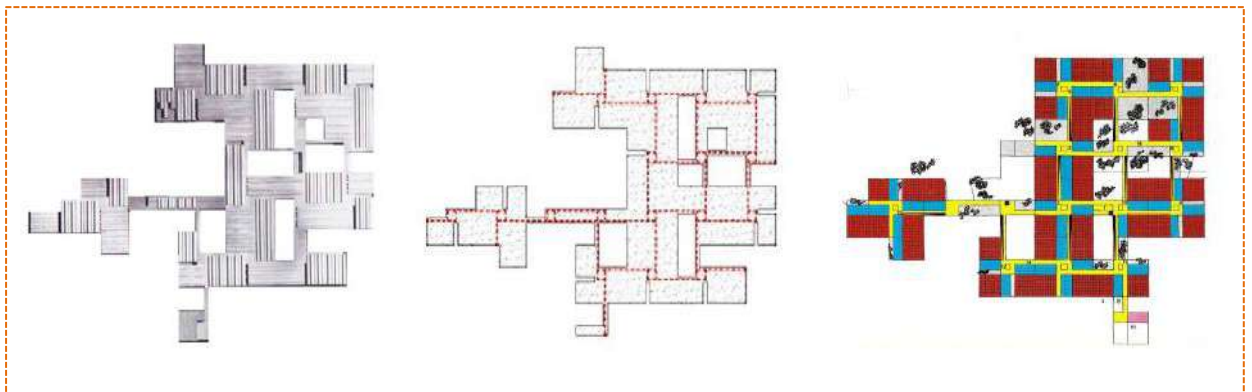
Una proporción muy elevada de nuestras impresiones llega a través de los ojos, es natural que el color ejerza una importante influencia sobre nuestro espíritu.

Teoría Arquitectónica MAT-BUILDING

A finales de la década de los 50 y a lo largo de los años 60, en las reuniones del Team X comenzaron a debatirse novedosos sistemas o estructuras urbanas que planteaban conceptos como la integración, la extensión de los edificios en horizontal, la no monumentalidad o la flexibilidad.

- Arquitectura entendida como un tapiz, como una malla. (Sistema modulado).

- Son Edificios de baja altura y alta densidad.
- Espacios homogéneos y con un grado de neutralidad suficiente como para que sean capaces de asumir distintos usos.
- Adaptabilidad y capacidad de crecer o decrecer, creando espacios tanto abiertos (vacíos) como cerrados (construidos). Son estos vacíos o patios los que estructuran la trama, dividen usos o se convierten en extensiones de los espacios interiores, son los que oxigenan, dan vida y proporcionan flexibilidad.
- Máxima interconexión y asociación de las partes.
- Favorecen el intercambio del edificio con la ciudad y el paisaje.
Creación de espacios sociales.



HOSPITAL DE VENECIA (1964-65) Le Corbusier

2.2.3.- Teorías Locales.

Las teorías del envejecimiento se refieren al proceso de envejecimiento primario, que implica los cambios graduales e inevitables relacionados con la edad que aparecen en todos los miembros de una especie.

Teoría de cambios del envejecimiento.-

Médico, Holguín (2008) cuba

Las teorías del envejecimiento se refieren al proceso de envejecimiento primario, que implica los cambios graduales e inevitables relacionados con la edad que aparecen en todos los miembros de una especie. Este

tipo de envejecimiento es normal y sucede a pesar de la salud, el estilo de vida activo y el carecer de enfermedades. La vejez no es una enfermedad: es un estado de graduales cambios degenerativos, de lento desgaste, pero no es una enfermedad ni tiene que venir acompañada de dolores ni angustias. Hay enfermedades propias de la vejez, lo mismo que hay enfermedades propias de la infancia; pero eso no quiere decir que la infancia sea una enfermedad, como tampoco es la vejez.

KUBLER (1969)

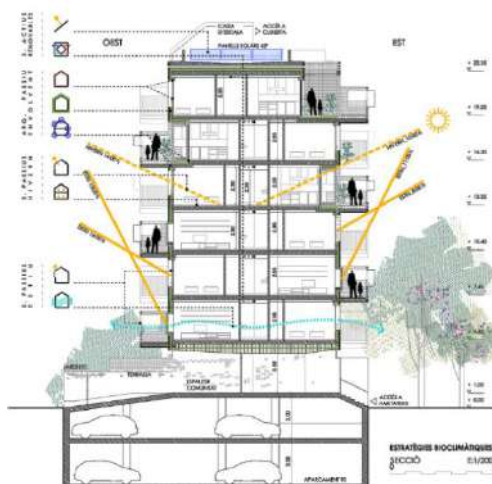
Dividió en cinco estadios la conducta y los pensamientos de las personas que se encuentran en la etapa de la adultez tardía:

- Negación y aislamiento
- Rabia.- resentimiento, ira y envidia
- Negociación.- esperanza de que la muerte puede retrasarse de alguna manera
- Depresión.- dolor preparatorio, persona callada, rehúsa las visitas.
- Aceptación.- sensación de paz aceptación de su destino.

2.3.- Definición de Términos Básicos.

2.3.1.- Conceptos referidos al tipo de intervención urbano-arquitectónica.

El Nuevo Urbanismo.-



ALTURA. EFICIENCIA METABÓLICA
 SUPERFICIE. HABITABILIDAD
 SUBTERRÁNEO. FUNCIONALIDAD



El nuevo Urbanismo o urbanismo de los tres niveles, uno de los instrumentos de ordenación del Urbanismo Ecológico, proyecta tres

planos con el mismo detalle ya la misma escala que los urbanistas actuales proyectan el plan urbanístico en superficie. Proyectar un plano en altura y un plano del subsuelo, aparte del plano en superficie, permite que el conjunto de variables que atienden a los retos actuales puedan ser plasmadas de una manera o de otro. Tres planos a escala urbanística (no a escala arquitectónica y/o proyectual), proyectados en horizontal.

Urbanismo de los tres niveles (Superficie).-

El urbanismo de tres niveles (superficie, altura, subsuelo) es un tipo de ordenación urbana en la cual se organizan de manera integral el espacio edificado, las infraestructuras de abastecimiento y el espacio público. Esto se traduce en una serie de soluciones que potencian las posibilidades de cada nivel para conseguir una mayor autosuficiencia, funcionalidad y habitabilidad del medio urbano. En este caso se aborda el potencial del nivel de superficie en el conjunto del esquema.

➤ Globalización de la Arquitectura.-

Históricamente la arquitectura siempre ha sido utilizada como un ícono gracias a sus ideales, valores y poder de expresión. Esto facilito la difusión de la arquitectura como un objeto cargado de simbolismo representante de poder, de sabiduría de riqueza.

Pero no fue hasta el movimiento moderno que la arquitectura compartió con la globalización sus ambiciones globales de llevar a todo el mundo el poder de la innovación, del progreso, la tecnología, racionalización, el fin de la tradición y el desapego a la historia y la tradición.



2.3.2.- Conceptos referidos al tipo de equipamiento a proyectar.

A. Equipamiento:

Conjunto de elementos físicos espaciales que son necesarios para el desarrollo de un área poblada que lo hacen habitable. A través de estos se satisfacen las diversas necesidades, teniendo características específicas de alcance, formas, usos, etc., que los diferencian, permitiendo que se desarrollen y consolide la ciudad.

B. Clínica :

El clínico es aquel médico que diagnostica y trata a sus pacientes. Donde la palabra clínica observa varios usos: Uno de los usos más extendidos de la palabra es para referir a la disciplina de la medicina que se ocupa de la observación directa del paciente y de su posterior tratamiento en caso de ser necesario.

C. Clínica de rehabilitación Geriátrica:

Un geriátrico es una institución compuesta por médicos y enfermeros que se ocupa exclusivamente del cuidado y el tratamiento de las personas de la tercera edad.



Cuando las personas avanzan en edad, su estado de salud se vuelve mucho más frágil, Y que a veces la familia no logra brindar o tampoco puede hacerlo.

La Geriátrica ha sido definida como la rama de la Medicina Interna que se preocupa de los aspectos clínicos, preventivos, terapéuticos y sociales de las enfermedades en los ancianos. La función primaria de la Geriátrica es el diagnóstico de las incapacidades que se han producido.

El propósito es que, a través del tratamiento y de la rehabilitación, los pacientes mayores vuelvan a su estado previo y de este modo logren una máxima independencia para desenvolverse en la comunidad.

La Gerontología, en cambio, es la ciencia que estudia el envejecimiento. Puede ser desarrollada por científicos que pertenecen a diferentes áreas biológicas (bioquímicas, fisiólogos, psicólogos, sociólogos), como también por médicos.

D. Espacio público:

Es el espacio abierto y definido de uso común donde la población o comunidad se representa y se integra. Presenta diversas características siendo el principal elemento: la plaza. En la actualidad la calidad de la ciudad depende de la calidad de su espacio público.

E. Parques:

Son espacios públicos, en donde predominan los valores paisajísticos, por tanto es un escenario con un alto potencial recreativo y con contacto directo con la naturaleza. En este sentido, el parque se constituye en un elemento protector del ambiente, que posibilita la sana convivencia y las relaciones sociales entre miembros de una comunidad o vecindad.

Los parques y la zona verde como elemento fundamental de la estructura del espacio público se puede catalogar dentro del conjunto de "vacíos urbanos" de la ciudad como elemento fundamental que logra definir una relación de equilibrio entre las áreas construidas y no construidas de una ciudad.

F. Danza:

Lo primero que descubre la persona es su propio cuerpo con el que se expresa desde que nace hasta que muere, tanto en el movimiento como en la quietud, tanto despierto como en el sueño,

consciente o inconsciente. La expresión corporal mediante la danza es una alternativa gratificante y saludable por la cual el cuerpo se concibe como una unidad inseparable: sensitiva, psicológica, social y motriz.

G. Música y canto:

La Terapia musical no es un complemento de la medicina integral sino parte de ella misma. El desarrollo integral del individuo, y de cultivar su sensibilidad, es función de la música, como también ayudar a desarrollar la capacidad auditiva, a colaborar con el ordenamiento psicomotor y al desarrollo de la memoria y de la concentración, a favorecer al desarrollo de la capacidad de expresión y creación, y apoyar a la formación ética y espiritual, favoreciendo a la socialización.

H. Misión de una Clínica de Rehabilitación Geriátrica:

Brindar una atención preventiva y una rehabilitación adecuada de calidad con ambientes adecuados e infraestructura moderna.

- Consultorio:

Un consultorio es un espacio físico en el cual un médico o varios médicos asociados atienden a sus pacientes.

- Sala de espera:

Una sala de espera es un edificio, o una parte de un edificio donde la gente se sienta o permanece de pie hasta que el hecho que está esperando ocurre.

2.3.3.- Otros conceptos técnicos asociados al proceso de diseño Arquitectónico.



La arquitectura bioclimática consiste en el diseño de edificios teniendo en cuenta las condiciones climáticas, aprovechando los recursos disponibles (sol, vegetación, lluvia, vientos) para disminuir los impactos ambientales, intentando reducir los consumos de energía. La arquitectura bioclimática está íntimamente ligada a la construcción ecológica, que se refiere a las estructuras o procesos de construcción que sean responsables con el medioambiente y ocupan recursos de manera eficiente durante todo el tiempo de vida de una construcción. También tiene impacto en la salubridad de los edificios.



➤ **Arquitectura Paramétrica.-**

La Arquitectura paramétrica es aquella que construye un sistema complejo secuencial de relaciones que salta los límites de la arquitectura tradicional, generando un código flexible interdisciplinar que establece conexiones entre diferentes campos de trabajo de manera longitudinal y transversal. Transcribiendo a un mismo código los datos que se manejan utilizando el diagrama como medio de expresión gráfico.



➤ Arquitectura MIMESIS.-

El concepto nace con la intención de revisar la noción estética de mimesis, la que generalmente es entendida como la generación de otredad mediante ilusiones, imitaciones y apariencias en las artes. En la tradición de las ideas estéticas occidentales las nociones de mimesis e imitación han sido pilares fundamentales para establecer la naturaleza del acto creativo. La categoría mimética ha sido estudiada desde tiempos de Platón y Aristóteles hasta el siglo XX con Jacques Derrida, Walter Benjamin, Theodor Adorno y Michael Taussig entre otros. Por ejemplo Michael Taussig -en *Mimesis y alteridad*, 1993- describe la facultad mimética como esa práctica cultural que permite configurar identidades y relaciones, la define como "la naturaleza que la cultura usa para crear una segunda naturaleza, la facultad de copia, imitación, la capacidad para armar modelos, explorar diferencias, caer en y llegar a ser Otro". En este sentido

Deriva del latín *mimēsis* y este del griego *μίμησις*, (mimesis), imitación.

- En las poéticas clásicas, imitación en el arte de la naturaleza, entendida como objeto de la obra artística: el decoro de los personajes es consecuencia directa de la mimesis.



La mimesis de la naturaleza en arquitectura es un fenómeno aún vigente, la existencia de esta arquitectura de la complejidad de los años 90 ya lo confirma.

• Pero tras investigar su historial, lo que queda claro es que se trata de un fenómeno persistente a lo largo de la historia de la arquitectura, aunque no siempre teorizado como tal.

Arquitectura mimética

Rock the House (Portugal)



➤ Arquitectura de Alfombra.-

Novedosos sistemas o estructuras urbanas verdes que planteaban conceptos como la integración, la extensión de los edificios en horizontal como en vertical, de tal manera de maximizar el uso del suelo, la interacción de las personas y los factores climáticos. Están orientados a maximizar la luz natural, las vistas y las conexiones con la naturaleza. La interacción de las áreas verdes y techos verdes es lo primordial de este tipo de arquitectura.



CAPITULO III : MARCO REFERENCIAL PARA LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

3.1.- Antecedentes.

3.1.1.- El lugar: La ciudad o localidad a intervenir.

3.1.1.1.- Ubicación regional y límites jurisdiccionales.

El distrito de Ica es uno de los catorce distritos peruanos que forman la Provincia de Ica en el Departamento de Ica, bajo la administración del Gobierno regional de Ica. El distrito de Ica fue creado el 17 de marzo de 1962, en el segundo gobierno del Presidente Manuel Prado Ugarteche – (graf.8).



Ubicación:

- Superficie Total 17,39 km²
- Altitud Media 439 msnm
- Población (INEI 2012) Total 53 508 hab.
- Densidad 3076,94 hab/km²
- Huso horario UTC-5



Los límites del Distrito son:

- Por el Norte, con Distrito de salas Guadalupe.
- Por el Este, con Distrito de Parcona.
- Por el Sur. Con el Distrito de los Aquijes.
- Por el Oeste Con el océano pacífico.

Limite regional

- Limita por el norte con Lima
- Limita por el sur con Arequipa
- Limita por el este con Huancavelica y Ayacucho
- Limita por el oeste con el océano Pacífico.

Estructura Ecológica.

El niveles de integración de las aéreas verdes en el distrito de Ica, es escasa está muy subdividida y no cumple con el reglamento de espacio público y ni de áreas verdes.

Según la norma por cada persona corresponde 8m2 de área verde.



Aéreas verdes.-

Todas las aéreas destinas zonas recreativas, en la actualidad cumplen esa función para la población del distrito. El estado de conservación de los parques y jardines del distrito, se encuentra en estado regular todo esta gracias a la intervención del municipio.



Aéreas de cultivo.-

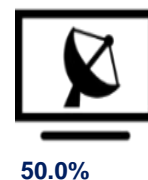
Todas las aéreas de cultivo producen productos como: la papa, maíz, algodón, uvas, mango, alfalfa, papaya, pecanas.

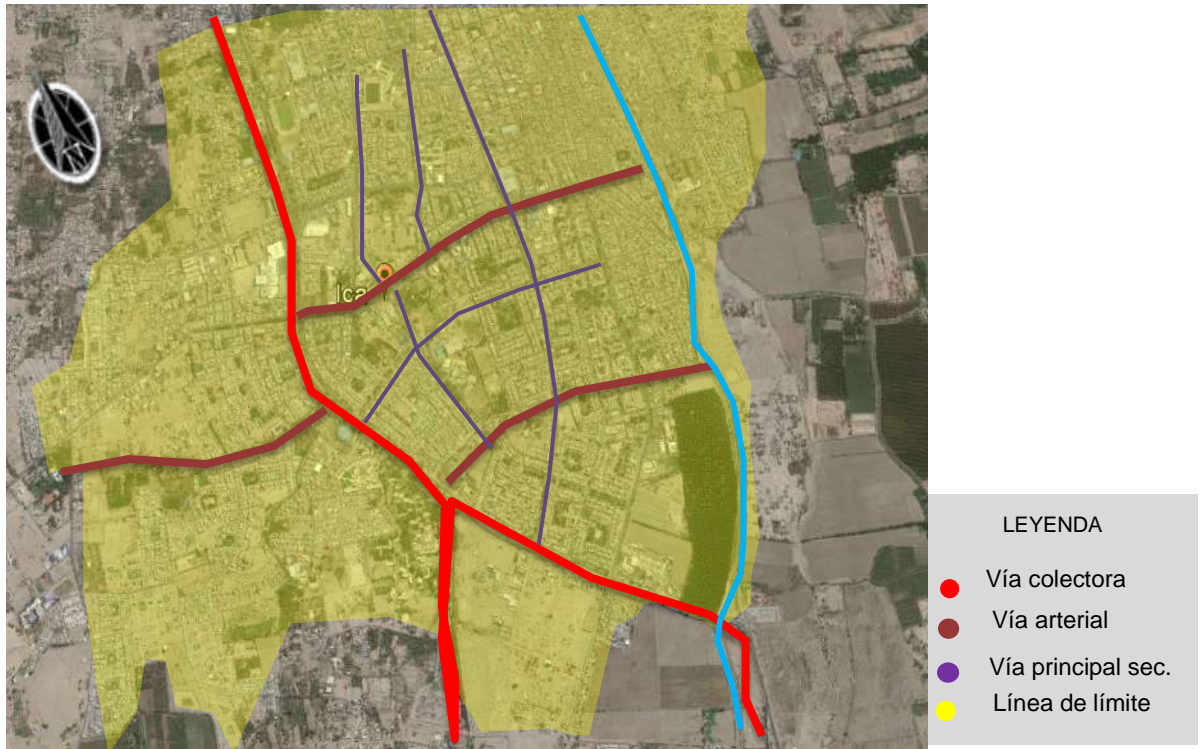


Estructura Funcional y Servicios.

Servicios.

El distrito de Ica y sus centros poblados esta interconectado por Electro Sur Medio tiene energía eléctrica las 24 horas del día, Agua Potable y Alcantarillado es municipal a cargo de "EMAPICA". Aparte de estos servicios, la telefonía y el cable está extendida por todo el distrito.





(graf.9)

Vías.

- 1 Av. Panamericana sur, es la avenida de ingreso principal, concentra la mayor carga vehicular taxis, moto-taxi, etc.
- 2 Av. Cutervo, es la avenida que se dijere hacia el lado este del distrito conectando los con el distrito aledaños.
- 3 Av. San Martin, es la otra vía principal, es la avenida que cruza todo el distrito y cobija a los distintos tipos de transporte.

Transporte.

Entre los medios de transporte que se emplean para llegar al distrito de Ica, los más utilizados por la población son los automóviles (colectivos, taxi, moto taxi y los micros).



T. publico

T. privado

T. de carga

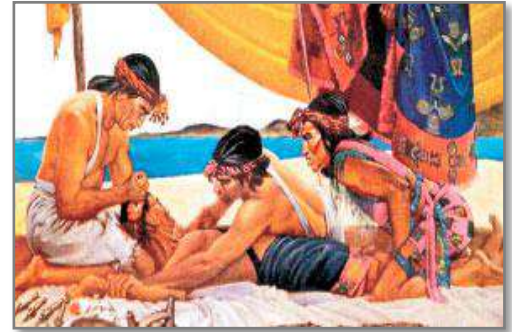
Equipamiento.

El distrito de Ica cuenta con equipamiento público tales como, centros salud, hospitales y posta médica. En área de la salud cuenta con 02 hospitales, en el comercio cuenta con 02 mercados distritales e infraestructura de otros usos tales como municipalidad, iglesia, comisaria, plazas.

3.1.1.2.- Perfil histórico de la ciudad y/o localidad.

- Etimológicamente

De acuerdo a la definición del vocablo quechua, ICA significa "Agua que emana de la Tierra", ya que antiguamente eran muchas las lagunas que brotaban del subsuelo iqueño.



- Época pre-incaica

En este periodo (2500 a.C. - 1400 d.C.) el territorio donde actualmente se encuentra Ica, estuvo habitado por pueblos pertenecientes a la cultura Paracas y Nazca.

- Época Incaica

Luego de la dominación de Ica por el Inca Pachacutec, en el siglo XV, se construyen algunos asentamientos de poblaciones en todo el valle, historiador peruano Ricardo Palma ha registrado para la historia regional, es la construcción del impresionante canal de regadío que se le conoce con el nombre de la Achirana del Inca.

- Época colonial

En 1563 don Jerónimo Luis de Cabrera, fundó el primer asiento hispano en este territorio, con el nombre de la Villa de Valverde de Ica. Años después, por efectos de los sismos de 1568, se traslada de lugar, otorgándole el nombre de San Jerónimo de Ica.



- Época republicana

Uno de los acontecimientos más importantes de esta época, es que en la Plaza de Armas de la ciudad, el 20 de Octubre de 1820, Juan José Salas (Alcalde de Ica), dio el primer grito de libertad en el Perú de la opresión española, proclamando la Independencia Nacional.



La provincia de Ica creada por Decreto del 4 de agosto de 1821 tiene una extensión de 789 405 Has, la cual constituye el 37% de la superficie total departamental (2 132 783 Has).

DISTRITO DE ICA

El Distrito de Ica es uno de los catorce distritos peruanos que forman la Provincia de Ica en el Departamento de Ica, bajo la administración del Gobierno regional de Ica. El distrito de Ica fue creado el 26 de junio de 1876, en el segundo gobierno del Presidente Manuel Prado Ugarteche.



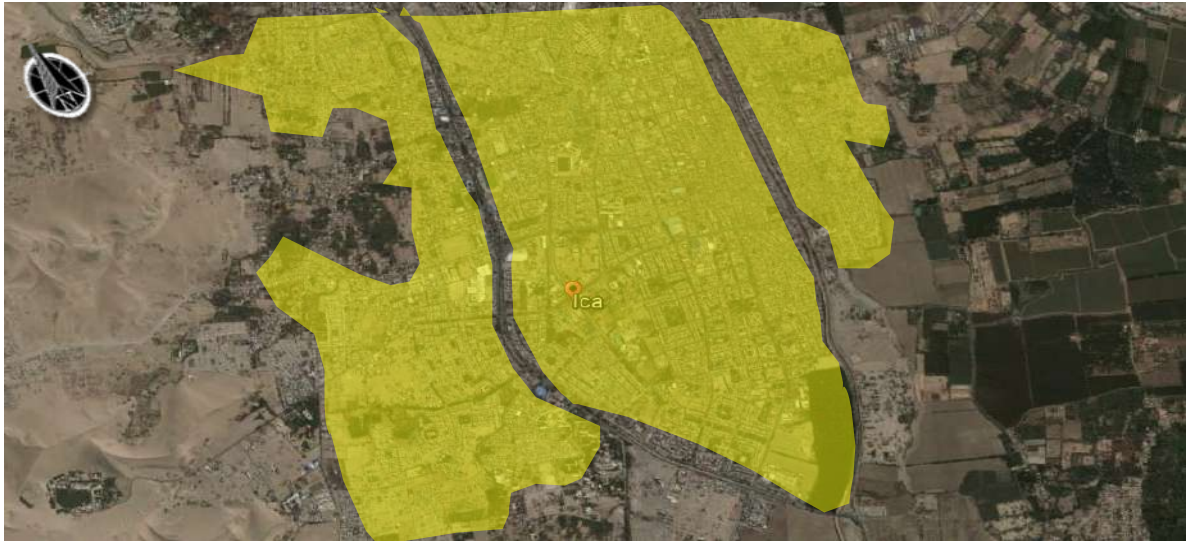
- ❑ Plano del distrito de Ica en el años 1962, el distrito es pequeño contaba con una población de 17 mil 994.



- ❑ Plano del distrito de Ica en el años 1993, el distrito creció hacia el norte y sur contaba con una población de 40 mil 324.



- Plano del distrito de Ica en el años 2010, el distrito creció hacia el norte y sur este y oeste del distrito cuenta con una población de 129 mil 040.



3.1.1.3.- Población.

- Población Regional de Ica

La Población regional de Ica bordea los 711 932 personas, distribuida en sus cinco provincias con la que cuenta la región de Ica – (cdro.3).

Departamento	Población Censada					
	1940	1961	1972	1981	1993	2007 a/
Total	6,207,967	9,906,746	13,538,208	17,005,210	22,048,356	27,412,157
Amazonas	65,137	118,439	194,472	254,560	336,665	375,993
Áncash 1/	428,467	586,214	732,092	826,399	955,023	1,063,459
Apurímac	258,094	288,223	308,613	323,346	381,997	404,190
Arequipa	263,077	388,881	529,566	706,580	916,806	1,152,303
Ayacucho	358,991	410,772	457,441	503,392	492,507	612,489
Cajamarca 1/	482,431	731,256	902,912	1,026,444	1,259,808	1,387,809
Prov . Const. del Callao 2/	82,287	213,540	321,231	443,413	639,729	876,877
Cusco	486,592	611,972	715,237	832,504	1,028,763	1,171,403
Huancavelica	244,595	302,817	331,629	346,797	385,162	454,797
Huánuco 1/	229,268	323,246	409,514	477,877	654,489	762,223
Ica	140,898	255,930	357,247	433,897	565,686	711,932
Junín 1/	338,502	521,210	696,641	852,238	1,035,841	1,225,474
La Libertad 1/	395,233	597,925	799,977	982,074	1,270,261	1,617,050

- Población Provincial de Ica

La población total de la provincia de Ica es de 321 332 personas, distribuidos en los 14 distritos de la ciudad.

3.7 DEPARTAMENTO ICA : POBLACION CENSADA Y TASA DE CRECIMIENTO INTERCENSAL, SEGÚN PROVINCIA CENSOS NACIONALES DE 1940, 1961, 1972, 1981, 1993 Y 2007

PROVINCIA	1940	1961	1972	1981	1993	2007	TASA DE CRECIMIENTO INTERCENSAL				
							40/61	61/72	72/81	81/93	2007/1993
TOTAL	140 898	255 930	357 247	433 897	565 686	711 932	2,9	3,3	2,0	2,2	1,6
ICA	54 155	102 100	142 853	177 897	244 741	321 332	3,1	3,1	2,5	2,7	1,9
CHINCHA	41 505	69 628	95 359	117 109	150 264	194 315	2,5	2,9	2,3	2,0	1,8
PISCO	25 289	43 645	63 665	78 623	104 512	126 879	2,6	3,5	2,4	2,3	1,3
PALPA	7 866	8 415	8 944	9 936	13 427	12 875	0,3	0,6	1,2	2,5	-0,3
NASCA	12 083	32 142	46 426	50 332	52 742	57 531	4,8	3,4	0,9	0,3	0,6

FUENTE : INEI - Dirección Nacional de Censos y Encuestas

- Población del Distrito de Ica

La población total del distrito de Ica es de 129 040 personas, distribuidos en los 16 sectores que conforman el distrito.

3.9 DEPARTAMENTO ICA: POBLACION CENSADA, SEGÚN PROVINCIA Y DISTRITO, CENSO NACIONAL 1940, 1961, 1972, 1981, 1993, 2005; 2007 Y PROYECCION 2010.

