

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
FACULTAD DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA
Escuela Profesional de Arquitectura



Una Institución Adventista

**Centro de Atención Residencial Mixto Fitoterapéutico.
Medicina Integrativa y calidad de vida para el adulto mayor en
la ciudad de Tingo María, Huánuco.**

Tesis para obtener el Título Profesional de Arquitecto

Autor:

Lady Laura Cardenas Huachani
Midori Lizbeth Ruiz Gonzales

Asesor:

Arq. Samuel Jacob Pacheco Chávez

Lima, 09 Julio 2021

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DE TESIS

Samuel Jacob Pacheco Chávez de la Facultad de Ingeniería y Arquitectura, Escuela Profesional de Arquitectura, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: **“CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL MIXTO FITOTERAPÉUTICO. MEDICINA INTEGRATIVA Y CALIDAD DE VIDA PARA EL ADULTO MAYOR EN LA CIUDAD DE TINGO MARÍA, HUÁNUCO”** constituye la memoria que presenta las Bachilleres Lady Laura Cardenas Huachani y Midori Lizbeth Ruiz Gonzales para obtener el título de Profesional de Arquitecto, cuya tesis ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima, a los 09 días del mes de Julio del año 2021.



Samuel Jacob Pacheco Chávez

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En Lima, Ñaña, Villa Unión, a ...09...día(s) del mes de... julio del año 2021 siendo las.09:30 horas, se reunieron en el Salón de Grados y Títulos de la Universidad Peruana Unión, bajo la dirección del Señor Presidente del jurado:Mg. Daniela Ayala Mariaca... el secretario:..... Mg. Cristian Pedro Yarasca Aybar..... y los demás miembros: Mg. Rubén Darío Bolaños Surichaqui y el Arq. Wilfredo Ramos Quispe.....y el asesorArq. Samuel Jacob Pacheco Chávez con el propósito de administrar el acto académico de sustentación de la tesis titulada Centro de Atención Residencial Mixto Fitoterapéutico, Medicina Integrativa y Calidad de vida para el adulto mayor en la Ciudad de Tingo María, Huánuco....

de el(los)/la(las) bachiller/es: a)... **LADY LAURA CARDENAS HUACHANI**

.....b)... **MIDORI LIZBETH RUIZ GONZALES**

conducente a la obtención del título profesional de.....

.....**ARQUITECTO**
(Nombre del Título Profesional)

con mención en

El Presidente inició el acto académico de sustentación invitando al (los)/a(la)(las) candidato(a)/s hacer uso del tiempo determinado para su exposición. Concluida la exposición, el Presidente invitó a los demás miembros del jurado a efectuar las preguntas, y aclaraciones pertinentes, las cuales fueron absueltas por el(los)/la(las) candidato(a)/s. Luego, se produjo un receso para las deliberaciones y la emisión del dictamen del jurado.

Posteriormente, el jurado procedió a dejar constancia escrita sobre la evaluación en la presente acta, con el dictamen siguiente:

Candidato (a): Lady Laura Cardenas Huachani

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
APROBADO	18	A-	CON NOMINACIÓN DE MUY BUENO	SOBRESALIENTE

Candidato (b): Midori Lizbeth Ruiz Gonzales

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
APROBADO	18	A-	CON NOMINACIÓN DE MUY BUENO	SOBRESALIENTE

(*) Ver parte posterior

Finalmente, el Presidente del jurado invitó al(los)/a(la)(las) candidato(a)/s a ponerse de pie, para recibir la evaluación final y concluir el acto académico de sustentación procediéndose a registrar las firmas respectivas.

Presidente
Mg. Daniela Ayala
Mariaca

Asesor
Arq. Samuel Jacob
Pacheco Chávez

Candidato/a (a)
Lady Laura Cardenas
Huachani

Miembro
Mg. Rubén Darío
Bolaños Surichaqui



Secretario
Mg. Cristian Pedro
Yarasca Aybar

Miembro
Arq. Wilfredo
Ramos Quispe

Candidato/a (b)
Midori Lizbeth Ruiz
Gonzales

An architectural rendering of a park or plaza. The scene is viewed through a dark, semi-transparent overlay. In the foreground, there are two modern, curved wooden benches. The ground is paved with light-colored tiles. In the background, there are several tall palm trees and a person riding a bicycle. The overall atmosphere is serene and modern.

CALIDAD DE VIDA PARA EL ADULTO MAYOR

Lady Laura Cardenas Huachani - Midori Lizbeth Ruiz Gonzales



CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL MIXTO
FITOTERAPÉUTICO.

MEDICINA INTEGRATIVA Y CALIDAD DE VIDA PARA EL ADULTO MAYOR
EN LA CIUDAD DE TINGO MARÍA, HUÁNUCO.

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación lo dedicamos en primer lugar a Dios, por ser nuestro guía mediante su mensajera Elena G. de White en el “Ministerio de Curación” y por darnos las fuerzas necesarias para alcanzar uno de nuestros anhelos más deseados.

A nuestros padres, por su apoyo incondicional en todos estos años de carrera universitaria, gracias a su confianza en nosotras hemos llegado hasta aquí. Es un honor y el privilegio ser sus hijas.

A los adultos mayores de nuestro querido Perú que requieren de mayor cantidad de centros especializados en ellos con el propósito de mejorar su calidad de vida.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por cuidarnos a lo largo de nuestra vida y por acompañarnos y guiarnos en cada momento durante nuestros años de estudio.

Gracias a nuestros padres: Segundo y Elizabeth (que en paz descance); y, Enrique y Graciela, por impulsar nuestros sueños y confiar en nosotras desde la distancia y sobre todo por los consejos y animos para no desfallecer.

Agradecemos a nuestros docentes, quienes nos compartieron sus conocimientos a lo largo de nuestra carrera universitaria, en especial a nuestro asesor, el MG.Samuel Pacheco Chávez quien nos acompañó y guió con mucha dedicación y entusiasmo en el desarrollo de nuestro proyecto.

RESUMEN

Durante las últimas dos décadas se hicieron presentes los cambios demográficos en la población adulto mayor, en respuesta a la resta en cuanto a la tasa de fecundidad y a la suma en cuanto a la esperanza de vida a nivel de todo el Perú. Sin embargo, frente a esta realidad, los centros especializados para este grupo de la población, se encuentran única y principalmente en la ciudad de Lima con 25; seguido del Callao con 2 y 1 en Huancavelica, Cajamarca, Cuzco y Trujillo; centrando el mayor el foco de atención a la zona costera del país y como consecuencia hacer a un lado las necesidades del adulto mayor de la Amazonía peruana.

Mediante esta investigación, lograremos entender primeramente la vulnerabilidad de la salud del adulto mayor; no solamente en el aspecto físico, sino también, en el aspecto psicológico y luego cómo es que la calidad de su entorno físico puede afectar para bien, desde lo funcional, la calidad de los materiales y la presencia de vegetación, la variedad de programas y la buena compañía entre ellos; todo con el fin de que sea provechoso para ellos como principales usuarios.

El método a seguir es realizar visitas a centros para el adulto mayor que nos dé un mejor enfoque de sus necesidades, luego de ello hacer un análisis y estudio de la ciudad de Tingo María, obtener resultados

estadísticos, informes, y artículos; que nos ayudarán a localizar la situación problemática y la definición del tema, como también dónde ubicaremos la zona de estudio, esta última información se obtendrá mediante visitas de campo y revisión bibliográfica.

La cálida ciudad de Tingo María, requiere de un Centro especialmente enfocado en el adulto mayor que brinde las mejores condiciones de vida para el adulto mayor, que cumpla con el dimensionamiento normativo e infraestructura adecuada, teniendo en cuenta las condiciones climáticas, los recursos naturales y plantas medicinales del lugar.

El proyecto genera una solución viable por su ubicación siendo esta la entrada vial para otros departamentos de la Amazonía del Perú como Ucayali, San Martín.

Palabras clave: Adulto Mayor, Centro de atención Residencial, Medicina Integrativa.

ABSTRACT

During the last two decades, demographic changes have been present in the elderly population, in response to the subtraction in terms of the fertility rate and the addition in terms of life expectancy throughout Peru. However, faced with this reality, the specialized centers for this population group are found only and mainly in the city of Lima with 25; followed by Callao with 2 and 1 in Huancavelica, Cajamarca, Cuzco and Trujillo; centering the major the focus of attention on the coastal area of the country and as a consequence make aside the needs of the elderly in the Peruvian Amazon.

Through this research, we will first understand the vulnerability of the health of the elderly; not only in the physical aspect, but also in the psychological aspect and then how is it that the quality of their physical environment can affect for good, from the functional, the quality of the materials and the presence of vegetation, the variety of programs and good company between them; all in order to make it profitable for them as the main users.

The method to follow is to make visits to centers for the elderly who give us a better approach to your needs, after doing an analysis and study of the city of Tingo María, obtain results

statistics, reports and articles; that will help us to locate the problematic situation and the definition of the topic, as well as where we will locate the study area, this last information was made through field visits and bibliographic review.

The warm city of Tingo María requires a Center especially focused on the elderly who provide the best living conditions for the elderly, who comply with the regulatory dimensioning and adequate infrastructure, taking into account the climatic conditions, natural resources and medicinal plants of the place.

The project generates a viable solution due to its location, this being the road entrance for other departments of the Amazon of Peru such as Ucayali, San Martín.

Key words: Senior Adult, Residential Care Center, Integrative Medicine.

INDICE DE CONTENIDO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.1. Definición del Tema	17
1.2. Introducción	18
1.3. Planteamiento del Problema	29
1.4. Justificación del Problema	36
1.4.1. Alcances	50
1.4.2. Limitaciones	51
1.5. Presuposición Filosófica	52
1.6. Objetivos	54
1.6.1. Objetivos Generales	54
1.6.2. Objetivos Específicos	55
2. REVISIÓN TEÓRICA	56
2.1. Referentes Bibliográficos	57
2.2. Argumentación Teórica	63
2.3. Definición de Términos	67
3. METODOLOGÍA	70
3.1. Método de Investigación	71
3.2. Diseño de Investigación	72
3.3. Instrumentos para la búsqueda de información	73
3.4. Diagrama Metodológico	74
3.5. Cronograma de Actividades	75
4. DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN	76
4.1. Calidad de vida en el adulto mayor	77
4.2. Salud Integrativa	82
4.3. Medicina Integrativa	84
4.4. Servicios de Atención Geriátrica en el área de salud	86

4.5. CEAPAM y servicios clasificados	87
4.6. Tipo de atención enfocado a la familia y a la comunidad	90
4.7. Tipos de Longevidad	91
4.8. Tayta Wasi	92
4.9. Criterios de Diseño de un Centro para el Adulto Mayor	93
5. APROXIMACIÓN PROYECTUAL	123
5.1. Referentes Proyectuales	124
5.1.1. Residencia de Ancianos en Alcacer Do Sal.	124
5.1.2. Centro Residencial Cugat Natura	129
5.1.3. Centro Social en Aubenas	134
5.2. Aproximación Territorial	139
5.3. Estudio de Lugar	152
5.4. Estrategias Proyectuales	166
6. REFERENCIAS	
6.1. Programación arquitectónica	179
6.2. Evolución arquitectónica	189
6.3. Proyecto	190

INDICE DE GRÁFICOS

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

- Gráfico 1.1. Tasa de Fecundidad (Hijos por Mujer) a nivel Nacional.
- Gráfico 1.2. Tasa de Fecundidad (Hijos por Mujer) por regiones.
- Gráfico 1.3: Tasa de Fecundidad (Hijos por Mujer) por departamento.
- Gráfico 1.4: Esperanza de vida a nivel nacional.
- Gráfico 1.5: Esperanza de vida en el departamento de Huánuco.
- Gráfico 1.6: Esperanza de vida en el departamento de Ucayali.
- Gráfico 1.7: Esperanza de vida en el departamento de San Martín.
- Gráfico 1.8: Índice de envejecimiento a nivel nacional.
- Gráfico 1.9: Índice de envejecimiento por departamento.
- Gráfico 1.10: Crecimiento poblacional por edades 1950.
- Gráfico 1.11: Crecimiento poblacional por edades 2019.
- Gráfico 1.12: Relación de dependencia demográfica de vejez en Perú.
- Gráfico 1.13: Relación de dependencia demográfica de vejez por departamento.
- Gráfico 1.14: Hogares con algún miembro adulto mayor.
- Gráfico 1.15: Hogares jefaturados por adultos mayores.
- Gráfico 1.16: CEAPAM acreditados en la Costa.
- Gráfico 1.17: CEAPAM acreditados en la Sierra (1).
- Gráfico 1.18: CEAPAM acreditados en la Sierra (2).
- Gráfico 1.19: CIAM en el Perú.
- Gráfico 1.20: Atención para el Adulto Mayor según Recursos Económicos.
- Gráfico 1.21: Centros para el Adulto Mayor.
- Gráfico 1.22: CEAPAM + Centro para el adulto mayor.
- Gráfico 1.23: Servicios de salud + Centro para el adulto mayor.
- Gráfico 1.24: DCIAM + Centro para el adulto mayor.
- Gráfico 1.25: Lugar donde el Adulto Mayor acude en busca de Atención.

- Gráfico 1.26: Método por el cuál el Adulto Mayor prefiere ser atendido.
- Gráfico 1.27: Fachada - Geriatrics Perú.
- Gráfico 1.28: Sala de estar- Geriatrics Perú.
- Gráfico 1.29: Dormitorio Doble - Geriatrics Perú.
- Gráfico 1.30: Fachada - Geo Vitalis.
- Gráfico 1.31: Sala de estar - Geo Vitalis.
- Gráfico 1.32: Área Exterior - Geo Vitalis.
- Gráfico 1.33: Fachada - Hermanitas de los Ancianos Desamparados.
- Gráfico 1.34: Cocina - Hermanitas de los Ancianos Desamparados.
- Gráfico 1.35: Consultorio- Hermanitas de los Ancianos Desamparados
- Gráfico 1.36: Fachada- Asilo Santa Sofía.
- Gráfico 1.37: Área de estar exterior - Asilo Santa Sofía.
- Gráfico 1.38: Comedor - Asilo Santa Sofía.
- Gráfico 1.39: Características de los CEAPAM.
- Gráfico 1.40: Características de los Asilos.
- Gráfico 1.41: Calidad de Vida para el Adulto Mayor.
- Gráfico 1.42: Personal de un CEAPAM
- Gráfico 1.43: Personal a disposición de un CEAPAM.
- Gráfico 1.44: Presupuesto para ejecución del Centro Geriátrico.
- Gráfico 1.45: Reducción del déficit de Atención Gerontológico y Geriátrico.

2. REVISIÓN TEÓRICA.

- Gráfico 2.1: Modelo Salud Integrativa.
- Gráfico 2.2: Atención de Tayta Wasi.
- Gráfico 2.3: Modelo Tayta Wasi.
- Gráfico 2.4: Valoración Geriátrica Integral.
- Gráfico 2.5: Modelo Ecológico y sus 3 entornos.
- Gráfico 2.6: Calidad de vida al adulto mayor.
- Gráfico 2.7: Habitación Geriátrica.

Gráfico 2.8: Centro Geriátrico.
Gráfico 2.9: Fitoterapia en el Tiempo.
Gráfico 2.10: Los 4 ejes.
Gráfico 2.11: Medicina Integrativa.
Gráfico 2.12: Plantas Medicinales.
Gráfico 2.13: Plantas Medicinales procesadas.
Gráfico 2.14: Adulto Mayor.
Gráfico 2.15: Comunidad de Adultos Mayores.

3. METODOLOGÍA.

Gráfico 3.1: Fases del Desarrollo de la Investigación.
Gráfico 3.2: Diagrama Metodológico.

4. DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN.

Gráfico 4.1: Calidad de Vida según Ana Luisa Velandia Mora.
Gráfico 4.2: Disfrutar la vida mejora la Calidad de Vida.
Gráfico 4.3: Los ocho remedios naturales favorecen la Calidad de Vida.
Gráfico 4.4: Ser Integral y Medicina Integrativa.
Gráfico 4.5: Medicina Integrativa.
Gráfico 4.6: Atención hacia las personas.
Gráfico 4.7: Atención integral.
Gráfico 4.8: Participación Social.
Gráfico 4.9: Actividades Tayta Wasi.
Gráfico 4.10: INGRESO mínimo 1.20.
Gráfico 4.11: CIRCULACIÓN.
Gráfico 4.12: ACCESO A DESPACHO (CONSULTORIO).
Gráfico 4.13: INTERSECCIONES.
Gráfico 4.14: ANDADORES.
Gráfico 4.15: BASTONERAS.
Gráfico 4.16: BASTÓN.

Gráfico 4.17: MULETAS.
Gráfico 4.18: SILLA DE RUEDAS.
Gráfico 4.19: RADIO DE GIRO - SILLA DE RUEDAS.
Gráfico 4.20: DESLIZAMIENTO INDEPENDIENTE - SILLA DE RUEDAS.
Gráfico 4.21: DESLIZAMIENTO ASISTIDO - SILLA DE RUEDAS.
Gráfico 4.22: LAVATORIO.
Gráfico 4.23: URINARIO.
Gráfico 4.24: INODORO.
Gráfico 4.25: INODORO.
Gráfico 4.26: MOBILIARIO.
Gráfico 4.27: DIMENSIONES MINIMAS EN SERVICIOS HIGIENICOS.
Gráfico 4.28: MOVILIDAD DEL DISCAPACITADO - INODORO.
Gráfico 4.29: ESPACIO LIBRE PARA DISCAPACITADO EN DUCHA Y TINA.
Gráfico 4.30: RECEPCIÓN Y BUTACAS.
Gráfico 4.31: ÁREA LIBRE EN COCINA.
Gráfico 4.32: SALA DE ESPERA.
Gráfico 4.33: COCINA.
Gráfico 4.34: COMEDOR.
Gráfico 4.35: DORMITORIO.
Gráfico 4.36: CAFETERIA O RESTAURANTE.
Gráfico 4.37: SALA DE ESTAR - ÁREA DE TRABAJO.
Gráfico 4.38: RANGO DE MOVIMIENTO.
Gráfico 4.39: PUERTAS - CORREDORES.
Gráfico 4.40: BEBEDERO Y TACHO DE BASURA.
Gráfico 4.41: ALCANCE VISUAL - DIMENSIONES LIBRES EN VEREDAS.
Gráfico 4.42: ASCENSOR.
Gráfico 4.43: SALVA ESCALERA - ORUGA MANUAL PARA ESCALERA.
Gráfico 4.44: DISPOSICIÓN DE ESPACIOS EN GRADERÍAS.
Gráfico 4.45: PLATAFORMAS ELEVADORAS.
Gráfico 4.46: RAMPAS CON PENDIENTE ADECUADA EN VEREDAS.
Gráfico 4.47: RAMPA CON SUS CORRESPONDIENTES PASAMANOS.
Gráfico 4.48: CÁLCULO DE LA INCLINACIÓN DE LA RAMPA.

Gráfico 4.49: CONDICIONES REQUERIDAS PARA LAS RAMPAS.
Gráfico 4.50: RAMPA - PLANTA.
Gráfico 4.51: DESARROLLO DE PLANTA EN CURVA.
Gráfico 4.52: RAMPA - ELEVACIÓN.
Gráfico 4.53: RAMPA PORTÁTIL METALICA- MADERA.
Gráfico 4.54: ÁREA EN ESTACIONAMIENTO PARA UN DISCAPACITADO.
Gráfico 4.55: ÁREA DISCAPACITADOS POR CANTIDAD DE ESTACIONAMIENTOS.
Gráfico 4.56: RAMPAS CON TRANSICIÓN.
Gráfico 4.57: ANCHO DE PLAZA Y RADIO DE GIRO.
Gráfico 4.58: VIVIENDAS MATRIMONIALES.
Gráfico 4.59: HABITACIONES SIMPLES Y DOBLES.
Gráfico 4.60: VIVIENDA ADAPTADA PARA UNA PERSONAS ADULTO MAYOR.
Gráfico 4.61: CUARTOS DE REABILITACIÓN.
Gráfico 4.62: CONSULTORIOS.
Gráfico 4.63: COCINA.
Gráfico 4.64: ALMACEN.
Gráfico 4.65: CAFETERÍA.
Gráfico 4.66: TALLERES.
Gráfico 4.67: TALLERES.
Gráfico 4.68: TALLERES.
Gráfico 4.69: BIBLIOTECA.
Gráfico 4.70: PISCINA.
Gráfico 4.71: GIMNASIO.
Gráfico 4.72: Elementos de señalización.
Gráfico 4.73: Señalización en la arquitectura.
Gráfico 4.74: Barras de protección en graderíos.
Gráfico 4.75: Separadores de barandas.
Gráfico 4.76: Barras de protección en edificaciones.
Gráfico 4.77: Protectores aislantes en muros.
Gráfico 4.78: Protectores aislantes en losa.

5. APROXIMACIÓN PROYECTUAL

Gráfico 5.1: Volumen - Alcácer Do Sal residences.
Gráfico 5.2: Fachada - Alcácer Do Sal residences.
Gráfico 5.3: Ubicación - Alcácer Do Sal residences
Gráfico 5.4: Relación entorno - Alcácer Do Sal residences
Gráfico 5.5: Emplazamiento representado en maqueta - Alcácer Do Sal residences.
Gráfico 5.6: Vista de Habitaciones desde el exterior - Alcácer Do Sal residences.
Gráfico 5.7: Función - Alcácer Do Sal residences.
Gráfico 5.8: Transición - Alcácer Do Sal residences.
Gráfico 5.9: Distribución - Alcácer Do Sal residences.
Gráfico 5.10: Acceso - Alcácer Do Sal residences.
Gráfico 5.11: Espacio - Alcácer Do Sal residences.
Gráfico 5.12: Espacio - Alcácer Do Sal residences.
Gráfico 5.13: Forma - Alcácer Do Sal residences.
Gráfico 5.14: Vistas - Alcácer Do Sal residences.
Gráfico 5.15: Terreno - Alcácer Do Sal residences.
Gráfico 5.16: Circulación- Alcácer Do Sal residences.
Gráfico 5.17: Campo Visual - Alcácer Do Sal residences.
Gráfico 5.18: Aberturas - Alcácer Do Sal residences.
Gráfico 5.19: Similitud de forma - Alcácer Do Sal Residences y Centro Geriátrico.
Gráfico 5.20: Zona de interacción - Centro Geriátrico y población.
Gráfico 5.21: Acceso - Residencia Cugat Natura.
Gráfico 5.22: Fachada- Residencia Cugat Natura.
Gráfico 5.23: Referencia- Residencia Cugat Natura.
Gráfico 5.24: Función- Residencia Cugat Natura.
Gráfico 5.25: Función del Edificio Geriatrico - Residencia Cugat Natura
Gráfico 5.26: Función del Edificio de Departamentos - Residencia Cugat Natura.

Gráfico 5.27: Relación de Espacios- Residencia Cugat Natura.
Gráfico 5.28: Transición de Espacios- Residencia Cugat Natura.
Gráfico 5.29: Riqueza espacial - Residencia Cugat Natura.
Gráfico 5.30: Iluminación y ventilación- Residencia Cugat Natura.
Gráfico 5.31: Forma Espacial - Residencia Cugat Natura
Gráfico 5.32: Iluminación - Residencia Cugat Natura.
Gráfico 5.33: Forma - Residencia Cugat Natura.
Gráfico 5.34: Vista al exterior con ventanales - Residencia Cugat Natura.
Gráfico 5.35: Campo Visual- Residencia Cugat Natura.
Gráfico 5.36: Espacio Comunitario con área verde - Centro Geriátrico.
Gráfico 5.37: Zona Fitoterapéutica con luz natural cenital - Centro Geriátrico.
Gráfico 5.38: Fachada - Centro Social Aubenas.
Gráfico 5.39: Ubicación - Centro Social Aubenas.
Gráfico 5.40: Aporte- Centro Social Aubenas.
Gráfico 5.41: Entorno- Centro Social Aubenas.
Gráfico 5.42: Conexión- Centro Social Aubenas.
Gráfico 5.43: Función- Centro Social Aubenas.
Gráfico 5.44: Transición- Centro Social Aubenas.
Gráfico 5.45: Distribución- Centro Social Aubenas.
Gráfico 5.46: Relación con el exterior- Centro Social Aubenas.
Gráfico 5.47: Riqueza espacial- Centro Social Aubenas.
Gráfico 5.48: Forma Espacial- Centro Social Aubenas.
Gráfico 5.49: Enfoque- Centro Social Aubenas.
Gráfico 5.50: Volúmenes- Centro Social Aubenas.
Gráfico 5.51: Riqueza y Diversidad Espacial - Centro Geriátrico.
Gráfico 5.52: Ingreso hacia el Exterior - Centro Geriátrico.
Gráfico 5.53: Ubicación General de la ciudad de Tingo María.
Gráfico 5.54: Densidad Sísmica Superficial.
Gráfico 5.55: Densidad Sísmica Profunda.
Gráfico 5.56: Zonificación.

Gráfico 5.57: Aspecto Físico - Accesos.
Gráfico 5.58: Temperatura en Huánuco.
Gráfico 5.59: Precipitaciones en Huánuco.
Gráfico 5.60: Temperatura en Tingo María.
Gráfico 5.61: Precipitaciones en Tingo María.
Gráfico 5.62: Flora de Tingo María.
Gráfico 5.63: Fauna de Tingo María.
Gráfico 5.64: Abuta, Pampa Orégano, Ñucño Pichana, Achira, Albahaca, Amasisa.
Gráfico 5.65: Sangre de Grado, Manayupa, Estoraque, Cacao, Matico, Cedro Nogal, Papaya.
Gráfico 5.66: Estramonio, Siempre Viva, Ayasisa, Bobinsana, Yanchama, Salvia, Pijuayo.
Gráfico 5.67: Cola de Caballo, Guayabo, Copaiba, Malva, Achiote, Verdolaga, Vervena.
Gráfico 5.68: Población de Huánuco.
Gráfico 5.69: Personas Adultas mayores.
Gráfico 5.70: Personas adultas mayores por grupos de edad.
Gráfico 5.71: Pea ocupada por actividades de empleados.
Gráfico 5.72: Pea ocupada por actividades en general.
Gráfico 5.73: Zona Central por Departamento.
Gráfico 5.74: Zona Central del País.
Gráfico 5.75: Potencialidad del Clima.
Gráfico 5.76: Problemáticas del Clima.
Gráfico 5.77: Tiempo en minutos del centro al proyecto.
Gráfico 5.78: Transición por Zonas.
Gráfico 5.79: Altura de Edificios.
Gráfico 5.80: Centro poblado seleccionado.
Gráfico 5.81: Proyecto conectado con entorno llano.
Gráfico 5.82: Proyecto enlazado con la naturaleza.
Gráfico 5.83: Límites de la Ciudad.
Gráfico 5.84: Accesos de la Ciudad.

Gráfico 5.85: Accesos al Terreno.
Gráfico 5.86: Límites del Terreno.
Gráfico 5.87: Planta topográfica del Terreno.
Gráfico 5.88: Cortes topográficos del Terreno.
Gráfico 5.89: Planta guía para perfil urbano.
Gráfico 5.90: Perfil urbano de Av. 1° de Mayo.
Gráfico 5.91: Perfil urbano de Calle Proyectada.
Gráfico 5.92: Uso de Suelos.
Gráfico 5.93: Porcentaje de Uso de Suelos.
Gráfico 5.94: Asoleamiento.
Gráfico 5.95: Dirección de los Vientos.
Gráfico 5.96: Zona de estudio.
Gráfico 5.97: Ubicación del Proyecto.
Gráfico 5.98: Emplazamiento.
Gráfico 5.99: Terreno.
Gráfico 5.100: Mobiliario Urbano.
Gráfico 5.101: Áreas Exteriores.
Gráfico 5.102: Acceso.
Gráfico 5.103: Idea Rectora.
Gráfico 5.104: Forma.
Gráfico 5.105: Áreas según la Forma.
Gráfico 5.106: Circulación.
Gráfico 5.107: Función de los Ambientes de recreación y talleres.
Gráfico 5.108: Función de los Ambientes de recepción y habitaciones.
Gráfico 5.109: Recorridos.
Gráfico 5.110: Iluminación Natural.
Gráfico 5.111: Orientación.
Gráfico 5.112: Ventilación Cruzada.
Gráfico 5.113: Techos Inclinados.
Gráfico 5.114: Jardines.
Gráfico 5.115: Edificio Elevado del Suelo.
Gráfico 5.116: Celosías en Fachadas.

6. PROYECTO ARQUITECTÓNICO

Gráfico 6.1: Actividades del Usuario
Gráfico 6.2: Personal a disposición del Usuario.
Gráfico 6.3: Flujograma de Usuarios.
Gráfico 6.4: Flujograma Espacial General.
Gráfico 6.5: Flujograma Espacial por sector-Salud.
Gráfico 6.6: Flujograma Espacial por sector-Residencia.
Gráfico 6.7: PLANTEAMIENTO GENERAL- PLOT PLAN.
Gráfico 6.8: PLANIMETRÍA- PLANTA GENERAL.
Gráfico 6.9: ELEVACIÓN GENERAL- FACHADA PRINCIPAL.
Gráfico 6.10: ELEVACIÓN GENERAL- FACHADA POSTERIOR.
Gráfico 6.11: CORTE GENERAL- CORTE A-A.
Gráfico 6.12: CORTE GENERAL- CORTE B-B
Gráfico 6.13: PLANTA DEL SECTOR RECREACIÓN.
Gráfico 6.14: PLANTA DEL SECTOR RESIDENCIA.
Gráfico 6.15: PLANTA DEL SECTOR COMEDOR.
Gráfico 6.16: SECTOR CAFETÍN- CORTE A-A.
Gráfico 6.17: SECTOR CAFETÍN- CORTE B-B.
Gráfico 6.18: SECTOR COMEDOR- CORTE A-A.
Gráfico 6.19: SECTOR HABITACIÓN- CORTE A-A.
Gráfico 6.20: COMEDOR Y HABITACIÓN- CORTE B-B.
Gráfico 6.21: DETALLES DE CAFETÍN.
Gráfico 6.22: DETALLES DE RESIDENCIA.
Gráfico 6.23: DESGLOSE ESTRUCTURAL DEL CAFETÍN.
Gráfico 6.24: DESGLOSE ESTRUCTURAL DE RESIDENCIA.
Gráfico 6.25: Agua.
Gráfico 6.26: Desague.
Gráfico 6.27: Materia orgánica.
Gráfico 6.28: Energía renovable.
Gráfico 6.29: Áreas verdes.
Gráfico 6.30: Espacios públicos.

Gráfico 6.31: Zonificación.
Gráfico 6.32: Renders.

INDICE DE CUADROS

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuadro 1.1: Indicadores de dependencia y envejecimiento demográfico 2007-2017.

3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Gráfico 3.1: Cronograma de Actividades.

4. DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

Cuadro 4.1: Tipo de suelo.

Cuadro 4.2: Tipo de techo.

5. APROXIMACIÓN PROYECTUAL

Cuadro 5.1: Población de Huánuco.

Cuadro 5.2: Principales Indicadores de Trabajo.

6. PROYECTO ARQUITECTÓNICO

Cuadro 6.1: Programación arquitectónica.

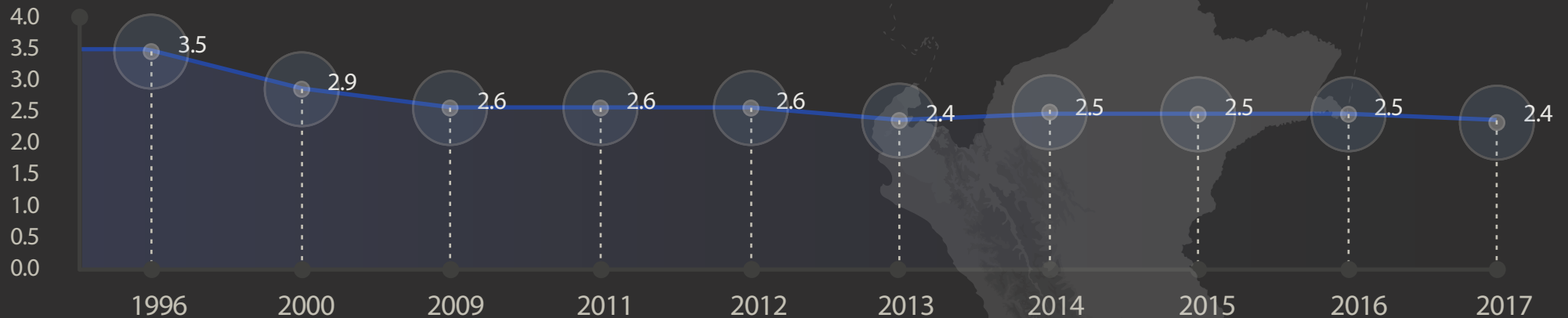
1

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DEFINICION DE TEMA

Esta tesis marca la importancia de un Centro especializado para el adulto mayor en un sector de la Amazonía peruana, y de que manera éste influye positivamente en las condiciones de vida de los usuarios residentes y los usuarios visitantes.

Hijos por Mujer



1.2. INTRODUCCIÓN

Durante ésta investigación, se manifiesta el crecimiento de la población adulto mayor, en respuesta al decrecimiento de la tasa de fecundidad y a la suma de esperanza de vida, que acrecentó en las últimas dos décadas a nivel nacional.

Sin embargo, éstas cifras se verifican mediante el estudio específico por regiones y por departamentos, mediante el cuál, tendremos un mayor alcance, sobre en qué lugar específico ubicaremos nuestro proyecto (INEI, 2017).

En cuanto al registro del análisis por departamentos, nos enfocamos en tres que se encuentran ubicados en el centro geográfico del país, debido a la proximidad con importantes ciudades a nivel nacional.

Para mayor comprensión de lo señalado, ver Gráficos 1.1-1.7.

Disminución de la tasa de fecundidad a nivel nacional.

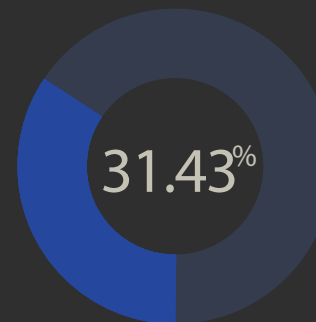
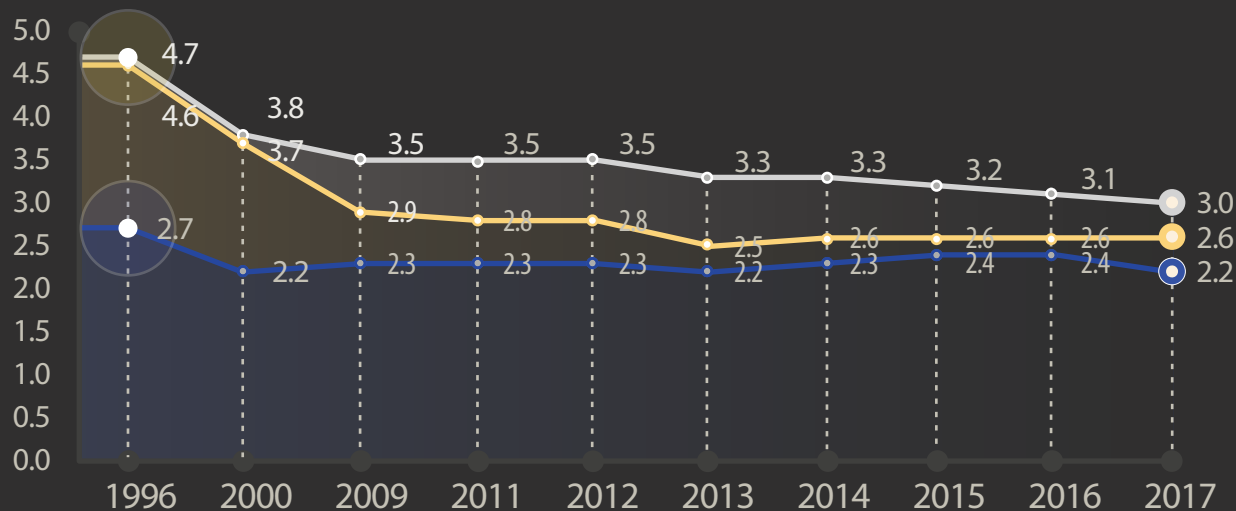
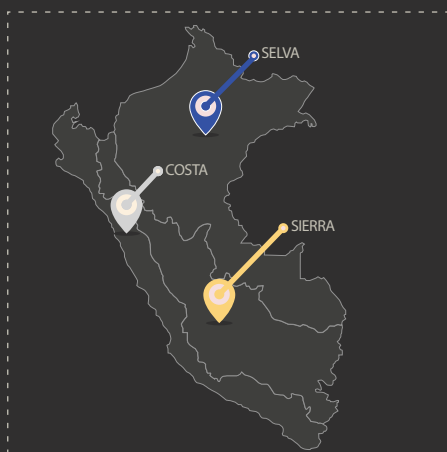


Gráfico 1.1: Tasa de Fecundidad (Hijos por Mujer) a nivel Nacional.

Fuente: INEI. Estimaciones y Proyecciones de Población por Departamento, Sexo y Grupos Quinquenales de Edad, 1995-2025.



Hijos por Mujer

Gráfico 1.2: Tasa de Fecundidad (Hijos por Mujer) por Regiones.

Fuente: INEI. Estimaciones y Proyecciones de Población por Departamento, Sexo y Grupos Quinquenales de Edad, 1995-2025.

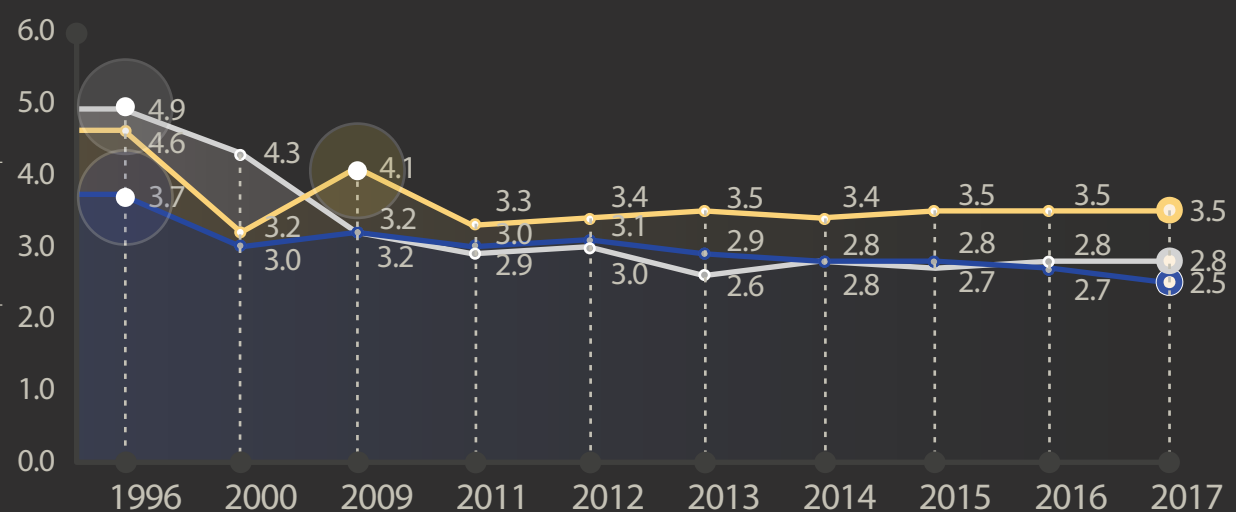
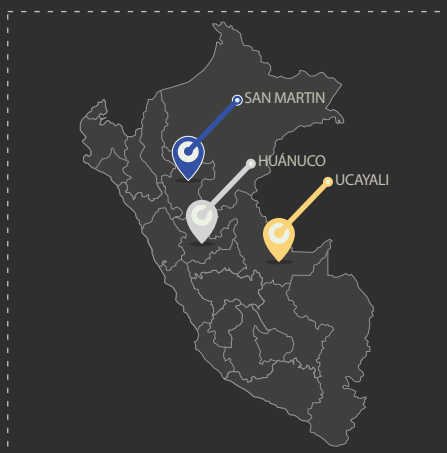


Gráfico 1.3: Tasa de Fecundidad (Hijos por Mujer) por Departamento.

Fuente: INEI. Estimaciones y Proyecciones de Población por Departamento, Sexo y Grupos Quinquenales de Edad, 1995-2025.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA



VARONES



MUJERES



Esperanza de Vida

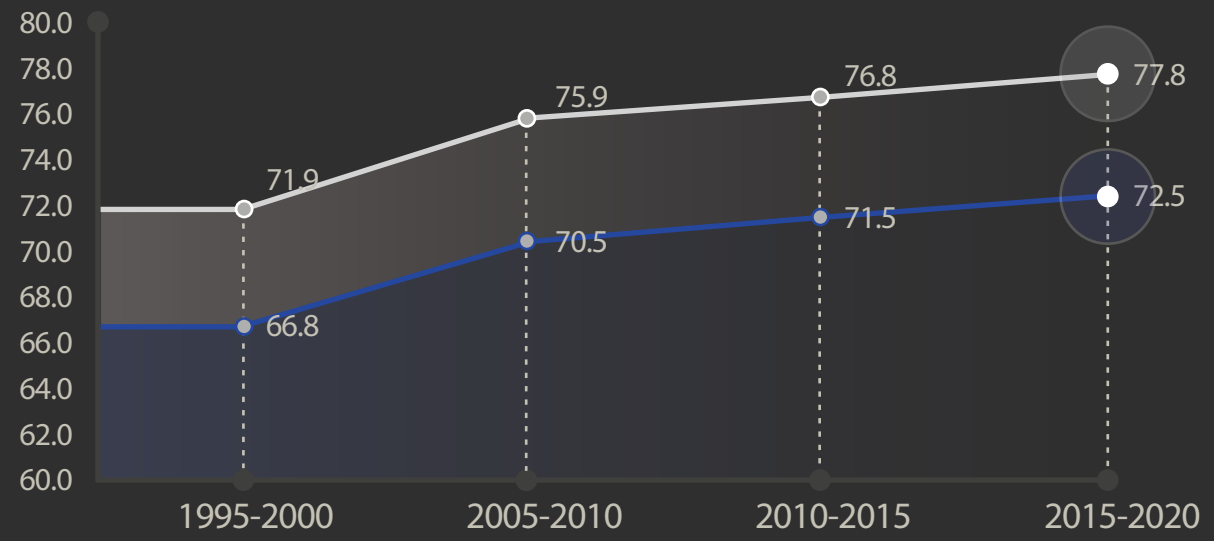


Gráfico 1.4: Esperanza de vida a nivel nacional.

Fuente: INEI. Estimaciones y Proyecciones de Población por Departamento, Sexo y Grupos Quinquenales de Edad, 1995-2025.



VARONES



MUJERES

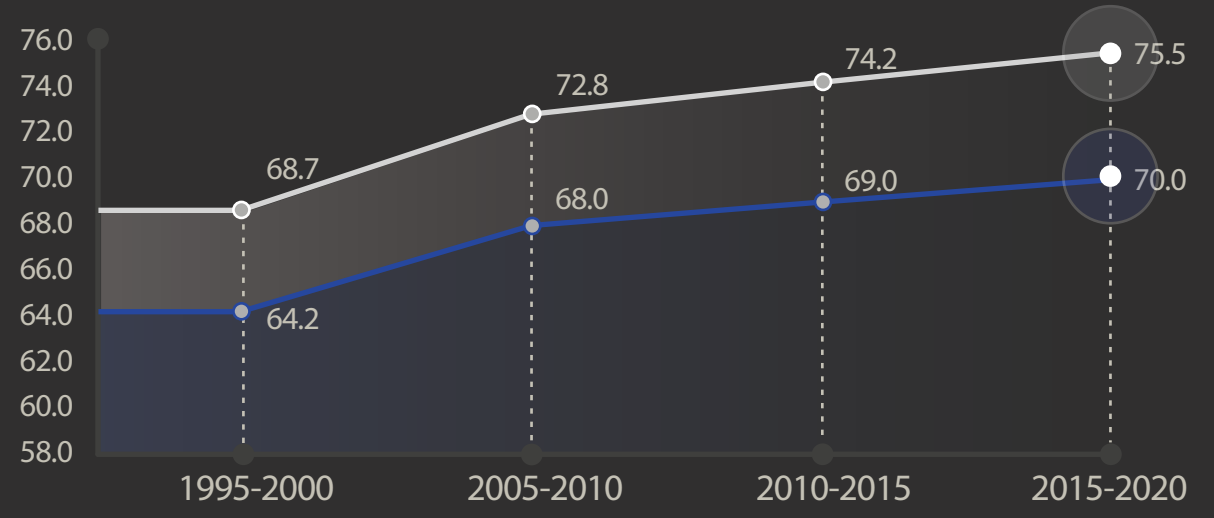


Gráfico 1.5: Esperanza de vida en el departamento de Huánuco.

Fuente: INEI. Estimaciones y Proyecciones de Población por Departamento, Sexo y Grupos Quinquenales de Edad, 1995-2025.

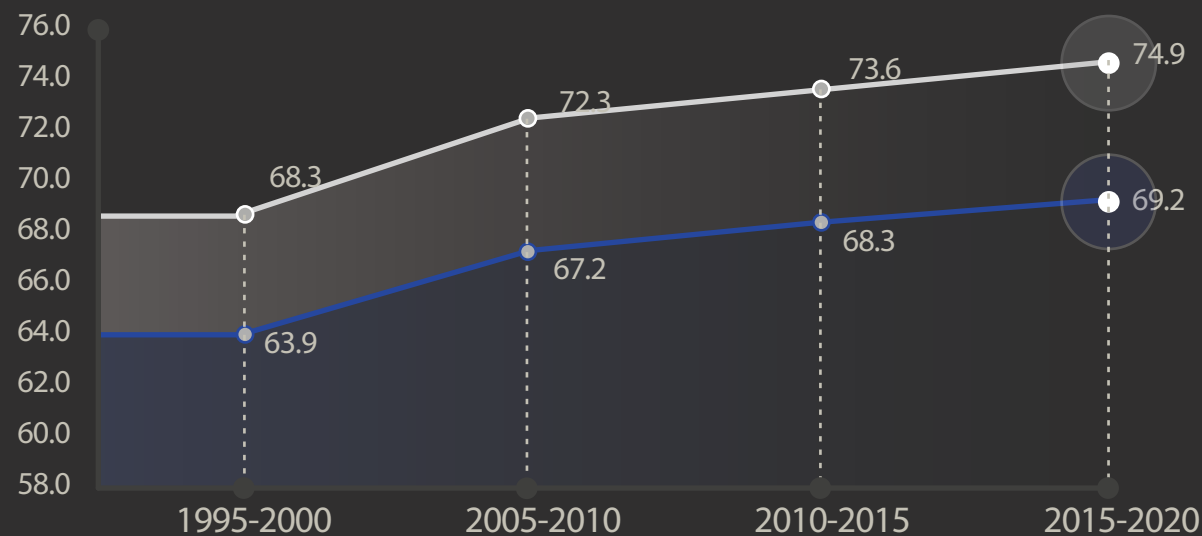
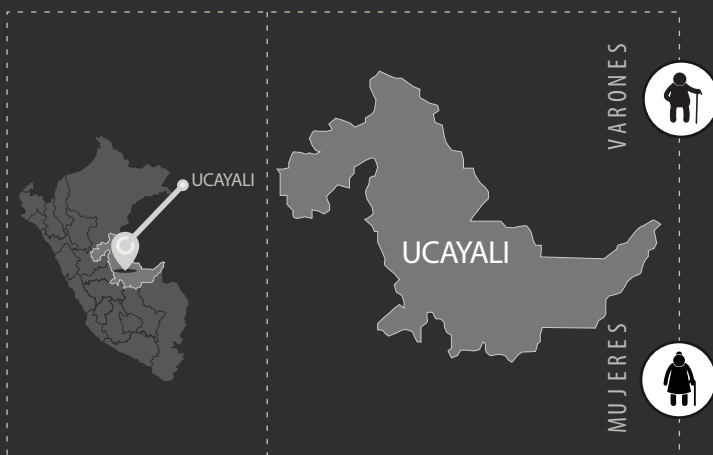


Gráfico 1.6: Esperanza de vida en el departamento de Ucayali.

Fuente: INEI. Estimaciones y Proyecciones de Población por Departamento, Sexo y Grupos Quinquenales de Edad, 1995-2025.

Esperanza de Vida

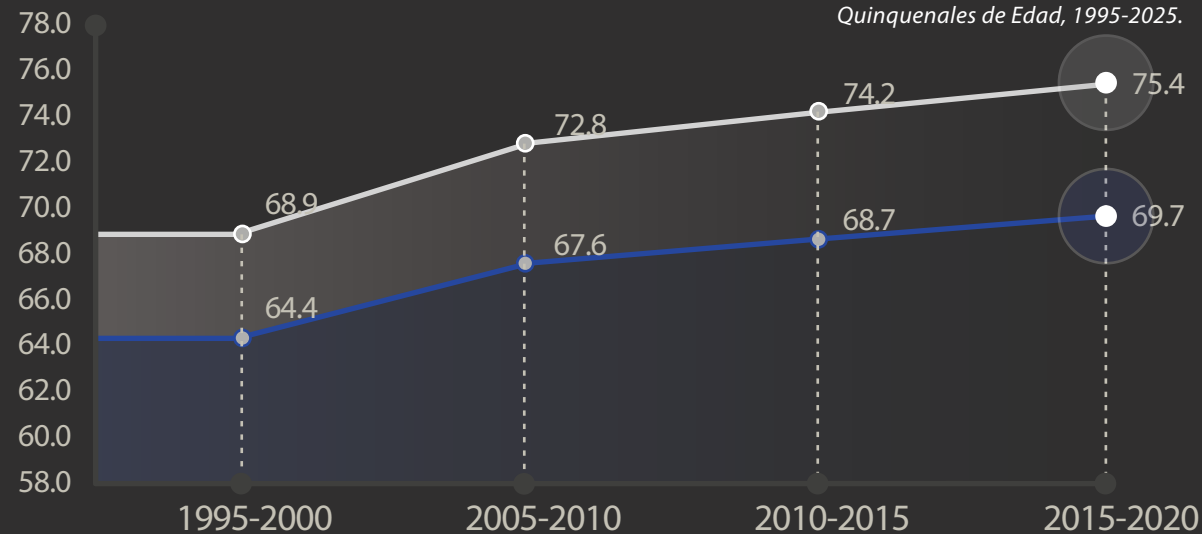
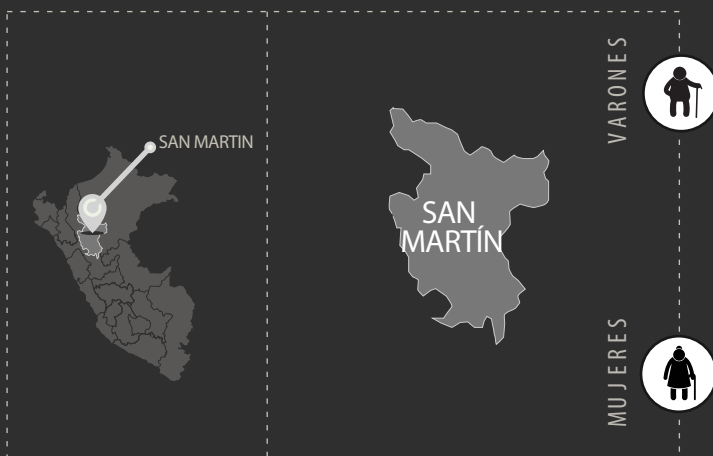


Gráfico 1.7: Esperanza de vida en el departamento de San Martín.

Fuente: INEI. Estimaciones y Proyecciones de Población por Departamento, Sexo y Grupos Quinquenales de Edad, 1995-2025.

Éstos resultados estadísticos nos revelan que la estructura de la población ha experimentado alteraciones que no pasan por alto; sin embargo, el INEI también hace hincapié en este asunto mediante el índice de envejecimiento durante los últimos años, lo que no hace más que, reafirmar lo expuesto (Ver gráfico 1.8 y 1.9).