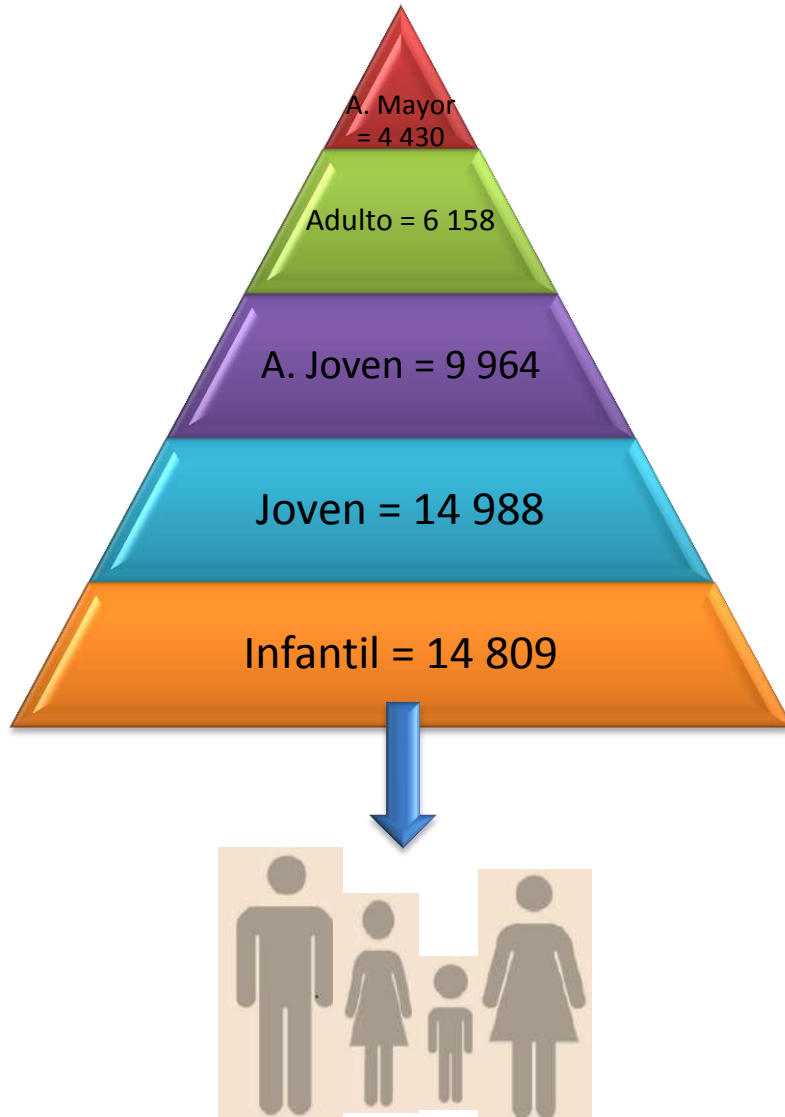
PROVINCIA / DISTRITO	CENSOS NACIONALES							PROYEC. 2010
	1940	1961	1972	1981	1993	2005	2007	
ICA	140 898	255 930	357 247	433 897	565 686	665 592	711 932	747 338
PROV. ICA	74 104	102 100	142 853	177 897	244 741	297 771	321 332	339 782
ICA	26 436	57 138	84 802	82 028	106 381	117 839	125 188	129 040
LA TINGUIÑA	-	-	8 509	11 571	22 180	30 156	30 902	32 953
LOS AQUIJES	3 630	5 162	7 339	8 127	11 176	15 026	16 298	17 530
OCUCAJE	-	-	-	-	3 305	3 496	3 639	3 726
PACHACUTEC	-	-	3 246	3 323	4 534	5 659	6 000	6 336
PARCONA	-	-	17 994	26 970	40 283	46 889	50 349	52 595
PUEBLO NUEVO	3 915	6 703	3 791	3 832	4 447	4 582	4 588	4 759
SALAS	4 288	5 947	7 319	8 836	10 190	13 921	17 973	20 037
SAN JOSE DE LOS MOLINOS	4 998	6 231	4 165	4 455	5 453	5 734	6 070	6 205
SAN JUAN BAUTISTA	3 110	4 037	5 094	5 358	8 553	11 382	12 430	13 360
SANTIAGO	5 638	11 973	13 239	15 086	15 028	21 427	23 657	25 814
SUBTANJALLA	-	2 075	3 621	4 390	8 747	16 931	19 019	22 020
TATE	-	-	1 511	2 188	3 133	3 699	4 101	4 322
YAUCA DEL ROSARIO	2 120	2 814	2 223	1 733	1 331	1 030	1 117	1 085

Población por edades en el distrito de Ica

3.13 ICA: POBLACIÓN CENSADA, POR GRUPOS ESPECIALES DE EDAD, SEGÚN DISTRITO, 2007

DEPARTAMENTO	TOTAL	GRUPOS ESPECIALES DE EDAD				
		INFANTIL 0-14	JOVEN 15-29	ADULTA JOVEN 30-44	ADULTA 45-59	ADULTA MAYOR 60 y más
ICA	711 932	204 910	197 915	148 198	92 163	68 746
PROV. ICA	321 332	88 668	91 110	66 293	42 016	33 245
ICA	125 189	31 270	34 132	26 343	18 289	15 155
LA TINGUIÑA	30 902	9 164	9 125	6 339	3 576	2 686
LOS AQUIJES	16 298	4 733	4 628	3 320	1 978	1 639
OCUCAJE	3 639	1 017	904	730	492	496
PACHACUTEC	6 000	1 759	1 736	1 208	733	564
PARCONA	50 349	14 809	14 988	9 964	6 158	4 430
PUEBLO NUEVO	4 588	1 166	1 193	961	625	643
SALAS	17 973	5 162	5 736	3 650	1 937	1 488
SAN JOSE DE LOS MOLINOS	6 070	1 641	1 694	1 234	823	678
SAN JUAN BAUTISTA	12 430	3 598	3 267	2 662	1 702	1 201

Pirámides de edades del distrito de Ica:



- Proyección del crecimiento poblacional:

La población total actual (2015) del distrito de Ica es de 131 003 personas, la tasa de crecimiento promedio anual es de 0.82 %, los residentes están distribuidos en los 16 sectores que conforman el distrito - (cdro.4).

Proyección del crecimiento poblacional de Ica					
2016	2018	2020	2022	2024	2025
131 441	131 879	132 317	132 755	133 193	133 241

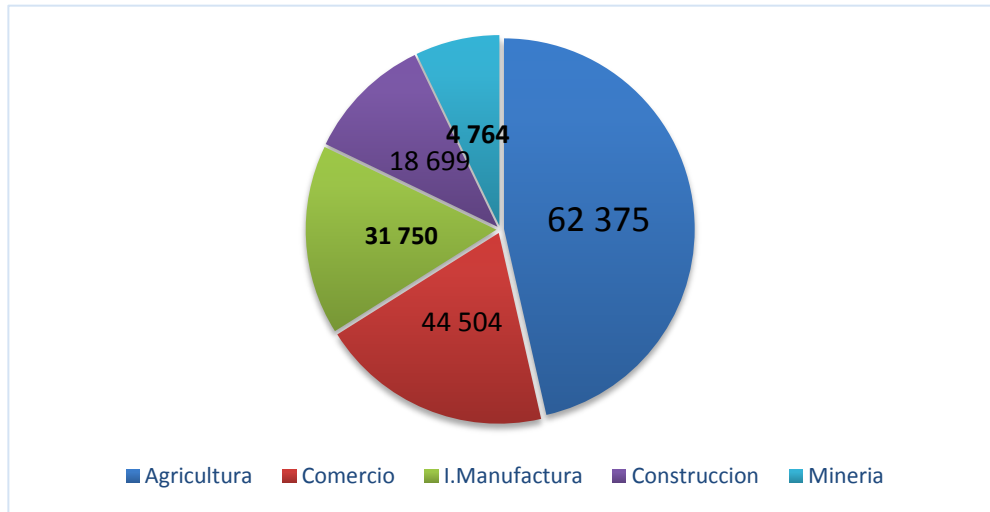
3.1.1.4.- Dinámica económica.

➤ PEA (Población Económicamente Activa).-

Características de la población económicamente activa (PAE) Según la INEI, la PEA en el Distrito de Ica estuvo conformada en el 2007 por 279 mil 520 personas, que ofrecen sus capacidades de trabajo en el mercado laboral, constituida por varones (57,3%) y mujeres (42,7%).

La PEA se concentró en el área urbana con el 89,1% mientras que, el 10,9% corresponde al área rural. Un indicador que se relaciona directamente con la PEA es la tasa de actividad, la cual mide la participación de la PET en el mercado de trabajo; la tasa de actividad para la región Ica en el año 2007 alcanzó el 73,1%, es decir 7 de cada 10 personas de 14 años a más están aptas para trabajar, esta tasa es ligeramente inferior al registrado para el Perú (73,9%).

La población económicamente activa, en la provincia Ica de 15 a más años, es de 279,375 personas, de las cuales 166,395 son varones y 112, 980 son mujeres.



Elaboración propia

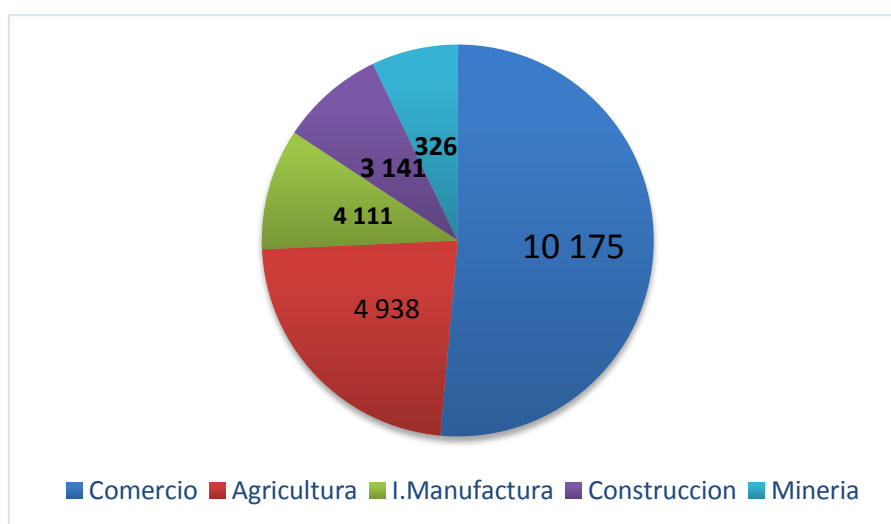
En el distrito de Ica , observamos el siguiente cuadro de donde se desprende que 38% de la población se dedica al comercio y el 16% a manufacturas, ambas actividades pueden ser consideradas afines para conformar un centro comercial, sumando el 54% de las personas que trabajan en el área de influencia.

CUADRO 2: DESEMPEÑO EN SU CENTRO DE TRABAJO

SEGÚN RAMAS DE ACTIVIDAD LABORAL

PROV. Y DISTRIT	TOTAL	RAMAS DE ACTIVIDAD				
		AGRI CULTURA	MINERÍA	INDUSTRIA MANUFACTURERA	CONSTRUC CIÓN	COMERCIO
DEPT.ICA	279,520	62,375	4,764	31,750	18,699	44,504
PROV.ICA	129,962	33,194	977	10 023	7 625	21 651
DISTR.ICA	51,904	4,938	326	4 111	3 141	10 175
TINGUIÑA	12,343	3,095	230	991	870	2 264
LOS AQUIJES	6,380	2,299	68	765	353	771
PARCONA	20,476	3,726	167	1 603	1 512	4,787
SAN JOSÉ DE LOS MOLINOS	2,310	1,559	6	33	62	133
TOTAL:	93,413					
TOTAL ÁREA DE INFLUENCIA	47,985	15,617	797	7,503	5,938	18,130
POR TRABAJO QUE DESEMPEÑÓ	100%	32%	2%	16%	12%	38%

Fuente: INEI, Censo del 2007



Elaboración propia

En el siguiente cuadro se analiza el tipo de trabajo que desempeña el día del censo: en el área de influencia del proyecto, el 48% es trabajador

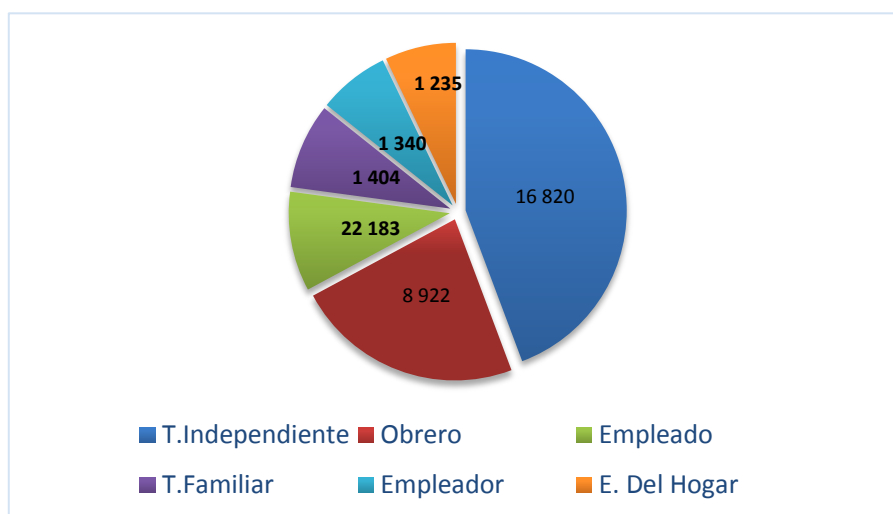
independiente, lo que demuestra la clara vocación de los trabajadores, por el trabajo independiente, cantera de los microempresarios, posible propietarios del Centro Comercial materia de la Tesis.

CUADRO 3: DESEMPEÑO EN SU CENTRO DE TRABAJO

SEGÚN TRABAJO QUE DESEMPEÑÓ

PROV. Y DISTRIT	TOTAL	TRABAJO QUE DESEMPEÑÓ					
		EMPLEA DO	OBRERO	TRABAJADOR INDEPENDIE	EMPLEADOR O PATRONO	TRABAJADOR FAMILIAR	EMPLEADOR DEL HOGAR
DEPT. ICA	279,520	74,957	96,471	89,080	4,415	8,772	5,825
PROV. ICA	129,962	38,603	43,907	38,848	2,173	3,505	2,926
DISTR. ICA	51,904	22,183	8,922	16,820	1,235	1,404	1,340
TINGUIÑA	12,343	2,839	4,464	4,171	221	350	292
L. AQUIJES	6,380	1,329	3,281	1,428	80	135	127
PARCONA	20,476	4,879	6,237	7,924	258	625	553
S. J. MOLINOS	2,310	277	1,454	456	11	70	42
TOTAL:	93,413						
TOTAL ÁREA DE INFLUENCIA POR TRABAJO QUE DESEMPEÑÓ	64,111	31,507 49%		30,799 48%	1,805		

Fuente: INEI, Censo del 2007



Elaboración propia

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.

Las instituciones promotoras son la Municipalidad Provincial de Ica, la municipalidad distrital de Ica y el Gobierno regional de Ica, donde el proyecto será privado y se encargara del financiamiento y administración de todo el proyecto denominado Clínica de rehabilitación Geriátrica de Ica.

▪ Reseña histórica de la institución:

- Gobierno Regional de Ica.-

De conformidad con el Artículo 1 de la Ley N° 27600 publicada el 16-12-2001, se suprime la firma de Alberto Fujimori Fujimori, del texto de la Constitución Política del Estado de 1993.



- Municipalidad Distrital de Ica.-

Su construcción se inició en la época republicana, conserva una serie de características arquitectónicas, tales como arquerías y otros ornamentos de destacada belleza, En la segunda planta se ubica el Salón Consistorial único en su



género ya que esta íntegramente decorado con una serie de figuras ornamentales de madera en alto relieve que representa las estaciones del año, así como se encuentra un lienzo de gran tamaño que muestra un pasaje de la proclamación de independencia en 1820.

- Ministerio de Salud.-

En 1942, adopta el nombre de Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y en 1968, la denominación que mantiene hasta la actualidad: Ministerio de Salud.



Es responsable de todos los aspectos salud del país y ejerce competencia exclusiva y excluyente, respecto a otros niveles de gestión en todo el territorio nacional.

- Motivaciones y expectativas con respecto al proyecto.

- Gobierno Regional de Ica.-

Mejorar la calidad de vida de la población adulto mayor, dotándola de la infraestructura necesaria y generando oportunidades para su atención, protección y desarrollo integral.

Promover el desarrollo sostenible, competitivo y productivo, con oportunidades para la inversión privada, mediante la intervención del Gasto Público en infraestructura física, gestión ambiental y las actividades de promoción pertinentes.

- Municipalidad Distrital de Ica.-

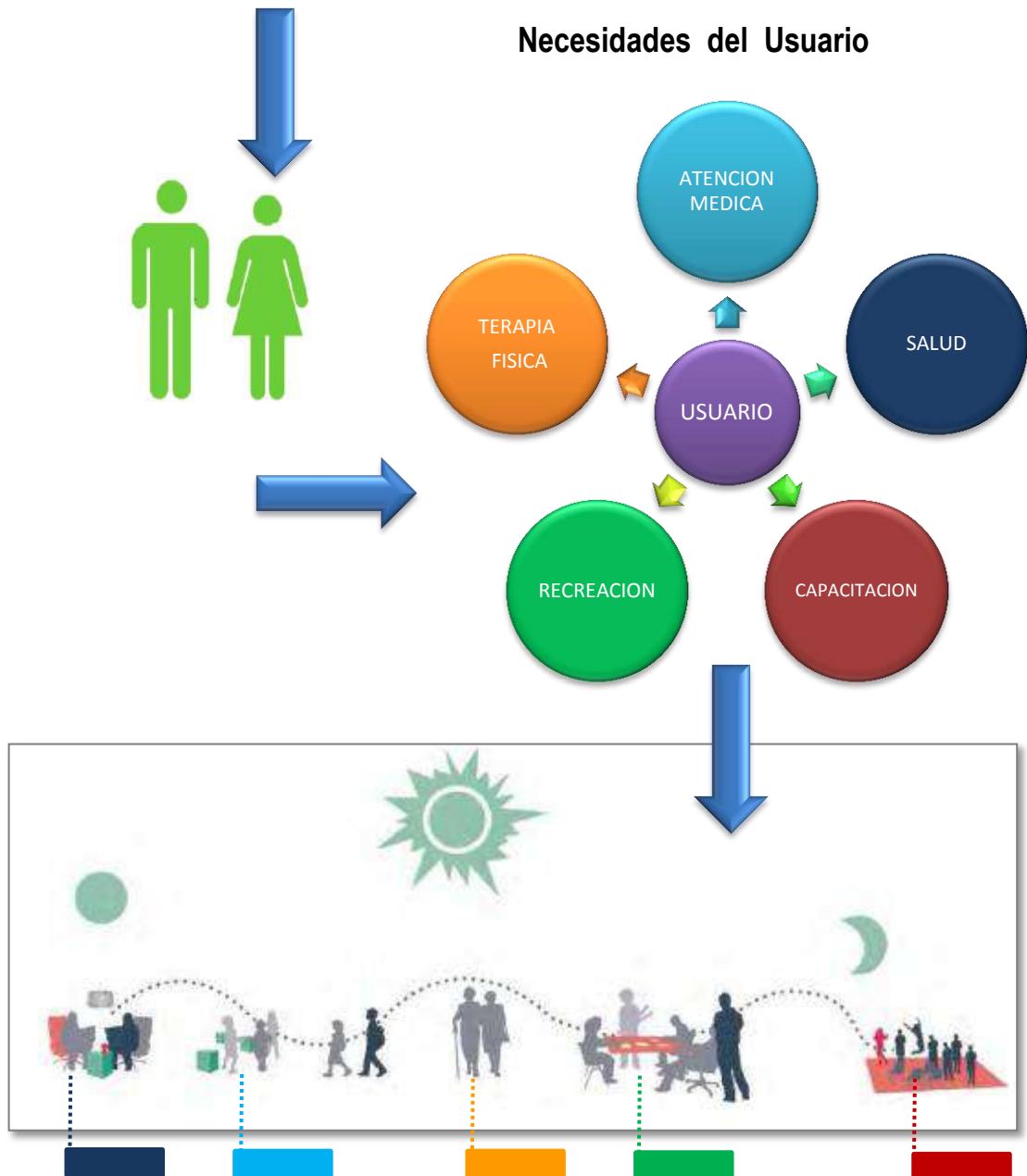
Los Motivaciones principales de la Municipal distrital es, contribuir al mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor, crear condiciones para el desarrollo infraestructura en la provincia, propiciar la convivencia inter-distrital, mejorar la atención médica y el bienestar del adulto mayor.

- Ministerio de Salud.-

Las expectativas del Ministerio son formular, ejecutar y establecer estrategias buena atención médica de manera inclusiva y moderna, realizar atención con médicos especialistas, fomentar la capacitación continua, realizar análisis profundos al paciente, planificar el desarrollar áreas de rehabilitación que permitan una calidad de vida al adulto mayor.

- Caracterización de los usuarios potenciales del proyecto.

Usuario potencial son las personas de la tercera edad del distrito de Ica que son 172 mil 63 personas



3.1.2.2.- Los actores y agentes sociales vinculados al proyecto.

- Matriz de actores sociales (obligatorio)
- Actores sociales – (cdro.5).

MATRIZ DE ACTORES			
ACTOR	ENTIDAD	ROL	FUNCIÓN
Poblador del Distrito de Ica		Usuario	Beneficiario
MINSA salud		Usuario	Información
Administrativos	privada	usuario	Administrar
T. Servicios técnicos	MDP	Usuario	Servicios técnicos
Especialistas		Usuario	terapia
Capacitadores especialistas		Usuario	Capacitar
Doctores		Usuario	Atención medica
Personal de servicio		Usuario	Mantenimiento
Chef del cafetería Y Cocina		Usuario	Cocinar
Farmacias		Usuario	Vender
Vigilante		Usuario	Vigilar

- Agentes Sociales

MATRIZ DE AGENTES			
AGENTE	ENTIDAD	ROL	FUNCIÓN
Municipalidad Distrital de Ica	Publico	Administrativo, inversionistas	Jurídico
Municipalidad Provincial de Ica	Público	Inversionista	Jurídico
Gobierno Regional de Ica	Gobierno	Inversionista	Jurídico
Ministerio de Salud MINSA	Gobierno	inversionistas	Jurídico

Ministerio de envejecimiento	Gobierno	Inversionista	Jurídico
------------------------------	----------	---------------	----------

- Mapa de actores sociales.

MAPA DE ACTORES SOCIALES			
ACTOR	PERSONA ENCARGADA	TELEFONO	CORREO
Alcalde de Ica	Gálvez Chávez , José	056 251619	alcaldia@municla.gob.pe
Alcalde de Municipalidad de Ica	Ramos Loaiza , Carlos	(056) 229824	alcaldia@municla.gob.pe
Presidente del Gobierno Regional de Ica	Cillonis Benavides , Fernando J.	(066) 311302	contacto@preSMART.pe
Jefe de dirección Regional de MINSA Ica	LIC. Madrid Mendoza, María V.	(056) 234905	mensaica@gob.pe
Jefe de instituto nacional de salud de Ica	Aldent Benavides , Jerardo I.	056-232881	ica@salud.gob.pe

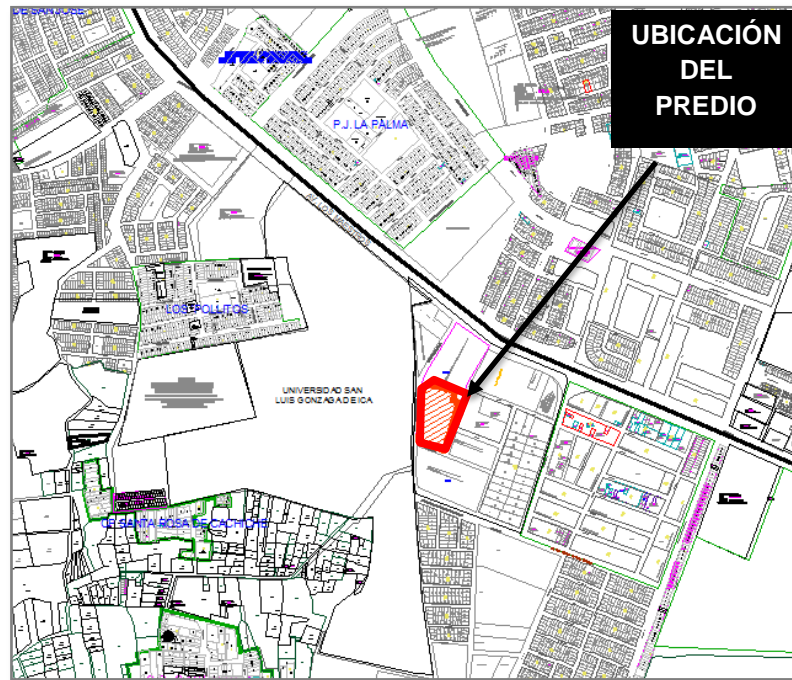
- La institución promotora, sus motivaciones y expectativas con respecto al proyecto:
 - Gobierno Regional de Ica.
 - Municipalidad Distrital de Ica.
 - Ministerio de Salud.
 - Persona natural - Privado – especialistas en rehabilitación.

3.1.3.- Criterios para el análisis locacional de la propuesta.

3.1.3.1.- Ubicación del predio y estatus legal.

➤ Ubicación.-

El proyecto se encuentra ubicado al sur del distrito de ICA entre los distrito de Guadalupe, distrito de los agujes, exactamente en la Av. Los maestros (panamericana sur) – (graf.11).



Área del lote: 1.5 hectáreas

Colindantes:

- Por el Norte, distrito de Guadalupe
- Por el Este, con distrito de Parcona
- Por el Sur. Con el Distrito de los Aquijes.
- Por el Oeste Con el C. Poblado tierra prometida

➤ **Estatus legal.-**

Actualmente el predio pertenece propiedad de terceros, siendo los dueños del predio, pudiendo convertirse este predio en infraestructura moderna para el beneficio de todos los residentes de adulto mayor.

3.1.3.2.- Valor económico, histórico, artístico, y/o paisajístico del lugar.

El valor del terreno en el distrito de Ica es de s/ 350.00 por m², el terreno cuenta con 1.5 hectáreas el valor total del terreno es de s/ 5, 316,003.00.

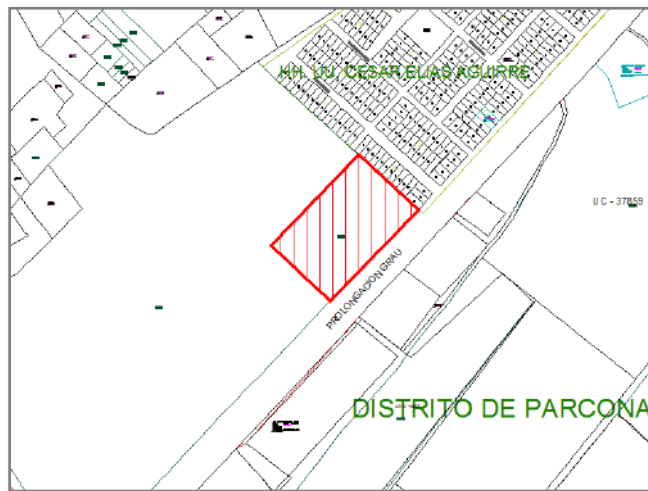
3.1.3.3.- Análisis locacional.

- Alternativas de localización y ubicación.

Alternativa 01 (Sector 01)

El proyecto se encuentra ubicado en sector oeste del distrito de Parcona entre los Sectores de Acamayo, cerca del centro ciudad de Ica, exactamente en la Av. Prolongación Grau n° 145.

- Se ubica adyacente a dos tipos de vías
- El terreno tiene un área de 9514.60 m²
- Se encuentra ubicado en la zona de donde el nivel de vida es de clase B y C del distrito.
- Sector de tiene acceso a educación internet.
- El Terreno tiene Relación directa con el distrito de Parcona – centro de Ica.