Así mismo, éstos se apoyan de un reciente informe, el cuál afirma que hace 60 años, por cada ciento de habitantes, 42 tenía menos de 15 años de edad ; pero, actualmente, por la misma cantidad de habitantes, sólo 25 tienen menos de 15 años. Como resultado, se incrementó en relación a la población adulto mayor; en números eso se traduce como del 5.7% al 12.4%, entre el año 1950 al 2019 (INEI, 2019) (Ver gráfico 1.10 y 1.11).

Uno de los aspectos de más importancia es el hecho de que muchos de estos adultos mayores son longevos, es decir, adultos mayores que superan los 100 años; ésto como resultado de un sondeo que manifestó la existencia de 3 145 personas (994 hombres y 2 151 mujeres) que manifestaron tener 100 o más años de edad (INEI, 2017).

Mediante toda ésta información, es evidente que cuando hablamos de la población adulto mayor, estamos hablando de una población que empieza a tener protagonismo en la sociedad por medio de su crecimiento, sin embargo aunque ésto ya sea una realidad, a nivel de inclusión, mediante el diseño de espacios interiores y exteriores, aún no se muestra el cambio.

Índice de Envejecimiento

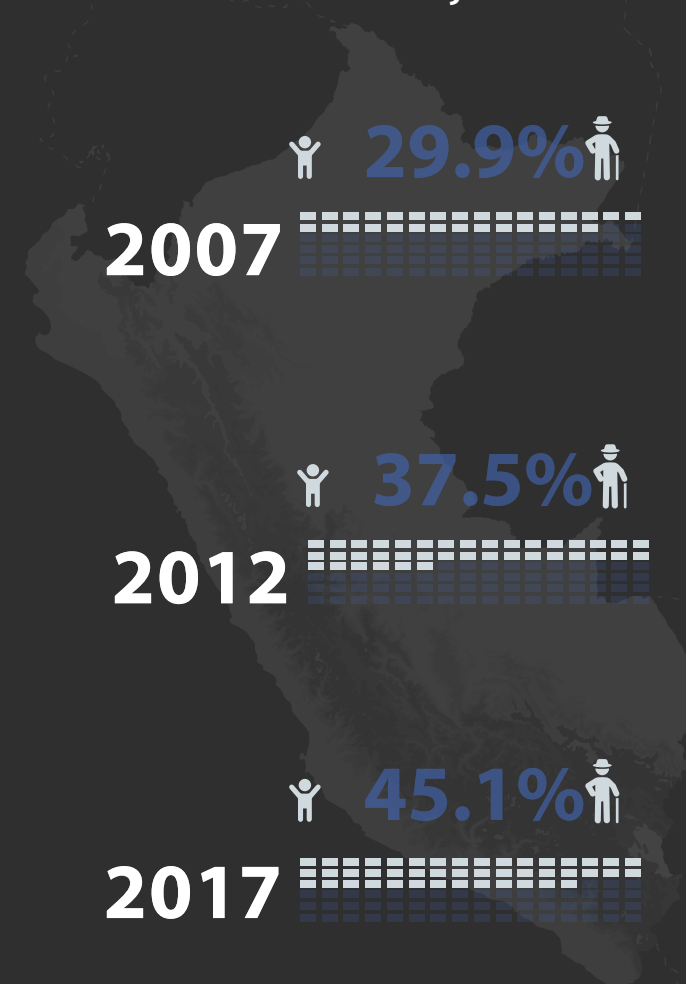
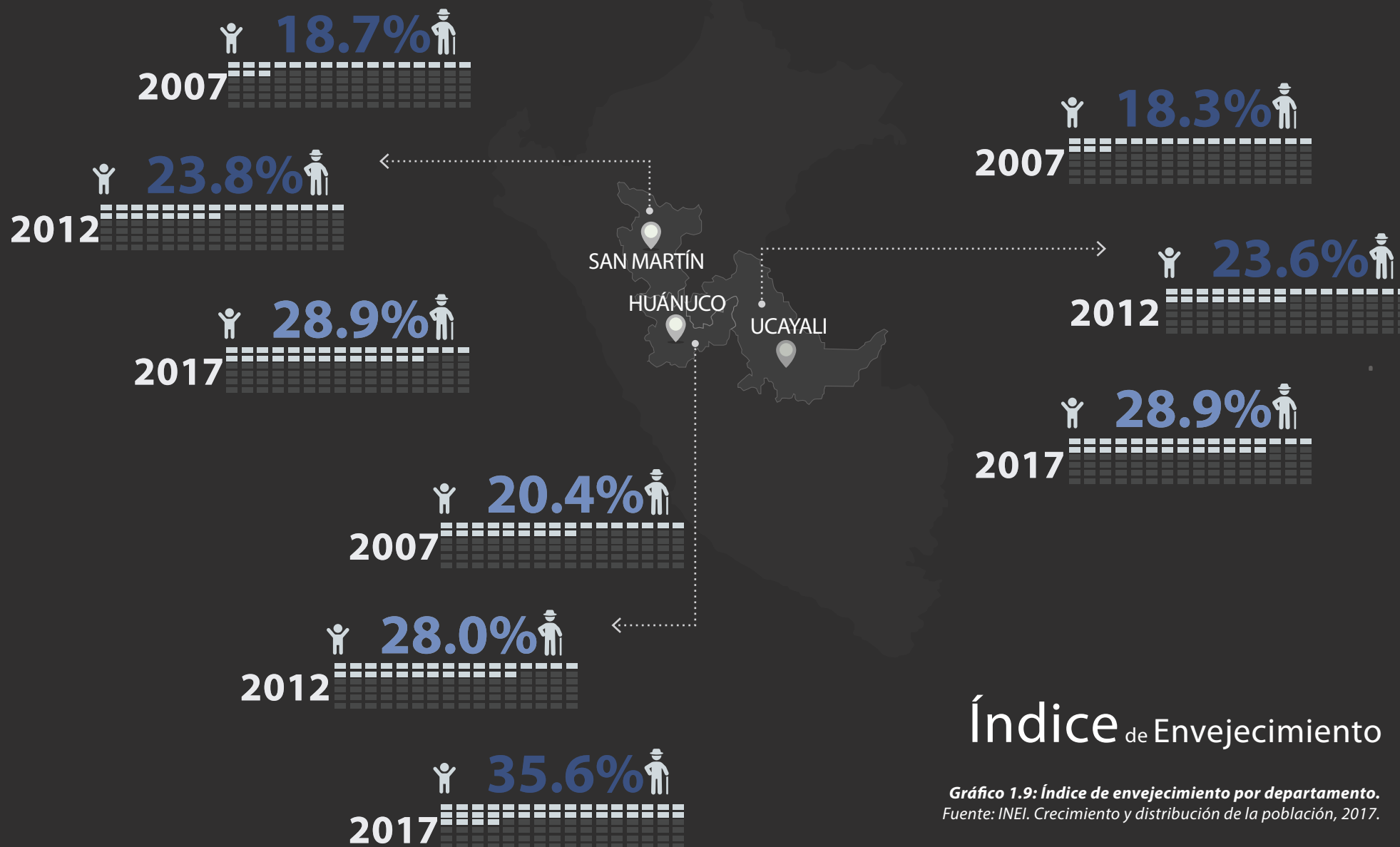


Gráfico 1.8: Índice de envejecimiento a nivel nacional.
Fuente: INEI. Crecimiento y distribución de la población, 2017.



Índice de Envejecimiento

Gráfico 1.9: Índice de envejecimiento por departamento.
Fuente: INEI. Crecimiento y distribución de la población, 2017.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

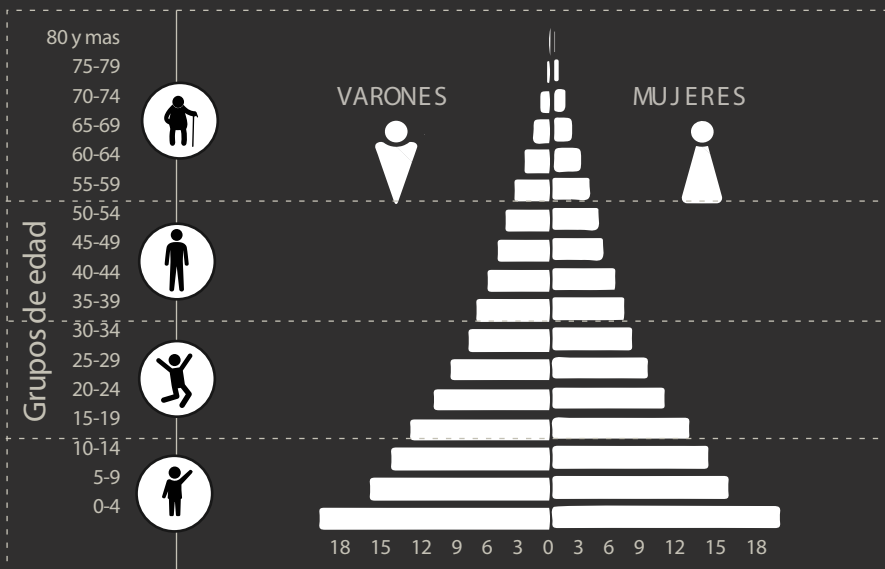


Gráfico 1.10: Crecimiento poblacional por edades 1950.

Fuente: INEI, 2019.

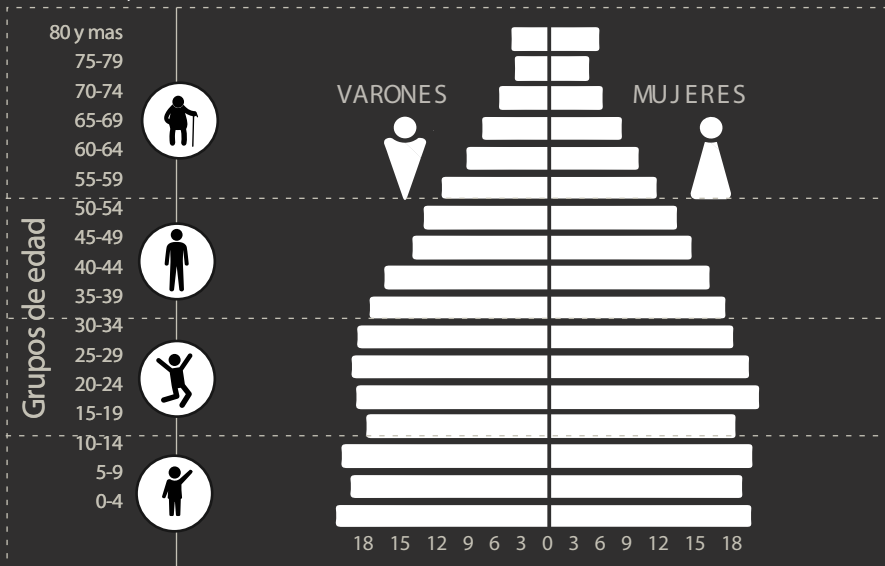


Gráfico 1.11: Crecimiento poblacional por edades 2019.

Fuente: INEI, 2019.

Por otra parte, para tener un mejor enfoque sobre la realidad de los adultos mayores, todos aquellos pobladores adultos mayores con mas de 80 años a más, pasan a ser considerados como parte de un grupo selecto denominado “población dependiente”; en donde estudios del período intercensal 2007-2017 indican que este grupo de la población se ha acrecentado en tres personas, pasando de 10.2 en el 2007 a 12.8 en el 2017 (INEI,2017).

Cabe señalar que, según todo lo analizado, verificamos que el crecimiento de la población dependiente, es por parte de las personas de 80 años a más que a diferencia de quienes tienen entre de 0 a 14 años, no siempre cuentan con el apoyo para continuar con una buena condición de vida.

Dicho de otro modo, los resultados de la razón de dependencia en general no muestran la realidad de lo que sucede con el adulto mayor, debido a que combinan a ambos grupos de la población. Es por ello que analizamos los indicadores dependencia y envejecimiento demográfico, para ratificar los resultados anteriores y de esta forma tener una visión más amplia de la situación del adulto mayor.

Gracias a estos indicadores, logramos comprobar que la razón de dependencia del Adulto Mayor ha avanzado considerablemente hasta la actualidad a nivel nacional, con algunos departamentos que presentan un mayor aumento que otros (Ver cuadro 1; Gráfico 1.12 y 1.13). De esta manera es que, juntamente con ello, aumenta la demanda de centros específicos para el adulto mayor o centros que incluyan al adulto mayor.

Relación de Dependencia Demográfica de Vejez

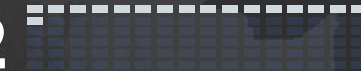
15.1% 

2007



17.2% 

2012



19.3% 

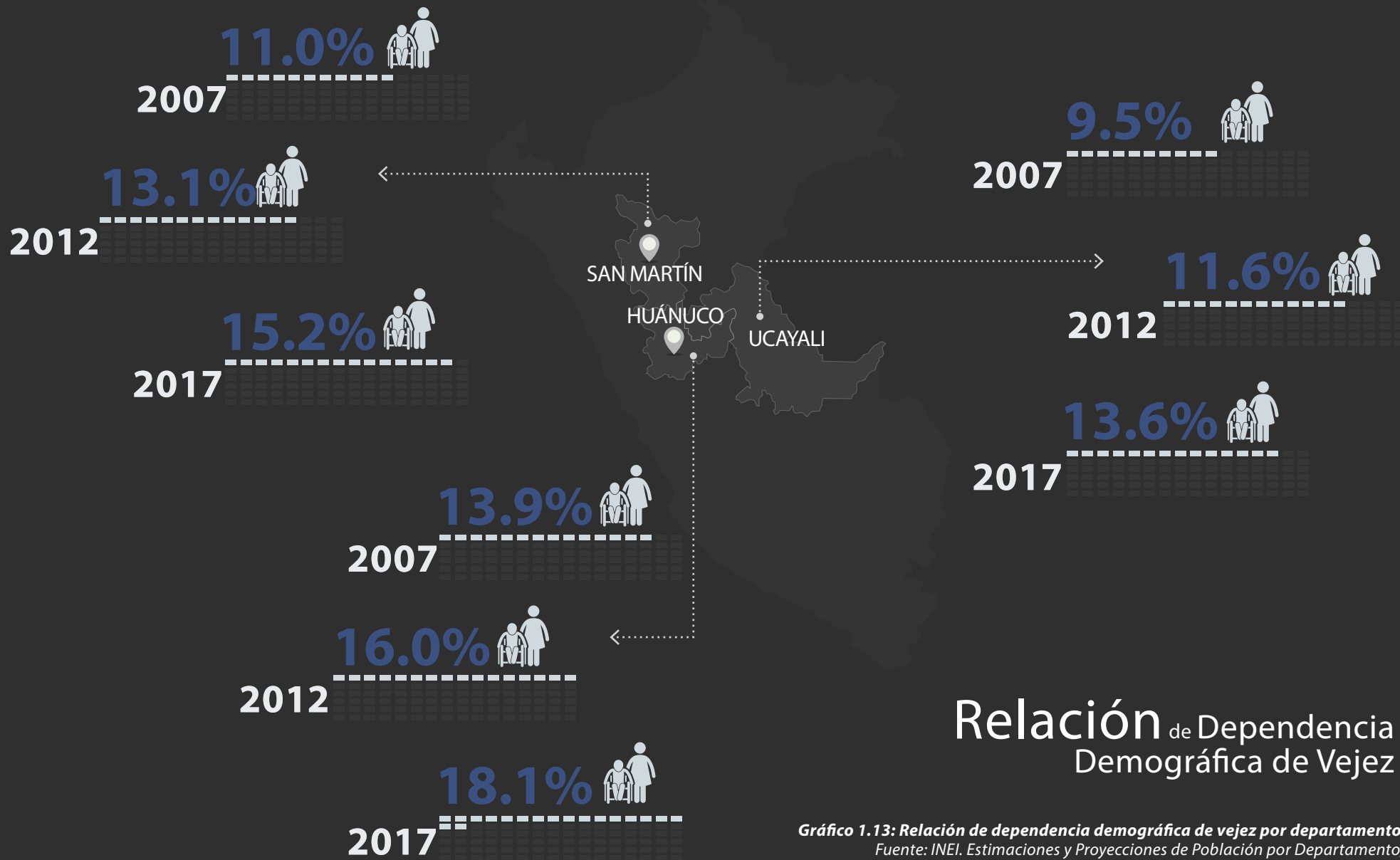
2017



DEPARTAMENTO	POBLACION CENSADA		RAZON DE DEPENDENCIA DEMOGRAFICA		PROPORCION DE PERSONAS ADULTAS MAYORES		INDICE DE ENVEJECIMIENTO		RELACION DE DEPENDENCIA DEMOGRAFICA DE VEJEZ	
	2007	2017	2007	2017	2007	2017	2007	2017	2007	2017
TOTAL	27 412 157	29 381 884	58,5	53,2	9,1	11,9	29,9	45,1	15,1	19,3
Amazonas	375 993	379 384	75,7	65,3	7,5	10,4	19,8	32,2	13,7	18,0
Ancash	1 063 459	1 083 519	64,4	58,6	10,6	13,6	33,8	50,4	18,4	22,9
Apurimac	404 190	405 759	81,9	62,1	10,2	12,6	27,2	43,6	19,5	21,6
Arequipa	1 152 303	1 382 730	51,1	48,1	10,3	12,4	38,8	52,5	16,2	19,5
Ayacucho	612 489	616 176	76,7	59,5	9,8	11,9	26,9	41,6	18,1	20,0
Cajamarca	1 387 809	1 341 012	70,6	61,9	9,0	12,0	25,7	40,6	16,0	20,5
Prov. Const del Callao	879 679	994 494	49,7	49,2	9,2	12,4	34,4	50,6	14,4	19,6
Cuzco	1 171 403	1 205 527	68,3	53,7	8,7	11,1	25,2	40,9	15,2	18,0
Huancavelica	454 797	347 639	85,2	66,4	8,7	13,1	21,9	43,0	16,9	23,1
Huánuco	762 223	721 047	74,9	60,3	7,6	10,7	20,4	35,6	13,9	18,1
Ica	711 932	850 765	55,3	54,8	9,7	11,6	33,5	42,8	15,7	19,0
Junín	1 225 474	1 246 038	64,2	56,2	8,6	11,3	26,0	40,4	14,7	18,6
La Libertad	1 617 050	1 778 080	60,7	57,8	9,5	12,0	30,6	43,0	16,0	19,9
Lambayeque	1 112 868	1 197 260	59,2	56,2	9,4	12,5	30,6	46,1	15,6	20,8
Lima	8 442 409	9 485 405	47,7	45,7	9,8	12,7	38,4	56,7	15,1	19,7
Loreto	891 732	883 510	73,8	73,9	5,7	8,7	14,9	23,8	10,3	16,0
Madre de Dios	109 555	141 070	51,7	52,3	4,1	5,9	13,0	19,1	6,4	9,3
Moquegua	161 533	174 863	48,0	48,4	10,1	13,2	40,0	56,7	15,7	20,9
Pasco	280 449	254 065	60,7	53,7	6,9	9,7	20,8	34,4	11,4	15,6
Piura	1 676 315	1 856 809	64,5	60,0	8,8	11,1	26,6	37,3	15,0	18,9
Puno	1 268 441	1 172 697	64,2	52,1	10,1	13,0	31,6	52,1	17,3	20,9
San Martín	728 808	813 381	63,8	59,8	6,5	9,0	18,7	28,9	11,0	15,2
Tacna	288 781	329 332	46,4	43,2	7,5	10,7	28,3	46,3	11,4	16,1
Tumbes	200 306	224 863	54,5	55,7	7,1	9,8	23,3	33,6	11,3	16,2
Ucayali	432 159	496 459	66,4	65,4	5,5	7,8	18,7	28,9	9,5	13,6
Provincia de Lima	7 602 940	8 574 974	46,6	44,9	9,7	12,7	38,6	57,4	14,8	19,5
Region de Lima	839 469	910 431	58,0	54,5	10,7	13,1	37,2	50,8	17,8	21,5

Cuadro 1.1: Indicadores de dependencia y envejecimiento demográfico 2007-2017.
Fuente: INEI, 2017.

Gráfico 1.12: Relación de dependencia demográfica de vejez en Perú.
Fuente: INEI. Estimaciones y Proyecciones de Población por Departamento, Sexo y Grupos Quinquenales de Edad, 1995-2025.



Relación de Dependencia Demográfica de Vejez

Gráfico 1.13: Relación de dependencia demográfica de vejez por departamento. Fuente: INEI. Estimaciones y Proyecciones de Población por Departamento, Sexo y Grupos Quinquenales de Edad, 1995-2025.

Cuando se alude a la calidad de vida de una población dependiente, adulto mayor (personas de 80 a más años de edad), no se hace referencia únicamente a la calidad de vida asociado a la salud, como atención médica y psicológica o tratamientos de rehabilitación o a la vida básica en si misma, como la alimentación, higiene y desplazamiento asistido; sino que también hace referencia a un sustento económico, ya que son personas que ya no cuentan con la misma facilidad de antes, como mantenerse por si solas por falta de trabajo ó vulnerabilidad en su salud física y mental.

Según el INEI, el 42.7 % de hogares tuvieron por lo menos a una persona de 60 a mas años de edad (INEI, 2019) (Ver gráfico 1.14). Por lo tanto, si el adulto mayor cuenta con quien vele por sus necesidades, éste puede ser acompañado en su hogar desde un punto de vista doméstico y en los mejores casos con controles de salud que algunas instituciones ofrecen a domicilio por medio de un seguro e incluso de forma particular (Nole, 2015).

Así mismo, hay que tener en cuenta que cuando nos referimos a calidad de vida, también hablamos de compañía constante y actividades que mantengan al adulto mayor amenamente ocupado y socialmente acompañado, por lo que en algunos de los casos, los familiares optan por llevarlos a Centros de Atención al Adulto Mayor o Centros Integrales del Atención al Adulto Mayor donde aseguran éste tipo de actividades en mayor o menor grado.

Sin embargo, cuando el adulto mayor no cuenta con personas a su alrededor, éstos suelen seguir con sus vidas mayormente en soledad,

el cuál tiene un efecto negativo tanto para la salud mental como para la emocional. Por el contrario, desde un punto de vista más afortunado, algunos adultos mayores, han tenido la dicha de ser acogidos por Centros de Atención para el Adulto Mayor de la beneficencia pública o en asilos, como sucede mayormente en la costa y sierra del país.

Puesto que ésta investigación revela la vulnerabilidad de la salud del adulto mayor tanto en el aspecto físico y mucho más en el aspecto mental y emocional (OMS, 2017). Se interpreta que mientras mas envejece la población adulta mayor, más se encuentra con la necesidad de sostener su calidad vida y mejorarla.

A medida que el adulto mayor se desarrolla , teniendo en cuenta que las actividades a domicilio son limitadas, ya no suele ser opcional que éste usuario se quede en casa, por lo que es preciso derivarlos a un ambiente que cubra todas las necesidades requeridas para una buena calidad de vida, además de un personal especializado y preparado para las debidas atenciones y actividades.

Sin embargo, en estos casos, muchas veces son los familiares quienes representan un ancla en este proceso y no toman éste camino por motivos ajenos a los recursos; como por ejemplo, la carencia de información sobre los centros o incluso la idea equivocada de que no serán atendidos por profesionales (INEI, 2019)

Desde otra perspectiva, algunos familiares de los adultos mayores dificultan la posibilidad de que ellos puedan ser asistidos en un centro para el adulto mayor debido a que, según estudios del INEI, el 27.9 % de los adultos mayores con 60 años que aún viven en sus hogares, ocupan el rol de jefe del hogar (Ver gráfico 1.15) Lo que significa que existe una clara dependencia del sustento económico del adulto mayor, por parte de los miembros de su familia (conyugue o hijos) quienes dentro de sus limitaciones, no tienen facilidades de

brindarle una buena calidad de vida (INEI, 2019).

Por las diversas razones señaladas, es que gran parte de los adultos mayores no tienen las condiciones de vida que necesitan y merecen, teniendo en cuenta que en esta nueva etapa de su vida necesitan de un entorno completamente diferente y enfocado totalmente en sus necesidades.

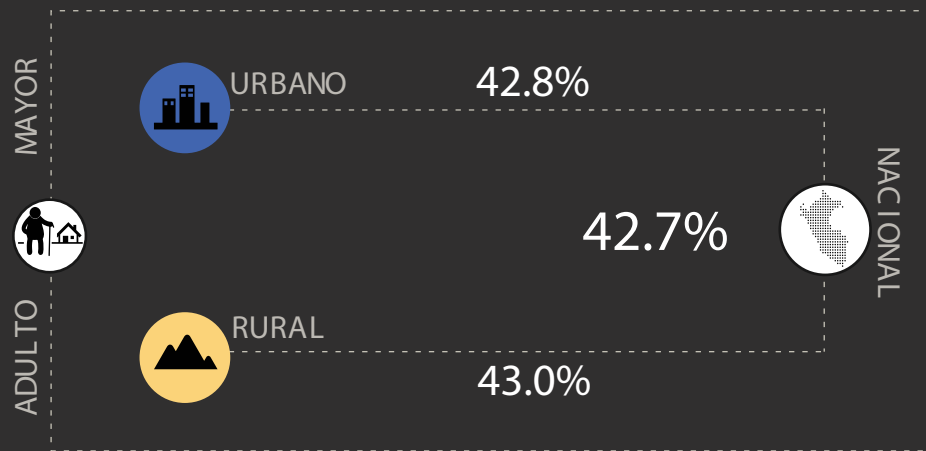


Gráfico 1.14: Hogares con algún miembro adulto mayor.
Fuente: INEI, 2019.