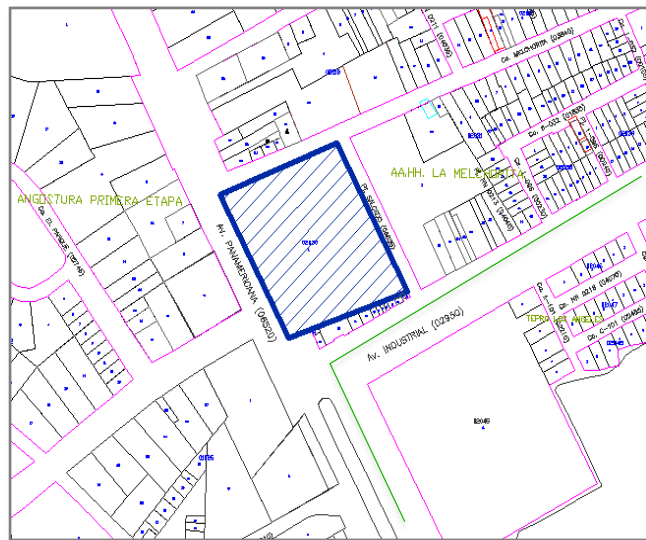
Matriz de Ponderación nivel Barrial

Alternativa 01	
VARIABLES	valor
Sección de vías	1
Espacios Públicos	2
Movilidad Urbana	1
Topografía	2
Equipamiento Básico	3
Asoleamiento	2
Compatibilidad Usos de Suelo	3
Regularidad del Terreno	2
Nivel económico	1
	17

Alternativa 02 (Sector 02)

El proyecto se encuentra ubicado en el norte del distrito de Ica entre los AA.HH. Señor de Luren, la angostura, exactamente en la Av. Industrial n° 250.

- Se ubica adyacente a cuatro tipos de vías
- El terreno tiene un área de 14402.98 m²
- Se encuentra ubicado en la zona de donde el nivel de vida es de clase A, B y C del distrito.
- Sector de tiene acceso a educación internet
- El Terreno tiene Relación directa con el distrito de Guadalupe y centro de Ica.



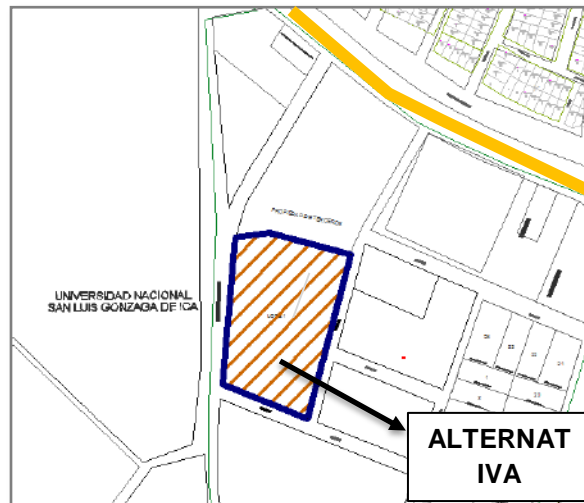
Matriz de Ponderación nivel Barrial

Alternativa 02	
Variables	valor
Sección de vías	3
Espacios Públicos	2
Movilidad Urbana	4
Topografía	1
Equipamiento Básico	2
Asoleamiento	2
Compatibilidad Usos de Suelo	1
Regularidad del Terreno	1
Nivel económico	2
	18

Alternativa 03 (Sector 03)

El proyecto se encuentra ubicado al sur del distrito de Ica entre los Urb. Sta. Rosa del Palmar segunda etapa, Universidad San Luis Gonzaga de Ica, urb. "Santa Rosa del Palmar De Cachiche" MZ "B", exactamente en la Av. Universitaria.

- Se ubica adyacente a tres tipos de vías
- El terreno tiene un área de 15,188.58 m2.
- Se encuentra ubicado en la zona de donde el nivel de vida es de clase B y C del distrito.
- Sector de medio nivel educativo y salud.
- Relación directa con los Asentamientos Humanos, urbanizaciones, habilitaciones urbanas y con distritos adyacentes.



Matriz de Ponderación nivel Barrial

Alternativa 03	
Variables	valor
Sección de vías	3
Espacios Públicos	1
Movilidad Urbana	3
Topografía	1
Equipamiento Básico	3
Asoleamiento	2
Compatibilidad Usos de Suelo	2
Regularidad del Terreno	2
Nivel económico	3
	20

- Definición de criterios de localización.

A través de la realización de una matriz en donde se evaluarán las características comunes de las localizaciones propuestas anteriormente como son:

- Cercanía a la ciudad
Esto es de suma importancia que tiene que estar cerca de todos los usuarios.
- Topografía
Es necesario para determinar el emplazamiento del proyecto, pero no es relevante.
- Clima
El tipo de clima se toma en cuenta para el tipo de materiales a utilizar, hay que tener en cuenta el ciclo solar y los rumbos de los vientos.
- Accesibilidad
Es importante que la ubicación del terreno tenga más de una manera de accesibilidad.
- Infraestructura Pública
- Movilidad Urbana
Es necesario que el proyecto se encuentre ubicado, cerca de las vías de transporte público, privado.
- Usos de Suelo
La compatibilidad de usos de suelo es necesaria para la realización del proyecto.
- Terreno mayor a 1 hectárea
Esto es de suma importancia ya que el proyecto también busca aportar la necesidad de áreas verdes para el distrito, que el porcentaje de área verde por persona en el distrito es de 1 m² por persona
- Servicios Básicos
La cercanía a los servicios básico es esencial para la realización del Proyecto
- Nivel económico
Es importante que el proyecto se ubique en una zona de recursos medios y altos, ya que ellos necesitan un lugar que fomenten la buena atención médica al adulto mayor.

- Matriz de ponderación

Dándole a estas Variables un valor acorde a su importancia para el proyecto cuya sumatoria de cómo resultado 1Pto de Peso, valor que será ponderado con los puntos en base a 20 como valor óptimo de cumplimiento de las alternativas de localización con respecto a cada variable – (cdro.7).

PONDERACIÓN: ALTERNATIVAS DE LOCALIZACIÓN ESPACIAL

		Alternativa 01	Alternativa 02	Alternativa 03
VARIABLES	Peso	valor	valor	valor
Cercanía a la ciudad	3	1	3	3
Topografía	1	2	2	1
Clima	1	1	4	3
Accesibilidad Vial	3	2	1	1
Infraestructura Publica	1	3	2	3
Movilidad Urbana	2	2	2	2
Usos de Suelo	2	3	1	2
Terreno mayor a 1 hectárea	3	0	0	0
Servicios Básicos	2	2	1	2
Nivel económico	2	1	2	3
	20	17	18	20

La alternativa 03 alcanzo el más alto puntaje sienta este el terreno ideal par al realización del proyecto "Clínica de rehabilitación Geriátrica "

- Discusión de resultados y toma de decisiones

La alternativa 03 alcanzo el más alto puntaje sienta este el terreno ideal par al realización del proyecto "Clínica de rehabilitación Geriátrica ", porque se encuentra en la zona de menos desarrollo del distrito, donde el nivel atención médica y salud es bajo, la clínica de rehabilitación geriátrica es un medio de inclusión social para todos los residentes adulto mayor del distrito.

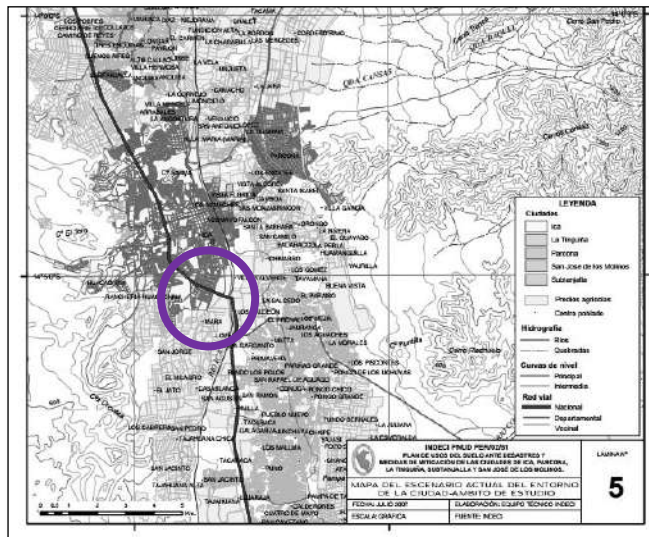
3.2.- Condiciones Físicas de la Ciudad.

3.2.1.- Territorio.

3.2.1.1.- Orografía, topografía y relieves.

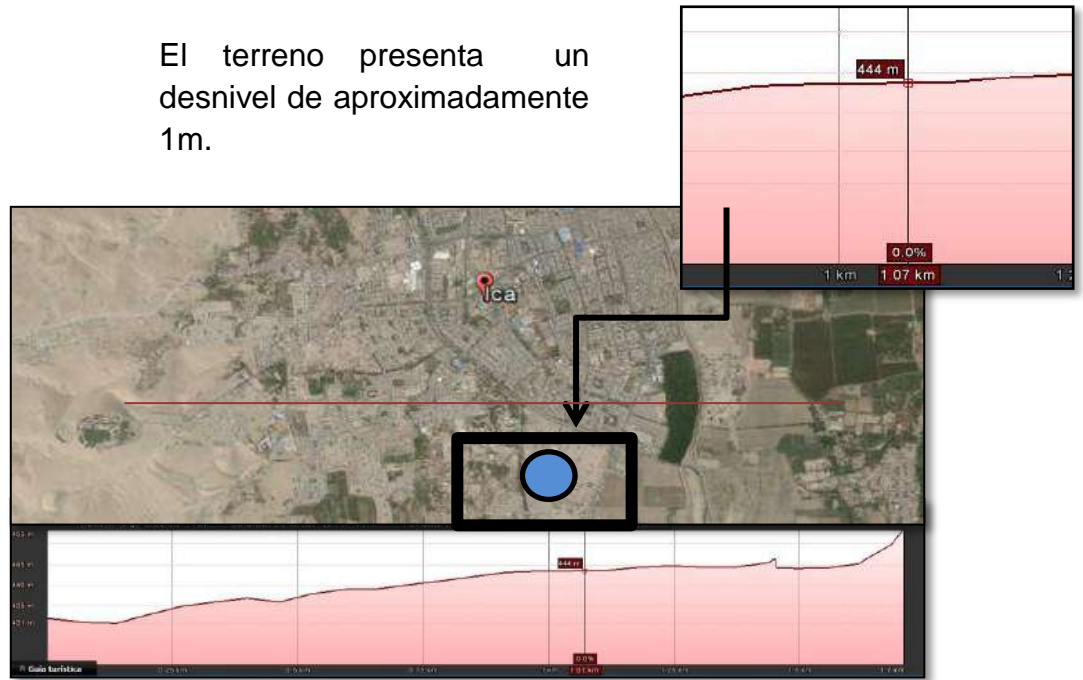
Tierra de desiertos y mar generoso, Ica es un departamento donde el paisaje subyuga, no por las montañas y cumbres nevadas, como sucede en otras regiones, sino por la vastedad y rudeza de un territorio barrido por el viento y la arena.

Es precisamente ese viento poderoso y salino, llamado paracas por sus antiguos habitantes, el que modela sus dunas y pampas, reseca sus guarangos (árbol de la región), milenarios y puliendo las rocas de sus cerros – (graf.12).



- Topografía

El terreno presenta un desnivel de aproximadamente 1m.



3.2.1.2.- Geología.

El distrito se encuentra en el área de influencia de las fallas principales NNO –SSO y NS desde la denominada quebrada Larga (más arriba de Villacurí) hasta la quebrada Tingue; que conforman el graben en el que se halla Ica. El terreno de fundación está conformado por depósitos aluviales en la parte baja adyacente al río Ica y fluvio - aluviales de apreciables características físico mecánicas en la parte del cercado y en las zonas cercanas a las quebradas Cansas pertenecientes a la formación Puente Piedra. Es un terreno bueno para uso urbano y agrícola.

Grupo de Suelo y Capacidad de Uso

De acuerdo a la identificación hecha por la ONERN el grupo de suelo que corresponde al distrito de Ica en la zona de valle y cercado es Fluvisol Eutrico – irrigado, modificado de fase climático térmico y en su entorno es Fluvisol Eutrico-seco de fase climático árido térmico. En

cuanto a su capacidad de uso para cultivo corresponde el uso intensivo.

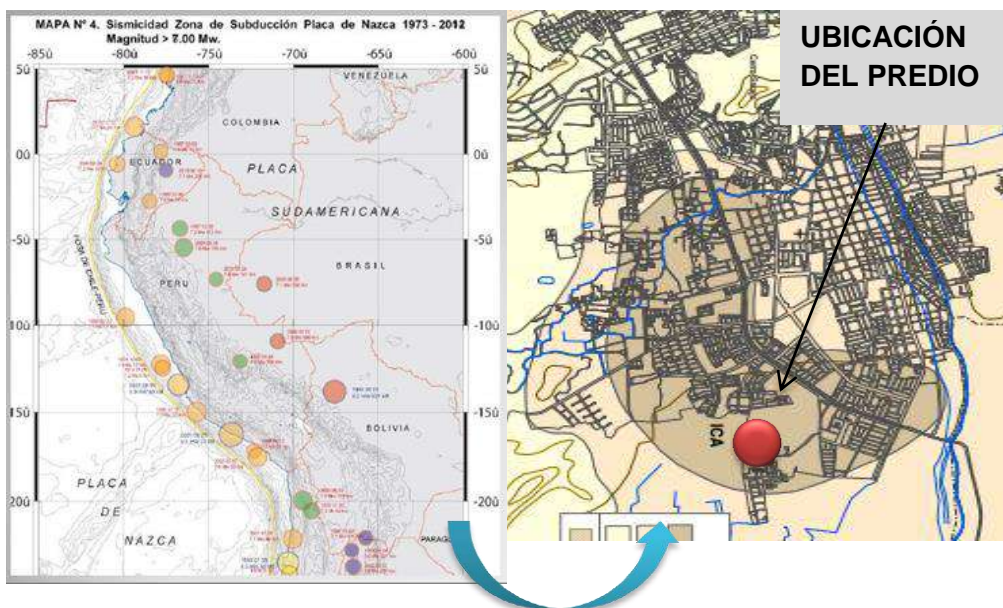
CLASES DE CAPACIDAD DE USO

USO	SÍMBOLO	TIPO DE AGRICULTURA
INTENSIVO	I-III	Tierras moderadamente buenas para cultivos y otros usos
	IV	Tierras regulares para cultivos intensivo y otros usos. Arables
SIN USO	VIII	Tierras no apropiadas para fines agropecuarios ni forestación.

FUENTE: ONER

3.2.1.3.- Sismología.

La ciudad de Ica, se ha asentado directamente sobre una placa sísmica continental, conocida como “la Placa de Nazca”, la ciudad está catalogada dentro de la categoría de Alta Sismicidad, además por tener características de suelo muy desfavorables por su composición y capacidad de carga, en su mayoría son limos arenosos entre los 0.5 – 2.0 kg/cm².



En el distrito de Ica sufre la consecuencia de la placa de nazca, debido a su ubicación cercana con la cordillera el distrito de Ica cuenta con un suelo gravoso y rocoso haciendo del distrito uno de los mejores suelos de la provincia de Ica, no cuenta con problemas de licuefacción o asentamiento de suelos.

El distrito de encuentra en la zona I, y su capacidad portantes de suelo es de 1.5 – 2.0 KG/CM2

LEYENDA	
ZONA	CAPACIDAD PORTANTE
 Zona I	1.5 - 2.0 Kg/cm2.
 Zona II	1.0 - 1.5 Kg/cm2.
 Zona III	0.5 - 1.5 Kg/cm2.
 Macizo rocoso	

3.2.1.4.- Masas y/o cursos de agua superficial.

El sistema superficial del distrito de Ica está conformado por: el río Ica (aguas superficiales), el Cana la Achirana, pequeñas subcuencas o quebradas y las aguas superficiales. Las aguas provenientes del río son de carácter estacional y/o temporal, estas características se manifiestan a través de una alta concentración de volúmenes de agua durante los meses de verano (enero-marzo) ocasionadas por las fuertes lluvias en la parte alta de la cuenca; y una severa escasez en el período de junio a diciembre. Ocasionalmente en épocas de estiaje el agua se incrementa por la derivación del sistema Choclococha, Orococha y Ccaracochoa.

El Canal La Achirana, que atraviesa el distrito de Norte a Sur cuyo flujo es derivado del río Ica a través de la Bocatoma Los Molinos, (graf.13).



RIO ICA.

Es el principal cauce de la ciudad, el río llega a tener un caudal de 250 m³ /s o más. Esto sucede, según los cálculos realizados, con un periodo de retorno de 5 años más o menos.


LA ACHIRANA DEL INCA.

Es el principal cauce del distrito de Parcona, el río llega a tener un caudal de 125 m³ /s o más. Esto sucede, en épocas de avenidas de agua.

3.2.1.5.- Aguas freáticas.

Las aguas subterráneas provenientes de pozos tubulares que son extraídas por medio de sistemas de bombeo; son de buena calidad, utilizados con fines urbanos, agrícolas e industriales. Agua subterránea, proveniente de pozos tubulares. El abastecimiento actual de agua para el uso urbano del distrito de Ica es subterráneo, por pozos. En el área del distrito además encontramos pequeñas subcuencas que producen es currentías debido a lluvias locales especialmente en los meses de verano las mismas que son mínimas no aprovechables, (graf.14).



 Pozos de aguas subterráneas, el distrito de Ica cuenta con 19 pozos subterráneos para el abastecimiento de agua potable del distrito.



La explotación en el valle de Ica fue de 360 Hm³/año en 1958, a partir de 1960 explotación disminuyó por mayor disponibilidad de agua superficial del Proyecto Choclococha (1959) llegando a 225 Hm³/año en el 2002. A partir de 2002 explotación se incrementó significativamente por demanda de cultivos de agro exportación llegando a 335 hm³/año.

DISTRITO	Pozos Utilizados	Explotación (hm ³ /año)	Áreas bajo Riego (has)	Desc. Napa freática (m/año)
PUEBLO NUEVO	79	42.04	2100	1.84
SANTIAGO	260	131.42	6570	1.75
LOS AQUIJES	68	38.83	1940	1.41
PACHACUTEC	27	12.61	630	1.3
PARCONA	19	6.4	320	1.3
TATE	8	2.88	140	1.07
LA TINGUIÑA	62	19.9	1000	1.04
ICA	101	29.43	1470	0.75
SAN JUAN BAUTISTA	41	11.23	560	0.78
SALAS GUADALUPE	23	9.88	495	0.78
SUBTANJALLA	45	17.38	870	0.6
SAN JOSÉ DE LOS MOLINOS	30	9.83	490	0.48
ROSARIO DE YAUCA	13	0.8	40	0.34
OCUCAJE	88	2.36	115	0.31
			16,740	

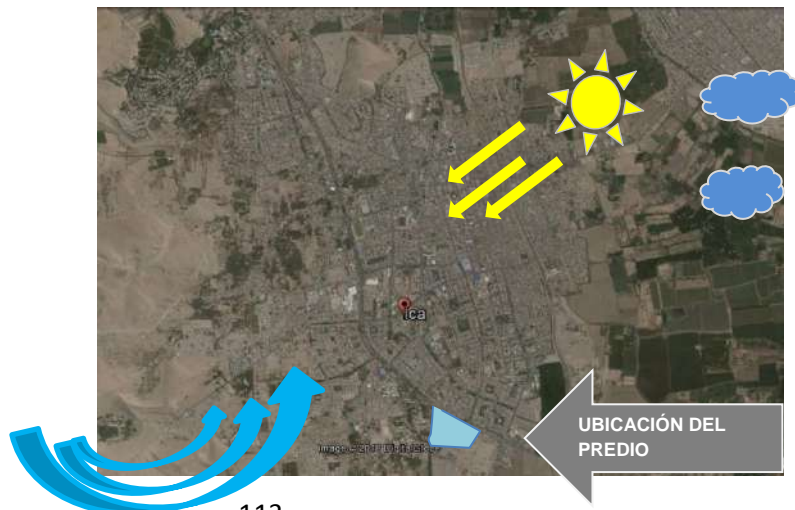
Fuente: Perú. Autoridad Nacional del Agua. DCPRH.

3.2.2.- Clima.

3.2.2.1.- Componentes meteorológicos.

➤ Temperatura

Su clima se encuentra en el rango de sub-tropical – seco. Su temperatura media anual es de 20°C, teniendo una máxima de 32°C que se presenta en el mes de Febrero y una mínima de 9.7°C que se presenta en el mes de Julio – Agosto, (graf.15).



➤ Precipitaciones

La precipitación pluvial en la cuenca del río Ica varía desde nula, en la costa árida y desértica próxima al mar, hasta alrededor de 400 mm anuales, en el sector por encima de los 4,000 m s.n.m. Las lluvias en general son de régimen de verano.

➤ Humedad

Este elemento meteorológico es controlado principalmente por las estaciones del sector de costa, El bajo valor promedio de la H.R. (70%) para el área circunscrita a las cuatro estaciones de costa indica que, en general, se trata de una zona atmosféricamente muy poco húmeda, lo cual es altamente favorable para la agricultura, específicamente dentro del renglón de los frutales.

➤ Vientos

Con respecto a los valores de velocidad media de estos vientos, la estación que poseía tales registros fue la de Ica (Asociación de Agricultores), que presenta un promedio estimado de 10 km/h, el mismo que de acuerdo con la escala de Beaufort se puede clasificar como "viento suave", sin ningún efecto negativo sobre la agricultura y la máxima ocurrencia se da entre Julio y Setiembre entre las 12:00 y 17:00 horas, en ocasiones llegando a una velocidad de 40km/h aproximadamente.

3.2.2.2.- Componentes energéticos.

➤ Energía Solar Recibida

Registra un promedio anual de 7.5 horas de sol, variando entre 8.4 en Abril y 6.5 en Agosto. La energía solar recibida en superficie en promedio registra 7.0 Kw h/m² en Noviembre y 5.5 Kw h/m² en los meses de Mayo y Agosto.



➤ Energía eólica

Es la capacidad del viento para producir teóricamente energía por un aerogenerador estándar. En el Perú existen lugares donde el clima favorece la presencia de vientos.

3.2.3.- Paisaje urbano.

3.2.3.1.- Aspectos Generales del entorno mediato.

La clínica de rehabilitación geriátrica se encuentra cerca del centro de Ica en la Zona sur con los Aquijes, rodeada de zona de cultivos, inicio de cordilleras, zonas residenciales, (graf.16).



3.2.3.2.- Aspectos Particulares del entorno inmediato.

La Clínica de Rehabilitación Geriátrica se encuentra ubicado en la zona media densidad del distrito de Ica, ubicado en el centro de Ica y Zona sur de los Aquijes y zona de Agrícola, este lugar es estratégico genera integración entre ambas comunas estando en la vía principal del distrito será un referente arquitectónico donde se fomentara la atención médica, salud, capacitación y se realizarán terapias físicas con el fin de dar una calidad de vida al adulto mayor, (graf.17).

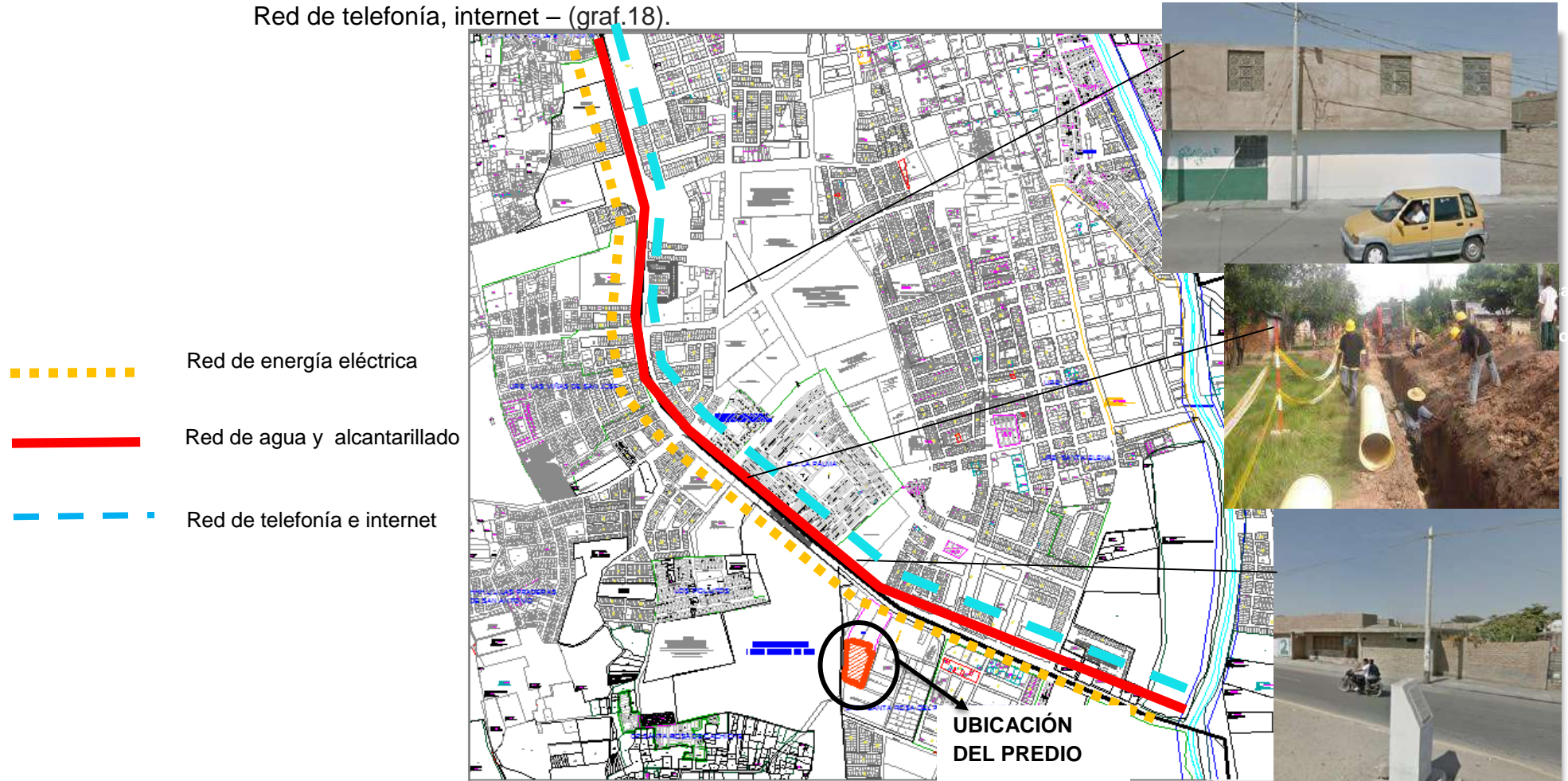


3.3.- Actividades Urbanas.