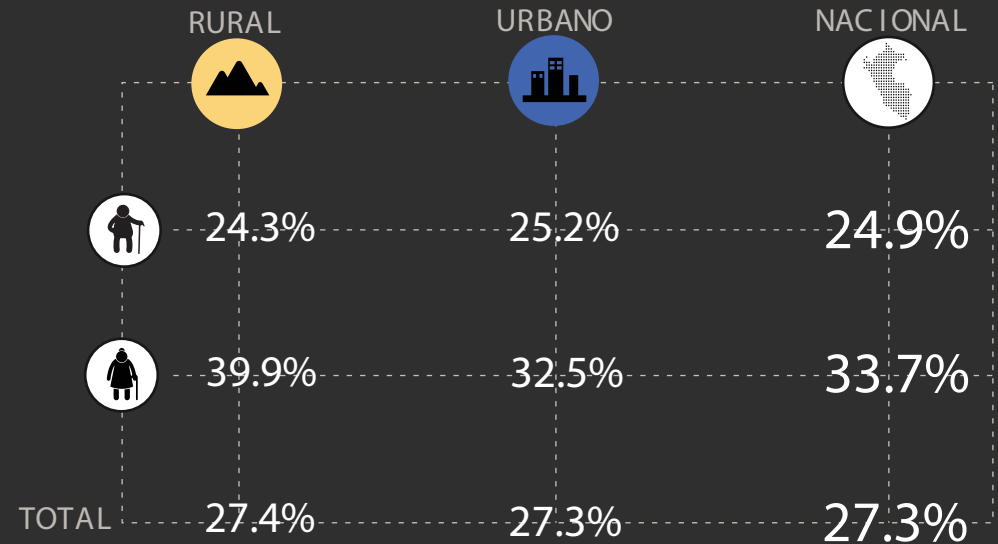


Gráfico 1.15: Hogares jefaturados por adultos mayores.
Fuente: INEI, 2019.

1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La principal problemática de la situación de los adultos mayores a nivel a nivel de todo el Perú, es el déficit de centros específicos en respuesta al crecimiento de ésta población.

En el Perú, existen 4 centros específicos más representativos para el adulto mayor; para empezar nos encontramos con los **Centros de Atención Residencial para el Adulto Mayor**, que no es lo mismo que un asilo o un albergue.

"Cabe señalar que hace aproximadamente tres décadas los asilos se concentraban principalmente en la ciudad de Lima. Sin embargo estos centros no especializados contaban con un reglamento básico que consistía en el ingreso de adultos mayores en condiciones sanas, el cual no se respetaba, ya que muchos se enfermaban durante su estancia, de modo que los centros se convertían prácticamente en hospitales informales, sin la infraestructura requerida para funcionar como tal" (Lara, 1992).

En la actualidad, los centros de atención residencial para el adulto mayor, se concentran mayormente en el departamento de Lima, y el resto en algunos departamentos de la costa y sierra del país. Precisamente, para ello, ya se logró identificar 39 Centros de Atención para Personas Adultas Mayores (CEAPAM) acreditados a nivel nacional, en donde, a pesar de que ya no se tratan de albergues, Lima sigue siendo el centro con mayor cantidad de establecimientos, con un total de 30, seguidamente, la provincia constitucional del Callao con 2 establecimientos residenciales (MIMP, 2019). (Ver gráfico 1.16,1.17,1.18).

De los mencionados centros CEAPAM, la gran mayoría son negocios familiares. Tal es el caso, del centro "Vivencias" ubicada en el distrito Santiago de Surco, en donde, mediante una visita realizada, se pudo comprobar que este centro, como muchos otros, funciona dentro de una vivienda que ha sido adaptada para su uso, y aunque las intenciones de este tipo de centros pueden ser las más nobles, tienen muchas carencias desde un punto de vista de accesibilidad y salubridad que dificultan la eficacia de un tratamiento integral, como la falta de ventilación y luz natural o el acceso mediante rampas; ésto solo hablando de la edificación, ya que desde otra perspectiva, no cuentan con programas de integración o actividades constantes que los ayuden a estar plenamente activos ya que muchos de los adultos mayores manifestaron su aburrimiento, además de sus ganas de salir con mas frecuencia e incluso participar de una fiesta.

Por otro lado, existen otros centros especializados en el adulto mayor, que el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables se ha preocupado en formar y se llaman Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor o CIAM, los cuales superan en gran cantidad a los Centros de Atención para Personas Adultas Mayores o CEAPAM, principalmente en provincia, debido a que el CIAM es básicamente un espacio creado por los gobiernos locales para que este grupo de la población participe y se integre socialmente con actividades recreativas mediante la prestación de servicios de instituciones públicas o privadas. Éstos datos se manifiestan en el área de influencia de esta investigación; empezando por el departamento de Huánuco, donde se registran 21 centros, luego por San Martín con 7 centros y por último, en Ucayali con 5 centros (MIMP, 2016) (Ver gráfico 1.19)

39 CEAPAM
a nivel nacional



33 CEAPAM
en la costa



Gráfico 1.16: CEAPAM acreditados en la Costa.
Fuente: MIMP.

39 CEAPAM
a nivel nacional

6 CEAPAM
en la Sierra

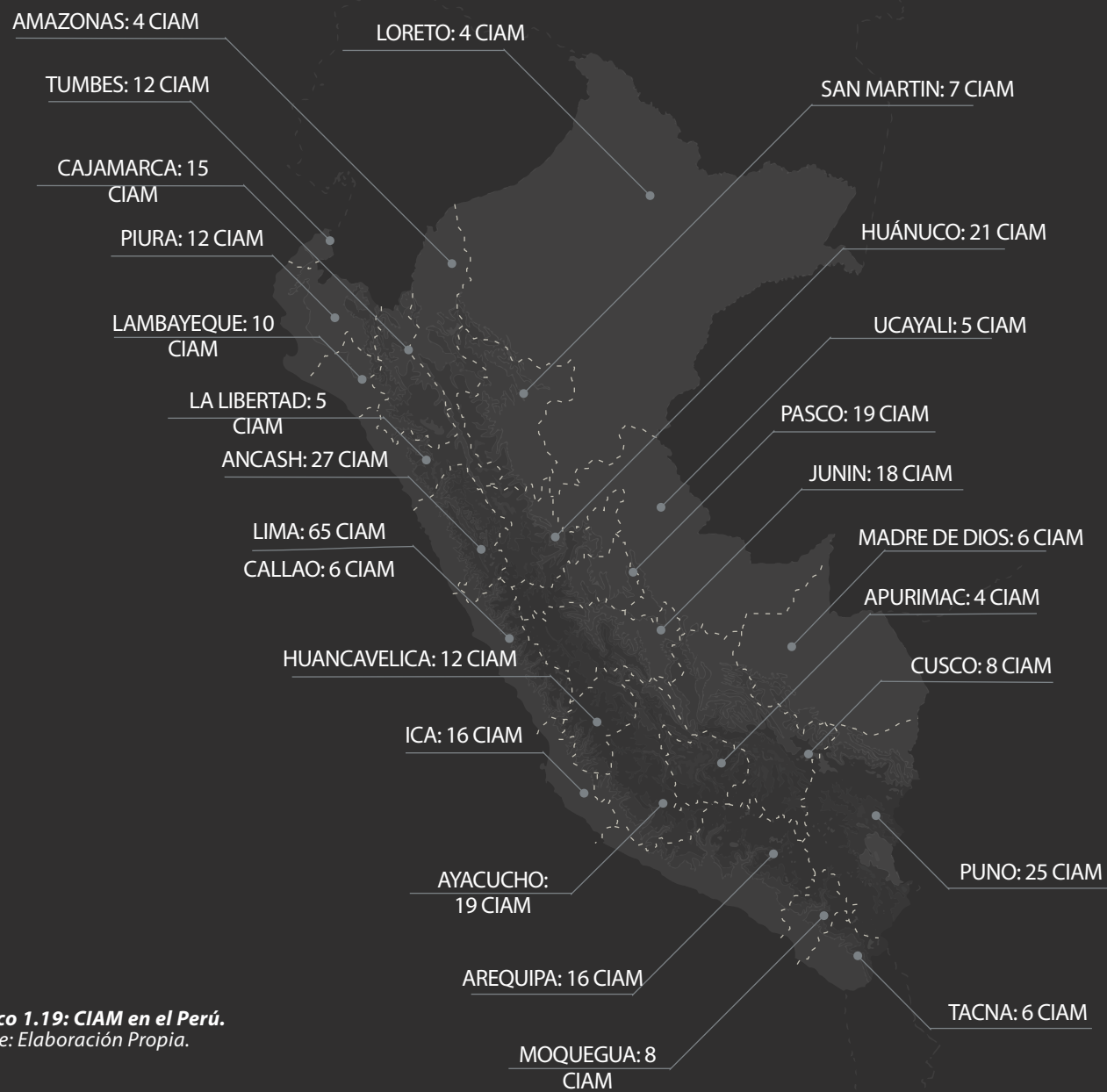


Gráfico 1.17: CEAPAM acreditados en la Sierra(1).
Fuente: MIMP.

39 CEAPAM
a nivel nacional



Gráfico 1.18: CEAPAM acreditados en la Sierra(2).
Fuente: MIMP.



TOTAL 33

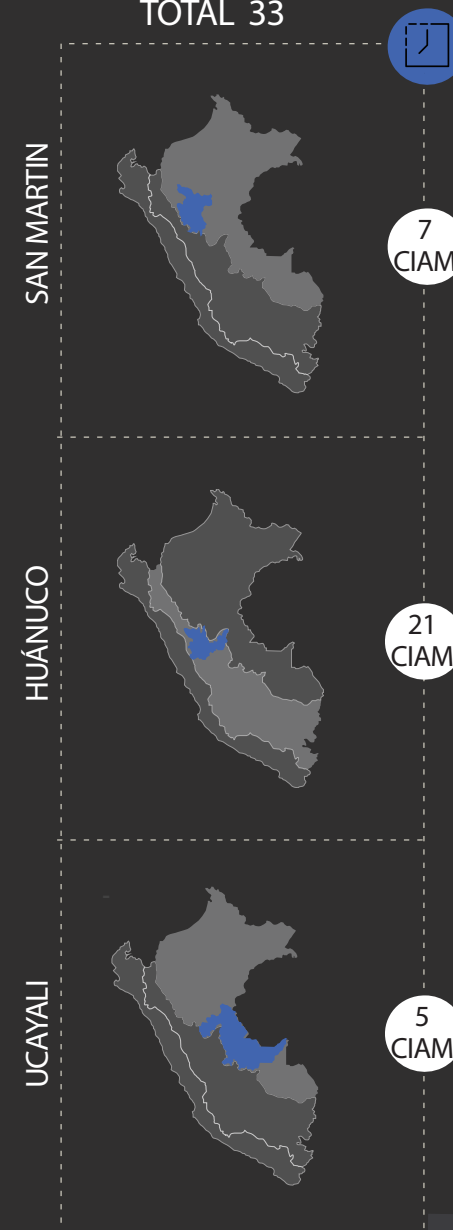


Gráfico 1.19: CIAM en el Perú.
Fuente: Elaboración Propia.

Otros centros similares a CIAM son el CAM (Centros del Adulto Mayor) ó CAM (Clubes del Adulto Mayor), CIRAM (Círculos del Adulto Mayor) y Programa Vida Digna.

En esta dualidad entre atención residencial y atención integral para el adulto mayor, nos enfrentamos a una realidad y es que existe mayor necesidad de los centros residenciales, debido a que, la población adulto mayor de algunas provincias, que requieran o estén con la posibilidad de acudir a uno, precisan hacer viajes a la capital del país para conseguirlo, sin embargo no todos tienen los suficientes recursos, por lo que algunos optan por ser asistidos en asilos o albergues mas cercanos a su localidad, sin contar con un plan de tratamiento específico, que se brindan en centros especializados para el adulto mayor (Ver Gráfico 1.20)

Ahora bien, conociendo hasta donde abarcan estos centros para el adulto mayor en el Perú, tomaremos en cuenta otros centros con menor presencia geográfica pero de mayor importancia en cuanto a la salud.

Algunos reportes oficiales a nivel nacional, manifiestan la existencia de 5 hospitales ubicados en Lima con servicios de geriatría (MINSA & MIMP, 2018). Así mismo, también el 2015, se registró la inauguración del primer Hospital Geriátrico del Sur en un distrito llamado Cerro Colorado, ubicado en el departamento de Arequipa, siendo hasta ahora el primer hospital geriátrico en el país que no es privado (La Republica, 2015). Sin embargo hasta el momento, sabemos que estos últimos centros son básicamente servicios de salud, y aunque eso representa algo positivo, el adulto mayor requiere mucho más que eso.

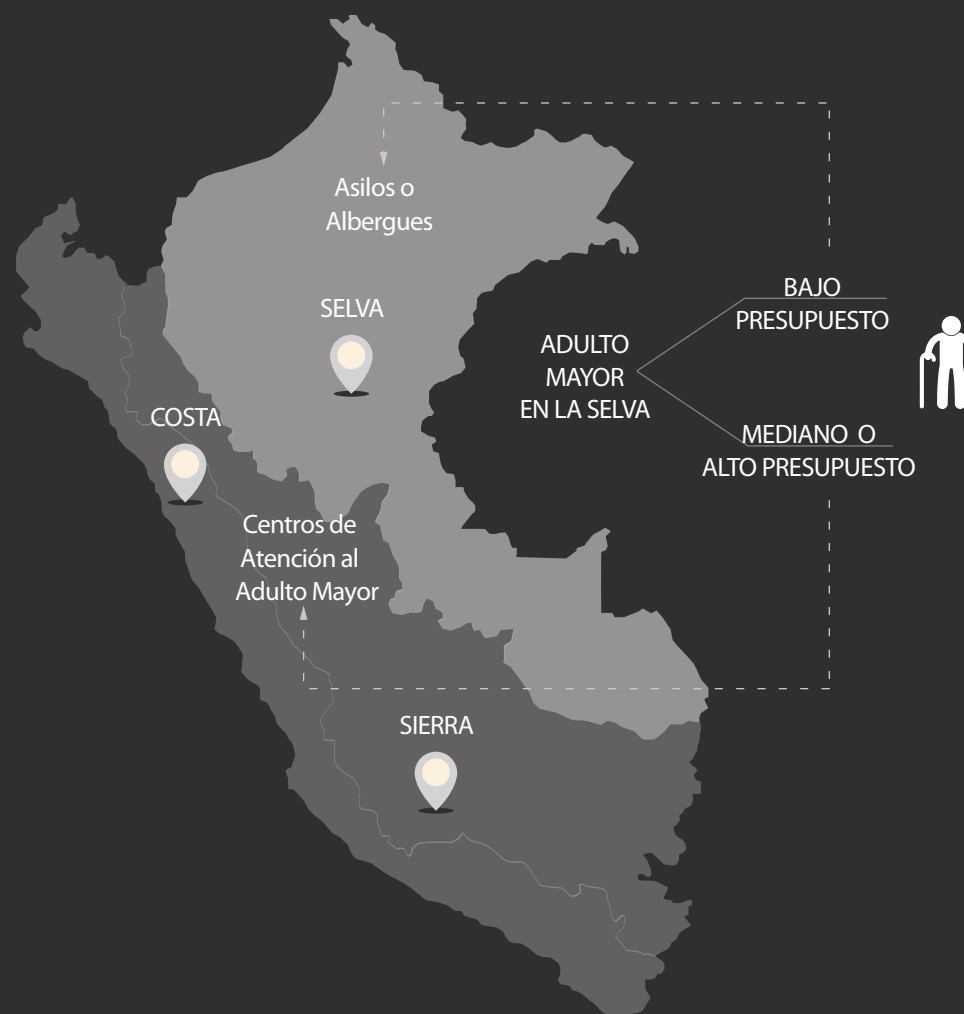


Gráfico 1.20: Atención para el Adulto Mayor según Recursos Económicos.
 Fuente: Elaboración Propia.

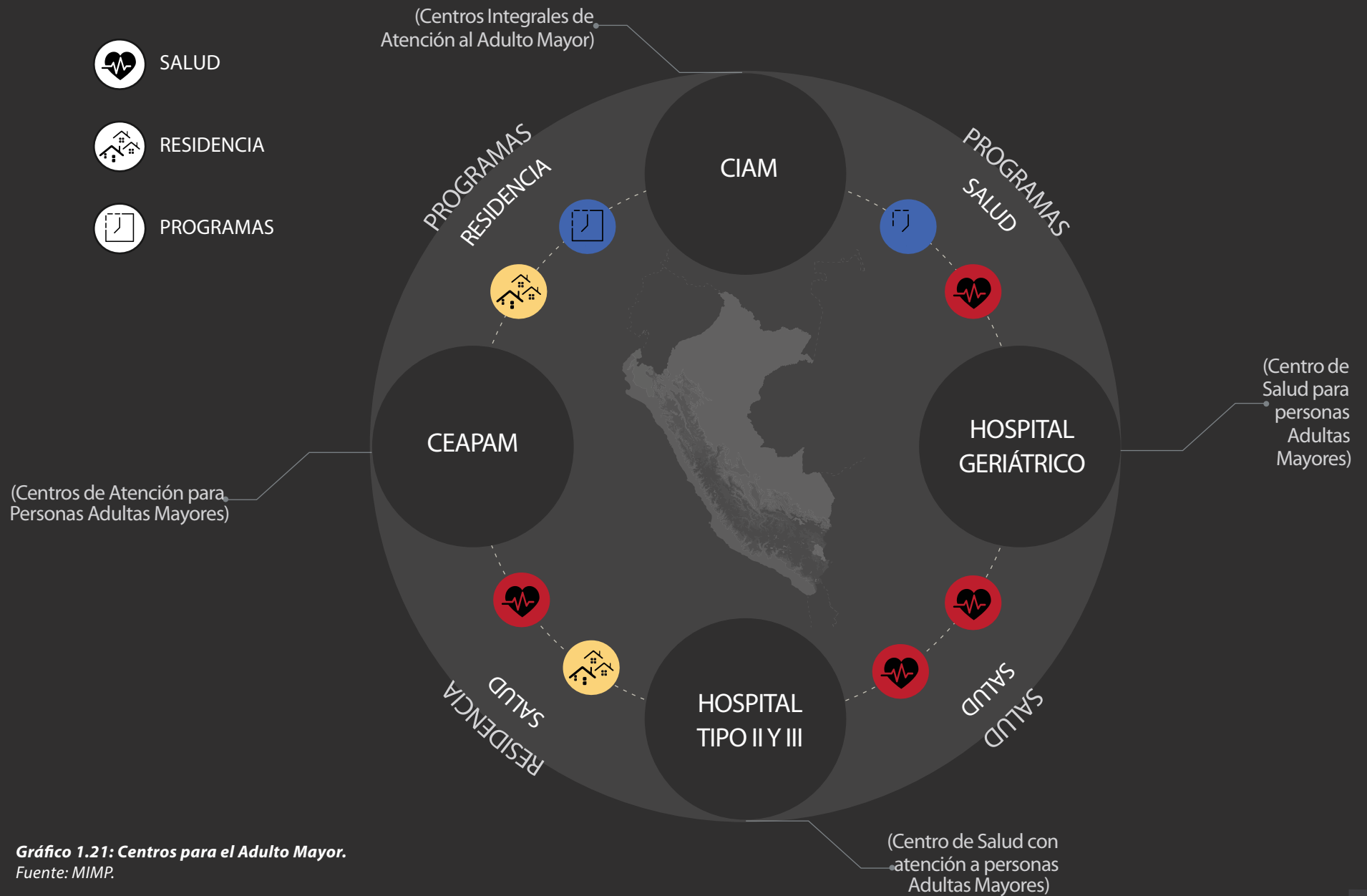


Gráfico 1.21: Centros para el Adulto Mayor.
Fuente: MIMP.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

• JUSTIFICACIÓN GEOGRÁFICA

Los centros para el adulto mayor, en general se encuentran en el departamento de Lima, seguidamente de otros departamentos entre la costa y de la sierra. Sin embargo, la mayoría se centran en la capital; del mismo modo que, es donde se encuentra mejor desarrollada la infraestructura de este tipo de centros, además de mejores equipos y la mayor parte de los especialistas.

Por lo tanto, cuando hablamos de centros para el adulto mayor, respecto a residencia y salud (Ver Gráfico 1.22 y 1.23) la amazonía queda excluida de éste radio; por ésta razón, es que requiere ser implementado un centro que incluya ambos, además de programas que generen una integración entre los adultos mayores con la comunidad mas cercana (Ver Gráfico 1.24)

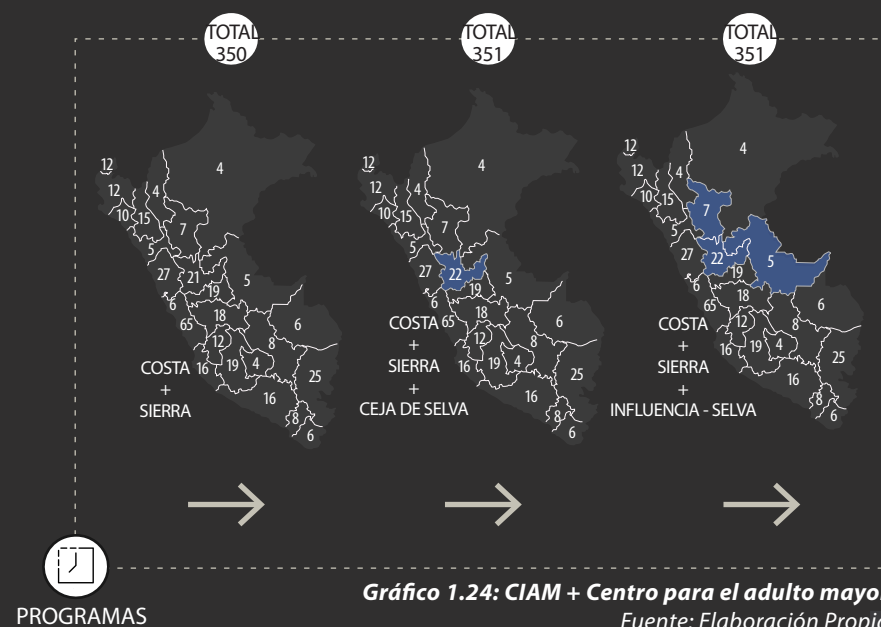
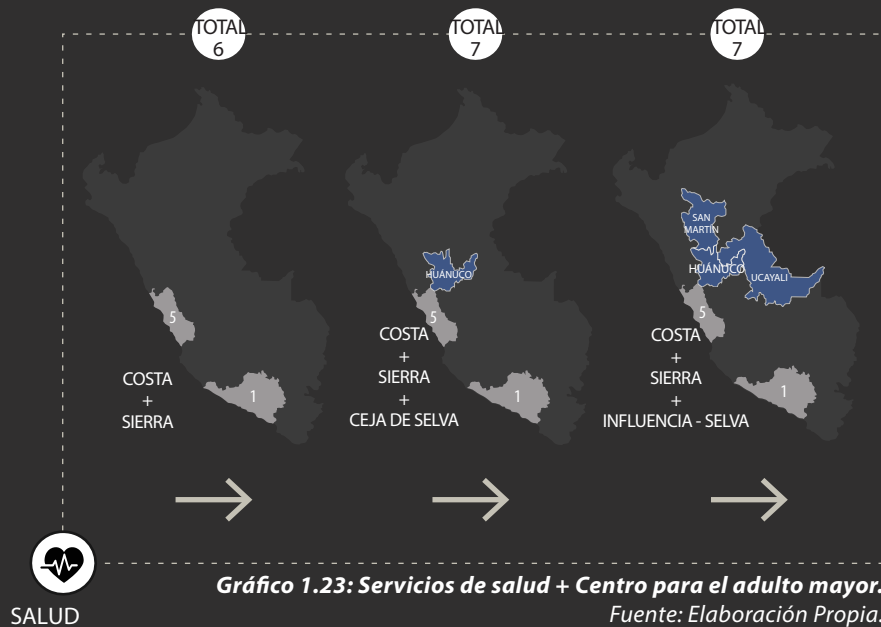
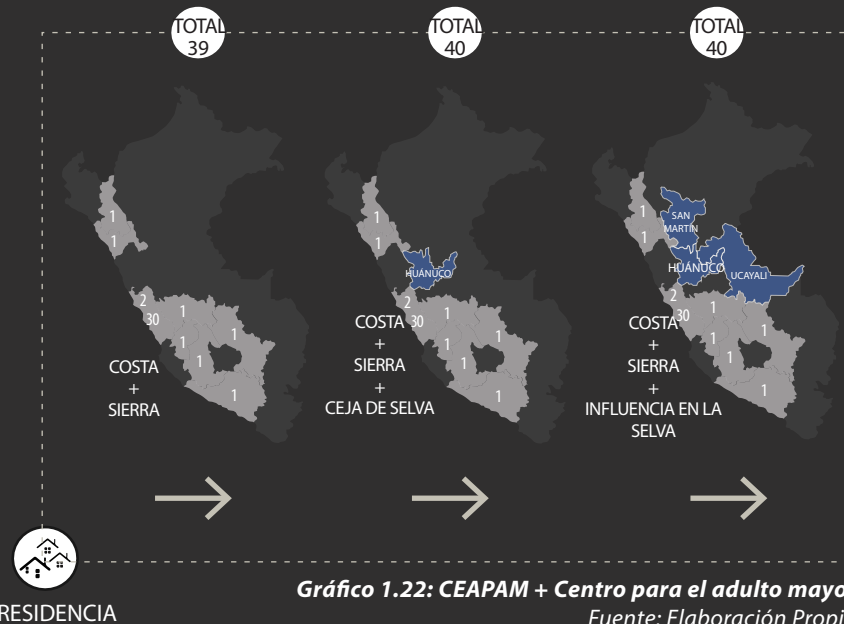
Para ello planteamos ubicar un centro para el adulto mayor en la ciudad de Tingo María, del departamento de Huánuco, debido a su ubicación, ya que además de ser considerada como un puerta de entrada a la Amazonía peruana, tiene una conexión directa con otros departamentos, como Ucayali y San Martín e indirecta con el departamento de Amazonas.

Además de influenciar a éstos importantes departamentos, hemos planteado influenciar a la misma población regional, mediante la magnitud del programa del centro.

Éste programa, incluye espacios creados, que servirán para que parte de la población adulto mayor de la Amazonía tenga mayor facilidad de acceder a este tipo de centros, sin alejarse de su zona de confort, que en este caso es, el entorno natural al que han estado acostumbrados y de ser el caso, la cercanía con sus familiares.

Es por ello, que el centro que proponemos, contará con espacios tanto internos como externos, creados especialmente para los pobladores en relación con los adultos mayores; en éstos espacios comunitarios se podrá visitar, dar un paseo y relacionarse con el atado actual de los adultos mayores residentes; la concurrencia de personas, no solo tienen la finalidad de incorporar al adulto mayor con la comunidad, sino que también tiene la intención de que la población tenga mas conocimiento de este tipo de centros, para que, tanto el adulto mayor y la familia de ser el caso, tenga mas seguridad para acudir a éstas instalaciones.