3.3.1.- Servicios públicos.-

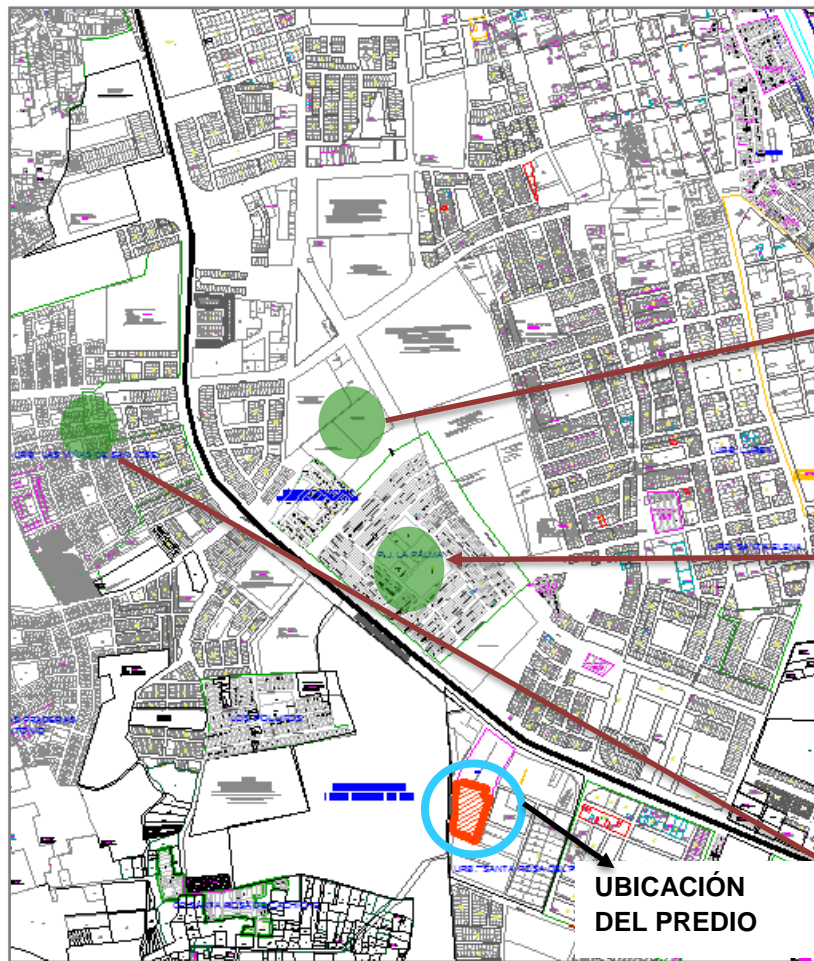
El proyecto se cuenta adyacente a la red de los tres servicios básicos de agua, desagüe y energía eléctrica.

Red de telefonía, internet – (graf.18).



3.3.2.- Equipamiento urbano.-

Cerca al lugar del proyecto ubicamos 2 lugares donde se fomentan la atención médica y salud pública, estas no son equipamientos destinado para este fin pero son lugares que los pobladores realizan atención medica generales.



Posta micro red de la palma, cuenta solo con una atención médica general, psicología, nutrición y un tóxico. Este lugar cuenta con 50 m2.



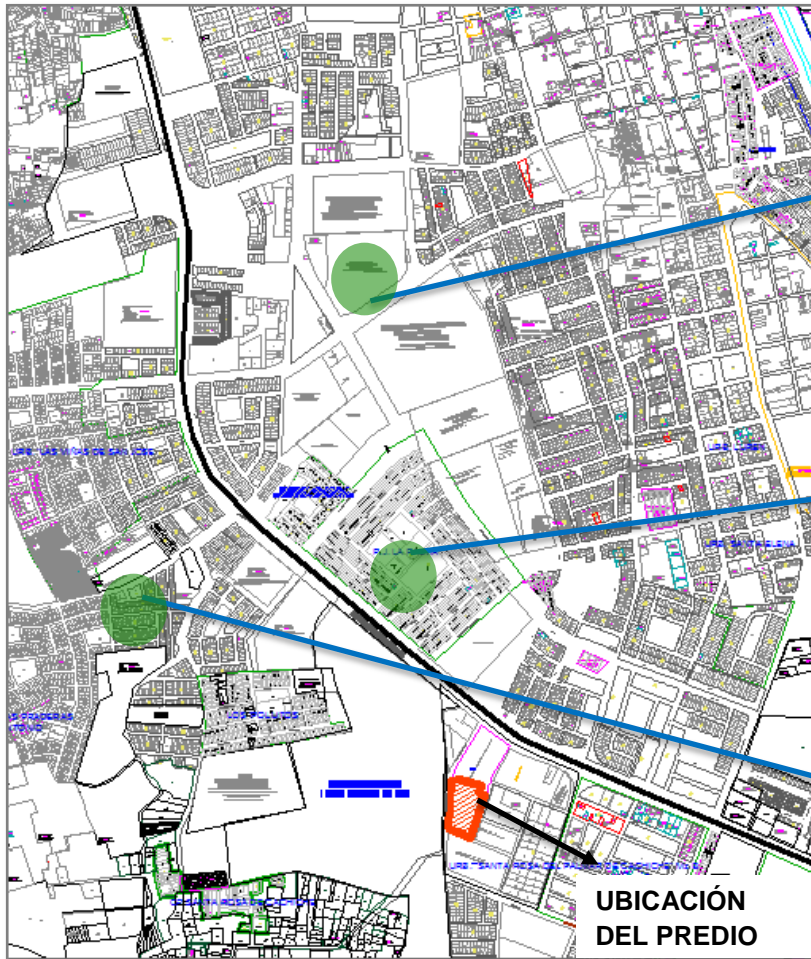
La parque central de la palma, cuenta con un área de 3 000 m2 es el único espacio público que cuenta con áreas verdes, en este lugar los residentes adulto mayor caminan en el parque.



El hospital regional de Ica, es uno de los lugares donde se da la atención médica y ve el cuidado de la salud pública, es un lugar que atiende distintas ramas de la medicina en niños y toda clase de edad – (graf.19)

3.3.3.-Dinámica actual de uso del espacio urbano

La dinámica de uso de suelo alrededor de la ubicación del Proyecto, son tres, hospital, terapias, actividad física y el resto del uso del espacio es de uso residencia media.



Polideportivo de palma, cuenta con un P.U.M. multiusos y zonas amplias de áreas recreativas para que el adulto mayor pueda hacer terapia física, siendo el único lugar de fomento recreativo. Este lugar cuenta con 1 200 m²



La parque central de la palma, cuenta con un área de 3 000 m² es el único espacio público que cuenta con áreas verdes, en este lugar los residentes adulto mayor recorren en el parque.



El hospital regional de Ica, es uno de los lugares donde se da la atención médica y ve el cuidado de la salud pública. (graf.20)

3.3.4.- Vialidad y transporte

➤ Vialidad

■ Vía Principal, AV. Los maestros

La Av. Los maestros es la principal vía de cuatro carriles, dos carriles de norte a sur y dos carriles de sur a norte, esta vía conecta el proyecto con el centro del distrito, la accesibilidad del, proyecto con el resto del distrito es directa y sin problemas

■ Vías secundarias

La Ca. Universitaria es la que se encuentra en adyacente al proyecto, esta vías cuenta con dos carriles en ambos sentidos, estas cruzan todo el sector.

■ Vías locales

En Ca. Alcacías, Ca. Virgen de Chapí entre otros, estas Calles locales están conectadas directamente con la ubicación del proyecto. (graf.21)



Vía Local, Ca. Alcacías



Vía Principal, AV. Los maestros



Vía Secundaria, Ca. Universitaria

➤ Transporte

Índice Medio Diarios de Vehículos

TIPO DE VEHÍCULO	INDICE MEDIO DIARIO(IMD)	PORCENTAJE%
TAXI	575	50.08%
MOTOTAXI	530	46.17%
OTROS (BUS, CAMIONETA, CAMION)	43	3.75 %
TOTAL	1148	100 %

ENTRE LOS MEDIOS DE TRANSPORTE QUE SE EMPLEAN PARA LLEGAR AL CENTRO DE ICA, LOS MAS UTILIZADOS POR LA POBLACION SON LOS AUTOMOVILES (COLECTIVOS, TAXIS, MICRO) Y LAS MOTOTAXIS.



Tipos de Transportes Públicos.

El tico, brinda servicios de taxi y colectivos son los más populares a todo el distrito de ICA ocupando el 50.08 % del transporte público. Haciendo el traslado Ica-centro de Ica y distritos adyacentes.



La mototaxi es el segundo transporte de preferencia del distrito de Ica, haciendo los traslados de nivel local. Ocupando el 46.17% del transporte

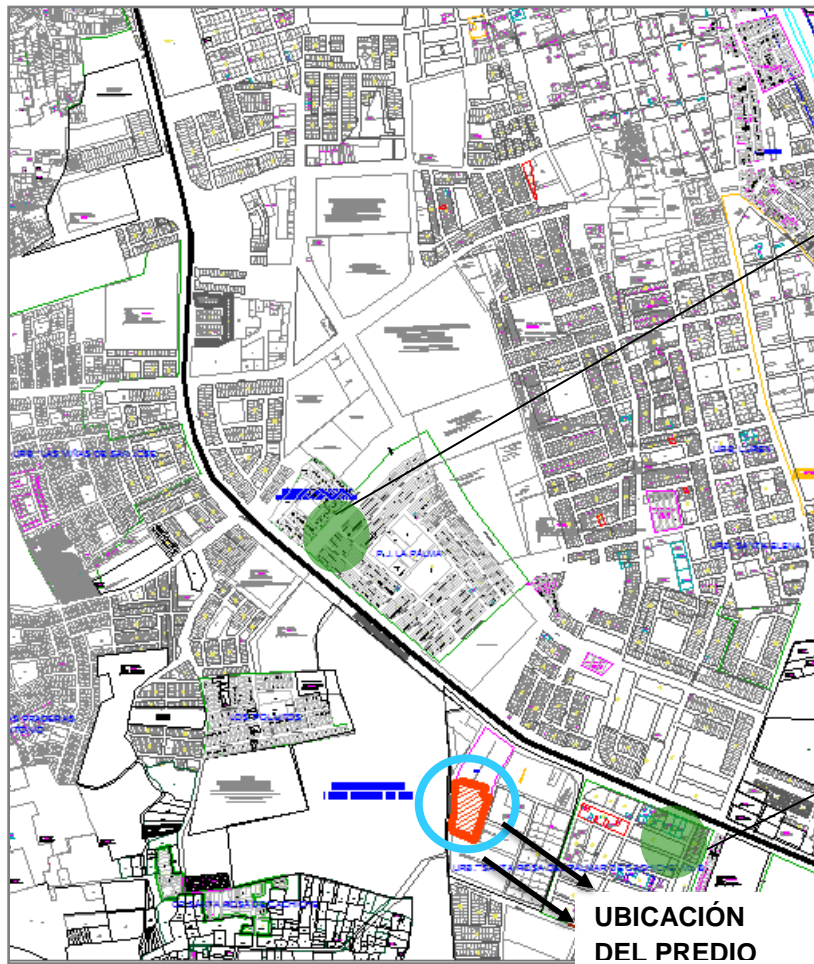


Los buses de transporte publico solo ocupan 3.75 % de la preferencia del público, esto realizan el traslado Ica-centro de Ica.



3.3.5.- Comercialización y abastecimiento

El abastecimiento y el comercio en la zona del proyecto es poco, ya que es una zona residencial pero cuenta con un pequeño mercado y muchas viviendas comercio de ventas al menudeo- (graf.22).



En el sector de los av. Los maestros existen muchas viviendas que a la vez son pequeñas bodegas.



El mercado santo domingo, es el abastecimiento Principal de productos de primera necesidad de todo este sector. dándole el dinamismo económico.

3.3.6.- otras actividades relevantes.

En distritos de Ica hay diversas actividades de tradición respecto al festival de la vendimia, procesión del señor de Luren, caminata y procesión del rosario de Yauca.

3.4.- **Normatividad Vigente.**

3.4.1.- Reglamento Nacional de Edificaciones.

Norma A.010: Condiciones Generales de Diseño

Estacionamientos Toda edificación deberá proyectarse con una dotación mínima de Estacionamientos dentro del lote que se edifica, de acuerdo a su uso y según lo establecido en el Plan Urbano.

Los estacionamientos estarán ubicados dentro de la misma edificación a la que sirven, y solo en casos excepcionales por déficit de estacionamiento, se ubicaran en predios distintos. Estos espacios podrán estar ubicados en sótano, a nivel del suelo o en piso alto y constituyen un uso complementario al uso principal de la edificación.

Norma A.050: Salud

Norma A.120: Accesibilidad para personas con discapacidad

La presente Norma establece las condiciones y especificaciones técnicas de diseño para la elaboración de proyectos y ejecución de obras de edificación, y para la adecuación de las existentes donde sea posible, con el fin de hacerlas accesibles a las personas con discapacidad y/o adultas mayores. Sera de aplicación obligatoria, para todas las edificaciones donde se presten servicios de atención al público, de propiedad pública o privada.

Norma A.130: Requisitos de Seguridad

Las edificaciones, de acuerdo con su uso, riesgo, tipo de construcción, materiales de construcción, carga combustible y número de ocupantes, deben cumplir con los requisitos de seguridad y prevención de siniestros que tienen como objetivo salvaguardar las vidas humanas, así como preservar el patrimonio y la continuidad de la edificación.

3.4.2.- Municipalidad Provincial.

Parámetros Urbanísticos de la Municipalidad Provincial de Ica.

- Retiros Frontales, Laterales y Posterior.-

Frontales – Laterales: Cuando la distancia se establece con relación al lindero colindante con una vía pública.

Los retiros frontales pueden ser empleados para:

- a) La construcción de gradas para subir o bajar como máximo 1.50 m del nivel de vereda.
- b) La construcción de cisternas para agua y sus respectivos cuartos de bombas.
- c) La construcción de casetas de guardianía y su respectivo baño.
- d) Estacionamientos vehiculares con techos ligeros o sin techar.
- e) Estacionamientos en semisótano, cuyo nivel superior del techo no sobrepase 1.50 m por encima del nivel de la vereda frente al lote.
- f) Cercos delanteros opacos.
- g) Muretes para medidores de energía eléctrica

RETIRO FRONTAL	-----	3 METROS
RETIRO LATERALES	-----	2 METROS
RETIRO POSTERIOR	-----	- METROS

- **Altura Máxima.-**

En las Oficinas de Carácter Independientes se aplicará la presente norma a los bloques con frente a la vía pública:

Cada pisos tendrá un mínimo de 2.40 metros de altura con un máximo de 3.00 metros. Los pisos que superen esta altura serán considerados como doble altura o el número de pisos que corresponda según la altura propuesta.

En el diseño arquitectónico las edificaciones localizadas al entorno de la Plaza Principal del Distrito tendrán un máximo de 207 metros de altura con un promedio de 69 pisos como máximo.

- **Voladizo.-**

Los voladizos tendrán las siguientes características:

a) En las edificaciones que no tengan retiro no se permitirá voladizos sobre la vereda, salvo que por razones vinculadas al perfil urbano pre-existente, el Plan Urbano distrital establezca la posibilidad de ejecutar balcones, voladizos de protección para lluvias, cornisas u otros elementos arquitectónicos cuya proyección caiga sobre la vía pública.

b) Se puede edificar voladizos sobre el retiro frontal hasta 0,50 m, a partir de 2,30 m de altura. Voladizos mayores, exigen el aumento del retiro de la edificación en una longitud equivalente.

c) No se permitirán voladizos sobre retiros laterales y posteriores mínimos reglamentarios, ni sobre retiros frontales cuya finalidad sea el ensanche de vía.

- **Accesos de estacionamiento.-**

Se considera uso privado a todo aquel estacionamiento que forme parte De un proyecto de vivienda, servicios, oficinas y/o cualquier otro uso. Las características a considerar en la provisión de espacios de Estacionamientos de uso privado serán las siguientes:

Las dimensiones libres mínimas de un espacio de estacionamiento serán:

- ✓ Tres o más estacionamientos continuos: Ancho: 2 ,40 m cada uno.
- ✓ Dos estacionamientos continuos: Ancho: 2,50 m cada uno.
- ✓ Estacionamientos individuales: Ancho: 2,70 m cada uno.
- ✓ En todos los casos: Largo: 5,00 m, Altura: 2,10 m.

- Accesos de estacionamiento.-

Las edificaciones deberán tener cuando menos un acceso desde el exterior. Los accesos desde el exterior pueden ser peatonales, vehiculares. Los elementos móviles de los accesos al accionarse, no podrán invadir las vías y áreas de uso público

3.4.3.- Municipalidad Distrital.

- Ley de Regulación de Habilitaciones Urbanas y de Edificaciones ley 29090
- Ordenanzas Urbanísticas de la municipalidad Distrital de Ica.
- Parámetros Urbanísticos de la Municipalidad Provincial de Ica.

3.4.4.- Ministerio de Cultura (INC).

- No se encuentra en zona de patrimonio cultural

3.4.5.- Otras Regulaciones Especiales.

- No se encuentra en zona de Usos Especiales.

3.5.- Lineamientos de Intervención en Edificaciones Existentes.

3.5.1.- Consideraciones generales.

Predio descampado sin ningún tipo de construcción.

3.5.2.- Descripción del Estado Actual.

El estado actual del predio es propiedad de terceros, y se encuentra e descampado sin ningún tipo de construcción.

3.5.3.- Tipo de Intervención Propuesta.

➤ Pautas generales de orden arquitectónico.

Donde se aplicaran las siguientes Normas:

- R N E. Norma Técnica de Edificación A-010
“Condiciones generales de diseño”
 - ✓ Capítulo V: Accesos y pasajes de circulación
 - ✓ Capítulo VI: Escaleras
 - ✓ Capítulo XI: Estacionamiento
- R N E. Norma Técnica de Edificación A-050 “Salud”
 - ✓ Capítulo Sub I: Hospitales
 - ✓ Capítulo Sub II: Centros de Salud
 - ✓ Capítulo III: Condiciones Especiales para Personas con Discapacidad
- R N E. Norma Técnica de Edificación A-080 “Oficinas”
 - ✓ Capítulo II: Condiciones de Habitabilidad y funcionalidad
 - ✓ Capítulo IV: Dotación de Servicios
- R N E. Norma Técnica de Edificación A-120
“Accesibilidad para personas con discapacidad”
 - ✓ Capítulo III: Condiciones especiales según cada tipo de edificación de acceso público
 - ✓ Capítulo V: Señalización

CAPITULO IV : PROPUESTA ARQUITECTÓNICA.

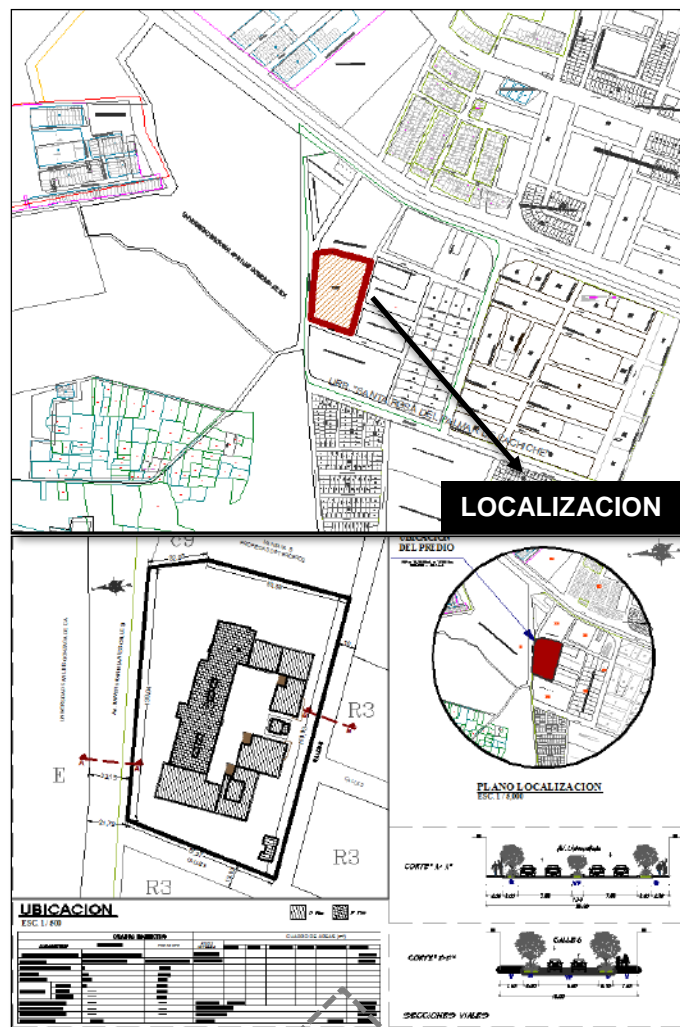
4.1.- Programación Arquitectónica.

4.1.1.- Localización y Ubicación del Inmueble a intervenir.

➤ Localización:

Se analiza la incidencia de:

El proyecto se encuentra ubicado al sur del distrito de ICA entre los distrito de Guadalupe, distrito de los agujes, exactamente en la Av. Los maestros (panamericana sur) – (graf.23).



Dirección	:	Av. Panamericana sur
Distrito	:	Ica
Provincia	:	Ica
Región	:	128 Ica

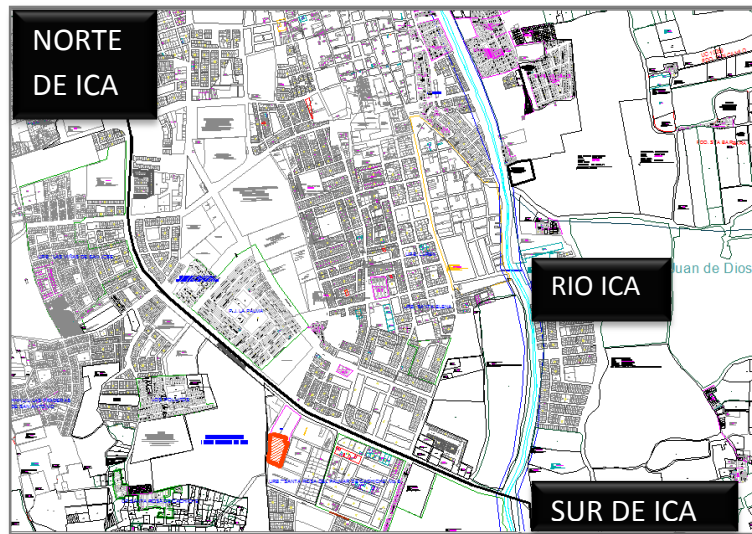
4.1.2.- Relación Proyecto - Entorno.

- Macroentorno (ámbito regional, provincial o metropolitano).

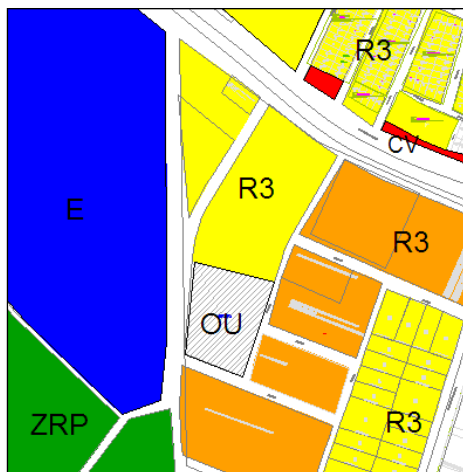
El proyecto será el fundador de la región y el primero en combinar una atención médica especializada, capacitación y el fomento de terapias físicas, todo esto con la rehabilitación aportara a que el adulto mayor sea independiente en la sociedad, aportando a su vez áreas verdes al déficit con el que cuenta el distrito.

- Mesoentorno (ámbito urbano distrital o local).

El proyecto se encuentra al sur del distrito de Ica, exactamente entre 14 distritos poblados con recursos económicos medio y alto, el proyecto busca ser un referente arquitectónico en el cuidado especializado al adulto mayor del distrito a sus ves estimular la economía del sector y flujo de personas – (graf.24).



- Microentorno (ámbito barrial o entorno inmediato).



Antes del proyecto la zona es netamente residencial R3-en donde después se hizo un cambio de zonificación a otros usos OU.

LEYENDA	
	R3 - residencial de baja densidad
	R3 - residencial de media densidad Alta
	CV – comercio vecinal
	OU – otros usos

4.1.3.- Actividades Potenciales del Proyecto.

4.1.3.1.- Análisis de Fortalezas y Oportunidades (F-O)

- cuadro n°8.

Análisis de Fortalezas y Oportunidades	
fortalezas	Oportunidades
Que el proyecto se encuentra dentro del un plan estratégico 2016 en donde esta manejado por MINSA y Ed salud.	El proyecto es financiado por parte privado y cuenta con recursos internacionales también Cuenta con presupuesto designado para su ejecución.
Aporte de Áreas verdes al distrito de ICA	Bienestar a todo los residentes disminuyendo las islas de calor del distrito
La necesidad de un lugar donde se imparta la SALUD, atención médica especializada, recreación para el adulto mayor de todo el distrito de Ica.	La provincia cuenta con usuarios potenciales para garantizar el éxito del proyecto.
Incremento del Espacio Público para los adulto mayor en el distrito de Ica	Mayores Espacios de socialización y recreación para el adulto mayor.
Ser referente arquitectónico del distrito de Ica	Convertirse en hito, y poder reproducir el proyecto en toda la región de Ica.
La ubicación estratégica del proyecto y un lugar fácil acceso.	Generando oportunidades a las personas de alto y medio recursos.
Compromiso de los médicos especialistas, con Continua Capacitación mediante jornadas y seminarios.	La clínica geriátrica ofrecerá una mejor atención a la sociedad, ya que los estándares de calidad para estas personas mejorarían Completamente.
Infraestructura de acorde a las necesidades de nuestro usuarios(implementación de gimnasios, piscinas y áreas verdes, entre otros)	Nivel de alta tecnología aplicada en tratamiento de los pacientes y Alta especialización médica.
Convenios con centros hospitalarios de atención (hospital y clínicas) y la Atención basada en valores como el respeto, la integridad y el afecto hacia los adultos mayores.	Con el Apoyo de MINSA y la clínica brindaran un Nivel alto de la calidad de los servicios médicos y el incremento de esperanza de vida al adulto mayor.

4.1.3.2.- Análisis conceptual de cronotopos.

La arquitectura y la infraestructura moderna “construyen” una “concordancia” entre ambientes, sujetos que tan bien reflejan las obras salud pública con esquemas de la historia en forma de establecimiento de salud en su territorio en una época histórica.

Como los cronotopos se basan, así mismo, en una sincronía entre cambio físico y cambio social, no es extraño que sirvan de herramienta de análisis de la arquitectura y la infraestructura moderna, entendidos como receptáculos de vida o “lugares”.

En donde este entrecruce entre dos estructuras tan diversas, como son la física y lo social.

4.1.4.- Determinación de los Principales Componentes del Proyecto.

La transformación del programa arquitectónico en un proyecto arquitectónico.

1. Consulta externa

Investigación, atención médica con especialistas, infraestructura moderna.

2. Ayuda al diagnóstico e imagen

Especialistas, tecnología moderna, diagnóstico de calidad al paciente.

3. Capilla – Tienda ortopédica – cafetería.

Venta, buena atención con espacios adecuados.

4. Sum - Administración – servicio - estacionamiento.

Fomento capacitación, enseñanza, buena salud.

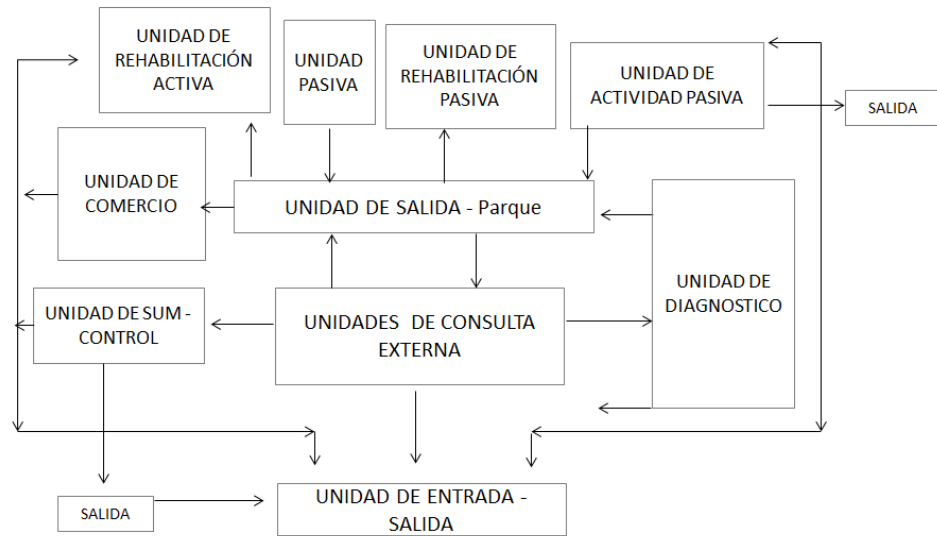
Gerencia, administración y control de la infraestructura.

5. Terapia de rehabilitación

Activo: gimnasio, terapia física, psicomotricidad, hidroterapia de miembros inferiores.

Pasiva: terapia ocupacional, fisioterapia, yoga, cámara hiperbárica, sauna, masajes.

4.1.5.- Definición de unidades funcionales.



Fuente: elaboración propia. (graf.25).

4.1.6.- Consideraciones dimensionales.

Donde se aplicaran las siguientes Normas:

- R N E. Norma Técnica de Edificación A-010
“Condiciones generales de diseño”
 - ✓ Capítulo V: Accesos y pasajes de circulación
 - ✓ Capítulo VI: Escaleras
 - ✓ Capítulo XI: Estacionamiento
- R N E. Norma Técnica de Edificación A-050 “Salud”
 - ✓ Capítulo Sub I: Hospitales
 - ✓ Capítulo Sub II: Centros de Salud
 - ✓ Capítulo III: Condiciones Especiales para Personas con Discapacidad
- R N E. Norma Técnica de Edificación A-080 “Oficinas”
 - ✓ Capítulo II: Condiciones de Habitabilidad y funcionalidad
 - ✓ Capítulo IV: Dotación de Servicios
- R N E. Norma Técnica de Edificación A-120
“Accesibilidad para personas con discapacidad”
 - ✓ Capítulo III: Condiciones especiales

según cada tipo de edificación de acceso público

✓ Capítulo V: Señalización

4.1.7.- Consideraciones constructivas y estructurales.

No existe infraestructura arquitectónica construida.

Pero donde el proyecto será construcción nueva diseñada en una forma ordenada con una estructura de sistema a porticado, en donde influirán varios factores para realizar el proyecto como:

- Un estudio de impacto ambiental
 - Estudio de suelo
 - Estudio de diseño estructural
 - Estudio de levantamiento topográfico
- En donde puedan esos factores ayudar a tener un diseño infraestructural seguro.

4.1.8.- Consideraciones ambientales generales.

- Habrá diferentes requerimientos e impacto para diferentes actividades.
- Se podría requerir consideraciones generales para proyectos de gran envergadura y consideraciones específicas para el proyecto bien puntuales.
- Recomendar en base a los recursos naturales de la zona del emprendimiento con un enfoque antisísmico, seguro y real.



Mapa Conceptual de las ramas de la Arquitectura Ambiental

4.1.9.- cuadro de resumen de área.

ZONA	AREA TOTAL (m2)
A) ZONA DE SUM - ADMINISTRACIÓN	394.25
B) ZONA DE CONSULTA EXTERNA	1,189.30
C) ZONA DE AYUDA DIAGNOSTICO E IMAGEN	618.68
D) ZONA DE SAUNA Y MASAJES	465.83
E) ZONA REHABILITACION PASIVA	429.25
F) ZONA DE CAPILLA	65.95
G) ZONA DE REHABILITACION ACTIVA	539.72
H) ZONA DE TIENDA ORTOPÉDICA - CAFETÍN	253.59
i) ZONA DE SERVICIOS	99.60
TOTAL	5,803.81

Área Parcial	4,089.11 m2.
Área Techada total	5,803.81 m2.
Área del Terreno	15,188.58 m2.
Área Libre	11,099.47 m2.

Cuadro. 134.

4.1.10.- Estimado de costos globales.

- Costo total de edificaciones: S/. 5 316 003.00
- Costo total estimado de la infraestructura: S/.5 728 106.00
- Total de los gastos generales en edificación en funcionamiento
 - 1.- Total: S/. 9 021 000.00
 - 2.- La forma del financiamiento será privada.

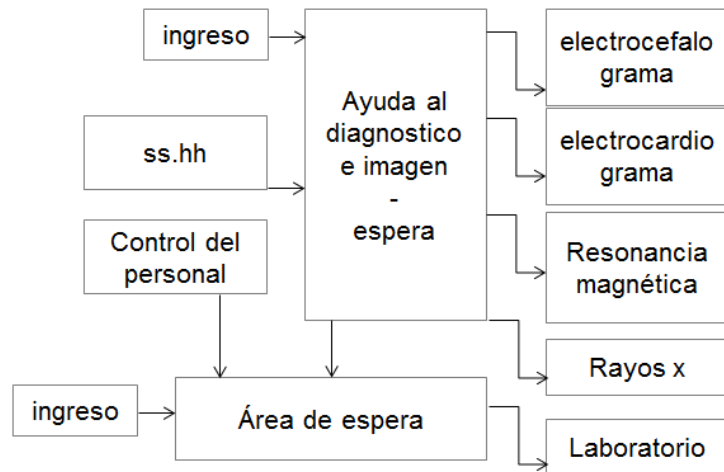
4.2.- Partido Arquitectónico.

4.2.1.- Estudio Previo.

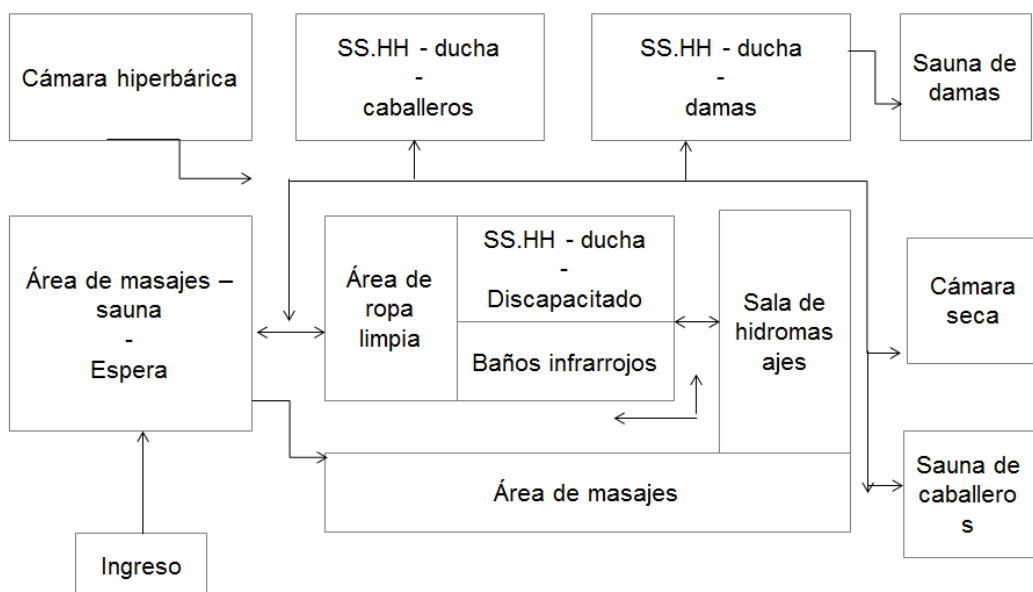
4.2.1.1.- Esquema general de conformación de sectores

Sector 1

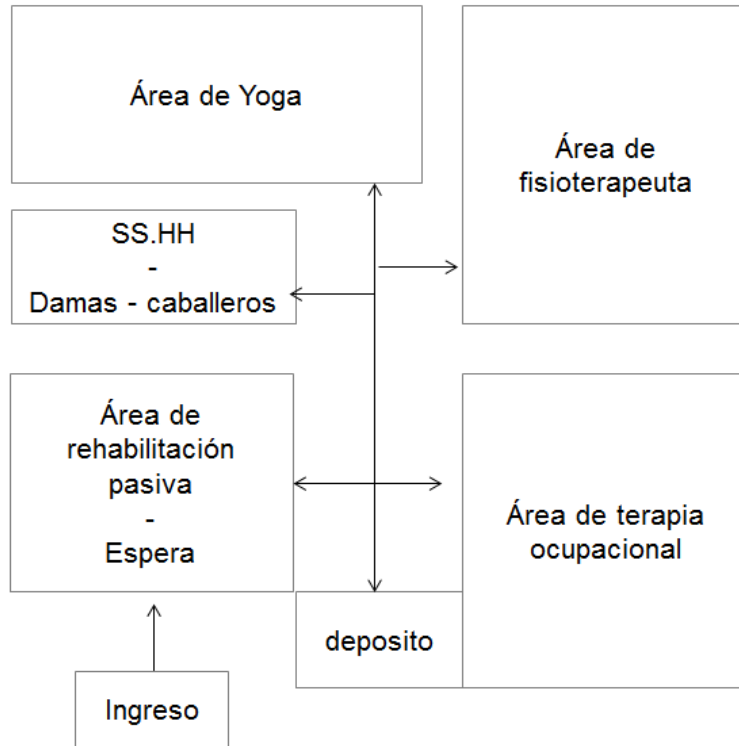
- Ayuda diagnóstico e imagen



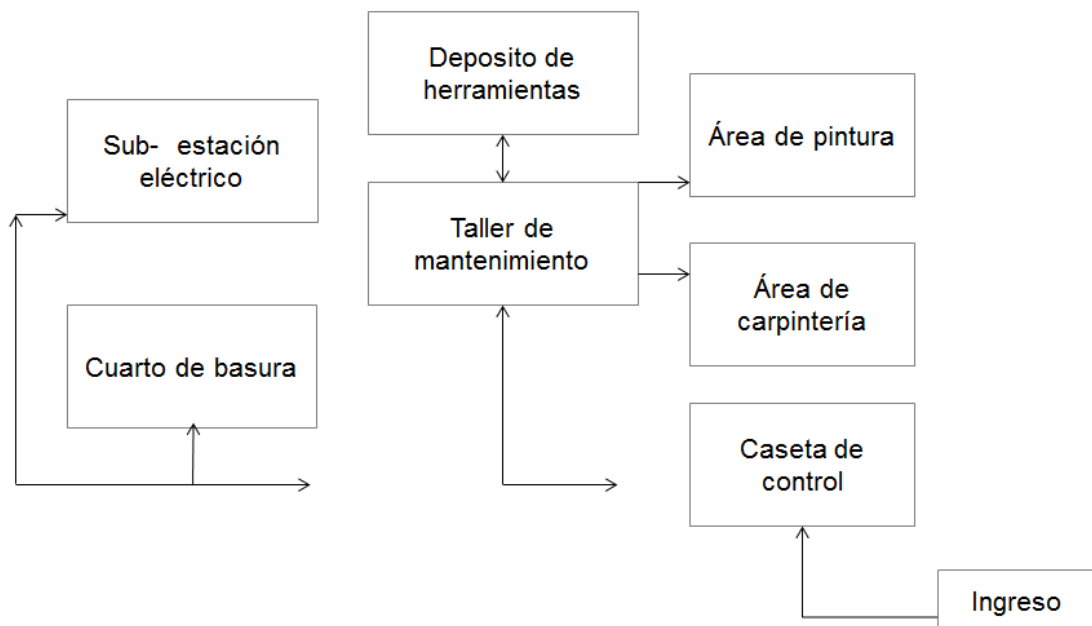
- Área de sauna y masajes



- Área de rehabilitación pasiva



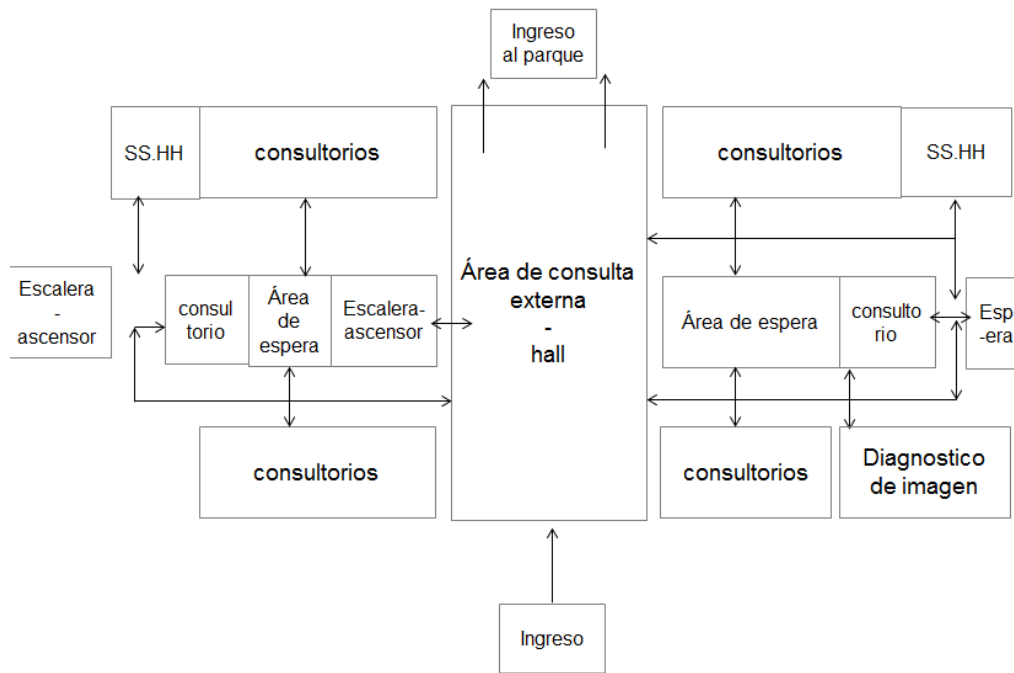
- Área de servicio



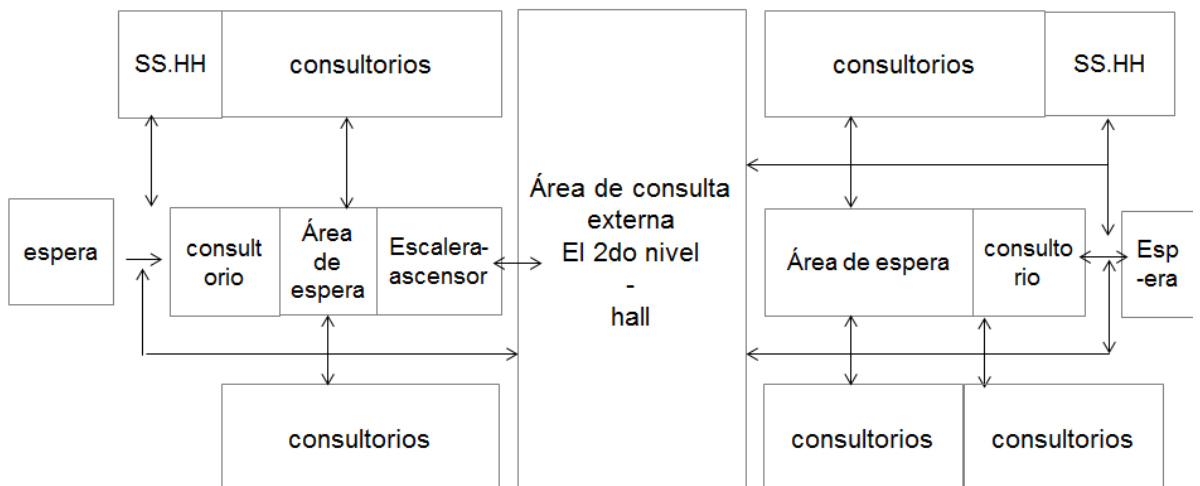
Sector 2

- Consulta externa

- 1er piso

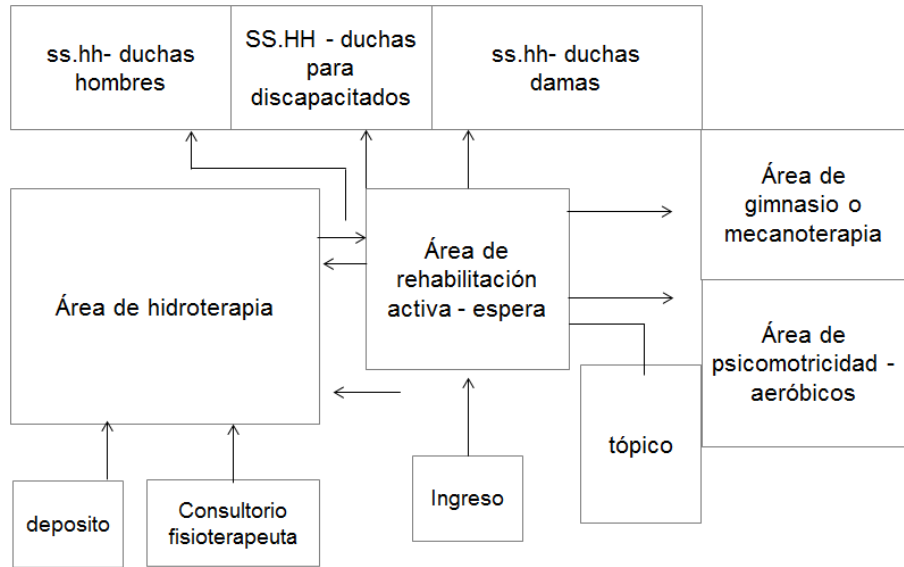


- 1er piso

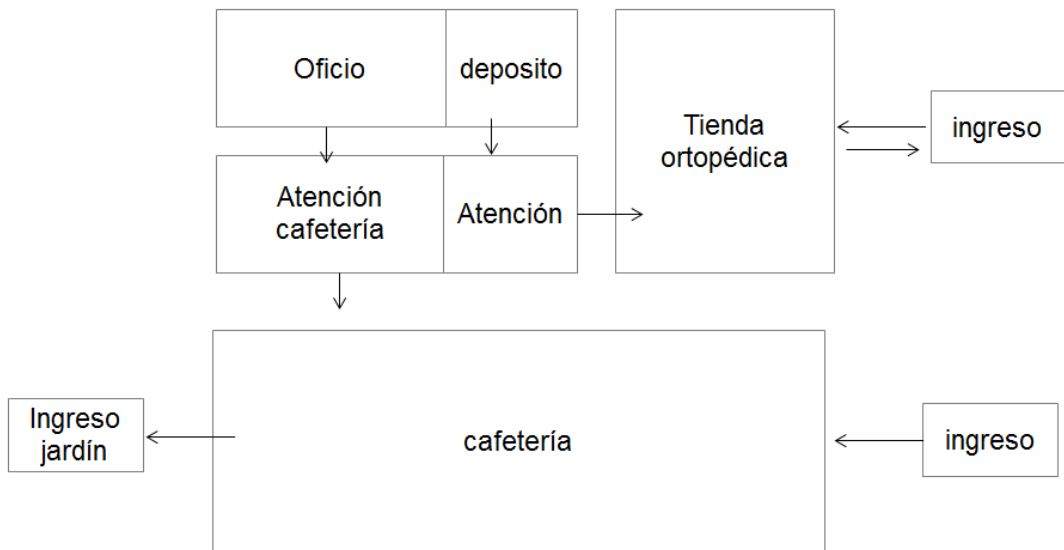


Sector 3

- Terapia rehabilitación activa

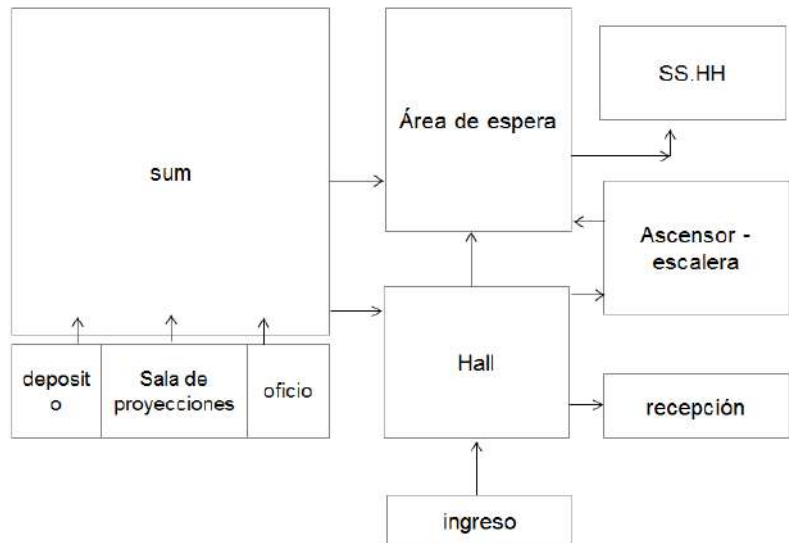


- tiendas

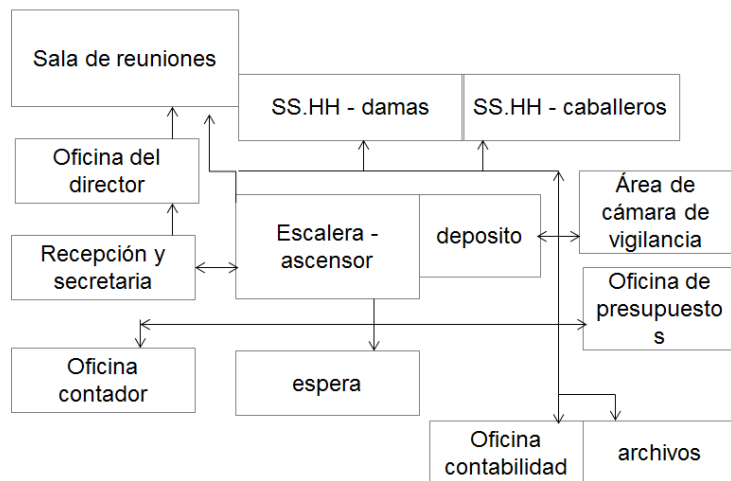


▪ Sum

➤ sum



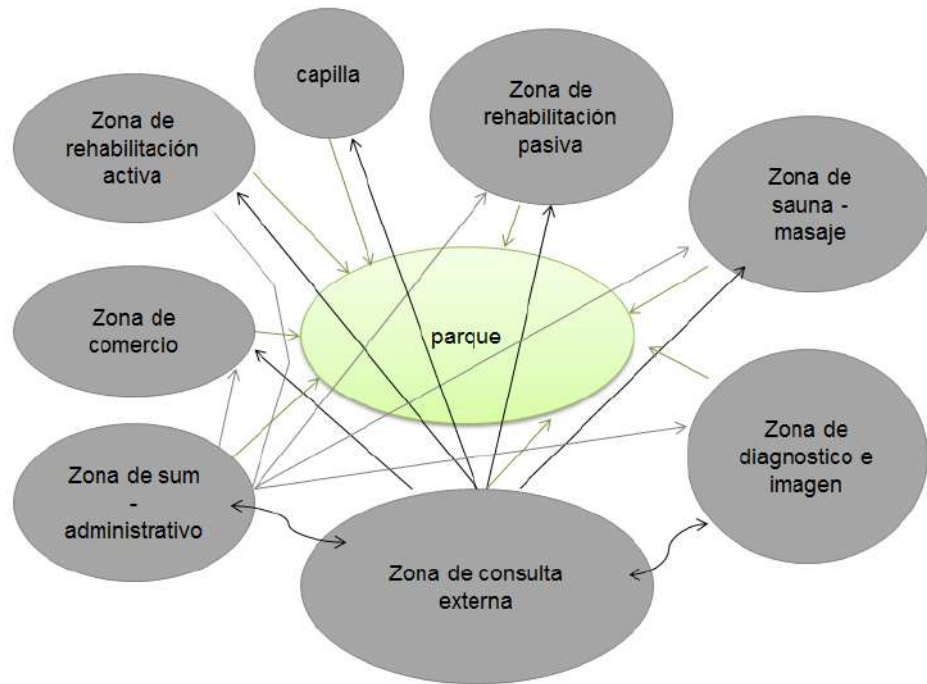
➤ área administrativa



Fuente: Elaboración Propia graf.26



4.2.1.2.- Diagramas de circulación



Fuente: Elaboración Propia

4.2.1.3.- zonificación interna

□ zona de consulta externa



AMBIENTES

- | | | | |
|---------------------|---|-----------------------------|---|
| ▪ HALL DE INGRESO | ■ | ▪ FARMACIA | ■ |
| ▪ ESCALERAS-ACENSOR | ■ | ▪ CONSULTORIOS DE ECOGRAFIA | ■ |
| ▪ ADMISIÓN | ■ | ▪ SS.HH | ■ |
| ▪ TRIAJE | ■ | ▪ AREA DE ESPERA | ■ |
| ▪ CONSULTORIOS | ■ | ▪ PASILLOS | ■ |

□ zona de diagnóstico e imagen – araf.27









- CONTROL DEL PERSONAL ■
- LABORATORIO ■
- RAYOS X ■
- RESONANCIA MAGNÉTICA ■

- ELECTROCEFALOGRAMA ■
- ELECTROCARDIOGRAMA ■
- AREA ESPERA ■
- PASILLO ■
- SS.HH ■
- CUARTO DE LIMPIEZA ■

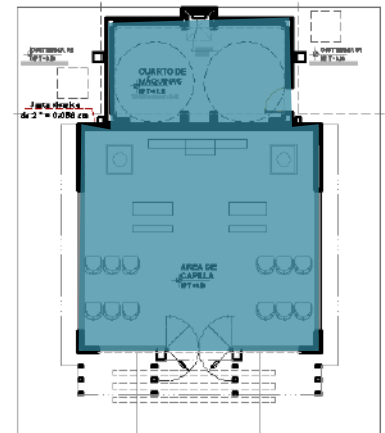










□ Zona de sauna - masajes



- | | | | |
|----------------------------------|---|------------------------|---|
| ▪ RECEPCIÓN - ESPERA |  | ▪ BAÑOS INFRARROJOS |  |
| ▪ AREA DE ENTREGA DE ROPA LIMPIA |  | ▪ SALA DE HIDROMASAJES |  |
| ▪ CAMARA HIPERBÁRICA |  | ▪ CAMARA DE VAPOR |  |
| ▪ SS.HH -- DUCHAS |  | ▪ CAMARA SECA - DUCHAS |  |
| ▪ AREA DE MASAJES |  | ▪ CUARTO DE LIMPIEZA |  |
| | | ▪ PASILLOS |  |

□ Zona de rehabilitación pasiva - capilla



- | | | | |
|-------------------------------|---|--------------|---|
| ▪ RECEPCIÓN - ESPERA |  | AREA DE YOGA |  |
| ▪ DEPOSITO |  | SS.HH |  |
| ▪ AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL |  | PASILLO |  |
| ▪ AREA DE FISIOTERAPIA |  | ----- | |
| | | CAPILLA |  |

□ Zona de rehabilitación Activa



- | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---|
| ▪ RECEPCIÓN - ESPERA | ■ | ▪ SALA DE AEROBICOS | ■ |
| ▪ SS.HH - DUCHAS + CUARTO DE LIMPIEZA | ■ | ▪ AREA DE HIDROTERAPIA DE MIEMBROS INFERIORES | ■ |
| ▪ TOPICO | ■ | ▪ PASILLOS | ■ |
| ▪ GIMNACIO | ■ | | |

□ Zona de tienda ortopédica y cafetín

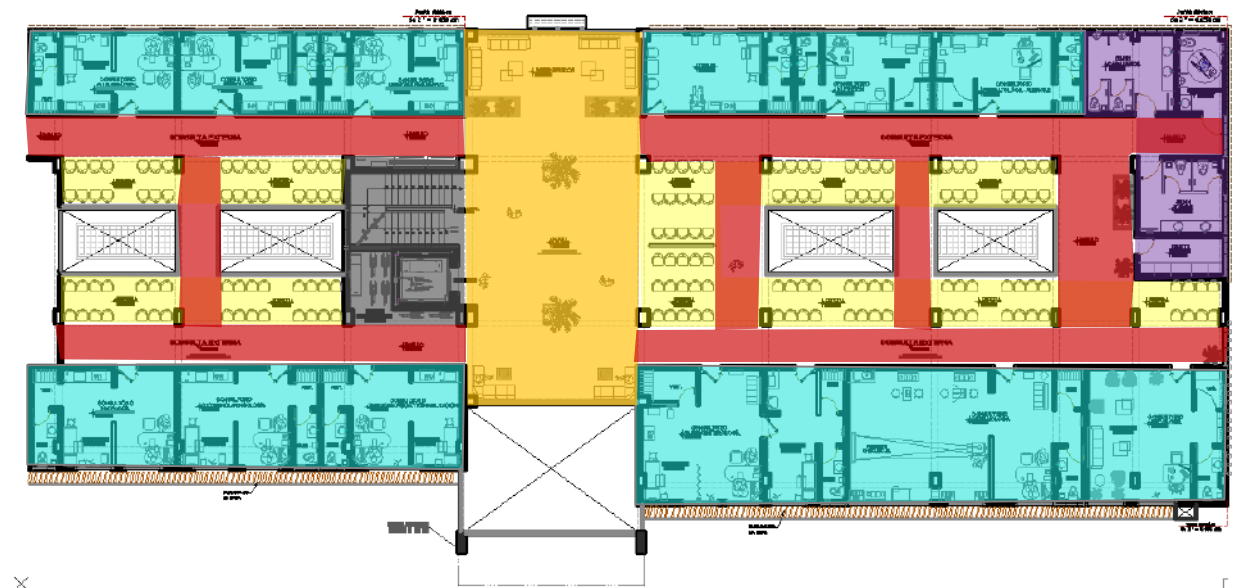
- TIENDA
- AREA DE ATENCION
- DEPOSITO
- PASILLO
- AREA DE MESAS
- AREA DE ATENCION
- OFICIO-DEPOSITO
- CUARTO L. – SS.HH – VEST.
- PASILLOS



□ Zona de Sum



□ Zona de consulta externa del 2do piso














- | | |
|---------------------|---|
| ESCALERA – ASCENSOR | ■ |
| HALL | ■ |
| CONSULTORIOS | ■ |
| AREAS DE ESPERA | ■ |

- | | |
|------------------|---|
| SS-HH - DEPOSITO | ■ |
| PASILLOS | ■ |

□ Zona de administrativa – 2do piso



- | | | | |
|-----------------------|---|------------------------|---|
| ▪ ESCALERA – ASCENSOR |  | ▪ OFICINA DEL DIRECTOR |  |
| ▪ ZONA DE ESPERA |  | ▪ OFICINA DEL CONTADOR |  |
| ▪ RECEPCION – SECR. |  | ▪ OFICINA DE COMPRAS - | |
| ▪ OFICINA | | PRESUPUESTOS |  |
| ADMINISTRADOR |  | ▪ SALA DE REUNIONES |  |
| ▪ AREA DE CAMARA | | ▪ AREA DE ARCHIVOS |  |
| DE VIGILANCIA |  | ▪ SS.HH |  |
| ▪ DEPOSITO Y C.L |  | ▪ OFICIO |  |
| | | ▪ PASILLO |  |

4.2.1.4.- criterios de modulación espacial

□ En planta

Para el criterio del dimensionamiento de los ambientes en plantas, proyecto se tendrá en cuenta las medidas antropométricas del ser humano, volumen de aire requerido en los ambientes y la escala humana. De acuerdo a esto tendremos espacios mínimos requeridos, que se convertirán en espacios modulares que se utilizara

en el distinto ambiente del volumen del Proyecto Arquitectónico.