Finalmente, se debe asegurar durante las visitas, que el centro tambien cuenta con un pequeño establecimiento de salud especializado en el adulto mayor, puesto que gran parte de este grupo de la población no busca atención médica para controlar o atender sus condiciones, generalmente por falta de confianza, del mismo modo que preferieren recibir tratamientos con remedios caseros (ver gráfico 1.25 y 1.26)



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

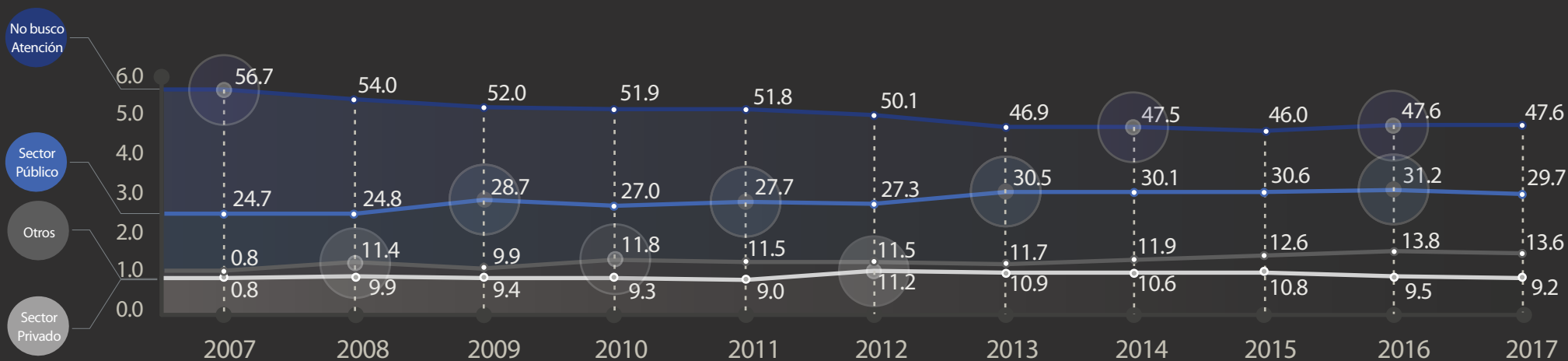


Gráfico 1.25: Lugar donde el Adulto Mayor acude en busca de Atención.
Fuente: INEI, 2018.

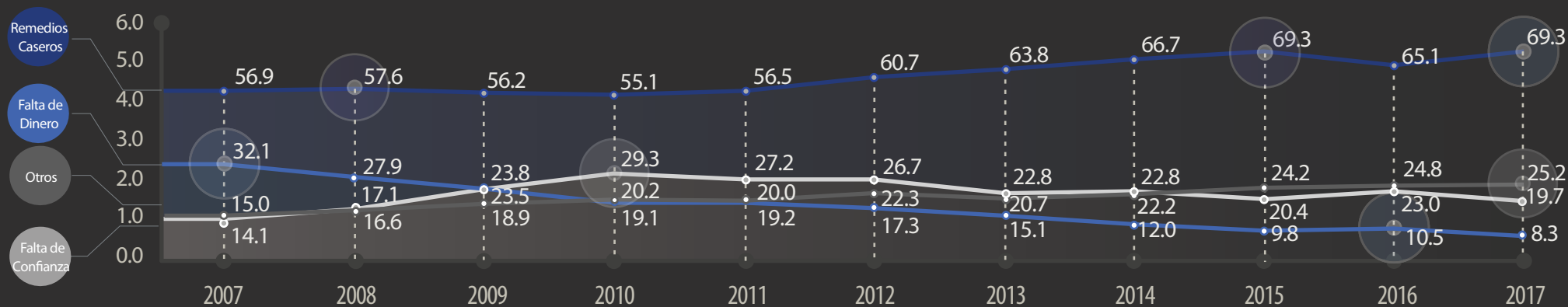


Gráfico 1.26: Método por el cuál el Adulto Mayor prefiere ser atendido.
Fuente: INEI, 2018.

• JUSTIFICACIÓN ORGANIZACIONAL

Algunos de los centros de atención residencial al adulto mayor acreditados en el Perú, cuentan con una adecuada infraestructura, atención de especialistas y algunos de ellos cuentan con un ambiente exterior para conectar a los adultos mayores con la naturaleza (Ver Gráfico 1.27 - 1.32). Sin embargo la mayoría de estos Centros están destinados a solo un grupo de la población, entre clase alta a mediana, por lo que los adultos mayores de bajos recursos son admitidos a los CEAPAM de la beneficencia pública, que no son muchos, aún siendo la ciudad de Lima (Ver Gráfico 1.33 - 1.35).

En cuando a otros departamentos, los que cuentan con CEAPAM, son del sector público o religioso, por lo que los adultos mayores de éstos sectores de bajos recursos económicos, pueden acceder a estos Centros; en cambio los departamentos de la Amazonía del Perú, no cuentan con CEAPAM acreditados, sin embargo se lograron identificar asilos, que, a pesar de ser centros para el adulto mayor, no cuentan con las mismas características que un CEAPAM, aún así puede darse el caso, de que los asilos se convierten en CEAPAM una vez reunidas las condiciones.

El asilo más cercano a la ciudad de Tingo María es el asilo Santa Sofía, en la ciudad de Huánuco (Ver Gráfico 1.36 - 1.38) que alberga un total de 20 ancianos y es administrado por el consejo directivo de la Asociación de Damas Huanuqueñas (ADH) quienes realizan varias actividades para mantener el asilo en funcionamiento (Correo, 2017). Aún así, más allá de cubrir sus necesidades básicas, como asilo tiene limitaciones que lo diferencian de un CEAPAM (Ver Gráfico 1.39 - 1.40).

Para ello hemos planteamos un centro que sea más complejo y completo, que organizacionalmente funcione como un Centro Residencial para el Adulto Mayor, puesto que es el centro que menos presencia tiene la selva según los gráficos de la justificación geográfica.

Además de ello, el centro también tendría un gran enfoque a nivel de salud; que será resuelto por medio de la medicina convencional y la medicina alternativa, evitando en lo posible la primera, teniendo en cuenta que la ubicación tiene el beneficio de desarrollar un gran número de alimentos y plantas medicinales que puede ser aprovechados en la medicina natural. Así mismo, el entorno en sí mismo, juega un papel importante como método terapéutico para la restauración de la salud del adulto mayor sobre todo en el aspecto mental y espiritual, ya que mediante de su presencia también se rodean de la presencia de su Creador, quien le dio a la naturaleza los agentes naturales con el poder de sanar a las personas. Finalmente aunque también existan centros integrales en la región, se está considerando programas de integración al adulto mayor con la comunidad, para que además genere más afluencia de personas que cambien el concepto negativo de estos centros, por uno positivo.

El centro se ha planteado de esta forma, con la finalidad de cubrir todas las posibles necesidades del adulto mayor y brindarle una mejor calidad de vida, en donde el entorno natural, la arquitectura, el personal y la medicina integrativa, también cumplen un papel importante para el propósito (Ver Gráfico 1.41).



Gráfico 1.27: Fachada- Geriatrics Perú.
Fuente: www.geriátricsperú.com.



Gráfico 1.28: Sala de estar - Geriatrics Perú.
Fuente: www.geriátricsperú.com.



Gráfico 1.29: Dormitorio Doble - Geriatrics Perú.
Fuente: www.geriátricsperú.com.



Gráfico 1.30: Fachada- Gero Vitalis.
Fuente: www.gerovitalis.com.



Gráfico 1.31: Sala de estar - Gero Vitalis.
Fuente: www.gerovitalis.com.



Gráfico 1.32: Área exterior - Geo Vitalis.
Fuente: www.gerovitalis.com.



Gráfico 1.33: Fachada - Hermanitas de los Ancianos Desamparados.
Fuente: Fundación Canevaro.



Gráfico 1.34: Cocina - Hermanitas de los Ancianos Desamparados.
Fuente: Fundación Canevaro.



Gráfico 1.35: Consultorio - Hermanitas de los Ancianos Desamparados.
Fuente: Fundación Canevaro.



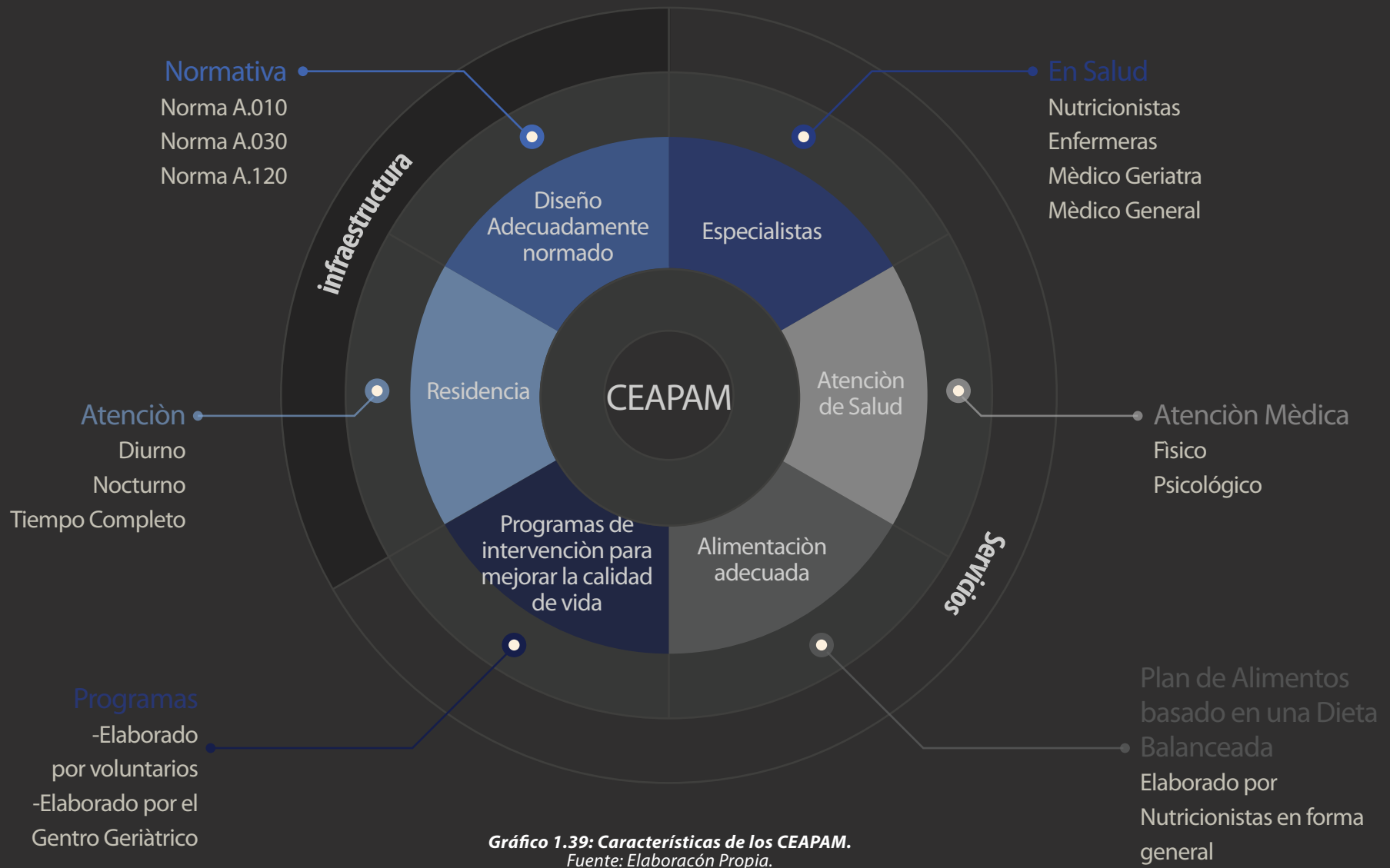
Gráfico 1.36: Fachada - Asilo Santa Sofía.
Fuente: Google maps 2013.



Gráfico 1.37: Área de estar exterior - Asilo Santa Sofía.
Fuente: El comercio, 2011.



Gráfico 1.38: Comedor - Asilo Santa Sofía.
Fuente: Dr. Carlos Morales Martín.



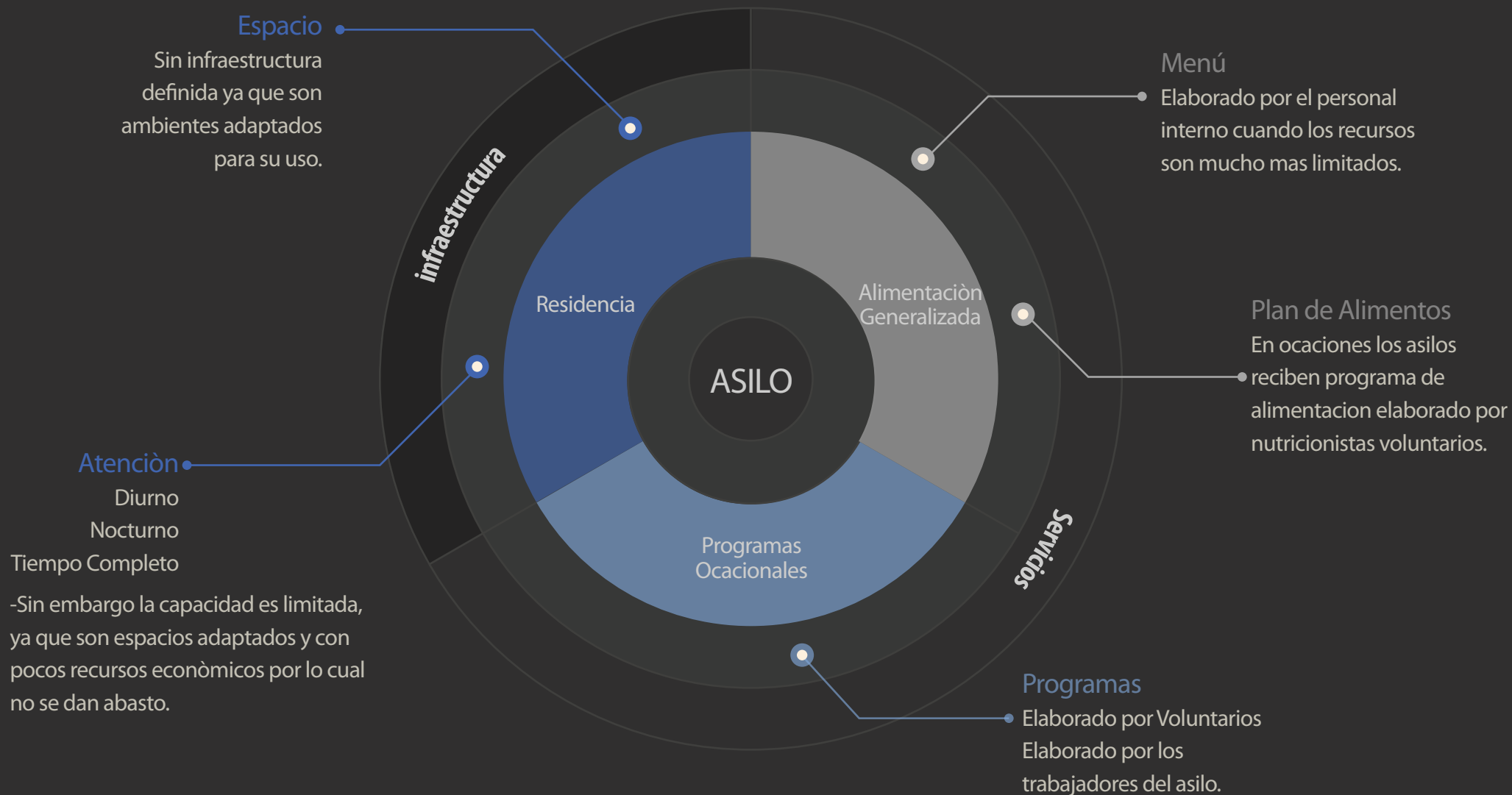


Gráfico 1.40: Características de los Asilos.
Fuente: Elaboración Propia.



Gráfico 1.41: Calidad de Vida para el Adulto Mayor.
Fuente: Elaboración Propia.

• JUSTIFICACIÓN ASISTENCIAL

Este tipo de centros requieren médicos especialistas en los adultos mayores; sin embargo, el Perú cuenta con 157 geriatras de los que aproximadamente sólo 120 estaban registrados en la Sociedad de Gerontología y Geriátrica del Perú (Gamarra, 2015). Así mismo, para el año 2018, cifra no ha variado lo suficiente, ya que hace dos años, el aumento fué a solo 277 especialistas en geriatría para 3,7 millones de adultos mayores (Colegio Medico del Peru, 2018).

Estas cifras registradas en los últimos años, son debido principalmente a la falta de cupos en los establecimientos de salud, del mismo modo que sucede en los establecimientos de residencia geriátrica; por lo que se convierte en un tema de demanda laboral para los profesionales, quienes también necesitan de un trabajo y un sueldo para vivir (Colegio Medico del Peru, 2018) y aunque el centro no solucione los problemas de demanda laboral, en todo caso, tiene la posibilidad de dar mas oportunidades laborales a los aspirantes.

Sin embargo, éstos no son el único personal que se requiere en un centro para el adulto mayor , puesto que también existen otras áreas que vital importancia, como la cardiología, dermatología, medicina interna, medicina general, gastroenterología, neumología, neurología, nutrición, odontología, oftalmología, rehabilitación, traumatología, urología, psiquiatría, ginecología (Geriatrics Perú, s.f.)

Así mismo, considerando las bondades de la medicina natural existente en la zona, contaremos con las especialidades de medicina alternativa y/o medicina integrativa.

De igual forma, se debe tomar en cuenta la gran cantidad de personal de enfermeros y técnicos en enfermería , ya que básicamente, son ellos quienes se encargan de acompañar y cuidar a los adultos mayores en los centros para el adulto mayor.

Para ésto, La Universidad Privada de Huánuco, tendrá un gran aporte debido a la gran cantidad de estudiantes y egresados en la carrera de enfermería, quienes podrán realizar sus prácticas profesionales en el centro de atención(Ver Gráfico 1.42)

Por último, gran parte del personal del centro, trabajará mediante la modalidad altruista de "misioneros voluntarios", los cuales serán convocados tanto dentro como fuera del país. Cabe recalcar, que para éste proyecto hemos tomado de referencia ésta modalidad de trabajo gracias al El Hospital Diospi Suyana debido a que ha tenido éxito en el Perú hasta la actualidad.

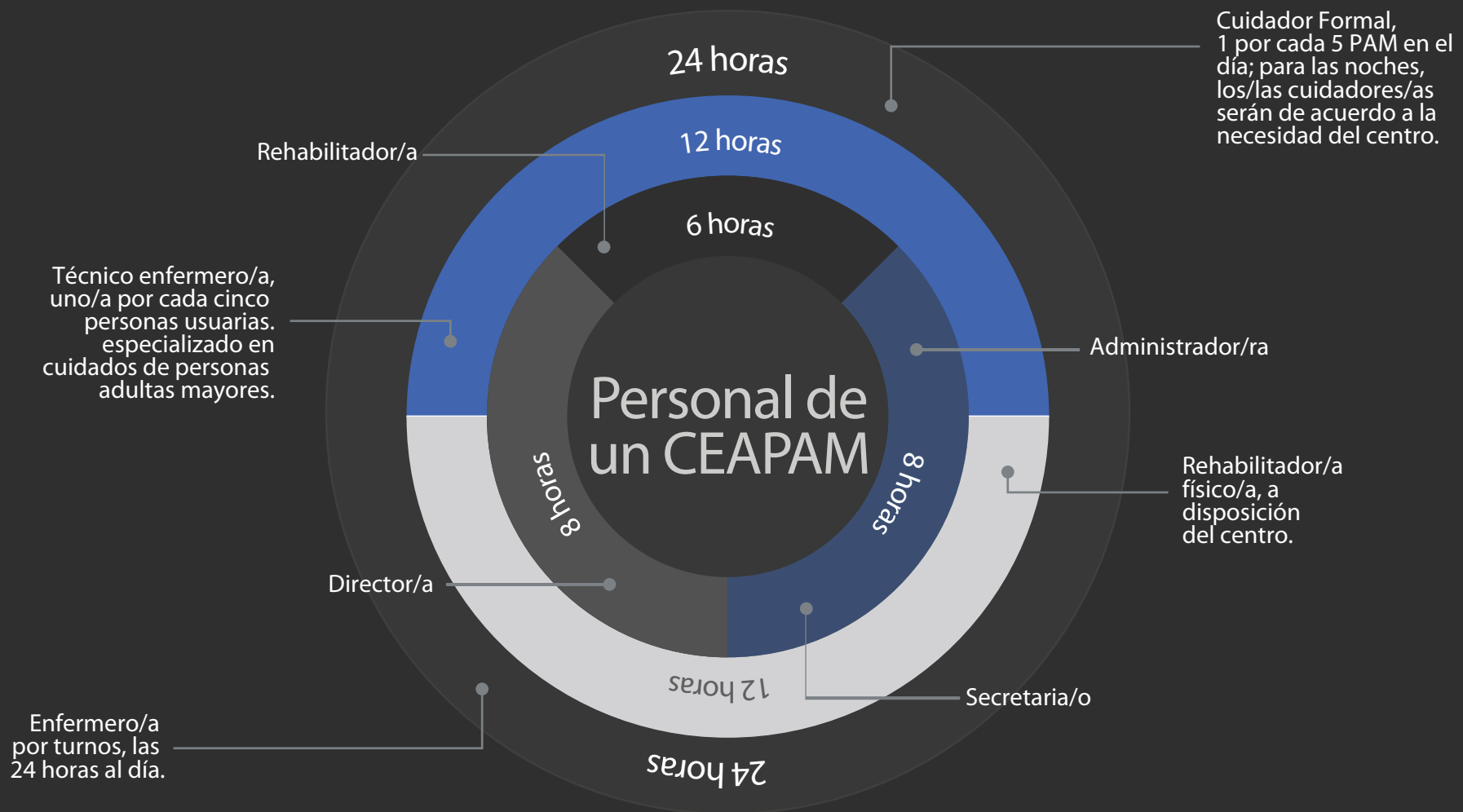


Gráfico 1.42: Personal de un CEAPAM.
Fuente: El Peruano, 2018.

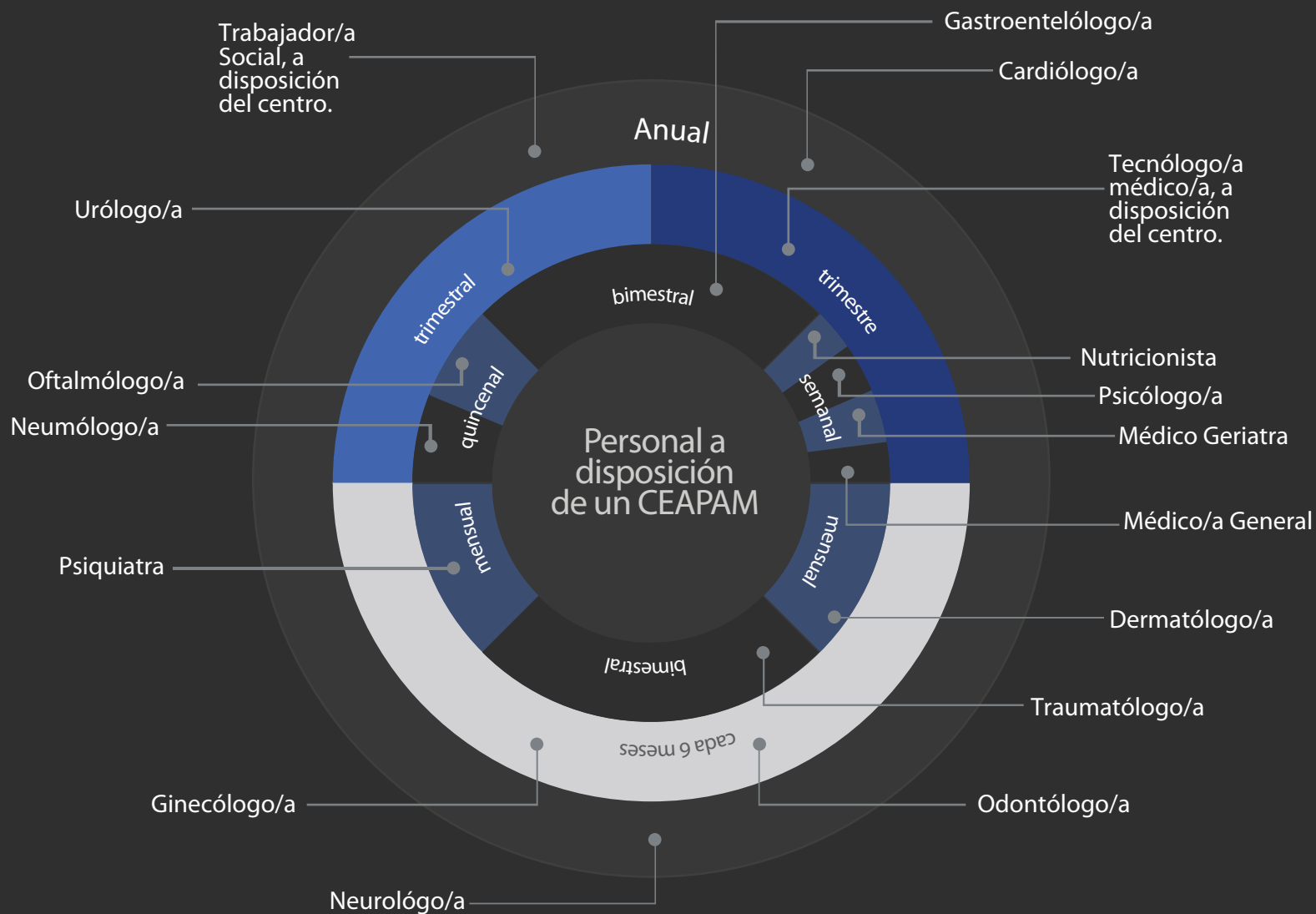


Gráfico 1.43: Personal a disposición un CEAPAM.
Fuente: Geriatrics Perú.