Teniendo en cuenta RNE, A.010, Capítulo IV, Dimensiones Mínimas De Los Ambientes, y en los capítulos estructurales, para la función que se realice en el interior de la misma.

En corte

Para la consideración en corte y elevaciones del proyecto se tendrá en cuenta las medidas antropométricas del ser humano, volumen de aire requerido en los ambientes y la escala humana.

Teniendo en cuenta RNE, A.010, A.050 Capítulo IV, dimensiones Mínimas De Los Ambientes, considerando que las alturas de los ambientes sean los adecuados para la función que se realice en el interior de la misma.

4.2.1.5.- criterios de tratamiento volumétrico y paisajístico

Los criterios del diseño son los resultados del análisis de la problemática y de los medios que inciden en el proyecto:

Como arquitectónico volumétrico y paisajístico:

Formales: minimalista, limpieza y pureza de las forma

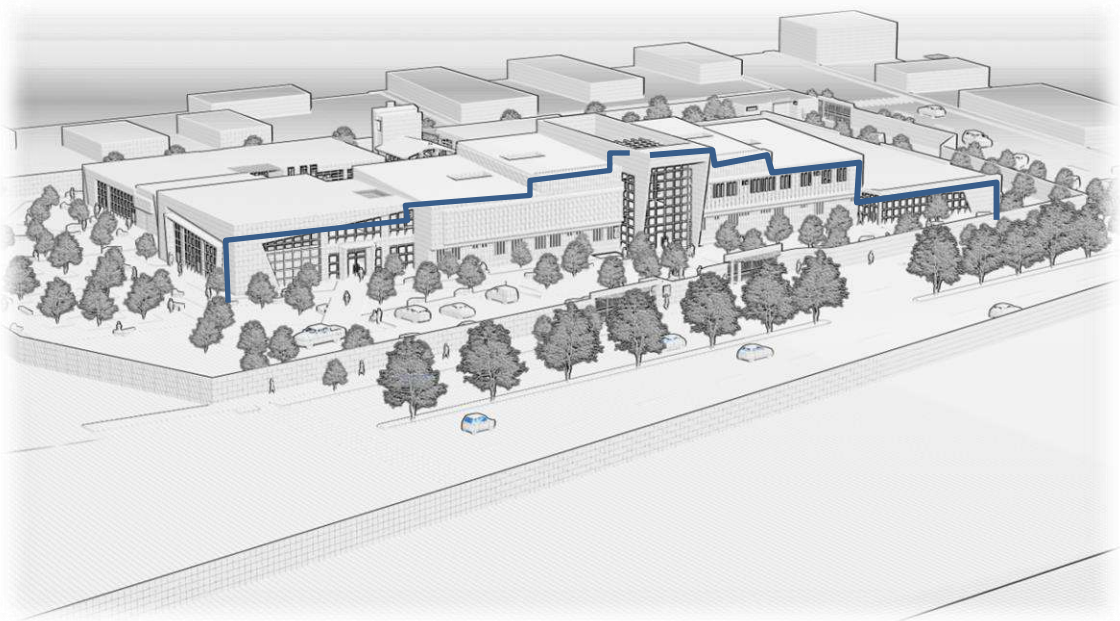
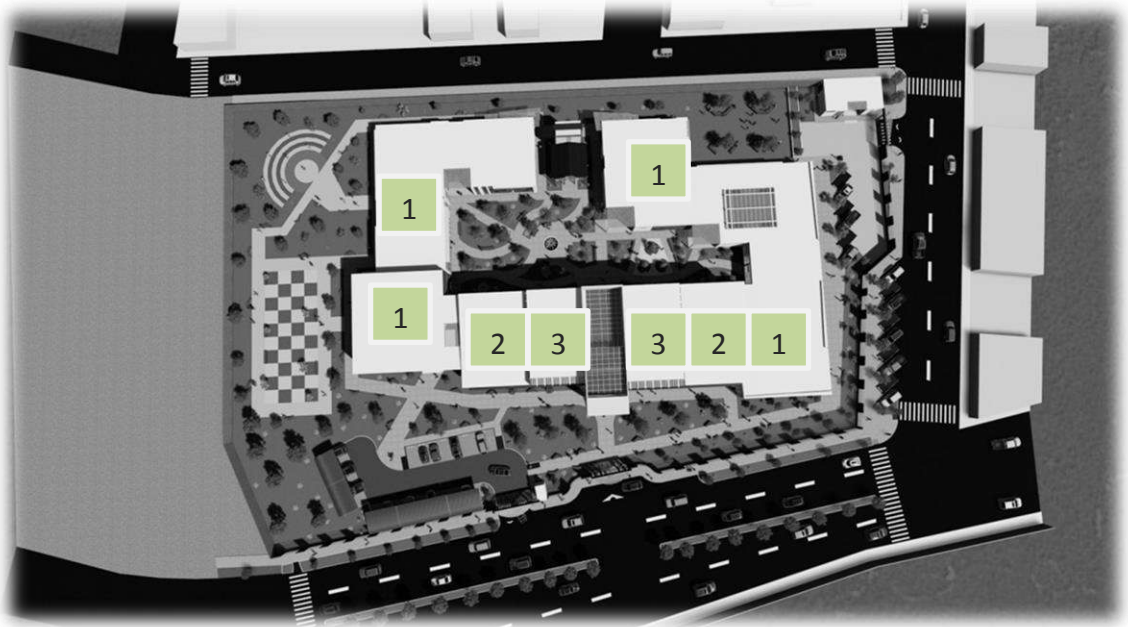
Funcionales: climáticos, orientados, ventilación, iluminación, emplazamiento.

4.2.2.- Esquema de Síntesis.

Esquemas de Distribución y Funcionamiento Interior

La clínica de rehabilitación geriátrica, tendrá como eje central área de consulta externa donde esta derivara, el resto de volúmenes que complementaran las propuestas. Estas a su vez se integraran de manera espacial con los volúmenes laterales, las áreas verdes

y las zonas de recreación serán los contenedores y limitadores de los volúmenes Arquitectónicos.



El proyecto arquitectónico muestra armonía volumétrica siguiendo la secuencia pre establecida en la conceptualización basando estrictamente a los módulos de secuencia de altura 1-2-3-3-2-1 obteniendo el resultado visible en el bosquejo.

4.3.- Anteproyecto arquitectónico.

4.3.1.- consideraciones técnicas para el diseño arquitectónico.

4.3.1.1.- Requerimientos para el confort y la seguridad

1.- Tenemos como el sistema de iluminación, ventilación y climatización.

➤ Consulta externa – diagnóstico- rehabilitación

Sistemas de iluminación

Los centros de salud tienen unos requisitos específicos de iluminación, entre otras cosas por el tipo de actividades que en ellos se realizan.

- Alumbrado General en consultorios: de 350 a 1000 lux.
- Gimnasios – terapia de rehabilitación: de 250 a 500 lux
- Laboratorios - diagnóstico: de 250 a 1000 lux.
- Sauna - masajes: de 300 a 700 lux.
- Salas de sum: entre 200 y 1000 lux.
- Zonas de pasillos: entre 150 y 700 lux.
- Vestuarios, lavabos: entre 50 y 300 lux.
- Cafetería y tienda: entre 300 y 750 lux.

Climatización

Temperatura del aire:

La instalación de climatización (frío y calor) que también puede complementarse con una buena ventilación. La normativa vigente obliga a controlar las diferencias de temperatura entre el interior y el exterior del edificio. La temperatura en verano debe ser igual o superior a 23° C y en invierno de 19° C a 21° C.

Humedad relativa:

Los consultorios y diagnóstico e imagen. Se recomienda que los límites de humedad relativa no difieran respecto a la humedad media exterior en oscilaciones superiores a $\pm 5\%$.

Renovación del aire:

Se recomienda proveer una aportación de aire exterior que sustituya por sobrepresión el aire interior viciado. En las áreas de actividad se necesitan 32 m³ /hora de aire limpio. La normativa vigente exige una renovación de 30 m³ por persona y hora de aire nuevo exterior.

Sum

Sistemas de iluminación

Las salas de capacitación tienen unos requisitos específicos de iluminación, entre otras cosas por el tipo de actividades que en ellos se realizan. Una deficiente iluminación de las instalaciones de un centro docente, y en especial de sala amplia con unos espacios destinados a impartir capacitación, aprendizaje para los médicos.

- Alumbrado General en consultorios: de 350 a 1000 lux.
- Gimnasios – terapia de rehabilitación: de 250 a 500 lux
- Laboratorios - diagnostico: de 250 a 1000 lux.
- Sauna - masajes: de 300 a 700 lux.
- Salas de sum: entre 200 y 1000 lux.
- Zonas de pasillos: entre 150 y 700 lux.
- Vestuarios, lavabos: entre 50 y 300 lux.
- Cafetería y tienda: entre 300 y 750 lux.

Climatización

Temperatura del aire:

La instalación de climatización (frío y calor) que también puede complementarse con una buena ventilación. La normativa vigente obliga a controlar las diferencias de temperatura entre el interior y el exterior del edificio. La temperatura en verano debe ser igual o superior a 23° C y en invierno de 19° C a 21° C

2.- Tenemos como el Sistemas integrales de seguridad

Para la estructura y los cimientos del proyecto se tomara en cuenta el Reglamento Nacional de Edificaciones (RNE) Norma técnica A.130, Requisitos de Seguridad.

- Sistema de Circuito Cerrado (cámaras de seguridad)
- Sistema de Alarma contra Incendio
- Sistema de Circuito de Sensores de Movimiento.

4.3.1.2.- Requerimientos para la selección de acabados

- Estudio de acabados por sectores y ambientes:
El acabado de los Ambientes, paredes y pavimentos de la clínica de rehabilitación geriátrica, dependerá de cada ambiente, esto contribuirá en el buen funcionamiento de cada zona, cada acabado de ambientes se encuentra detallado en los planos de desarrollo arquitectónico.
- Tratamiento de fachadas exteriores e interiores:
El tratamiento de las todas las fachadas serán de concreto armado obteniendo la unidad de acabado pintura – en todo el volumen arquitectónico – en la entrada principal será de un material de alucubon empotrado a una estructura metálica.
Para las paredes interiores serán tarrajeados ligado y pintado de acuerdo a como indique los planos de desarrollo arquitectónicos.
- Tratamiento de coberturas:
El proyecto contempla que Para las curvaturas se utilizaran loza aligerada cuyas dimensiones dependerá de los cálculo de carga, también se tomaran en cuenta el ladrillo de techo, la tubería del circuito eléctrico, cable, si hubiera tubería de red de agua.

4.3.2.- consideraciones técnicas de ingeniería.

4.3.2.1.- conceptualización y requerimientos estructurales

➤ Estructuración y Cimentaciones

Para la estructura y los cimientos del proyecto se tomara en cuenta el Reglamento Nacional de Edificaciones (RNE) Norma técnica E.050,

El objetivo de esta Norma es establecer los requisitos para la ejecución de Estudios de Mecánica de Suelos* (EMS), con fines de cimentación, de edificaciones y otras obras indicadas en esta Norma. Los EMS se ejecutarán con la finalidad de asegurar la estabilidad y permanencia de las obras y para promover la utilización racional de los recursos.

➤ Juntas de separación sísmica

RNE, Norma Técnica E.030, Artículo 15

Separada de las estructuras vecinas una distancia mínimas para evitar el contacto durante un movimiento sísmico.

Esta distancia mínima no será menor que los $\frac{2}{3}$ de la suma de los desplazamientos máximos de los bloques adyacentes ni menor que: $s = 3 + 0,004 \cdot (h - 500)$ (h y s en centímetros) $s > 3$ cm

Donde h es la altura medida desde el nivel del terreno natural hasta el nivel considerado para evaluar s.

El Edificio se retirará de los límites de propiedad adyacentes a otros lotes edificables, o con edificaciones, distancias no menores que $\frac{2}{3}$ del desplazamiento máximo calculado según Artículo 16 (16.4) ni menores que $s/2$.

4.3.2.2.- Requerimientos para la instalación hidráulica, energéticas y electromecánicas.

➤ Instalaciones hidráulicas y sanitarias

Para la estructura y los cimientos del proyecto se tomara en cuenta el Reglamento Nacional de Edificaciones (RNE) Norma técnica IS.010, Instalaciones Sanitarias.

Esta Norma contiene los requisitos mínimos para el diseño de las instalaciones sanitarias para edificaciones en general. Para los casos no contemplados en la presente Norma, el ingeniero sanitario, fijará los requisitos necesarios para el proyecto específico, incluyendo en la memoria descriptiva la justificación y fundamentación correspondiente.

➤ Instalaciones Energéticas de Gas Natural y otras

No cuenta con instalaciones de gas.

➤ Instalaciones eléctricas y electromecánicas

Para la estructura y los cimientos del proyecto se tomara en cuenta el Reglamento Nacional de Edificaciones (RNE) Norma técnica EM.010, Instalaciones eléctricas de Interiores.

Las instalaciones de ventilación se basara en el Reglamento Nacional de Edificaciones (RNE) Norma técnica EM.030

Las instalaciones Electromecánicas se basara en el Reglamento Nacional de Edificaciones (RNE) Norma técnica EM.070.

4.3.3.- consideraciones normativas de diseño.

4.3.3.1.- Parámetros urbanísticos y edificatorios

Parámetros Urbanísticos de la Municipalidad Provincial de Ica.

Retiros Frontales, Laterales y Posterior.-

Frontales – Laterales: Cuando la distancia se establece con relación al lindero colindante con una vía pública.

Los retiros frontales pueden ser empleados para:

- a) La construcción de gradas para subir o bajar como máximo 1.50 m del nivel de vereda.
- b) La construcción de cisternas para agua y sus respectivos cuartos de bombas.
- c) La construcción de casetas de guardianía y su respectivo baño.
- d) Estacionamientos vehiculares con techos ligeros o sin techar.
- e) Estacionamientos en semisótano, cuyo nivel superior del techo no sobrepase 1.50 m por encima del nivel de la vereda frente al lote.
- f) Cercos delanteros opacos.
- g) Muretes para medidores de energía eléctrica

Altura Máxima.-

En las Oficinas de Carácter Independientes se aplicará la presente norma a los bloques con frente a la vía pública:

Cada pisos tendrá un mínimo de 2.40 metros de altura con un máximo de 3.00 metros. Los pisos que superen esta altura serán considerados como doble altura o el número de pisos que corresponda según la altura propuesta.

En el diseño arquitectónico las edificaciones localizadas al entorno de la Plaza Principal del Distrito.

Voladizo.-

Los voladizos tendrán las siguientes características:

a. En las edificaciones que no tengan retiro no se permitirá voladizos sobre la vereda, salvo que por razones vinculadas al perfil urbano pre-existente, el Plan Urbano distrital establezca la posibilidad de ejecutar balcones, voladizos de protección para lluvias, cornisas u otros elementos arquitectónicos cuya proyección caiga sobre la vía pública.

b. Se puede edificar voladizos sobre el retiro frontal hasta 0,50 m, a partir de 2,30 m de altura. Voladizos mayores, exigen el aumento del retiro de la edificación en una longitud equivalente.

c. No se permitirán voladizos sobre retiros laterales y posteriores mínimos reglamentarios, ni sobre retiros frontales cuya finalidad sea el ensanche de vía.

Accesos de estacionamiento.-

Se considera uso privado a todo aquel estacionamiento que forme parte De un proyecto de vivienda, servicios, oficinas y/o cualquier otro uso. Las características a considerar en la provisión de espacios de Estacionamientos de uso privado serán las siguientes:

Las dimensiones libres mínimas de un espacio de estacionamiento serán:

- Tres o más estacionamientos continuos: Ancho: 2,40 m cada uno.
- Dos estacionamientos continuos: Ancho: 2,50 m cada uno.
- Estacionamientos individuales: Ancho: 2,70 m cada uno.
- En todos los casos: Largo: 5,00 m, Altura: 2,10 m.

Accesos de estacionamiento.-

Las edificaciones deberán tener cuando menos un acceso desde el exterior. Los accesos desde el exterior pueden

ser peatonales, vehiculares. Los elementos móviles de los accesos al accionarse, no podrán invadir las vías y áreas de uso público.

4.3.3.2.- Requisitos para la circulación y accesibilidad universal

- Circulación Vertical en Edificaciones. Ascensores de Pasajeros

Condiciones generales y requisitos de diseño

El Proyecto arquitectónico cuenta con 2 ascensores de pasajeros y escaleras de emergencia.

4.3.3.3.- Parámetros de seguridad y previsión de siniestros

- Medios de circulación y escape:

Para la Circulación y Evacuación del proyecto se tomara en cuenta el Reglamento Nacional de Edificaciones (RNE) Norma técnica A.130, Requisitos de Seguridad.

Artículo 1.- Las edificaciones, de acuerdo con su uso y número de ocupantes, deben cumplir con los requisitos de seguridad y prevención de siniestros que tienen como objetivo salvaguardar las vidas humanas y preservar el patrimonio y la continuidad de la edificación. En el Capítulo I, Sub-Capitulo II y Sub-Capitulo III

- Seguridad contra fuego e incendios:

El proyecto se tomara en cuenta el Reglamento Nacional de Edificaciones (RNE) Norma técnica A.130, Requisitos de Seguridad.

En el Capítulo III, Artículo 42.- Clasificación de estructuras por su resistencia al fuego Para clasificarse dentro del tipo "resistentes al fuego", la estructura, muros resistentes y muros perimetrales de cierre de la edificación, deberán tener una resistencia al fuego mínima de 4 horas, y la tabiquería interior no portante y los techos, una resistencia al fuego mínima de 2 horas.

- Sistemas de extinción de incendios:

Se tomara en cuenta el Reglamento Nacional de Edificaciones (RNE) Norma técnica A.130, Requisitos de Seguridad.

En el Capítulo IV, Artículo 52.- La instalación de dispositivos de Detección y Alarma de incendios tiene como finalidad principal, indicar y advertir las condiciones anormales, convocar el auxilio adecuado y controlar las facilidades de los ocupantes para reforzar la protección de la vida humana.

4.3.3.4.- Normas técnicas de diseño para instalaciones sanitarias

Para las Instalaciones Sanitarias del proyecto se tomara en cuenta el Reglamento Nacional de Edificaciones (RNE) Norma técnica IS.010, Instalaciones Sanitarias para Edificaciones.

La dotación de servicios sanitarios se regirá por la norma A.090, Servicios Comunes, Capítulo IV.

➤ Servicios sanitarios

Artículo 15.- Las edificaciones para servicios comunales, estarán provistas de servicios sanitarios para empleados, según el número requerido de acuerdo al uso:

Número de empleados	Hombres	Mujeres
De 1 a 6 empleados		1L, 1 u, 1l
De 7 a 25 empleados	1L, 1u, 1l	1L, 1l
De 26 a 75 empleados	2L, 2u, 2l	2L, 2l
De 76 a 200 empleados	3L, 3u, 3l	3L, 3l
Por cada 100 empleados adicionales	1L, 1u, 1l	1L, 1l

En los casos que existan ambientes de uso por el público, se proveerán servicios higiénicos para público, de acuerdo con lo siguiente:

	Hombres	Mujeres
De 0 a 100 personas	1L, 1u, 1l	1L, 1l
De 101 a 200 personas	2L, 2u, 2l	2L, 2l
Por cada 100 personas adicionales	1L, 1u, 1l	1L, 1l

Artículo 16.- Los servicios higiénicos para personas con discapacidad serán obligatorios a partir de la exigencia de contar con tres artefactos por servicio, siendo uno de ellos accesibles a personas con discapacidad.

En caso se proponga servicios separados exclusivos para personas con discapacidad sin diferenciación de sexo, este deberá ser adicional al número de aparatos exigible según las tablas indicadas en los artículos precedentes.

➤ Agua fría

Para las Instalaciones Sanitarias del proyecto se tomara en cuenta el Reglamento Nacional de Edificaciones (RNE) Norma técnica IS.010, Instalaciones Sanitarias para Edificaciones, Capítulo II.

a. El sistema de abastecimiento de agua de una edificación comprende las instalaciones interiores desde el medidor o dispositivo regulador o de control, sin incluirlo, hasta cada uno de los puntos de consumo.

b. El sistema de abastecimiento de agua fría para una edificación deberá ser diseñado, tomando en cuenta las condiciones bajo las cuales el sistema de abastecimiento público preste servicio.

c. Las instalaciones de agua fría deben ser diseñadas y construidas de modo que preserven su calidad y garanticen su cantidad y presión de servicio en los puntos de consumo.

➤ Agua caliente

Para las Instalaciones Sanitarias del proyecto se tomara en cuenta el Reglamento Nacional de Edificaciones (RNE) Norma técnica IS.010, Instalaciones Sanitarias para Edificaciones, Capítulo III.

a. Las instalaciones de agua caliente de una edificación, deberán satisfacer las necesidades de consumo y seguridad contra accidentes. Se deberá considerar un espacio independiente y seguro para el equipo de producción de agua caliente.

b. Deberán instalarse dispositivos destinados a controlar el exceso de presión de los sistemas de producción de agua caliente. Dichos dispositivos se ubicarán en los equipos de producción, o en las tuberías de agua fría o caliente próximas a él, siempre que no existan.

b) Válvulas entre los dispositivos y el equipo; y se graduarán de tal modo que puedan operar a una presión de 10% mayor que la requerida para el normal funcionamiento del sistema.

c) Deberá instalarse una válvula de retención en la tubería de abastecimiento de agua fría. Dicha válvula no podrá ser colocada entre el equipo de producción de agua caliente y el dispositivo para controlar el exceso de presión.

➤ Agua contra incendio

Para las Instalaciones Sanitarias del proyecto se tomara en cuenta el Reglamento Nacional de Edificaciones (RNE) Norma técnica IS.010, Instalaciones Sanitarias para Edificaciones, Capítulo IV. Los sistemas a emplearse para combatir incendios serán:

a. Alimentadores y gabinetes contra incendio equipados con mangueras para uso de los ocupantes de la edificación.

b. Alimentadores y gabinetes contra incendio equipados con mangueras para uso de los

ocupantes de la edificación y salida contra incendio para ser utilizada por el Cuerpo de Bomberos de la ciudad.

c) Alimentadores y mangueras para uso combinado de los ocupantes del edificio y del Cuerpo de Bomberos.

d) Rociadores automáticos.

➤ Desagüe y ventilación

Para las Instalaciones Sanitarias del proyecto se tomara en cuenta el Reglamento Nacional de Edificaciones (RNE) Norma técnica IS.010, Instalaciones Sanitarias para Edificaciones, Capítulo VI.

a. El sistema integral de desagüe deberá ser diseñado y construido en forma tal que las aguas servidas sean evacuadas rápidamente desde todo aparato sanitario, sumidero u otro punto de colección, hasta el lugar de descarga con velocidades que permitan el arrastre de las excretas y materias en suspensión, evitando obstrucciones y depósitos de materiales.

b. Se deberá prever diferentes puntos de ventilación, distribuidos en tal forma que impida la formación de vacíos o alzas de presión, que pudieran hacer descargar las trampas.

c. Las edificaciones situadas donde exista un colector público de desagüe, deberán tener obligatoriamente conectadas sus instalaciones domiciliarias de desagüe a dicho colector. Esta conexión de desagüe a la red pública se realizará mediante caja de registro o buzón de dimensiones y

de profundidad apropiadas, de acuerdo a lo especificado en esta Norma.

d. El diámetro del colector principal de desagües de una edificación, debe calcularse para las condiciones de máxima descarga.

➤ Agua de lluvia

Para las Instalaciones Sanitarias del proyecto se tomara en cuenta el Reglamento Nacional de Edificaciones (RNE) Norma técnica IS.010, Instalaciones Sanitarias para Edificaciones, Capítulo VII.

a. Cuando no exista un sistema de alcantarillado pluvial y la red de aguas residuales no haya sido diseñada para recibir aguas de lluvias, no se permitirá descargar este tipo de aguas a la red de aguas residuales. Estas deberán disponerse al sistema de drenaje o áreas verdes existentes.

b. Los receptores de agua de lluvia estarán provistos de rejillas de protección contra el arrastre de hojas, papeles, basura y similares. El área total libre de las rejillas, será por lo menos dos veces el área del conducto de elevación.

c. Los diámetros de las montantes y los ramales de colectores para aguas de lluvia estarán en función del área servida y de la intensidad de la lluvia.