• JUSTIFICACIÓN ECONÓMICA

La ejecución del proyecto será mayormente financiado por el trabajo de Instituciones Religiosas y la Asociación de Damas Huanuqueñas que recaudan fondos por medio de donaciones en diversas instituciones. Así mismo, se realizarán diversos tipos de actividades laborales, mediante la ayuda voluntaria e intercambios a nivel nacional e nivel Internacional desde la construcción hasta el funcionamiento del centro; las personas voluntarias serán convocadas mediante ésta modalidad, del mismo modo que lo hace hasta la actualidad el Hospital Diospi Suyana; ésto permitirá que el desarrollo y aprendizaje sea mutuo entre colaboradores y filántropos (WorldPacker, s.f.)

Por otro lado, en los últimos años, la medicina natural ha comenzado a tener protagonismo más como un producto natural comercializado que como una terapia, lo que ha permitido que abarque mucho más que muchas otras terapias desde el ámbito comercial. Tanto así que ha logrado tener un alcance a nivel nacional; siendo protagonistas de 150 empresas que se encargan de producir y además comercializar, como Santa Natura, Kaita ,Fito Sana y recientemente Teoma. (El Comercio, 2017).

En éste contexto el Centro de Atención en la selva , se autosustentaría en menor grado mediante la creación de productos naturales elaborados por los residentes bajo la supervisión de de médicos

especialistas en medicina natural, ingenieros de alimentos y nutricionistas, de modo que, con su experiencia profesional, se lleve a cabo una comercialización segura bajo una receta previa evaluación médica (Ver Gráfico 1.40)

Desde otra perspectiva, aunque los centros de atención residencial para el adulto mayor no representan una prioridad para los gobiernos regionales, se sabe, mediante toda ésta investigación realizada, que los centros integrales para el adulto mayor si son considerados por el estado, ya que forman parte de una serie de diversos programas de ayuda a las poblaciones vulnerables, entre ellos, los adultos mayores. Cabe recalcar que involucrar al estado en el proyecto, implica que forme parte de los diversos programas en beneficio del adulto mayor a nivel nacional, sin necesidad de pertenecer completamente a sus instituciones.

Finalmente, hemos considerado contar con el apoyo del gobierno regional siempre que haya un gran avance en la ejecución del proyecto, y siempre que, se haya recaudado anteriormente la mayor parte de los recursos económicos.

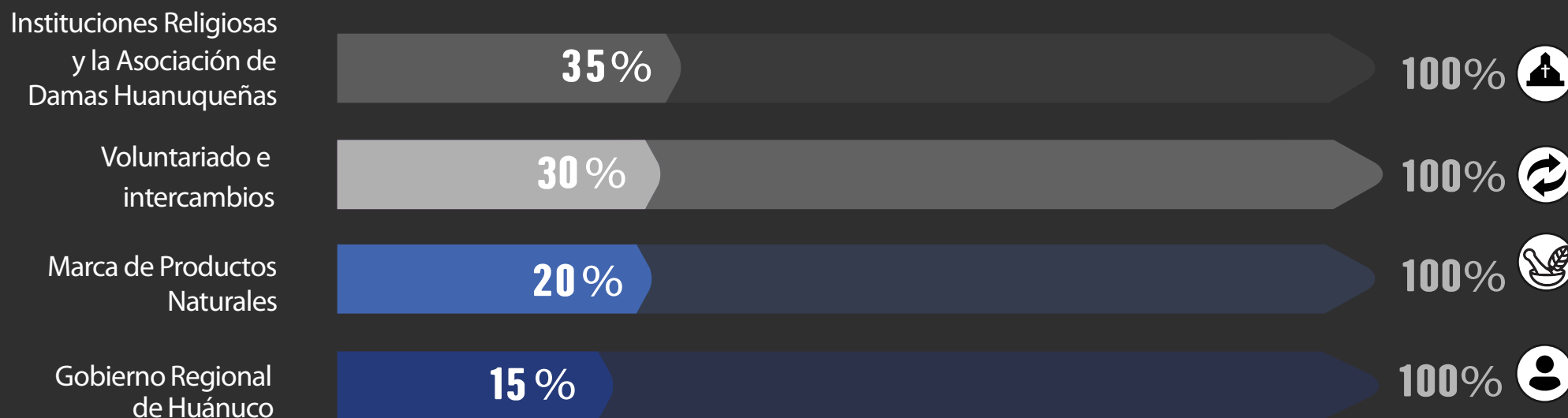


Gráfico 1.44: Presupuesto para ejecución del Centro Geriátrico.
 Fuente: Elaboración Propia.

1.4.1. ALCANCES

- El proyecto busca aumentar la variedad de atenciones en los adultos mayores en un mismo espacio, donde pueda tener de una mejor calidad de vida, conservar su relación social con la ciudad a la que pertenece y disfrutar de la seguridad de la asistencia médica que reciba.
- El proyecto también pretende posicionarse en un punto central que beneficie al departamento de Huánuco, y secundariamente a San Martín y Ucayali, ubicándolo en la ciudad de Tingo María.
- El desarrollo del proyecto también procura que los habitantes se adapten a esta nueva imagen, como una alternativa positiva,

que mejora el concepto de un centro geriátrico. Del mismo modo, al ser el primero, en la zona, serviría de ejemplo, para que, así como en Tingo María, se puedan realizar proyectos similares en otras partes de la Selva Peruana.

- Se pretende amplificar el desarrollo de esta rama de la medicina (Geriatría) para cubrir la necesidad de atención médica a los adultos mayores que existe actualmente.

1.4.2. LIMITACIONES

- No existen datos estadísticos de los adultos mayores en la ciudad de Tingo María. Es por ello que se tomará en cuenta, datos a nivel nacional y los datos más cercanos a nivel departamental del INEI del 2019.
- No existe información sobre la existencia de Centros de medicina integrativa. Por lo que se tomará como referencia a los Centros Holísticos o Centros de medicina alternativa o complementaria. Además se tomarán datos de los estudios de la medicina natural en el Perú y de las propiedades que tienen para el ser humano, para aplicarlo en el tratamiento del adulto mayor.
- El MIMP no cuenta con la información de todos los CEAPAM, como los que funcionan como negocios familiares o los no acreditados. Por lo que se extraerán datos a través de visitas realizadas a cualquiera de los Centros, del mismo modo que se realizará con los CIAM.
- El municipio distrital de Castillo Grande no cuenta con los planos de zonificación y uso de suelos actuales, considerando que se convirtió en distrito hace un par de años, por lo que toda la información y estudio del lugar se realizará como si éste distrito aún fuera parte del distrito de Leoncio Prado donde se encuentra la ciudad de Tingo María.

1.4. PRESUPOSICIÓN FILOSÓFICA

Nuestra principal base filosófica se encuentra en el libro “El Ministerio de Curación” donde la autora Elena G. White destaca las virtudes de los agentes naturales curativos, como el aire puro, la luz natural del sol, la temperancia, el buen descanso físico y mental, el ejercicio físico, una alimentación saludable, el consumo de agua y la confianza en Dios. Así mismo, nos recomienda utilizar los poderes naturales de las plantas como medicina y de este modo, en lo posible, evitar el consumo de fármacos (White, 2007)

Dar uso de los remedios naturales puestos a nuestra disposición, no significa negar la fe en que Dios es el único médico y sanador en el universo, es cooperar con él, trabajando en armonía con las leyes naturales para la recuperación de la salud.

Para ello, tenemos como ejemplo al rey Ezequias, que cuando se enfermó, un profeta enviado por Dios le dio instrucciones específicas, de tomar una masa de higo y se lo pusiera en las llagas para que se curase y así fué (Isaias 38:21) El mismo Jesús, untó los ojos de un hombre que estaba ciego con un poco de barro para curarlo y lavandose en un estanque regresó con vista (Juan 9:7)

Es decir, que estos agentes tienen un gran valor gracias a las bondades curativas que Dios les ha otorgado; no son la cura en su misma, pero si

un medio; ya que, quien realmente tiene el poder de curar es Dios, por ello es muy importante la fe y confianza en Dios.

En el caso específico del adulto mayor, se pretende que mediante estos principios, ellos puedan colaborar en su bienestar junto al poder sanador de Dios para que puedan tener una calidad de vida ideal (White, 2007)

La autora además expresó, ya hace más de un siglo que todo médico es un colaborador de Cristo y tiene como responsabilidad no solo tratar la salud física mediante los agentes naturales, si no también tratar la salud espiritual y mental.

Es decir, que mientras se emplea los tratamientos naturales para mantener la salud física, el médico debe tratar a sus pacientes desde su alma. Cristo mismo lo hizo, cuando vino a esta tierra y curó a muchos enfermos de sus dolencias físicas, luego de sanarlos espiritualmente (White, 2007)

El método de Cristo consistía precisamente en eso, en acercarse a la gente con simpatía para ayudarlos en sus necesidades y es lo mismo que invita a hacer a quienes tienen la responsabilidad de cuidar a los enfermos.

“Yendo, predicad, diciendo: El reino de los cielos se ha acercado. Sanad enfermos, limpiad leprosos, resucitad muertos, echad fuera demonios; de gracia recibisteis, dad de gracia” (Mateo 10: 7 y 8)

Es de vital importancia, no descuidar la parte emocional de los adultos mayores; precisamente por que muchas enfermedades en general, son el resultado de problemas emocionales, como la desconfianza, el sentimiento de culpa, entre otros; los cuales pueden llevar al decaimiento y a la muerte prematura.

Incluso muchas son causadas por la propia imaginación, ante los traumas por enfermedades genéticas o la idea de que la vejez esta de la mano con las enfermedades (White, 2007).

Desde otro punto de vista, aunque la mente sea tan poderosa a tal punto de originar una enfermedad con el solo hecho de ser imaginada, no significa que tenga el mismo poder para curarse a sí mismo, o que otra mente en condiciones sanas pueda hacerlo.

Dicho de otra forma, la mente también forma parte de agentes naturales curativos; siempre que su confianza la ponga en Dios y no en sí mismo (White, 2007)

Si bien la medicina integrativa utiliza prácticas individualistas con la

medicina complementaria o alternativa, el proyecto las excluirá reemplazandolas por prácticas que eleven el alma hacia el cielo y los conecte con su Creador.

Por otro lado, en cuanto al entorno, Elena G. White recomienda rodear a los enfermos de áreas naturales para que estando conectados con la naturaleza, puedan oír la voz de Dios y desarrollar su confianza en Él.

Sin embargo se debe asegurar cierta distancia con los árboles para que estos no cubran la iluminación del sol.

Así mismo, respecto a la habitación donde se encuentra el adulto mayor, este debe tener amplias aberturas que permitan la abundancia aire puro, pero deben estar acompañadas de un constante aseo para conservar el ambiente libre de elementos venenosos.

Del mismo modo se recomienda que el cuarto sea espacioso y reciba iluminación natural y además que esté elevado del suelo para no recibir la humedad que éste emite (White, 2007).

Por último, es imprescindible demostrar a los adultos mayores que los aportes que ellos dan on importantes y que aún a pesar de los años, queda mucho por hacer , principalmente cuando se trata de servir a los demás y eso sin duda alguna les motivará el corazón e infundirá interés a sus vidas (White, 2007).

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. OBJETIVOS GENERALES

- Diseñar un Centro Integral Fitoterapéutico que contribuya en mejorar la calidad de vida de los adultos mayores en la ciudad de Tingo María, Huánuco, mediante la creación espacios dinámicos que los integren con la comunidad aledaña, respetando el entorno natural y la tipología de vivienda zonal.



Gráfico 1.45: Reducción del déficit de Atención Gerontológica y Geriátrica.
Fuente: Elaboración Propia.

1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar las necesidades del adulto mayor para proponer un centro que mejore su calidad de vida integralmente.
- Ubicar el proyecto en un punto estratégico, para alcanzar mayor proximidad con la comunidad, pero menor proximidad con las actividades de la ciudad.
- Determinar el nivel de carencia de Centros para el Adulto Mayor en la puerta de entrada a la Amazonía peruana, con el fin de establecer un centro que se adapte a las condiciones ambientales del lugar.
- Diseñar un Centro para el adulto mayor con criterios sustentables que reflejen el respeto por el entorno natural presente.

2 REVISIÓN TEÓRICA

2.1. REFERENTES

- *Modelo de Salud Integrativa*

La Salud integrativa o medicina integrativa es una especialidad que tiene un enfoque que combina a la medicina convencional con la medicina alternativa con la finalidad de brindar al paciente, los instrumentos factibles para su tratamiento y mejorar su salud. A mayor cantidad de opciones, mayor es la posibilidad de encontrar el tratamiento o incluso la cura de diversas condiciones y afecciones.

Su principal fundamento es valorizar la gran importancia que tiene y ha tenido la medicina natural ante las enfermedades durante todos los tiempos.

Su objetivo es esencialmente brindar a los pacientes una buena calidad de vida y al mismo tiempo garantizar la seguridad de supervivencia de la población.

Este modelo denominado medicina integral estudia los aspectos globales del individuo; como el físico, nutricional, psicológico, emocional, espiritual y ambiental (Clínica de Medicina Integrativa, 2017) (Ver Gráfico 2.1).



Gráfico 2.1: Modelo Salud Integrativa.
Fuente: Elaboración Propia.

- *Tayta Wasi*

Es conocida como una unidad de servicios de salud del Ministerio de Salud que ofrece una atención integral, a nivel de de salud y atención social ambulatoria para contribuir en la solución de los problemas de salud de las personas adultas mayores, quienes pertenecen a las poblaciones vulnerables en el marco de inclusión social en salud (Ver Gráfico 2.2)

Ésta unidad, brinda consultas tanto en medicina general, como en otras áreas, como psicología, geriatría, medicina física y rehabilitación, nutrición, ginecología, odontología, entre otros (Ver Gráfico 2.3).

Las personas adultas mayores participan voluntariamente, de las actividades de carácter social, educativo, cultural, productivo y recreativo.

El primer Tayta Wasi se encuentra en el distrito de Villa María del Triunfo con el objetivo de brindar una atención integral a los adultos mayores atendiendo las necesidades en cuanto a salud, a fin de brindar un proceso de envejecimiento activo, productivo y saludable a éste grupo de la población. Actualmente, el Perú cuenta con 173 centros de atención con estas mismas características (Ministerio de Salud, 2019)



Gráfico 2.2: Atención de Tayta Wasi.
Fuente: Ministerio de Salud.



Gráfico 2.3: Modelo Tayta Wasi.
Fuente: Ministerio de Salud.

- *Modelo de atención integral del adulto mayor*

La geriatría y la gerontología son especialidades médicas dedicadas a las condiciones sanitarias de los adultos mayores, a través de promociones, rehabilitación y prevención de las condiciones y enfermedades y que para lograr un mejor resultado, utilizan una de sus herramientas más importantes.

Ésta herramienta consiste en tener un nivel de acercamiento integral de la salud del adulto mayor, por medio de una valoración cuádruple, la cual consiste en aproximarse desde una dimensión biomédica, una dimensión mental, una dimensión social y una dimensión funcional (Ver Gráfico 2.4)

Una característica destacable de la Valoración Geriátrica Integral, es que se enfoca en todos los niveles asistenciales de los centros para adulto mayor, ya sea desde un nivel inicial hasta los niveles más agudos. La mayor o menor "profundidad" de la valoración geriátrica dependerá siempre de la gravedad del cuadro clínico, y en segundo grado dependerá si se encuentra en estado promocional, de prevención o tratamiento de aquellos cuadros médicos en cuestión. (Salgado Alba A, 1993). Del mismo modo, la valoración geriátrica integral, se complementa con la evaluación de la funcionalidad como un instrumento clave que tiene como fin medir todos los programas sanitarios

direccionados a los adultos mayores y la utiliza con el objetivo de conservar su independencia como individuos y como pacientes, de modo que lleguen a las mejores condiciones de salud, la cual es denominado como "Envejecimiento Activo", auspiciado por la Organización Mundial de la Salud como un ideal objetivo para el adulto mayor (Salgado Alba A, 1993).

Es importante indicar que la finalidad de la valoración geriátrica no es únicamente valorar las dimensiones cuádruples desde un punto de vista clínico, es decir, debe ser evaluado de forma integral cuando se brinde un plan real de intervención a la persona adulto mayor, el cual englobe aspectos biopsicosociales, culturales, espirituales, y emocionales.

Se sostiene entonces, que la valoración geriátrica integral destaca, mediante la frase: "paciente correcto en el lugar y tiempo correcto", que para brindar una buena calidad de vida se requieren de muchos factores que deben trabajar en conjunto sin interferir el uno con el otro y que dependerá de ello para que la recuperación sea exitosa en cada uno (Salgado Alba A, 1993).

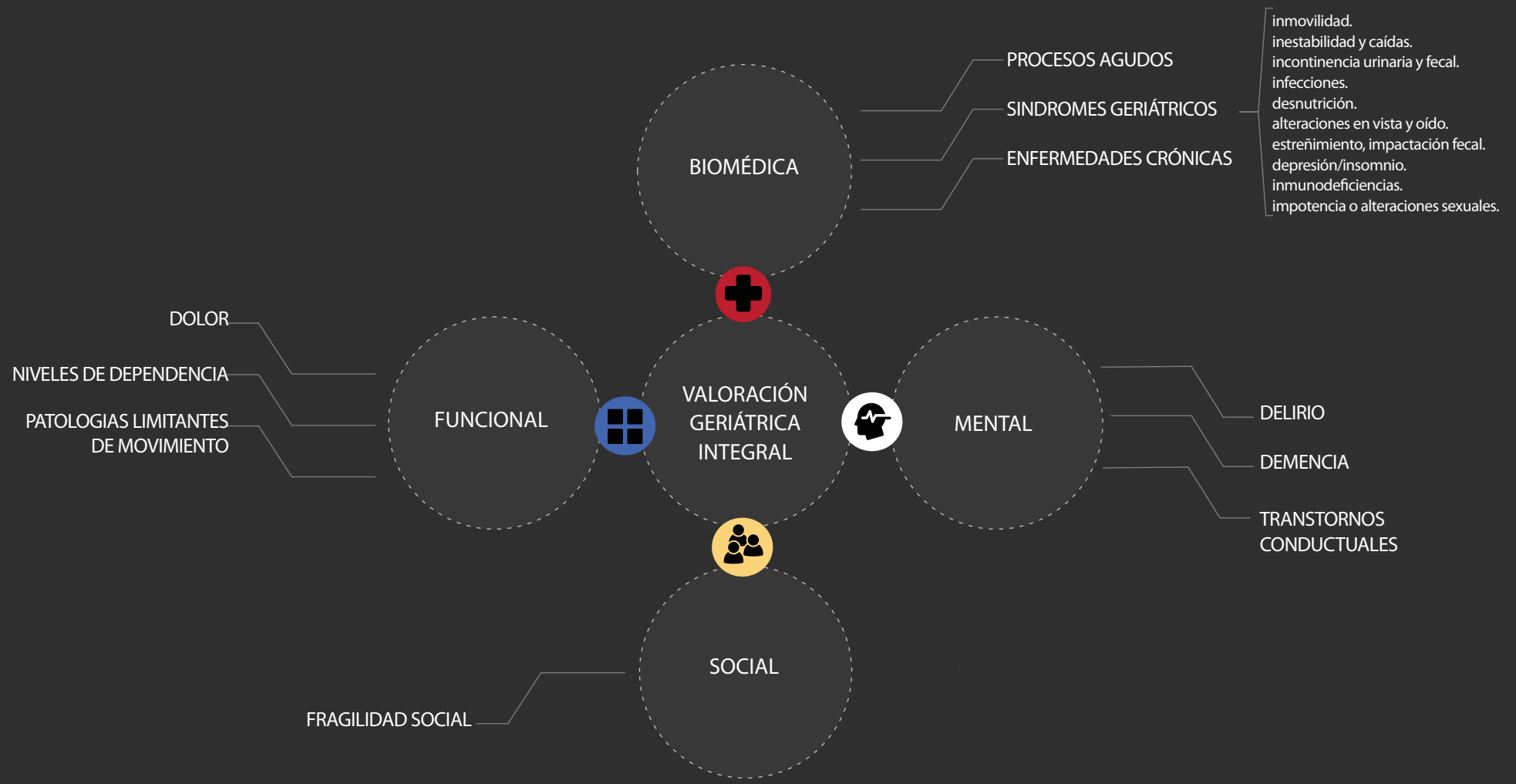


Gráfico 2.4: Valoración Geriátrica Integral.
Fuente: Elaboración Propia.

- *Modelo Ecológico*

El tipo ecológico desarrollado por Bronfenbrenner, tiene una perspectiva fundamental en relación a los adultos mayores, ya que se enfoca en el cambio de los rasgos de la persona a través de todos los niveles de entorno. Dicho de otro modo, si existen rasgos negativos o positivos en una persona, no son de éstas características en sí mismos, sino que se han transformado en el tiempo en consecuencia de la relación con su entorno.

En efecto, es mediante éste modelo que se pretende invertir los rasgos negativos por rasgos positivos, mediante entornos favorables que cumplan con todas las cualidades para mejorar la calidad de vida.

El primer entorno, es la familia cercana, (pareja y los amigos), el entorno se va reduciendo solo a su familia que apoyará y proporcionará buena calidad de vida al familiar en proceso de envejecimiento, facultándole todas las posibilidades para atender a sus necesidades al máximo.

El siguiente entorno, de nombre “meso sistema”, está enfocado en las interrelaciones de dos o más procedimientos en el que el adulto mayor está incorporado, mediante un desarrollo participativo activo. En un adulto mayor, este procedimiento puede ser representado por hospitalizaciones dándonos como resultados 2 opciones, la primera genera depresiones, o por el contrario en buenas experiencias.

El tercer entorno, llamado “Exosistema” son uno o dos ambientes que no incluyen a la persona en desarrollo, sin embargo, corresponde al nivel de la comunidad, como el trabajo.

Para que este entorno se convierta en un apoyo, necesita de ciertas condiciones de seguridad, desde lo arquitectónico hasta la posibilidad de desplazarse (Ver Gráfico 2.5).

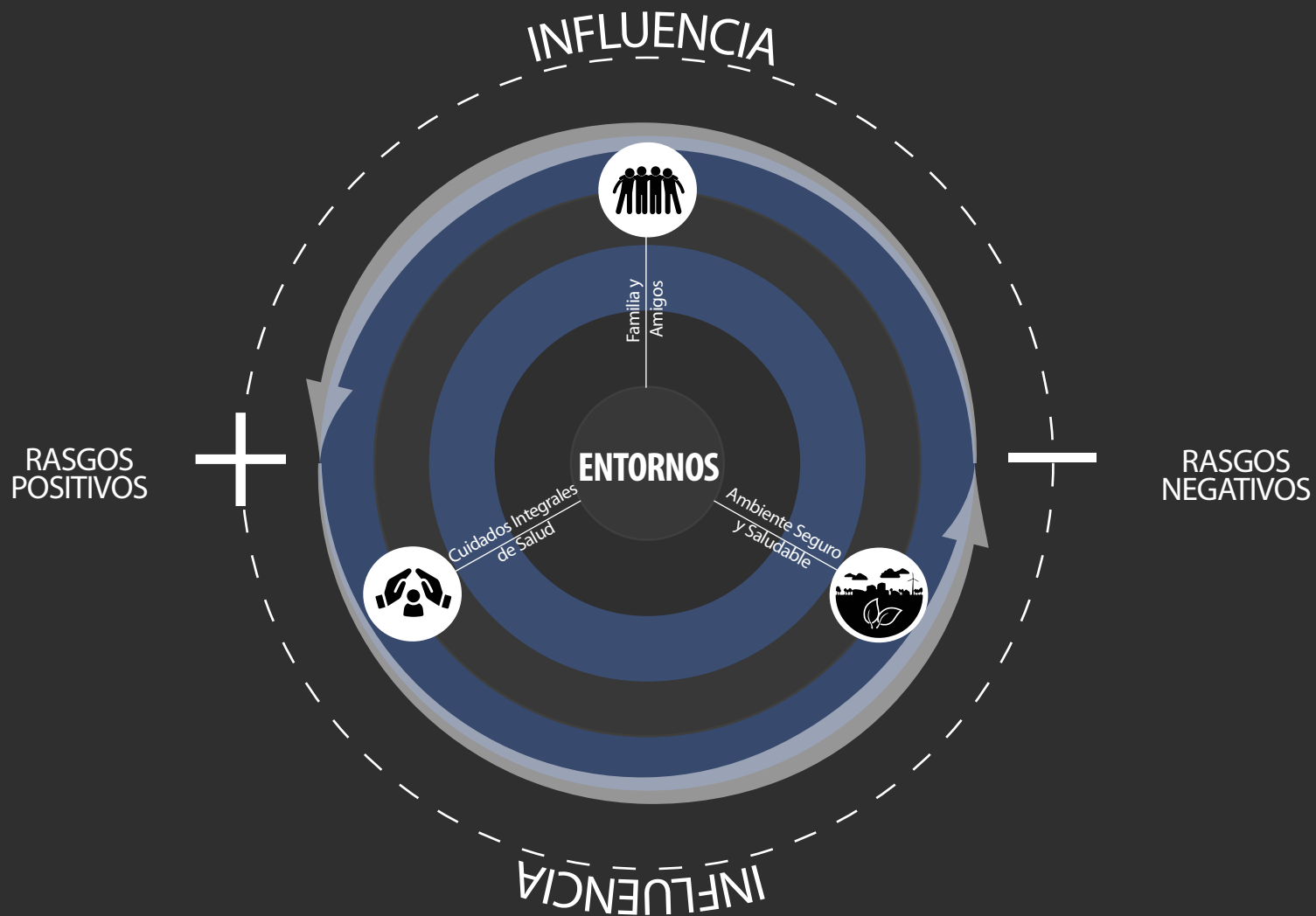


Gráfico 2.5: Modelo Ecológico y sus 3 entornos.
Fuente: Elaboración Propia.

2.2. ARGUMENTACIÓN TEÓRICA

- *Medicina Integrativa y calidad de vida*

La doctora del centro médico Teryon, Esther Ibáñez, ha asegurado que la medicina integrativa refuerza la esperanza de vida de las personas con cáncer. Y es que, según comentó, esta disciplina se ejecuta desde una visión “más holística”, añadiendo a los tratamientos oficiales otros cuya eficiencia ha quedado demostrada científicamente que mejoran el sistema inmune como la fitoterapia, la medicina ortomolecular, la acupuntura, dietas balanceadas y personalizadas, asimismo como la psicoterapia para tratar el estrés.

Así mismo, la doctora mencionó que “En los pacientes oncológicos se demostró una mejora en su calidad de vida y una disminución de los efectos secundarios de la quimioterapia e inclusive en algunos casos un aumento en la esperanza de vida”.

De hecho la medicina integrativa, nace con el propósito de ofrecer al paciente todos los instrumentos posibles para desarrollar su calidad de vida durante los tratamientos, así mismo, reducir los efectos secundarios mediante la aplicación de herramientas no convencionales.

Esta especialidad atiende directamente al paciente y no a la enfermedad por lo cual se enfoca en elementos como su alimentación, su salud física, aspectos mentales y relaciones sociales. Se caracteriza por mezclarse con las terapias convencionales recuperando los resultados y aportando bienestar al paciente tanto en el proceso de la enfermedad, como después de ella. (VICENTE, 2018)

La calidad de vida resulta de la combinación de la medicina convencional con las terapias naturales, sin embargo, ambos elementos también deben reflejar su esencia a nivel espacial de modo que con el simple hecho de estar allí, esté sucediendo la terapia.

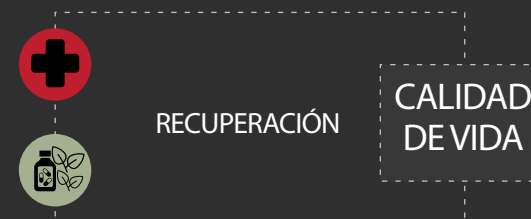


Gráfico 2.6: Calidad de vida al adulto mayor.
Fuente: Central Informativa del Adulto Mayor.

- *Residencia Geriátrica Fitoterapéutica*

Una residencia geriátrica es un Centro donde viven personas mayores dependientes o independientes; puede ser de forma temporal o permanente, pero ciertamente depende de cada caso. Cuando son residentes dependientes, requieren de la ayuda de terceras personas, protagonizados por especialistas de la salud, como enfermeros(as) o técnicos en enfermería.

Estos centros se convierten en una alternativa del hogar familiar cuando surgen diversas circunstancias, ya sean familiares, económicas, socio-sanitarias, etc. que dificultan que el adulto mayor permanezca en su hogar actual. Estas residencias ofrecen servicios integrales de residencia, mantenimiento económico, atención psicológica, atención social, rehabilitación física, no menos importante, cuidado y aseo personal.

En algunos centros más complejos y con más solvencia económica, se incluyen servicios gerontológicos mediante los servicios prestados por un equipo de profesionales encargados de atender la salud física y mental de los adultos dependientes.



Gráfico 2.7: Habitación Geriátrica.
Fuente: La Residencia Geriátrica.



Gráfico 2.8: Centro Geriátrico.
Fuente: La Residencia Geriátrica.

Adicionalmente a ello hay una ligera intención de brindar medicina integrativa, combinando sus métodos convencionales con métodos más naturales. Y como información adicional, si bien es cierto que desde los inicios de la medicina, el consumo de medicamentos ha aumentado grandemente, paralelo a ello siempre hubo una tendencia de volver a las fuentes naturales para curar las enfermedades.

Existe un punto a favor con la medicina tradicional, que es irreversible e innegable, y es que todas las fórmulas hechas con elementos de la naturaleza tienen escasos efectos secundarios, inclusive si son combinados con los medicamentos convencionales al mismo tiempo.

Sin embargo, cabe recalcar que aunque hayan aumentado los estudios científicos y las investigaciones en las plantas medicinales, aún no se conocen con exactitud los principios activos a los que debemos estas increíbles características. (Suárez, 2008)

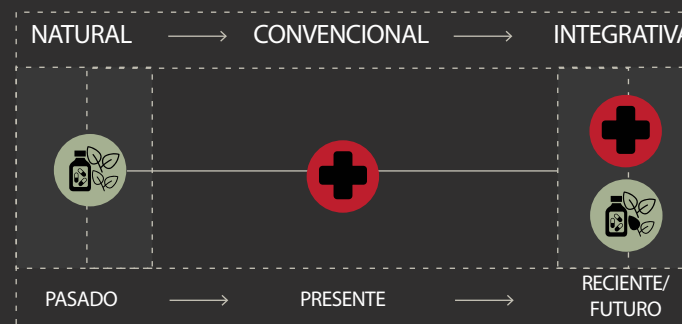


Gráfico 2.9: Fitoterapia en el Tiempo.
Fuente: Savvy Healthcare PR.

• *La Salud que añade vida a los años*

El envejecimiento saludable nos plantea nuevos desafíos a la sociedad y el establecimiento de políticas de salud integral, durante el curso de vida, previene enfermedades crónicas, fomenta estilos de vida saludables y promueve ciudades amigables que logren alcanzar a la población, para ayudar a los adultos mayores a ser felices, activos e independientes.

En América, la esperanza de vida ha aumentado en los últimos 50 años, por lo que se obtuvieron más de 20 años. De las personas que van naciendo hasta el día de hoy, el 75 % vivirán hasta los 60 años y del restante 40% superaran los 80 años de edad. Si a esto se le añade la velocidad de los cambios demográficos durante los últimos años, a inicios de la siguiente década, la región tendrá un aproximado 200 millones de adultos mayores, y más de la mitad de ellos, estarán viviendo en América Latina y el Caribe. (Organización Mundial de la Salud, 2012)

Por su parte el Ministro de Salud, Alberto Tejada, comenta que adulto mayor atraviesa muchos cambios, los cuales deben ser acompañados de una buena calidad de vida, además de ello menciona que están trabajando por el adulto mayor con un enfoque integral y holístico, por lo que se debe reflexionar en dar a los adultos mayores acceso a espacios de trabajo, adecuados para ellos, acceso a la sociedad de la información, brindándoles la calidad de vida que necesitan. (Organización Mundial de la Salud, 2012)

El Dr. Fernando Leanes, menciona que la OMS, busca implantar una reflexión en los países para reflejar políticas que apunten a cuatro ejes fundamentales en beneficio de la población Adulto Mayor.

4 EJES PARA EL ADULTO MAYOR

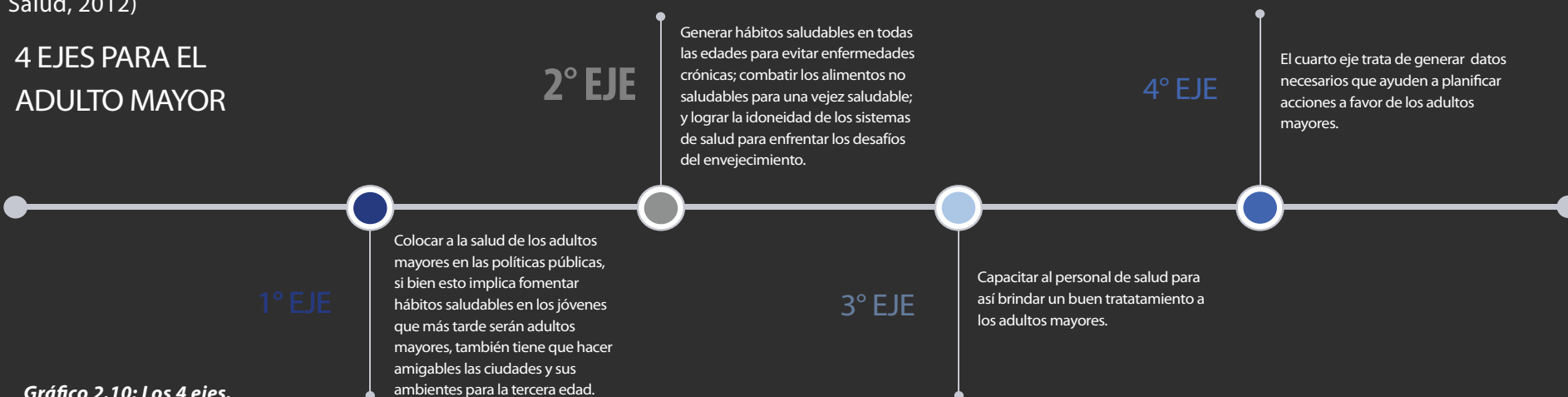


Gráfico 2.10: Los 4 ejes.
Fuente: Elaboración Propia.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- *Medicina integrativa*

El término medicina integrativa es definido por el Centro Nacional de Medicina Alternativa y Complementaria en los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos manifestando que “la medicina integrativa combina terapias médicas convencionales y medicina alternativa para las cuales existe alguna evidencia científica de máxima calidad, seguridad y eficacia”.

Ésta es una definición básica de la medicina integrativa. La que sigue es la definición completa, que apoya para guiar tanto el trabajo del Dr. Weil como la de los médicos de medicina integral y maestros de todo el mundo:

“La medicina integrativa es la medicina orientada a la curación, que tiene a cargo la persona en su totalidad (cuerpo, mente y espíritu), incluyendo todos los aspectos del hombre. Destaca la relación terapéutica y hace uso de todas las terapias apropiadas, tanto convencionales como alternativas”.

- *Geriatría*

El libro “Gerontología: aspectos biopsicosociales del proceso del envejecer” apuntó que durante el año 1909 un estudioso del ámbito gerontológico, Leo Nascher, médico de origen austriaco, selló el concepto de geriatría, termino compuesto también por dos raíces griegas, geros: anciano e iatrikos: tratamiento (Altarriba Mercader, 1992).

En cuanto la práctica geriátrica, según el diccionario virtual ABC , el concepto nace en la década del cuarenta del siglo pasado en el Reino Unido y tiene a la doctora Marjorie Warren como principal responsable, ya que oportunamente durante sus trabajos en diferentes hospitales demostró como ancianos con enfermedades no diagnosticadas, tras recibir una correcta atención y valoración, lograban excelentes resultados en su recuperación que le permitían regresar a sus entornos y recuperar la vida con total normalidad clínica.

Además de ello, el diccionario indica que la Geriatría es la rama de la medicina que se ocupa de estudiar la vejez y todos los trastornos que la misma conlleva, es decir, esta especialidad médica ahondará en los aspectos preventivos, en los curativos y en la rehabilitación de aquellas enfermedades que aquejen a los ancianos o adultos mayores (Ucha, 2017).



Gráfico 2.11: Medicina Integrativa.
Fuente: Savvy Healthcare PR.

• *Fitoterapia*

La Sociedad Española de Fitoterapia indica que la Fitoterapia es un término acuñado por el médico francés Henri Leclerc a principios de siglo XX, un neologismo formado a partir de dos vocablos griegos: phytón (planta) y therapeía (tratamiento).

Etimológicamente, por tanto, Fitoterapia se refiere al tratamiento de las enfermedades con plantas. Además, la sociedad señala que la Fitoterapia se utiliza tanto para el cuidado de la salud y mejora de la calidad de vida, como en la prevención y tratamiento de las enfermedades. En unos casos será suficiente para curar una patología y en otros será el coadyuvante de otras medicaciones, o ayudará a aliviar determinados síntomas asociados.

Su principal campo de acción son las afecciones leves y moderadas, así como las enfermedades crónicas, siendo útil en la terapia de más del 90% de las afecciones tratadas habitualmente en atención primaria.

Mientras tanto el MSSSI , señala que la fitoterapia es el uso de plantas naturales o de sustancias vegetales para el tratamiento de un amplio rango de síntomas y enfermedades y la mejoría de las funciones de los órganos y sistemas corporales.

La fitoterapia es una modalidad de amplio uso en todo el mundo y que forma parte de otros sistemas completos de atención a la salud como la neuropatía, la medicina tradicional china y el Ayurveda. (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2007).



Gráfico 2.12: Plantas Medicinales.
Fuente: En Buenas Manos.

Así mismo “Salud Terapia”, publicó un artículo en donde indica que la fitoterapia consiste en el tratamiento de las dolencias con los recursos que nos ofrece la naturaleza, a través de los vegetales. (Mayordomo Giner, 2017).



Gráfico 2.13: Plantas Medicinales procesadas.
Fuente: En Buenas Manos.

- *Gerontología*

El libro “Enfermería Gerontológica: Conceptos para la Practica” , menciona que la gerontología es una ciencia aplicada y multidisciplinaria que estudia el proceso de envejecimiento y los fenómenos que le caracterizan.

En la gerontología participan, entre otras, las siguientes disciplinas: medicina, psicología, sociología, enfermería, antropología, bioquímica, farmacología y economía.

La gerontología, a pesar de ser una disciplina académica y de servicio de importancia evidente, solo se ha reconocido en los países desarrollados y en muy pocos países en desarrollo.

De igual modo el libro “Gerontología: aspectos biopsicosociales del proceso del envejecer” señala que el termino conceptual de Gerontología, lo creo un médico ruso, llamado Ilya Metchnikott, y está compuesto por dos raíces griegas, geros: anciano y logos: estudio.

Se define pues a la gerontología como el estudio de la ancianidad, aportando ésta definición en su origen, a la institución primero y la constatación después, de que la ancianidad es un concepto muy amplio, pidiendo abarcar desde características diferenciales entre sexos, hasta aspectos médicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales económicos, jurídicos, filosóficos, que implican a ambos.



Gráfico 2.14: Adulto Mayor.

Fuente: Central Informativa del Adulto Mayor.



Gráfico 2.15: Comunidad de Adultos Mayores.

Fuente: Central Informativa del Adulto Mayor.

3 METODOLOGÍA

- Línea de Investigación: Proyecto arquitectónico de Residencia con áreas de servicios en Salud básica
- Tipo de Investigación: Investigación de carácter proyectiva. Se elabora un diseño para los adultos mayores según las necesidades recolectadas en la investigación.
- Enfoque: Cuantitativo y cualitativo. Mediante información bibliográfica, visitas y datos estadísticos.
- Diseño: No experimental, porque el proyecto no será ejecutado.

3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

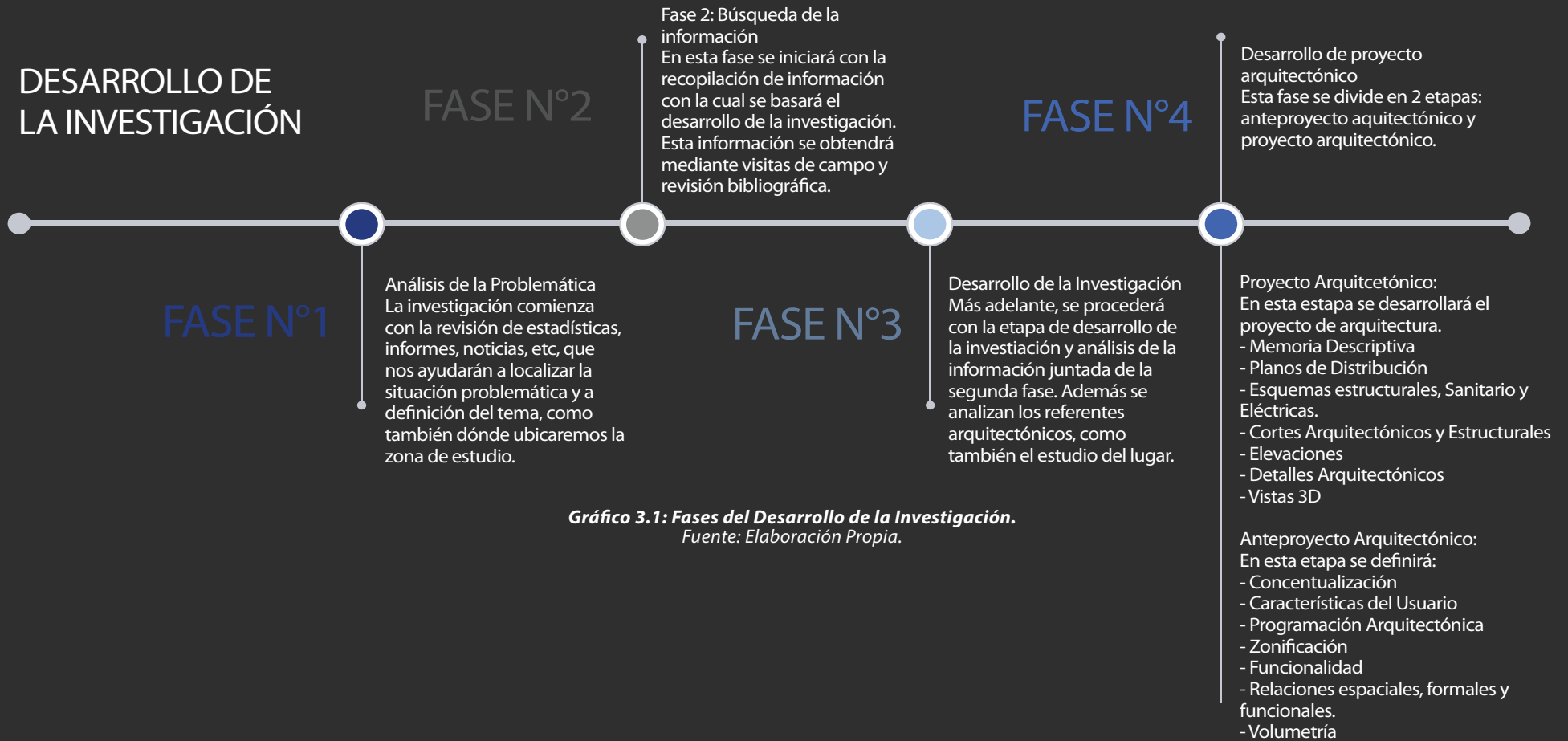


Gráfico 3.1: Fases del Desarrollo de la Investigación.
Fuente: Elaboración Propia.

3.3. INSTRUMENTOS DE BÚSQUEDA

De acuerdo a las características de esta investigación y a los objetivos planteados en el presente estudio, proponemos el uso de secuencia de instrumentos, que son los siguientes:

- Revisión Bibliográfica: Toda la información que proviene de teorías, textos especializados ya existentes sobre un tema o problema y referentes.

- Visitas de Campo: Se utiliza como instrumento para el estudio del entorno del proyecto, su contexto urbano actual y su estado físico.

3.4. DIAGRAMA METODOLÓGICO

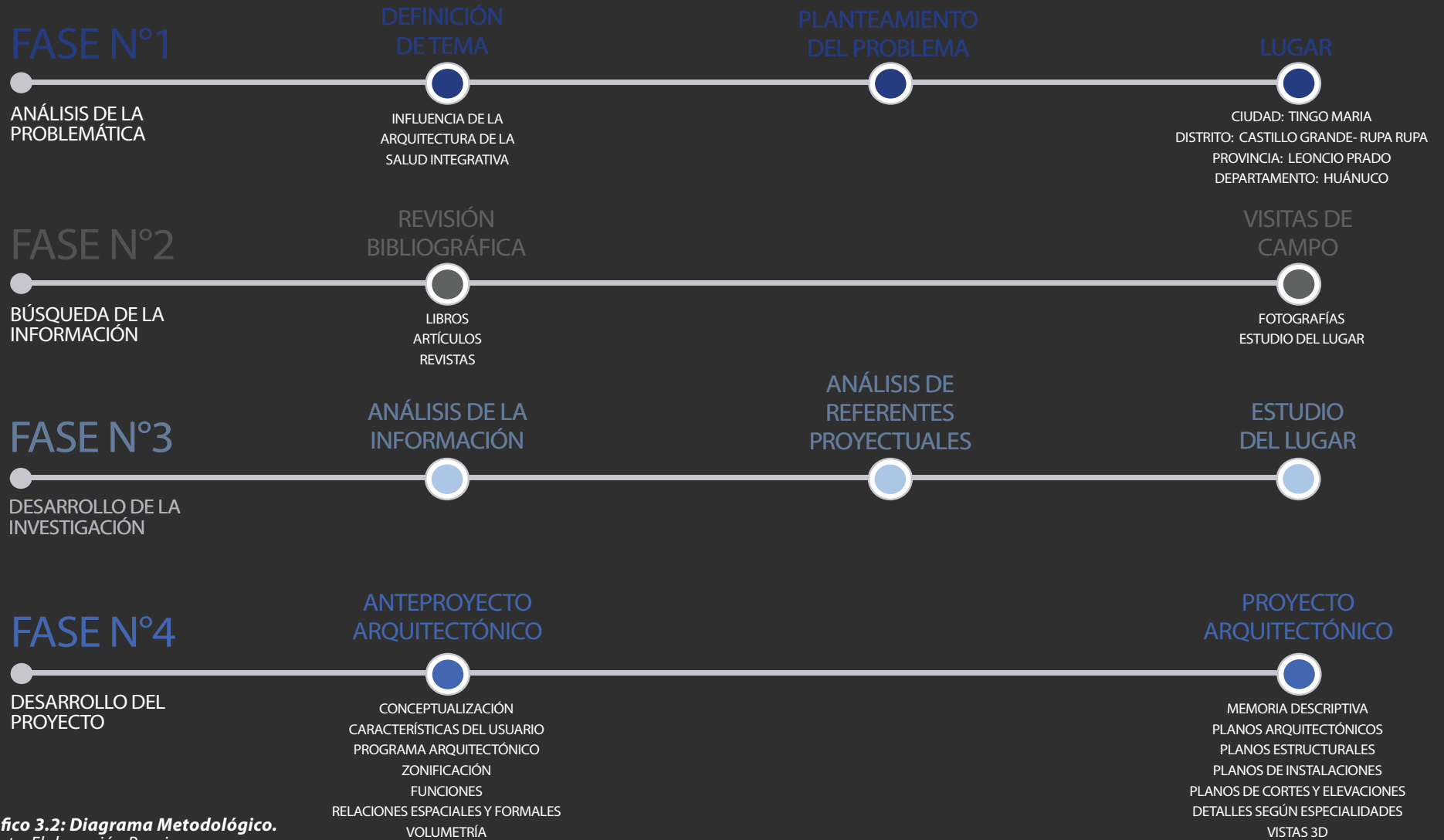


Gráfico 3.2: Diagrama Metodológico.
Fuente: Elaboración Propia.

4 DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR

La calidad de vida para el adulto mayor, está relacionado a algunos factores de una persona sana, como la salud física, mental y espiritual, además de su interacción con la sociedad y el medio ambiente.

Es por ello que Ana Luisa Velandia Mora señala que la calidad de vida del adulto mayor resulta de una relación estrecha entre vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas (Ver Gráfico 4.1) en donde cada uno aporta de manera óptima en el bienestar (Mora, 2002).

Sin embargo, autores como Eamon O'Shea (2003) definen la calidad de vida del adulto mayor como el suceso de poseer una vida plena y satisfactoria, haciendo énfasis en el bienestar subjetivo (felicidad).

Para ello Veenhoven (2001) describe la calidad de vida mediante tres nociones principales, como la Calidad de entorno, la calidad de acción y la calidad del resultado. Esta última noción se centra realmente en la calidad de vida según los resultados en respuesta del entorno y las actividades que se realizan, a diferencia de las dos primeras, que describen las condiciones previas para lograr una buena vida.

La calidad del resultado trata básicamente sobre disfrutar la vida que le toca a cada uno de la mejor manera posible, pero sobre todo vivir la

vida de una forma positiva, haciendo las cosas que nos hacen feliz, teniendo en cuenta que el resultado sólo podrá ser evaluado de manera individual, ya que la felicidad de las personas tiene una perspectiva subjetiva (2001).

Ahora bien, para poder lograr esta plenitud en las personas adultas mayores, es necesario ofrecerles un lugar apropiado, donde puedan relacionarse con personas de su misma edad y realicen actividades en conjunto; así mismo, tener al alcance servicios que aporten en beneficio de la salud física, mental y emocional de manera individual ya que la experiencia de cada persona varía según lo que haya vivido a lo largo de los años.

Como resultado, cada adulto mayor puede disfrutar de una buena calidad de vida de forma individual, aunque el lugar cumpla con sus necesidades mediante los servicios brindados de manera agrupada (Ver Gráfico 4.2)

Desde otra perspectiva, la escritora Elena G. de White recomienda que practiquemos los ocho remedios naturales y es sustancial considerar su importancia en el adulto mayor, sin embargo esto no significa que mediante estos remedios, las personas vivan eternamente, si no que de esta manera se puede vivir mejor y con menos dolencias; que a la larga, en el proceso de envejecimiento producirá menos consecuencias.



Gráfico 4.1: Calidad de Vida según Ana Luisa Velandia Mora.
Fuente: Ana Luisa Velandia Mora, 2002.

"Al final, no se trata de aumentarle tiempo a la vida si no vida a ese tiempo que vivimos" (Abraham Lincoln).

Sin embargo, los ocho remedios naturales amerita mucha voluntad de quien lo practica, ya que implica mucha disciplina y sobre todo conciencia y amor propio. Uno de estos remedios involucra realizar actividad física, ya que es importante que el adulto mayor este en constante actividad y que se ejercite regularmente dentro de sus posibilidades.

Para ello el Centro de Atención al adulto mayor contará con espacios internos y externos donde se se puedan realizar actividades físicas y como complemento puedan recibir terapias corporales, con el fin de fortalecer integralmente a adultos mayores, los cuales serán instruidos por un especialista quien estará con ellos a cada paso explicando qué ejercicios pueden hacer según sus condiciones físicas.

Al igual que el ejercicio, la autora Elena G. de White, menciona la importancia de la buena alimentación y el consumo constante de agua natural, sobre todo en esta etapa de la vida del ser humano, ya que todos los sistemas se van deteriorando con el tiempo.