4.3.3.5.- Normas técnicas para la gestión de residuos solidos

Para el tratamiento de los residuos sólidos del proyecto se tomara en cuenta, El Reglamento de la Ley N° 27314, Ley General de Residuos Sólidos, Título III, Manejo de Residuos Solidos

Artículo 10°.- Disposiciones generales de manejo. El manejo de los residuos que realiza toda persona deberá ser sanitaria y ambientalmente adecuado de manera tal de prevenir impactos negativos y asegurar la protección de la salud; con sujeción a los lineamientos de política establecidos en el artículo 4° de la Ley.

La prestación de servicios de residuos sólidos puede ser realizada directamente por las municipalidades distritales y provinciales

Artículo 14°.- Responsabilidad por daños. Toda EPS-RS, EC-RS y las municipalidades que presten directamente los servicios de residuos sólidos que hagan uso o manejo indebido de los residuos, son responsables de los daños y perjuicios que ocasionen dichas acciones a la salud, al ambiente o a terceros.

Naturaleza y tipos de residuos sólidos producidos por cada unidad funcional del proyecto

La naturaleza de los residuos sólidos que contempla el proyecto es de dos tipos Orgánicos y no orgánicos y dependerá de las actividades que se realicen en cada volumen arquitectónico en la clínica de rehabilitación geriátrica.

Consulta externa, tipo de residuo no orgánico

Sum, tipo de residuo no orgánico

Cafetería - tienda, tipo de residuo orgánico

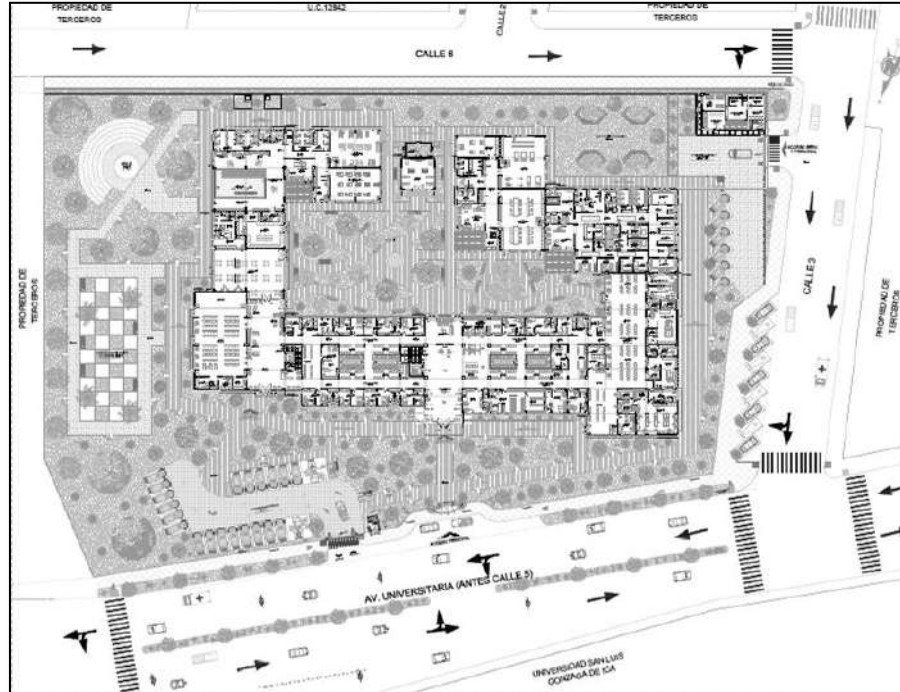
Administración, tipo de residuo no orgánico

Ayuda diagnóstico e imagen, tipo de residuo orgánico.

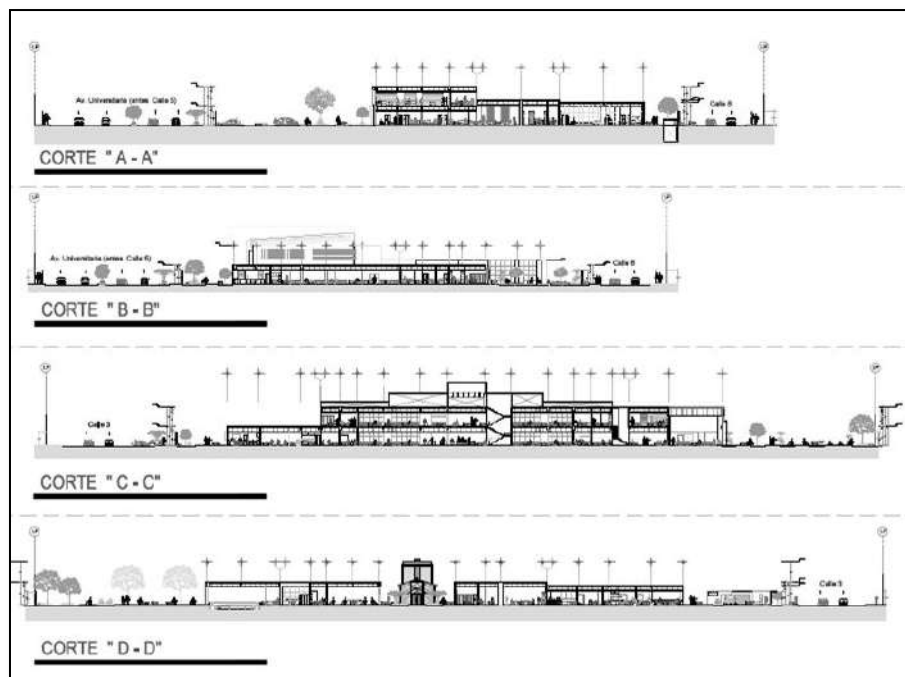
Rehabilitación, tipo de residuo no orgánico

4.3.4.- Planos del Anteproyecto (a escala conveniente).

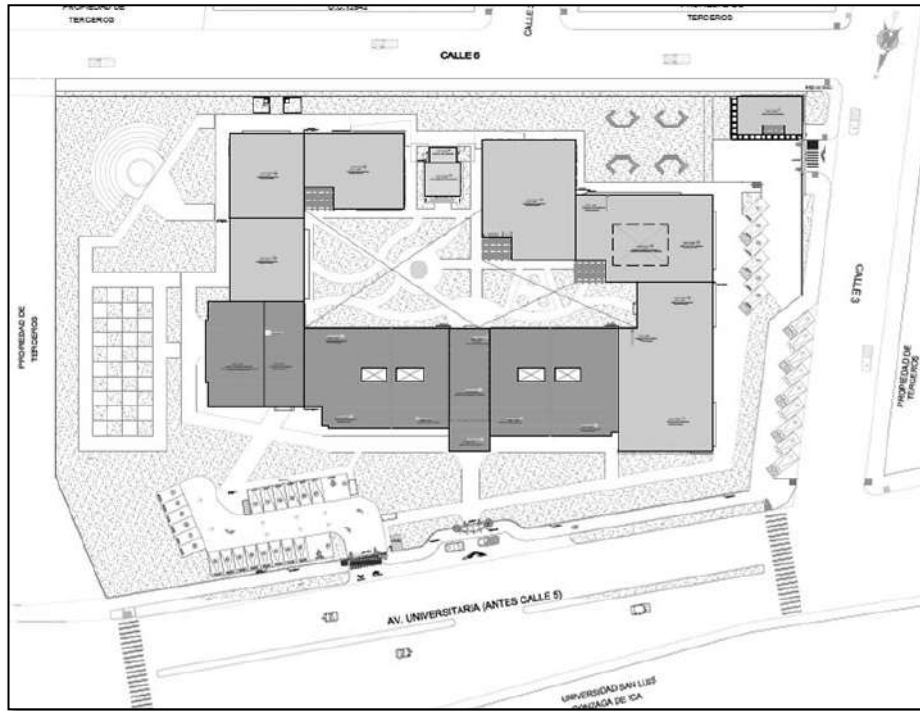
4.3.4.1.- Planos de conjunto



4.3.4.2.- Planos de planta, cortes y elevaciones



4.3.4.2.- Planos de Techo y coberturas



4.3.4.2.- Volumetrías, perspectivas y vistas en 3D



4.4.- Proyecto arquitectónico definitivo.

4.4.1.- Planos detallados de arquitectura (a escala conveniente).

4.4.1.1.- Relación general de láminas

Plano de Ubicación, Localización, Normatividad y Cuadro General de Áreas.

Plano perimétrico

Plano de planimetría

Planos Generales de distribución por planta.

Planos de Techos y Coberturas Generales de Arquitectura.

Planos de cortes y elevaciones Generales de Arquitectura.

Planos Base de Instalaciones Hidráulicas y Sanitarias.

Planos Base de Instalaciones Eléctricas y Electromecánicas.

Planos Base de Estructuras.

Planos Base de Loza Aligerada.

Plano de Evacuación.

Planos de Señalética.

Planos de Desarrollo Arquitectónico por bloque

Planos de Detalles Arquitectónico.

4.4.1.2.- Plano de ubicación, normatividad y cuadro de áreas

(Ver Lamina A - 01)

4.4.1.3.- Plano de distribución por plantas

(Ver Lamina A – 02 y A – 03)

4.4.1.4.- Plano de techos y coberturas

(Ver Lamina A – 04)

4.4.1.5.- Plano de cortes y elevaciones

(Ver Lamina A – 05 y A – 06)

4.4.1.6.- Plano de detalles (constructivos y de carpintería)

(Ver Lamina D – 01 hasta D – 11)

4.4.1.7.- cuadro generales (vanos y acabados)

(Ver Lamina D – 01 hasta D – 07)

4.4.2.- Planos base de ingeniería (a escala conveniente)

4.4.2.1.- Plano base de cimentación y estructuras

(Ver Lamina E – 01 hasta E – 02)

4.4.2.2.- Plano base de instalación hidráulica y sanitaria

(Ver Lamina IS – 01 hasta IS – 04)

4.4.2.3.- Plano base de instalación eléctrica y electromecánicas

(Ver Lamina IE – 01 hasta IE – 03)

4.4.2.2.- Plano base de instalación energética de gas natural

No cuenta con instalaciones especiales.

4.5.- Documentos complementarios.

4.5.1.- Memoria descriptiva de arquitectura

4.5.1.1.- Antecedentes

La presente memoria descriptiva, corresponde al Proyecto de Arquitectura denominado clínica de rehabilitación geriátrica en Ica, sobre el que referimos los siguientes Datos:

- Nombre del proyecto : Clínica de Rehabilitación Geriátrica en Ica.
- Dirección : Av. Universitaria
- Distrito : Ica
- Provincia : Ica
- Departamento : Ica
- Uso : Atención medica al Adulto mayor y recreacional.
- Área del terreno : 15,188.58 m2.

4.5.1.2.- Descripción del terreno

El Área del Terreno es de 15,188.58 m², correspondiente a la manzana B, de la urb. Santa Rosa del Palmar, el cual está situado en la Av. panamericana sur con la Av. calle universitaria, Calle 3 y calle 6 en el Distrito de Ica, Provincia de Ica, Departamento de Ica.

Linderos y Medidas Perimétricas.

- Por el frente: en línea Recta, haciendo una Longitud Total de 139.04 ml, colindante con la Av. Universitaria.
- Por la derecha: En línea Recta, con Longitud de 87.27 ml, Adyacente con la Calle 3.
- Por la izquierda: En línea Recta, con 2 tramos con Longitud de 32.93 y 80.58 ml, Adyacente con propiedad de terceros.
- Por el fondo: En línea Recta, Longitud de 159.93 ml, Adyacente con la Calle 6.

4.5.1.3.- Descripción del proyecto arquitectónico

El Proyecto clínica de rehabilitación geriátrica cuenta con un área de total de 15,188.58 m², el proyecto cuenta con 7 sectores arquitectónicos que está rodeado de áreas verde y plaza de descansos, de las cuales el área techada es de 5 803.81 m² y el área libre es de 11,099.47 m².

Resumen del Proyecto:

Primer Piso	5 803.81
Segundo Piso	1 583.55
Tercer Piso	
Área Techada	5 803.81
Área Libre	11,099.47
N° de estacionamientos	37 uni.

4.5.1.4.- características constructivas y de ingeniería

Las Características del Proyecto serán las Siguietes:

➤ Ingreso

El Proyecto de la clínica de rehabilitación geriátrica cuenta con 2 ingresos peatonales, de las cuales 1er ingreso está al frente de la av. Universitaria donde se encuentra el principal accesos, el 2 ingreso está por la calle 3 donde se encuentra entrada de servicio.

➤ Circulación

La Circulación es constante al tratarse de una clínica de rehabilitación geriátrica, las circulaciones peatonales recorren toda la clínica y nos dirigen a todas las áreas arquitectónicas, sum, ayuda al diagnóstico, rehabilitación activa y pasiva, consulta externa y áreas verdes con el que cuenta el proyecto.

➤ Distribución

La clínica de rehabilitación geriátrica cuenta con 7 zonas Arquitectónicas que son el sum, consulta externa, ayuda diagnostico e imagen, sauna y masaje, rehabilitación activa, rehabilitación pasiva, capilla, tienda ortopédica, cafetería, administración, dos plazas de descanso, una zona de capacitación al aire libre.

4.5.2.- Especificaciones técnicas por partidas y subpartidas

4.5.2.1.- Generalidades

Las siguientes especificaciones técnicas describen los trabajos, para la construcción del proyecto Arquitectónico, Clínica de Rehabilitación Geriátrica en Ica, ubicado en distrito de Ica, Provincia de Ica, región de Ica.

Todos los trabajos sin exención, se desarrollaran dentro de las mejores prácticas constructivas a fin de asegurar

su correcta ejecución los cuales estarán sujetos a la aprobación y plena satisfacción del inspector y supervisor.

4.5.2.2.- Obras provisionales

Las obras provisionales son aquellos trabajos que se realizaran de manera momentáneas mientras dure el proceso de construcción del proyecto, se realizaran trabajos como:

- Cartel de Obra
El contratista pondrá cartel de obra durante todo el tiempo de ejecución de la misma.
- Cerco Provisional de obra
El contratista cercara con triplay durante todo el tiempo de ejecución de obra.
- Caseta de vigilancia
El contratista habilitara caseta de vigilancia para el control de personal de trabajo, durante todo el tiempo de ejecución de obra.
- Oficina
El contratista habilitara con oficinas administrativas, durante todo el tiempo de ejecución de obra.
- Almacén
El contratista habilitara un almacén durante todo el tiempo de ejecución de obra.
- Caseta de vigilancia
El contratista habilitara un almacén durante todo el tiempo de ejecución de obra.
- Comedor de trabajadores, para el uso de los trabajadores de obra.
- Servicios Higiénicos y vestidores, para el uso de los trabajadores de obra.

4.5.2.3.- Trabajos preliminares

1. Trazo y Replanteo

Descripción de los Trabajos:

Se considera en esta subpartida todos los trabajos topográficos, planimétricos y altimétricos que son necesarios hacer para el replanteo del proyecto, eventuales ajustes del mismo, apoyo técnico permanente y control de resultados.

2. Método de Construcción

El contratista deberá realizar los trabajos de trazar los ejes necesarios e indicados en los planos referente a las excavaciones a ejecutar a fin de realizar los trabajos de movimiento de tierras, lo cual deberá ser ejecutado en caso de edificaciones con wincha, cordel y yeso, en caso de estructuras especiales donde no se tengan referencias esta deberá ser ejecutada con aparatos de precisión como Nivele topográfico o Teodolitos.

Deberá primero replantearse una línea base que servirá como apoyo a todas las otras líneas que servirán de eje al trazado.

El mantenimiento de "ben marks", plantillas de cotas, estacas auxiliares, etc. Será cuidadosamente observado a fin de asegurar que las indicaciones de los planos sean llevadas fielmente al terreno y que la obra cumpla una vez concluida con los requerimientos y especificaciones del proyecto.

Para este efecto en caso de edificaciones se deberá realizar el replanteo en el terreno del plano de cimentaciones demarcando en este con yeso los ejes indicados en los planos a fin de que se tenga reflejado la forma que debe tomar las excavaciones.

4.5.2.4.- Obras de albañilería

1. Muros y Tabiques

a). Generalidades

Este capítulo se refiere a la ejecución de los muros exteriores, interiores y tabiques, los cuales estarán formados en general, salvo que en los planos se indique otra cosa, por paredes de ladrillo tipo Rex o similar de arcilla; asentado KK de 18 huecos de cabeza y soga, según los espesores indicados en los planos arquitectónicos.

Dimensiones: 9 12 x 24 cms.

b). Calidad de los Materiales

Los ladrillos serán de arcilla prensados a máquina bien cocidos, de la mejor calidad comercial que se consiga en plaza. Se rechazarán aquellos que presenten fracturas, grietas, porosidad excesiva, que contengan material orgánico o materias extrañas como conchuela u otras que hagan presumir la presencia de salitre en su composición. Sus aristas deben ser vivas, sus caras planas, deben tener un sonido metálico por percusión, igualdad de color y no ser frágiles.

El cemento debe ser Portland ASTM C - 150, la arena áspera, silíceo, limpia, de granos duros y resistentes, libre de álcalis conforme a las especificaciones ASTM C - 144.

El agua para la mezcla será limpia.

C). Mortero

Será cemento - arena proporción 1:5.

El mortero será preparado sólo en la cantidad adecuada para el uso inmediato, no permitiéndose el uso de morteros remezclados, salvo en el caso de ciertas razones autorizadas. Los materiales se medirán por volumen.

Los ladrillos se mojarán antes de colocarse y se procurará no hacer en un día más de 1.50 mts. De altura de un muro, para evitar asentamientos y desplomes.

4.5.2.5.- Revoques, enlucidos y molduras

1. Tarrajeo Frotachado de Muros Interiores

a).-Método de Construcción

Todos los ambientes que lleven tarrajeo acabado, deberán ser entregados listos para recibir directamente la pintura. Antes de iniciar los trabajos se humedecerá convenientemente la superficie que va recibir el revoque y llenar todos los vacíos y grietas.

Los tarrajeos de la parte superior de los zócalos serán engrosados para que salga a ras con la mayólica.

El acabado del tarrajeo será plano y derecho, sin ondulaciones ni defectos. Para ello se trabajará con cintas de preferencia de mortero pobre (1:7), corridas verticalmente a lo largo del muro. Las cintas, convenientemente aplanadas, sobresaldrán de la superficie del maso el espesor exacto del tarrajeo, tendrán un espaciamiento máximo de 1.50 mts. Arrancado lo más cerca posible de la esquina del parámetro. En ningún caso el espesor de los revoques será mayor de 1.5 cms.

Los ángulos o artistas de los muros serán perfectamente definidas y sus intersecciones en ángulo recto.

Se revocarán paños completos en el mismo día, no pudiéndose hacer para el mismo paño revoques parciales.

b).- Calidad De Los Materiales

La arena no deberá ser arcillosa, será lavada, limpia y bien graduada, libre de materias orgánicas salitrosas. Cuando esté seca, la arena para tarrajeo grueso tendrá una granulometría comprendida entre la malla 0 10 y la 0 40 (granos no mayores de 2 mm. ni menores de 0.40 mm)

y la arena para tarrajeo fino una granulometría comprendida entre la malla 0 40 y la 0 200 (granos no mayores de 0.4 mm. ni menores de 0.80 mm.).

2. Tarrajeo Frotachado de Columnas

a).- Método de Construcción

Deberá procurarse que las superficies que van a ser tarrajeadas tengan la suficiente aspereza para que exista buena adherencia del mortero.

Antes de iniciar los trabajos se humedecerá convenientemente la superficie que va recibir el revoque y llenar todos los vacíos y grietas.

El acabado del tarrajeo será plano y derecho, sin ondulaciones ni defectos. Para ello se trabajará con cintas de preferencia de mortero pobre (1:7), corridas verticalmente a lo largo del muro. Las cintas, convenientemente aplanadas, sobresaldrán de la superficie del maso el espesor exacto del tarrajeo, tendrán un espaciamiento máximo de 1.50 mts. Arrancado lo más cerca posible de la esquina del parámetro. En ningún caso el espesor de los revoques será mayor de 1.5 cms.

Los ángulos o artistas de las columnas serán perfectamente definidas y sus intersecciones en ángulo recto.

Se revocarán paños completos en el mismo día, no pudiéndose hacer para el mismo paño revoques parciales.

b).- Calidad de Los Materiales

La arena no deberá ser arcillosa, será lavada, limpia y bien graduada, libre de materias orgánicas salitrosas. Cuando esté seca, la arena para tarrajeo grueso tendrá una granulometría comprendida entre la malla 0 10 y la 0 40 (granos no mayores de 2 mm. ni menores de 0.40 mm) y la arena para tarrajeo fino una granulometría

comprendida entre la malla 0 40 y la 0 200 (granos no mayores de 0.4 mm. ni menores de 0.80 mm.).

3. Tarrajeo Frotachado de Vigas

a).- Método de Construcción

Deberá procurarse que las superficies que van a ser tarrajeadas tengan la suficiente aspereza para que exista buena adherencia del mortero.

El mortero se extenderá igualándolo con la regla, entre dos cintas de mezcla pobre y antes de que endurezca se hará el terminado en paleta de madera y una pasada de plancha metálica para obtener una textura pulida y lista para recibir el acabado de pintura.

El acabado del Tarrajeo será plano y derecho, sin ondulaciones ni defectos. Para ello se trabajará con cintas de preferencia de mortero pobre (1:7), corridas verticalmente a lo largo del muro. Las cintas, convenientemente aplanadas, sobresaldrán de la superficie del maso el espesor exacto del Tarrajeo, tendrán un espaciamiento máximo de 1.50 mts. Arrancado lo más cerca posible de la esquina del parámetro. En ningún caso el espesor de los revoques será mayor de 1.5 cms.

Los ángulos o artistas de muros, vigas, columnas, derrames, etc., serán perfectamente definidas y sus intersecciones en ángulo recto.

Se revocarán paños completos en el mismo día, no pudiéndose hacer para el mismo paño revoques parciales.

b).- Calidad De Los Materiales

La arena no deberá ser arcillosa, será lavada, limpia y bien graduada, libre de materias orgánicas salitrosas. Cuando esté seca, la arena para tarrajeo grueso tendrá una granulometría comprendida entre la malla 0 10 y la 0

40 (granos no mayores de 2 mm. ni menores de 0.40 mm) y la arena para tarrajeo fino una granulometría comprendida entre la malla 0 40 y la 0 200 (granos no mayores de 0.4 mm. ni menores de 0.80 mm.).

4.5.2.6.- Pisos y Pavimentos

1. Contrapiso de 2"

a).-Descripción de los Trabajos

Esta obra muerta se considera sobre las losas estructurales en los ambientes en que está señalado materiales pegados como acabado de pisos.

b).- Método de Construcción

La nivelación debe ser precisa, para la cual será indispensable colocar reglas adecuadas a fin de asegurar un acabado plano por medio de cintas debidamente alineadas y controladas respecto al nivel general de los pisos.

La mezcla de la primera capa será seca y al apisonarlo no debe arrojar agua en la superficie; el terminado será rugoso a fin de obtener una buena adherencia con la segunda capa, la cual se colocará inmediatamente después de la primera y será igualmente seca.

Espesores y diseño de mezcla: Serán de dos tipos: de 0.05 m. en el primer piso y de 0.05 m. en el segundo piso, dejándose el nivel con el piso acabado de un espesor igual al material del piso que va a recibir. La mezcla será de dos tipos: una base con mortero de 1:5 de cemento-arena, con un espesor de 1.5 cm. menor que el espesor total que debe tener el contrapiso. Este espesor de 1.5 cm. Para el acabado, se hará con mortero 1:2 de cemento-arena, completando el espesor total.

c).- Calidad de los Materiales

Al contrapiso del 2º. Piso se le adicionará material poroso en el mortero para aligerar su peso, para obtener un máximo de 100 Kg/m².

d).- Sistemas de control de calidad

Espesores: a. Espesor mínimo: 5 cms.

Proporciones de mezcla: Se usará concreto de 1:5 para la primera capa y se usará concreto 1:2 para la capa final de 1.5 cm.

2. Piso de Cerámica 30x30

a).- Descripción de los Trabajos

Esta sección comprende la ejecución de pisos factibles de ser realizados en obra, apareciendo la indicación de ellos en el cuadro de acabado. En general, se indicará en los planos y cuadro de acabados.

b).- Método de Construcción

Las piezas se asentarán sobre un tarrajeo corriente rayado previamente humedecido. Sobre este tarrajeo se aplicarán inmediatamente las piezas de mayólica que habrán sido empapadas previamente con una capa de cemento puro en forma de pasta, de no más de 1/16" de espesor. No deberán quedar vacíos detrás de las cerámicas, las juntas entre cerámicas serán de 1/8" más o menos.

Deben lograrse superficies planas aplomadas con hiladas perfectamente a nivel. Posteriormente, se limpiarán cuidadosamente las superficies con esponja húmeda en forma diagonal a las juntas y luego se pulirán con trapo limpio y seco.

c).- Calidad de los Materiales

Se usará mayólica nacional de 30 x 30 cm., de primera, de acuerdo a lo indicado en los cuadros de acabados. Se

rechazarán aquellas piezas que tengan defectos en sus bordes o en sus superficies y que requieran un trabajo acabado a completa satisfacción.

d).- Sistemas de control de calidad

Se deberá verificar que todas las juntas se encuentren alineadas, así mismo se verificará que todas las piezas se encuentren a un mismo nivel, el fraguado entre estas deberá cubrir por completo la junta entre dos piezas.

3. Piso Cemento Pulido

a).- Descripción

Son todas las actividades para la provisión y ejecución de un recubrimiento de piso de cemento pulido, para la conformación de los pisos de la edificación.

El objetivo es la construcción en sitio de piso de cemento pulido de 15 mm. De espesor, según los planos y detalles del proyecto y las indicaciones de la dirección arquitectónica y fiscalización.

Unidad: Metro cuadrado (m²).

Materiales mínimos: Arena fina, cemento, lijas, pulimento, agua; que cumplirán con el capítulo de especificaciones técnicas de materiales.

Equipo mínimo: Herramienta menor, concretera, pulidora mecánica o plancha de metal.

b).- Método de Construcción

El constructor verificará, comprobará y recibirá la aprobación de fiscalización de que el piso se encuentra en condiciones de recibir adecuadamente el recubrimiento piso de cemento pulido, se han cumplido los requerimientos previos y se encuentra aprobado el material ingresado a obra.

Con la ubicación de maestras de piola colocadas en sentido longitudinal y transversal a distancias no mayores

de 2.000 mm., se determinan alineamientos y nivelaciones del piso a fundir; se realizará el replanteo de los perfiles y la ubicación y fijación de éstos con pasta de cemento puro, verificando su alineamiento, escuadría y altura libre del contrapiso, mínimo de 24 mm.; no se permitirá unión entre vanos libres. Limpieza del contrapiso libre y retiro de la pasta de cemento sobrante, cuidando que el contrapiso quede sin polvo, grasa u otros elementos, debidamente áspero, para recibir el piso de cemento pulido. Verificar que el espesor para el material de relleno, sea como mínimo de 15 mm.

Se elaborará el material de piso de cemento pulido, en cada jornada de trabajo, con cemento, arena fina, de conformidad y las especificaciones del diseño establecido en laboratorio, para una resistencia de 250 kg./cm² a los 28 días. Este se verterá y colocará, extendiéndola y compactando con paleta de madera y rodillo, para formar una capa uniforme de 15 mm. De espesor. Continuamente se verificará y comprobará alineamientos, pendientes y nivelaciones de lo vertido.

Fraguado el piso de cemento pulido y comprobada la resistencia mínima del 70% de diseño, se procederá con el destroncado, el emporado de las fallas posterior al destroncado, para terminar con el pulido, abrigantado a plomo y encerado.

4.5.2.7.- Zócalos y Contrazócalos

a).- Descripción de los Trabajos:

Esta sección comprende la ejecución zócalos y enchapados factibles de ser realizados en obra, apareciendo la indicación de ellos en el cuadro de acabado. En general, se indicará en los planos y cuadro de acabados la ubicación de los distintos tipos de zócalos

y revestimientos así como su altura, dibujo y encuentros en los pisos, muros y jambas.

b).- Método de Construcción:

Las piezas se asentarán sobre un tarrajeo corriente rayado previamente humedecido. Sobre este tarrajeo se aplicarán inmediatamente las piezas de mayólica que habrán sido empapadas previamente con una capa de cemento puro en forma de pasta, de no más de 1/16" de espesor. No deberán quedar vacíos detrás de las cerámicas, las juntas entre cerámicas serán de 1/8" más o menos.

En la unión con elementos tarrajeados se hará una bruña de 1.0 cms. de alto por 0.5 cms. de profundidad.

Los zócalos serán fraguados antes de las 48 horas de asentado el material. Antes de fraguar la mayólica y juntas deben ser saturadas con agua limpia, aplicando a presión polvo de porcelana blanca entre las juntas hasta llenarlas a ras.

Posteriormente, se limpiarán cuidadosamente las superficies con esponja húmeda en forma diagonal a las juntas y luego se pulirán con trazo limpio y seco.

c).- Calidad de los Materiales:

Se usará mayólica nacional de 30 x 30 cm., de primera, de acuerdo a lo indicado en los cuadros de acabados. Se rechazarán aquellas piezas que tengan defectos en sus bordes o en sus superficies y que requieran un trabajo acabado a completa satisfacción.

4.5.2.8.- Carpintería de Madera

a).- Carpintería exterior:

La puerta de entrada a la edificación será de una hoja blindada normalizada, con tablero blindado en pino, incluso pre cerco, cerco y tapajuntas de pino macizo,

bisagras de seguridad largas, cerradura de seguridad de tres puntos, canto largo, tirador labrado y mirilla gran angular.

b).- Carpintería interior:

Las puertas de paso tendrán hojas abatibles normalizadas, canteadas y molduradas, en madera de pino, para barnizar, con molduras y tapajuntas a juego, llevando la misma terminación los armarios empotrados; pero con hojas correderas. Los cercos serán macizos de 7x6 cm. Irán acristaladas, tipo vidriera, las puertas de paso al salón-comedor, de dos hojas, y las de acceso a cocina, de una hoja.

Los herrajes para las puertas serán de latón, del modelo que se elija. Tendrán como mínimo tres pernios.

Las puertas interiores dispondrán de resbalón, con pomo y condena interior en los baños y dormitorios.

Los armarios empotrados tendrán maletero superior e irán revestidos de madera en su interior.

4.5.2.9.- Carpintería Metálica y herrería

Las ventanas serán correderas de dos o tres hojas de aluminio en color blanco y las persianas serán enrollables de lamas de aluminio térmico.

Toda la carpintería llevará las molduras y tapajuntas correspondientes.

Las juntas con el cerramiento exterior y las uniones entre los elementos de la carpintería serán estancas al agua de lluvia o nieve, recogándose y evacuándose el agua de condensación.

Se cuidará la protección de los materiales empleados a la agresión ambiental y la compatibilidad de los materiales empleados entre sí y con los materiales de las fábricas.

4.5.2.10.- Cerrajería

a).- Descripción De Los Trabajos:

Las cerraduras, materia de la presente especificación, serán de embutir para instalar en un hueco redondo en los frentes y bordes de las puertas, mecanismo de acero.

b).- Método De Construcción:

➤ Materiales

Los materiales que forman todas las partes de la cerradura serán en acero inoxidable pulido, satinado y resistente a cualquier condición atmosférica, la supervisión o el consultor, se reservan el derecho de aprobar la marca y forma de cerradura.

Se colocarán a 1.00 del N.P.T. medidos al eje de la cerradura.

➤ Tipo de Cerraduras

Las cerraduras en función de los ambientes, tendrán las siguientes características generales:

Tipo A.- Entradas Principales: Perillas exteriores siempre fija, interior libre o fija con la llave.

Tipo B.- Entrada a Oficinas: Las oficinas en general, depósitos y ambientes que deben ser cerrados: Llave de seguridad por un lado y botón de presión y giro por el otro.

Tipo C.- Entrada a baño privado, cerradura con llave de emergencia al exterior y botón de presión y giro por el interior.

Tipo D.- Entrada a baños públicos, cerradura con ambas perillas libres.

Tipo E.- En armarios - archivadores se usarán cerraduras especiales con llave y pestillos de seguridad por un solo lado.

4.5.2.11.- Pintura

1. Pintura Para Mampostería en Interiores

Las superficies interiores del edificio, Se aplicará tres manos, independientemente de las recomendaciones del fabricante. Los materiales se aplicarán siguiendo estrictamente las recomendaciones del fabricante:

- Se limpiará la superficie hasta eliminar cualquier sustancia extraña adherida.
- Se procederá al lijado de la pared, para eliminar rebabas y bordes de mortero, dejando las superficies lo más lisas y pulidas posibles.
- El acabado final se lo dará con el número de manos como lo señale el fabricante de acuerdo al producto utilizado. - Los productos de acabado final no deben aplicarse en ambientes húmedos.

2. Pintura Para Acero

Previa la aplicación de la pintura, se deberá proceder a sellar apropiadamente las uniones y encuentros entre piezas o elementos, utilizando productos tipo automotriz Mustang o similar del mercado, para evitar que la humedad pueda ingresar al interior de las piezas o elementos. El acabado deberá ser perfecto y liso. Se preparará las superficies con herramientas manuales, como cepillos de alambre y lija mediana.

Se limpiará con aguarrás o solventes similares y se lijará suavemente toda la superficie. Esta mano debe ser ejecutada a soplete en el taller. Al pie de la obra se aplicará una mano de esmalte acrílico de la misma fábrica o un producto similar del mercado, siempre a soplete.

La mano final de esmalte será del color que indica el detalle respectivo, debiendo quedar un color uniforme, sin presentar imperfecciones de ningún tipo.

4.5.2.12.- Vidrios

a).- Generalidades

Los cristales y vidrios serán de óptima calidad, serán templados, laminados o crudos según especificación de planos.

b).- Método de Construcción

Su colocación se hará por operarios especializados y serán sometidos a la aprobación del ingeniero inspector. Para los elementos madera se usará junquillos. Habiendo sido ya colocados los vidrios y cristales éstos deberán ser marcados o pintados con una lechada de cal, para evitar impactos y roturas por el personal de la Obra.

c).- Acabado

A la terminación y entrega de la Obra, el Contratista repondrá por su cuenta todos los vidrios y cristales rotos, rajados, rayados o averiados; debiéndolos entregar lavados y libres de manchas de pintura o cualquier otra índole.

d).- Especificaciones

Los vidrios y/o cristales serán de color transparente en todos los ambientes.

e).- Dimensiones

De acuerdo a los vanos existentes en las mamparas, los espesores de los cristales serán de 10 mm. y 6 mm. Comprendiendo los 10 mm. Vanos de + 1.75 x 2.00 y por debajo de éste, los de 6 mm. En las mamparas se ha considerado como cristal doble.

4.5.2.13.- Aparatos sanitarios y grifería

1. Inodoro Trébol Blanco

a).- Descripción

Un sistema hidro sanitario se complementa y puede entrar en uso, con la instalación de las llaves de salida de agua o piezas sanitarias como es el inodoro. El objetivo será la instalación de los inodoros de tanque bajo y todos sus elementos para su funcionamiento, que se indiquen en los planos y detalles del proyecto, las indicaciones de la dirección arquitectónica y la fiscalización.

b).- Unidad: Unidad

Materiales mínimos: Inodoro Top piece color: Blanco con los herrajes completos, llave angular y tubería de abasto, empaque para el desagüe, tacos y tornillos de fijación, sellantes; que cumplirán con el capítulo de especificaciones técnicas de materiales.

c).- Equipo mínimo: Herramienta menor especializada, taladro.

4.5.2.14.- Varios

1. Lavadero Trébol o Similar Blanco

a).- Descripción

Un sistema hidro sanitario se complementa y puede entrar en uso, con la instalación de las llaves de salida de agua y las piezas sanitarias como es el lavamanos. El objetivo será la provisión e instalación de los lavamanos y todos sus elementos para su funcionamiento, que se indiquen en los planos y detalles del proyecto y las indicaciones de la dirección arquitectónica y la fiscalización.

b).- Unidad: Punto

Materiales mínimos: Lavamanos color Blanco con grifería completa: mezcladora, desagüe, sifón, llaves angulares y tuberías de abasto: acople para el desagüe, uñetas, tacos y tornillos de fijación, sellantes, silicona; que cumplirán con el capítulo de especificaciones técnicas de materiales.

c).- Equipo mínimo: Herramienta menor especializada, taladro.

4.5.3.- Medrado y presupuesto de arquitectura por partidas y subpartidas

➤ Arquitectura

▪ Muros y tabiques de albañilería	m2
▪ Revoques y revestimiento	m2
▪ Cielo rasos	m2
▪ Pisos y pavimento	m2
▪ Zócalos y contra zócalos	m2
▪ Coberturas	m2
▪ Carpintería de madera	und. O m2
▪ Carpintería metálica y herrería	und. O m2
▪ Cerrajería	und
▪ Vidrios, cristales y similares	m2
▪ Pintura	m2
▪ Varios, limpieza jardinería	glb.
▪ Otros	m3

1. Costo total estimado de la infraestructura:

- Habilitación urbana: S/. 412 103.00
- Costo total estimado de la infraestructura: S/. 5 728 106.00

4.6.- Evaluación económico-financiera del proyecto.

4.6.1.- Análisis económico del país y del entorno del proyecto

4.6.1.1.- Análisis de mercado

El mercado Potencial es la Población adulto mayor, en el distrito de Ica que fluctúan entre las edades de 60 a 69 y de 80 a más, que suman más 17 mil personas, quienes serán los principales beneficiarios del Proyecto clínica de rehabilitación geriátrica.

4.6.1.2.- Planeamiento y gestión del proyecto

Los encargados del planeamiento y gestión serán: la municipalidad distrital de Ica, municipalidad provincial de Ica, a través de un Proyecto de Inversión **PRIVADA**.

4.6.2.- Análisis financiero del proyecto

4.6.2.1.- Evaluación de rentabilidad económica y/o social

Costo total estimado de la infraestructura:

a).-Costo de las edificaciones:

- Total área techada: 4 089.11 m²
- Precio unitario: S/.1500/m²
- Costo total de edificaciones: S/. 5 316 003.00

b).-Costo total estimado de la infraestructura:

- Costo total de edificaciones: S/. 5 316 003.00
- Habilitación urbana: S/. 412 103.00
- Costo total estimado de la infraestructura: S/.5 728 106.00

Rentabilidad Social del Proyecto:

Ingresos externos Diarios:

- Cafetería (50p), mes S/. 25 000.00
- Auditorio 250p (15 veces al mes) S/. 18750.00
- Total: S/. 43 750.00

Ingreso Mensuales:

En área de rehabilitación:

Personas terapia pasiva – Fisioterapeuta: S/. 90000.00

Personas terapia activa – GYM, físico:	S/. 90000.00
Personas hidroterapia - :	S/. 43200.00
Personas terapia masaje - sauna:	S/. 36000.00

En área de consulta externa y análisis:

Personas especialista en geriatría:	S/. 38400.00
Personas especialistas en distintas áreas:	S/. 38400.00
Personas especialistas en laboratorio, análisis:	S/. 3 72000.00
Total:	S/. 70 8000.00

Total Anual.

Total externos:	S/. 43 750.00 x 12 = S/. 525 000.00
Total en atenciones:	S/. 70 8000.00 x 12 =S/. 8 496 000.00
Total:	S/. 9 021 000.00

4.6.2.2.- Alternativas de financiación y/o apalancamiento

Total en 1 año y medio.

Total: S/. 9 021 000.00 x 1.5 = 5 728 106.00

Mediante el análisis de la rentabilidad social -económica del proyecto, recuperará su inversión de construcción en un año y medio generando desarrollo al distrito de Ica.

4.6.2.2.- Alternativas de financiación y/o apalancamiento

La forma del financiamiento será privada.

CAPITULO V : INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS Y BALANCE DE LECCIONES APRENDIDAS.

5.1.- Interpretaciones de resultados del proceso.

5.1.1.- Balance de resultados esperados y resultados obtenidos.

- resultados Que Comprende el Proyecto

- Recolección de datos.
- Organización de datos.
- Desarrollo del tema.
- Procesamiento, análisis y conclusiones del proyecto.
- Desarrollo arquitectónico – graf.10
- c

PLANIFICACION TEÓRICA	1	2	3	4	5	6
Face exploratoria						
Recolección de datos						
Trabajo de gabinete						
Consulta Fuentes orales						
Planteamiento del problema						
Matriz de consistencia						
Preparación de informes						
Preparación tesis						
Elaboración de planos (mapas)						
Programación						
Anteproyecto						
Desarrollo del anteproyecto						
Proyecto						
Especialidades						
Memoria descriptiva						

Los resultados obtenidos del proyecto son satisfactorios donde beneficiara a todo el distrito de Ica tiempo dedicado al proyecto - 40 Horas semanales.

5.1.2.- Conclusiones.

El presente proyecto de tesis, clínica de rehabilitación geriátrica es importante porque soluciona el problema de la falta de infraestructura con espacios adecuados para la atención del adulto mayor en el distrito, desarrollando la atención médica, rehabilitación, capacitación continua, Elevando la calidad de vida del paciente adulto mayor en distrito de Ica.

El proyecto clínica de rehabilitación geriátrica, como Proyecto arquitectónico nuevo, Propone cubrir el déficit de equipamiento salud en el distrito, brindando alternativa nueva con distintas especialidades en geriatría, para la atención especializada y así tenga el adulto mayor una mejor calidad de vida en la sociedad actual.

5.2.- Balance de lecciones aprendidas del proceso.

5.2.1.- Lecciones aprendidas.

Es conveniente la propuesta de una clínica de rehabilitación geriátrica en Ica por la cual se creó:

- Desarrollo del tema.
- Procesamiento, análisis y conclusiones del proyecto.
- Desarrollo arquitectónico

Para garantizar al distrito de Ica una buena calidad de atención médica parte del desarrollo arquitectónico donde se desarrolló en transcurso de la investigación de tesis – donde fue concluida y desarrollada adecuadamente.

5.2.2.- Recomendaciones.

Se recomienda implementar dentro de la edificación arquitectónica equipamientos modernos de última generación en la cual puedan brindar atención médica de calidad al adulto mayor en el distrito de Ica.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1.- Bibliografía.

1. Ministerio De Salud Pública Y Asistencia Social.
2. El Envejecimiento En Guatemala, Situación Actual Trifolio, Guatemala
3. Constitución Política de la República de Guatemala, Reformada por consulta popular, Acuerdo legislativo 18- 93, 1996.
4. Alfaro Sánchez, Ignacio. Revista El Maestro "Relación Histórica de la clínicas."
5. Monografía del municipio de Ica. Municipalidad de Ica.
6. 1 Fuente: INEI – Cuadro de Población total al 30 de Junio de 2014, por grupos quinquenales de edad, según departamento, provincia y distrito.
7. Situación De Derechos Humanos De La Población Adulta Mayor Guatemala, 2006 Doc. Derechos Humanos.
8. 2006/MINSA de fecha 28 de Junio del 2006, la que considera el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo No 023-2005-SA.20.Ley No 27657
9. Ley del Ministerio de Salud, aprobada por el Decreto Supremo No 013-2002-SA, Resolución Ministerial No 759
10. -2004/MINSA del 26 de julio del 2004, la que aprueba la Norma Técnica No 021
11. -MINSA/DGSP/V.01 denominada "Categoría de Establecimientos del Sector Salud".
12. Índice presentación declaración política de la II asamblea mundial sobre el envejecimiento - Madrid 2002 ley de las personas adultas mayores reglamento de la ley de las personas adultas mayores - d.s. N° 013-2006-mimdes ley de atención preferente a las mujeres embarazadas las niñas, niños, los adultos mayores, en lugares de agencian al público - ley n| 28683 pautas y recomendaciones para el funcionamiento de los ciam - r.m. 613 - 2007-mimdes requisitos mínimos para el funcionamiento de los centros de atención residencial para personas adultas mayores d.s. N° 009-2010-mimdes programa nacional de asistencia solidaria "pensión 65" d.s. N° 081-2011-pcm 5 7 12 20 27 30 36 45.
13. Directiva No 007 -MINSA/OGPP
14. Minsa, dgsp, dais, etapa de la vida adulto mayor
15. Minsa, dgsp, dais, componente nutrición
16. Constitución Política del 91, Artículo 46 "El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria.
17. } Ordenanza 3 (E) del 93 Recaudo Estampilla Reglamenta Decreto Departamenta I N°3686.
18. } Resolución 8333 de 2004 funcionamiento de las instituciones del adulto mayor y ancianos del departamento.
19. Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, 2007-2019
20. Ley 1171 de 2007 Se establecen unos beneficios a las personas a adultos Mayores
21. Ley 1251 de 2008 procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores.

22. Ley 1276 de 2009 nuevos criterios de Atención Integral del Adulto Mayor en los Centros de Vida.
23. Ley 1315 de 2009 estadía de los adultos mayores en los centros de protección, Centros de Día.
24. El documento CONPES 2793, establece la responsabilidad de cada uno de los sectores de desarrollo en la atención de los ancianos.
25. Documentos CONPES Social 70 de mayo 28 y Acuerdo Nro. 244 del 2003 Abordando la asistencia económica al Adulto Mayor desprotegido en el país.
26. Capítulo 1
27. (1) Leopoldo Salvarezza, "Psicogeriatría. Teoría y Clínica". Editorial Paidós, Buenos Aires 1988.
28. (2) B.L. Mishara y R.G. Riedel, "El proceso de envejecimiento". Ediciones Morata, S.A. Madrid 1986.
29. (3) Richard A. Kalish, "La vejez, perspectivas sobre el desarrollo humano". Ediciones Pirámides, Madrid, 1983.
30. (4) Rocío Fernández Ballesteros, "Gerontología social". Ediciones Pirámides, Madrid 2000.
31. (5) H. Bianchi y otros, "La cuestión del envejecimiento. Perspectivas psicoanalíticas", Biblioteca nueva, Madrid 1992.
32. (6) María Teresa Bazo y otros, "Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional". Colección: gerontología social. Editorial médica panamericana, Madrid 1999.
33. (7) N.E. Zinberg e I. Kaufman, "Psicología normal de la vejez". Editorial Paidós, Buenos Aires 1987.
34. (8) Josep María Fericgla, "Envejecer. Una antropología de la ancianidad". Editorial Herder, Barcelona 2002.
35. (9) Gregorio Bermann y otros, "La psicoterapia de la niñez a la juventud". Editorial Paidós, Buenos Aires, 1971.

2.- Webgrafía.

Capítulo 1

- http://bvpad.indeci.gob.pe/doc/estudios_CS/Region_Ica/ica/ica.pdf
- [Publicación de la organización ciudad viva - Colombia 27 de agosto de 2013. Regeneración urbana.](#)
- <http://www.infobae.com/2014/11/01/1605756-los-paises-el-mejor-sistema-salud-america-latina>
- <http://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/archivo/ica2015.pdf>
- <http://www4.congreso.gob.pe/museo/mensajes/A-Mensaje-2007-1.pdf>
- <http://www.essalud.gob.pe/estadistica-institucional/>
- http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis25.pdf- situación de salud en Perú.
- <http://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/Ica2.html>
- https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1146/libro.pdf
- <http://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/Ica2.html>

- <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib1039/libro.pdf>
- <http://www.archdaily.pe/pe/626312/centro-sociosanitario-geriatrico-santa-rita-manuel-ocana/51277b66b3fc4b11a7001cca-centro-sociosanitario-geriatrico-santa-rita-manuel-ocana-foto>
- <http://casasolo.net/portfolio/centro-geriatrico-burier/>
- <http://proyectos.inei.gob.pe/web/poblacion/#>
- <http://www.hospitalsocorroica.gob.pe/images/pdf/2015/estadistica/PRODUCCION%20ODE%20ACTIVIDADES%20DE%20SALUD%202014.pdf>

Capítulo 2

- http://www.prensa.com/salud_y_ciencia/Cientificos-estudian-envejecimiento-mayores-Panama_0_4305319523.html
- <http://es.slideshare.net/babsycr/adulto-mayor-2-13062019>
- [Vejez y Vida acceso: 19/Julio/2012, disponible en:](#)
- <http://www.vejezyvida.com/vivienda-segura-y-confortable-para-la-tercera-edad/>
- [Familia Anciana. acceso: 16/Octubre/2011, disponible en:](#)
- <http://www.buenastareas.com/ensayos/Familia-Anciana/2106726.html>
- [Fuente: http://www.via-arquitectura.net/00/00-066.htm](http://www.via-arquitectura.net/00/00-066.htm)
- <http://casasolo.net/portfolio/centro-geriatrico-burier/>
- <http://www.zestarchitecture.com/es/proyectos/ems-burrier>
- [Revista Arkinka 2010](#)
- <http://es.slideshare.net/gina0707/concepto-bsico-de-rehabilitacin-y-medicina-fisica>
- http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2010/aq-zamorano_j/pdfAmont/aq-zamorano_j.pdf
- http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEWjFkuz4s4HNAhWFQCYKHa3iD68QFgggMAE&url=http%3A%2F%2Frepositorio.ute.edu.ec%2Fbitstream%2F123456789%2F13646%2F1%2F51042_1.pdf&usg=AFQjCNHZ8vbfGL0MnX3hTw0lwzg8PohZhQ
- <http://instituciones.sld.cu/cited/>
- <http://www.telam.com.ar/notas/201301/4381-nuevos-paradigmas-en-el-cuidado-de-mayores-buscan-evitar-internaciones.html>
- <http://www.oei.es/divulgacioncientifica/reportajes010.htm>
- <https://issuu.com/orviton/docs/caamj>
- <http://es.slideshare.net/gina0707/concepto-bsico-de-rehabilitacin-y-medicina-fisica>

Teorías

- [“Científicos estudian el envejecimiento de los adultos mayores en -Panamá.”](#)
- <http://www.orpea.es/residencia/valencia/>
- <http://deasrrolloambiental.blogspot.pe/2013/02/teoria-del-desarrollo-sostenible.html>
- <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
- <http://carlosreynoso.com.ar/sintaxis-espacial/>
- <http://www.cocmed.sld.cu/no125/pdf/n125rev3.pdf>
- <http://www.cyclopaedia.es/wiki/Modelo-de-Kuebler-Ross-1>

- <http://paraunbuenosdesarrolloenlaterceraedad.blogspot.pe/2013/05/teorias-del-envejecimiento.html>
- <http://www.vejezyvida.com/factores-psicologicos-y-teorias-sobre-el-envejecimiento-i/>
- https://es.wikipedia.org/wiki/Tercera_edad
- <http://html.rincondelvago.com/ancianos-y-residencias-de-la-tercera-edad.html>
- <http://www.altillo.com/examenes/uba/psicologia/psicovejez/psicovejez2009teoriasvejez.asp>
- <http://asociacionciceron.org/wp-content/uploads/2014/03/00000117-teorias-psicosociales-del-envejecimiento.pdf>
- <http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/PDF/EnvejeBiologico.pdf>
- <http://academico.upv.cl/doctos/ENFE-6013/%7B5CB90AD4-9BCF-4DF3-A3BE-9470ABF26BFB%7D/2012/S1/ADULTO%20Y%20ADULTO%20MAYOR%20teorias.pdf>
- <https://es.scribd.com/doc/90093467/5-Teorias-Psicologicas-Del-Envejecimiento>
- http://www.archdaily.pe/pe/624424/casa-escribenta-emilio-rodriguez-blanco/53ce125bc07a80492d00036c-casa-escribenta-emilio-rodriguez-blanco-photo?ad_medium=widget&ad_name=navigation-next
- [detalle de ventana \(http://www.revistaplot.com/en/un-prisma-iconico/\)](http://www.revistaplot.com/en/un-prisma-iconico/)
- <http://www.definicionabc.com/salud/geriatrico.php>
- <http://www.saludalia.com/salud-familiar/>
- <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/geriatria/EnzenanzaGeriatria.html>
- <http://www10.aeccafe.com/blogs/arch-showcase/2015/01/29/molise-headquarters-by-paolo-venturella-architecture/04-paoloverturella-render/>
- <http://casa-hoffmann.com/portfolio/ramiro-camelo/>
- <https://cumulolimbo.com/2016/02/04/pabellon-metropoli-2016- -arquine-ene-2016/>
- <http://www.monografias.com/trabajos16/el-urbanismo/el-urbanismo2.shtml>
- https://es.wikipedia.org/wiki/Proyecto_arquitect%C3%B3nico
- http://taller1mas2.blogspot.pe/2012_06_01_archive.html
- <http://es.slideshare.net/GloriaCerna/3-normas-tecnicas-12004490>
- <https://www.mundohvacr.com.mx/mundo/2013/12/areas-criticas-en-hospitales/>
- <http://www.reglamentostecnicos.cl/OtroDocumento/Contenido/96>
- <http://www.monografias.com/trabajos-pdf2/gerencia-mantenimiento-hospitales/gerencia-mantenimiento-hospitales3.shtml>
- <http://es.slideshare.net/daam/instalaciones-electricas-utec>
- <http://es.slideshare.net/EMUS2015/guia-accesibilidad-universal-monterrey-nuevo-len-sitt>
- <http://es.slideshare.net/RodrigoMoren/manual-de-accesibilidad-universal>
- <http://es.slideshare.net/EMUS2015/guia-accesibilidad-universal-monterrey-nuevo-len-sitt>
- http://www.construccion.org.pe/normas/rne2011/rne2006/files/titulo3/03_IS/RNE2006_IS_010.pdf
- http://www.digesa.minsa.gob.pe/DEPA/residuos/Residuos_EESSySMA.pdf
- http://www.upch.edu.pe/faest/images/stories/upcyd/sgc-sae/normas-sae/Ley_27314_Ley_General_de_Residuos_Solidos.pdf

- http://www.essalud.gob.pe/downloads/g_trabj_comis_pres_2abril2012.pdf
- <http://www.saludalia>.
- <http://www.portalgeriátrico.com.ar>
- <http://es.slideshare.net/vicheayala/normas-y-protocolos-adulto-mayor>
- <http://es.slideshare.net/ErickReyes8/normatividad-nacional-del-adulto-mayor>
- <http://slideplayer.es/slide/1098147/>
- http://es.slideshare.net/virginia_solis/norma-tecnica-de-atencion-integral-de-salud-del-adulto-mayor-minsa-peru
- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish>
- <http://www.Googleearth>

3. Otras fuentes.-

- Según cifras del INEI hasta el año 2002 la población adulta mayor era de 1 millón 978 mil 382 personas, equivalente al 7.2% de la población total del país, de acuerdo al último censo del 2007, la población adulto mayor alcanza los 2 millones 495 mil 866 de personas, lo que representa el 9,10% del total de peruanos.

En el Perú solo existen diecinueve hogares de atención a personas de la tercera edad de las sociedades de Beneficencia Pública y juntas de participación social; atendiendo un total de 1139 adultos mayores en todo el país. Cabe mencionar que dichas edificaciones son adaptadas para su uso como albergues dirigidos al adulto mayor.

ANEXOS

1.- Matrices

- Matriz de antecedentes de investigación.

1.-Hospital salvador, como una nueva propuesta a dar un servicio de salud geriátrico oriente (SSGO), como agente generador instituto nacional de geriatría, España- 2008.

2.-Centro de Referencia Nacional para el Desarrollo de Gerontología Y Geriatría, Habana-Cuba.