Para ello el centro, que ha sido ubicado estratégicamente en la selva, contará con área de cultivos concernientes a la alimentación, terapias y la medicina natural, para proveer naturalmente desde diversas

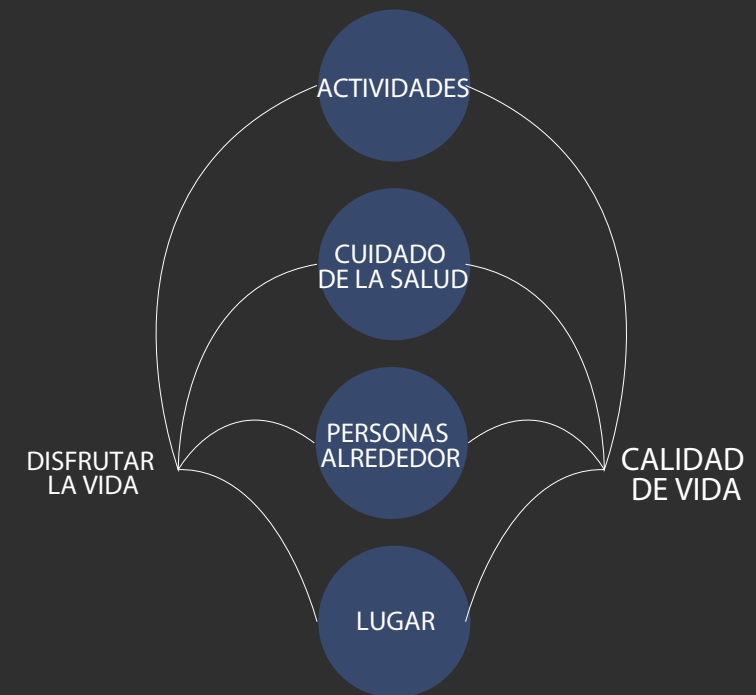


Gráfico 4.2: Disfrutar la vida mejora la Calidad de Vida.
Fuente: Eamon O'shea, 2003.

perspectivas a los residentes . Así mismo, el centro contará grupo especialistas a disposición del centro quienes brindaran dietas ricos en antioxidantes, que son de gran ayuda para enlentecer el envejecimiento tanto físico como el del cerebro.

Del mismo modo, el centro tendrá la colaboración de enfermeras que estarán pendientes de los horarios de comida y de ingestión de agua durante el día. En relación a esto, la temperancia como remedio natural será una virtud adquirida mediante la alimentación equilibrada y la abstinencia de cualquier droga lícita o ilícita (White, 2007).

Otro aspecto que involucra a los ocho remedios naturales, es el respirar aire puro y exponerse controladamente a la luz del sol, para lo que el diseño de la arquitectura tendrá parte de esta responsabilidad mediante el diseño de espacios ventilados e iluminados.

Sin embargo, quien juega el papel más importante es el lugar en sí mismo, ya que el entorno cuenta con un gran clima y posee gran cantidad de vegetación, además el terreno en particular se encuentra alejado de la ciudad, por lo que está rodeado de montañas desde el noreste, brindando así, la circulación constante de los viento, mediante el golpe de ellos con las montañas (Ver Gráfico 4.3)

De igual modo, otro de los remedios naturales de gran importancia, es el buen descanso, ya que por medio del descanso las células del organismo se regeneran y permite realizar las actividades del día con más optimismo y energía.



Gráfico 4.3: Los ocho remedios naturales favorecen la Calidad de Vida.
Fuente: Elena G. de White, 2007.

Por lo tanto, el centro contara con espacios de descanso físico y espacios de descanso mental y espiritual, así mismo se desarrollarán actividades durante el día teniendo en cuenta horarios de descanso debido a que el organismo de un adulto mayor suele agotarse con más frecuencia. Así mismo se tendrá en cuenta un horario estricto de descanso por las noches que cumplan entre 7 horas a 8 aproximadamente, según la resistencia de su organismo.

Además de dormir; los adultos mayores recibirán tratamientos basados en la aromaterapia, hidroterapia, masoterapia y fisioterapia, que harán uso de los cultivos de medicina natural y terapias. Éstos tratamientos juegan un papel muy importante en el descanso del organismo, ya que son especialmente para relajar los sentidos de las tensiones corporales y mentales generados por el estrés o inclusive por alguna condición médica.

Por último, el remedio natural mas importante de todos es la confianza en Dios, por lo que centro contará con un ambiente de meditación en contacto directo con la naturaleza para vincular al adulto mayor con su Creador, ya que Dios también habla a sus hijos mediante su creación, en este caso la propia naturaleza.

Por otro lado, fuera los ocho remedios naturales, es importante que los adultos mayores se rodeen de personas contemporáneas a ellos, es decir, con quienes puedan realizar actividades, así mismo es necesario que estén rodeados de amigos de todas las edades con el fin de

brindar al adulto mayor una integración social duradera, donde tanto los adultos independientes como dependientes participen y se sientan a gusto con distintas personas de diferentes condiciones.

De igual manera, para que puedan tener una buena calidad de vida, es necesario que la sociedad misma los sigan considerando como personas útiles e indispensables, para ello el centro contará con espacios de inclusión comunitaria, para hacer posible éste hecho. Ahora bien, las actividades que realicen los adultos mayores deben estar de acuerdo a sus capacidades físicas y mentales.

Así mismo, los adultos mayores también tendrán parte en la preparación y elaboración de la medicina natural a través de las plantas para que puedan consumirlos ellos mismos y para juntar fondos a través de su comercialización.

4.2. TRATAMIENTOS PARA LA SALUD

4.5.1. Medicina Convencional:

La medicina convencional tiene como objetivo prevenir, tratar y curar las enfermedades a través del uso de fármacos, enfocándose en mayor medida a los síntomas en vez de enfocarse en las causas que las originan. Su tratamiento se basa en los medicamentos, que producen efectos secundarios ajenos a los síntomas que originalmente se quieren tratar.

Este método es altamente efectivo aunque no lo resuelve absolutamente todo. Por esta razón, el centro contará con su disposición y será apoyado con la medicina natural, la cual ha sido usado en el pasado durante mucho tiempo y ha probado tener eficacia pese a diversas limitaciones.

4.5.2. Medicina Holística:

La medicina alternativa o también conocida como holística es una pseudoterapia que no tiene una base en la ciencia, pero que se enfoca en los poderes de sanación a través de organismos naturales que dan prioridad a la cura del organismo. Es decir, que el medio ambiente tiene múltiples elementos que al interactuar con el organismo, pueden tener una influencia curativa superior a cualquier fármaco.

Este conjunto de terapias se pueden aplicar en todos los seres vivos en general. Sin embargo, cabe recalcar que el ser humano es considerado como un todo en conjunto: cuerpo mente y espíritu, por lo que su principal enfoque es dotar al paciente de todas las herramientas posibles para su curación.

Tipos:

Fitoterapia: Se trata sobre terapias naturales por medio de sustancias vegetales, las cuales pueden ser ingeribles o pueden aplicarse por vía tópica.

Medicina nutracéutica: Es una palabra compuesta entre las palabras "nutrición" y "farmacéutico", creada en 1989 por el doctor Stephen DeFelice. Esta expresión equivale a la creación de los productos medicinales elaborados con ingredientes naturales

Aromaterapia: Se trata del uso terapéutico de los aromas de aceites esenciales combinados que disminuyen el estrés nervioso, elevan el bienestar y otorgan vitalidad y salud. La aromaterapia todavía no tiene valor terapéutico, pero los testimonios le están dando un valor agregado.

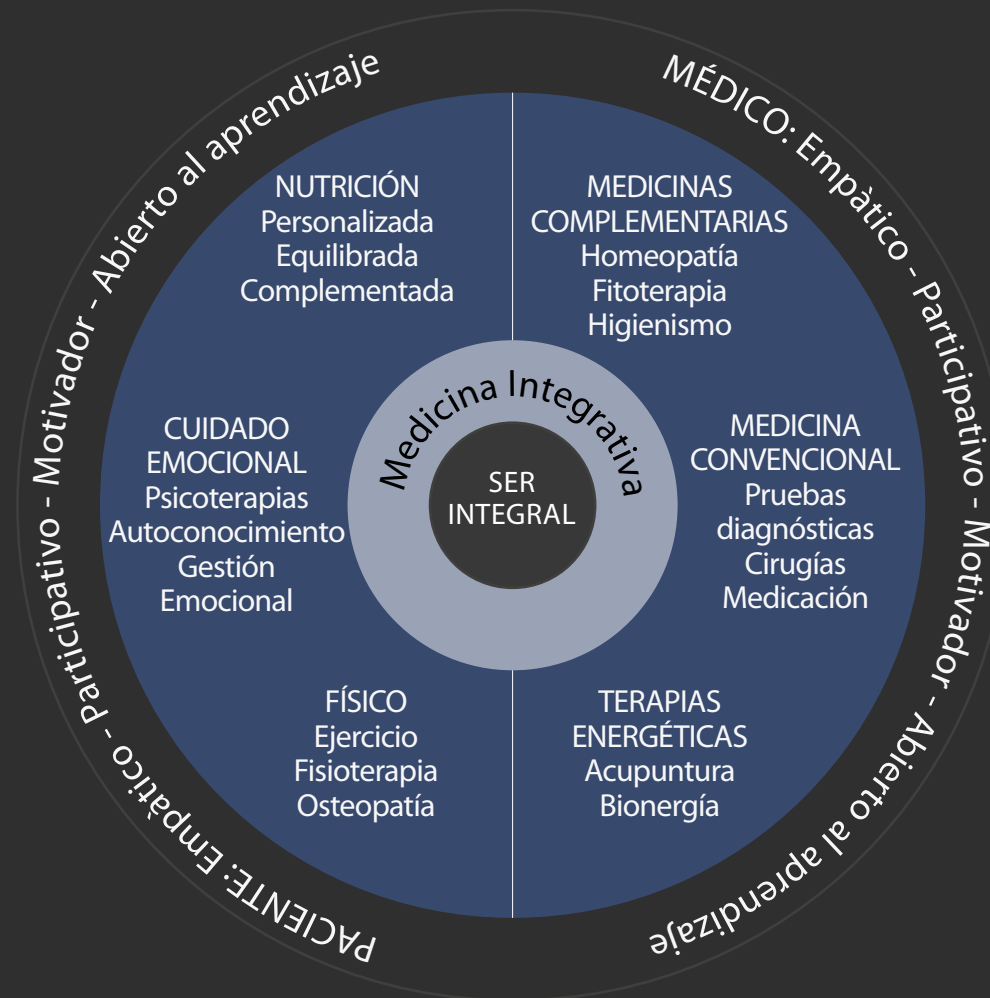


Gráfico 4.4: Ser Integral y Medicina Integrativa.
 Fuente: Dr. Carlos Morales Martín.

4.2. MEDICINA INTEGRATIVA

Desde siempre la medicina ha intentado alargar la vida de las personas y aunque es inevitable el envejecimiento, es posible darle una mejor calidad a la existencia de los adultos mayores.

El enfoque de la medicina integrativa, a diferencia de la medicina convencional, es curar al enfermo y no la enfermedad, en este sentido, el especialista evalúa lo que realmente le conviene al paciente, sin creer a ciegas que los medicamentos lo pueden todo por sí mismos.

Ahora bien, si se trata del bienestar de las personas, solo existe una medicina y es la que esta al servicio de las personas, sin importar el punto de vista de su enfoque. Por ésta razón no se debe ser absolutistas con respecto a la salud del ser humano, siempre y cuando sus bases sean dirigidas por Dios.

Cabe señalar que la medicina integrativa, además de tratar con medicamento, trata al paciente por medio de la naturaleza (Ver Gráfico 4.4).

No obstante, así como le otorga el poder curativo a la naturaleza, se la otorga también al hombre, desde el enfoque de la medicina alternativa; es decir que el ser humano puede curarse así mismo, por que cree que tanto él, como lo que lo rodea tiene el poder de curarlo; lo que de cierta manera la autora Elena G. de White,

apoya hasta cierto punto, cuando habla de los 8 remedios naturales, teniendo en cuenta que el poder de la curación lo tiene Dios.

Sin embargo, la naturaleza por sí misma no tiene poderes curativos, más que el poder de Dios obrando en ellas. Claro está, que todo lo que Dios ha creado es perfecto y lo ha hecho pensando en el bienestar de sus hijos. Por ende, éste centro de atención para el adulto mayor a través de la medicina integrativa cambiará su enfoque de otorgarle el poder curativo a la naturaleza para otorgárselo al Dios del universo quien creo la naturaleza, la cual es perfecta gracias a su Creador.

Ahora bien, aunque el hombre no tenga poderes curativos místicos, cada ser humano debe tener un compromiso con su salud y bienestar; que va mas allá de su herencia genética, es decir, influye lo que come, la actividad física que realiza, las horas que sueño al dormir, y sus ganas de vivir.

De hecho algunos estudios clínicos afirman que llevar una vida activa es la mejor manera de alcanzar una edad avanzada. Por ello las Dras. Noguera y Solanas reafirman lo que Elena G. de White predica, al decir que los mejores medicos del mundo son el doctor dieta, el doctor deporte, el doctor reposo y el doctor alegría (Solanas Noguera, H. Bárcena, & Noguera Fusellas, 2015).

Finalmente, las Dras. Noguera y Solanas en su libro “La fuente de la salud - Una aproximación a la medicina integrativa” señalan que a diferencia de lo que muchos piensan, el envejecimiento es símbolo de salud y que al final uno envejece por el simple hecho de estar vivo.

El objetivo de un centro de atención al adulto mayor no es que vivan mucho a cualquier precio, si no que al hacerlo vivan bien lo que tengan que vivir y disfruten de cada momento (Solanas Noguera, H. Bárcena, & Noguera Fusellas, 2015).

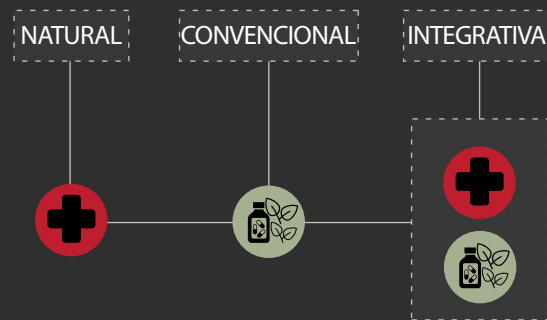


Gráfico 4.5: Medicina Integrativa.

Fuente: Centro Nacional de Medicina Alternativa y Complementaria.

CONCLUSIÓN:

Mediante el concepto de calidad de Vida a través de la medicina integrativa, diseñaremos un centro para el adulto mayor que base sus tratamientos mediante la combinación de la medicina convencional con la medicina alternativa. Además de ello, el centro se ubicará en medio de la naturaleza para que mediante todos sus agentes curativos, entre ellos los ocho remedios naturales expuestos por Elena G. de White, el adulto mayor se libere del estrés que generan las ciudades, contemplando la creación de Dios la cuál genera sensaciones de paz y tranquilidad.

En relación a esto, se plantea que, así como la naturaleza les otorga muchos beneficios a través de los ocho remedios naturales; como usuarios también deben respetar y cuidar su entorno en general. Para ello el centro contará con un sistema enfocado al uso sostenible de la tierra para lograr una vida sustentable, conocido como permacultura.

Este sistema permite que exista un equilibrio entre la tierra y sus habitantes, creando consciencia y respeto por todo lo que nos rodea. Es así que todos los desechos orgánicos producidos por alimentos serán recolectados en una compostera al aire libre, que tendrá lugar en el mismo terreno a una distancia considerable que no interfiera con el resto de las áreas y actividades del centro, así mismo, el uso del agua para abastecer al centro, será tomado por un ojo de agua natural y ésta se reutilizará en el sobrante de la lavandería residencial para la limpieza de los ambientes. Mediante esto, se llevará a cabo la formación y práctica de reutilización de los recursos naturales.

4.4. SERVICIOS DE ATENCIÓN GERIÁTRICA EN LOS CENTROS DE SALUD

4.4.1. Unidad Geriátrica de Agudos (UGA)

Unidad que ofrece servicios a las personas adultas mayores entre 60 a 75 años con tendencia a la incapacidad y/o en estado de fragilidad o con síntomas de enfermedades crónicas.

El objetivo de este tipo de servicios es ahorrar en estancias innecesarias, haciendo que el adulto mayor se reintegre a su domicilio y al mismo tiempo a la comunidad. Por lo que se procede a realizar un tratamiento precoz, mediante una historia clínica, diagnóstico clínico y receta de la medicación habitual (Nole, 2015)

4.4.2. Unidad de Recuperación Funcional

- Unidad de Mediana Estancia (UME)

La unidad de recuperación, proporciona sus servicios a los adultos mayores estables clínicamente, que han superado una fase aguda y tienen posibilidad de recuperarse. Por lo que el paciente debe recibir una serie de tratamientos, en esta unidad dentro de un hospital, bajo la supervisión de sus médicos y otros especialistas y el cuidado de enfermeras/os y profesionales de rehabilitación física.

Un requisito, para que el adulto mayor pueda ingresar a éste programa, es que no debe presentar deterioro cognitivo severo, solo de leve a moderado (Nole, 2015)

- Unidad de Larga Estancia (ULE)

En ésta unidad se brindan servicios a los adultos mayores que presentan dependencia o que tienen alguna incapacidad, al igual que a los adultos mayores que presentan enfermedades crónicas y tienen pocas posibilidades de recuperarse. Así mismo, el adulto mayor que presente deterioro cognitivo severo, también puede ingresar a éste programa.

Como consecuencia de la dependencia hospitalaria de los usuarios de ésta unidad de larga estancia, los encargados deben hacer seguimiento a las necesidades del paciente según el grado de la dependencia que tenga, así mismo, brinda cuidados de origen sociales, de medicina general y enfermería (Nole, 2015)

4.4.3. Hospital de Día Geriátrica (HODIGE)

Este hospital, tiene como finalidad, brindar servicios a los adultos mayores moderadamente independientes a nivel integral y le da la posibilidad que continúe viviendo en su domicilio.

El objetivo básicamente es que el adulto mayor se recupere integralmente y vuelva a las actividades de la vida cotidiana. Por lo que debe recibir controles médicos y cuidados de enfermería durante el día dentro del hospital. Esta funcionalidad es muy similar al centro de atención diurno (Nole, 2015)

4.4.4. Atención Domiciliaria Geriátrica (ADOGE)

Es un servicio que se le brinda a pacientes con riesgo de incapacidad y dependencia médica a nivel integral en sus domicilios, a fin de mantener su calidad de vida y conservarlo en el mejor estado de salud posible.

De esta manera, tiene el beneficio de recibir visitas, asistencia domiciliares programadas y hospitalización a domicilio, que les permite tener una mejor calidad de vida (Nole, 2015)

4.4.5. Atención en Consulta externa

La atención de consulta externa, por lo general tiene un costo y tiene como objetivo principal evaluar y valorar a los pacientes ambulatorios y hacerles seguimiento, en cuanto a cualquier tipo de enfermedades y su deterioro cognitivo, de modo que permita crear un plan de tratamiento de los síndromes geriátricos encontrados.

Este servicio está dirigido a los adultos mayores que recientemente se encuentran frágiles ante algún síndrome geriátrico (Nole, 2015)

4.5. CEAPAM Y SERVICIOS CLASIFICADOS

Según el reglamento de la ley n° 30490, "Ley de la persona adulta mayor", publicado el 2018, estos centros pueden ser públicos o privados en donde se brindan servicios de atención básica, integral, especializada y multidisciplinaria a personas adultas mayores dependientes o independientes según sus necesidades. Para ello están los centros de atención residencial, los centros de atención nocturna y los centros de atención diurna, los cuales se clasifican según el nivel de soledad y dependencia del adulto mayor (El Peruano, 2018).

4.3.1. El centro de atención diurno, como lo indica el nombre ofrece servicios unicamente en el día y esta dirigido a personas adultas mayores en estado de dependencia, pero que aún disponen de familiares que cuidan de ellos parcialmente. Este centro esta enfocado en la conservación y mantenimiento de las facultades físicas, mentales y sociales

4.3.2. El centro de atención de nocturno a diferencia del centro de atención diurna, está dirigido a personas tanto dependientes como independientes pero en situación de flaqueza, que disponen de familiares que los acompañan durante el día, pero temen por lo que les pueda pasar durante la noche a su cuidado. Por lo que , este tipo centro, ofrece servicios de alojamiento nocturno, alimentación (cena y desayuno), aseo personal y vestido (ropa de dormir) a personas adultas mayores tanto dependientes como independientes.

4.3.3. El centro de atención residencial, a diferencia de los centros nocturnos o diurnos brinda servicios integrales y se clasifican de la siguiente manera.

- El Centro de Atención Residencial Gerontológico, se enfoca en la atención de personas independientes pero en situación de flaqueza, que aun tienen las fuerzas para realizar las actividades básicas de la vida diaria, como: alimentarse, vestirse, asearse, trasladarse, sin embargo requieren constante evaluación integral que controle su estado físico, mental y social.

Para ello el centro cuenta con residencia las 24 horas del día, brinda alimentación de acuerdo a las exigencias nutricionales de un profesional y ofrece actividades sociales, recreativas y culturales para que el adulto mayor participe y forme parte de una comunidad.

- El Centro de Atención Residencial Geriátrico, se dirige a personas totalmente dependientes o débiles, que requieren del apoyo y cuidado parcial o permanente de especialistas para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria.

Por esta razón, además de brindar los servicios que ofrece un centro gerontológico, brindan evaluación integral a sus pacientes, como evaluación médica, tanto física como mental, al menos cada semestre, además de atención médica las 24 horas según la disposición del centro. Así mismo, ofrece terapias de mantenimiento físico y mental, de acuerdo a la recomendación de un especialista.

- El Centro de Atención Residencial Mixto ofrece servicios tanto gerontológicos como geriátricos, a personas independientes, dependientes y frágiles. Es el centro de atención al adulto mayor mas completo. Sin embargo, estas atenciones deben ser diferenciadas, así las personas adultas mayores se agrupan por edades o nivel de dependencia. Cabe recalcar que para las personas adultas mayores con demencia el MIMP junto con el Ministerio de Salud resuelven estas situaciones mediante hechos en conjunto para recibir atenciones en otro tipo de centro (El Peruano, 2018).

CONCLUSIÓN:

El centro de atención para el adulto mayor en la ciudad de Tingo María, será un centro de atención residencial mixto, ya que brindará sus servicios tanto de día como de noche a los adultos mayores dependientes como a los adultos mayores independientes.

En el caso de los adultos mayores dependientes, se diseñará un sector exclusivo para ellos, en donde, en lo posible se evite atravesar ambientes por medio de escaleras y se les brinde un sistema de circulación más horizontal que vertical.

A diferencia de los adultos mayores dependientes, los adultos mayores independientes estarán en habitaciones cuya ubicación permita la transición de ambientes de una forma más variada, mediante escaleras y rampas.

Aunque haya un centro para el adulto mayor en el Perú, estos no cuentan con una normativa establecida, por lo que no tomaremos como referencia ninguno de los modelos existentes en el Perú, ya que las condiciones físicas y ambientales de los modelos son completamente distintos a la de la selva peruana. Para ello hemos ampliado nuestra investigación a nivel internacional, donde tomaremos referentes que han resuelto las condiciones climáticas a través de la arquitectura según lo que exige su normativa, la cual también tendremos en cuenta al momento de diseñar.

En cuanto a salud, el centro contará con un tipo de tratamiento completamente diferente al que se utiliza en la actualidad. Si bien existen centros de medicina integrativa en el mundo, en el Perú apenas es un término que se está tomando en cuenta recientemente, pero no existe un centro como tal y mucho menos uno específico que trate a las personas adultas mayores.

Por esta razón, para obtener calidad espacial y de emplazamiento, estudiaremos centros que enfatizan en estos aspectos, con el fin de adaptar el centro al entorno y no el entorno al centro.

Sin embargo, aunque el objetivo no sea que el lugar se adapte al centro, es importante que el entorno, ya sea la propia naturaleza o incluso los habitantes, puedan tener un vínculo con el centro a través de un espacio comunitario, de modo que el centro no solo se adapte al lugar mediante formas, alturas y materiales, sino que se adapte mediante la aceptación de sus habitantes.

4.6. TIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL ENFOCADO A LA FAMILIA Y A LA COMUNIDAD

4.6.1. Principios de este tipo de Atención

- *Centrado en las personas*, Se trata de implantar un modelo de relación entre el equipo de salud y las personas, sus familias y la comunidad, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud, que considera la vivencia y sufrimiento de estas, pone énfasis en los derechos y obligaciones de las personas, tanto del equipo de salud como de las personas usuarias.
- *Promocional y Preventivo*, Se trata de mantener una actitud anticipatoria y proactiva por parte del equipo de salud en el cuidado de la población.
- *Enfoque de Salud Familiar* Se entiende el enfoque familiar y está presente en la intervención de todos los principios del modelo de atención.
- *Integral Implica una mirada holística del ser humano*, Tenemos, la biopsicosocial espiritual, cultural y emocional, lo que indica considerar el sistema de creencias y significados que las personas le dan a los problemas de salud y las terapias socialmente aceptables.
- *Participación social en salud*, Es lograr y mantener una comunidad saludable, es decir mejorar sus resultados en salud como resultado de la acción conjunta del sistema de salud y otras zonas generando una comunidad activa.

CENTRADO Y PARA LAS PERSONAS



Gráfico 4.6: Atención hacia las personas.
Fuente: Elaboración Propia.

SE DARÁ SALUD INTEGRAL

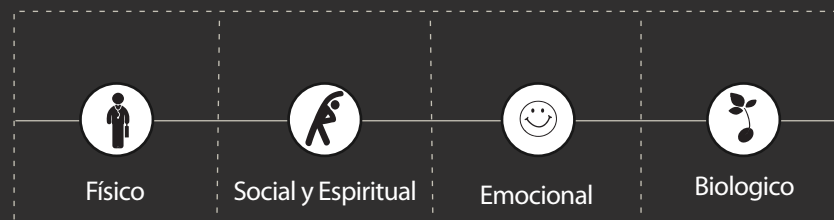


Gráfico 4.7: Atención integral.
Fuente: Elaboración Propia.

PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

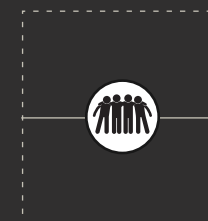


Gráfico 4.8: Participación Social.
Fuente: Elaboración Propia.

4.7. TIPOS DE LONGEVIDAD

4.7.1. Morbilidad comprimida

Tiene como fin eliminar las dolencias crónicas de la vejez, mediante procesos poco visibles, pero no tiene una visión sobre como tratar o curar las enfermedades. Es decir, la morbilidad comprimida no busca aumentar la frontera vital, sólo pretende extender la esperanza de vida. Es un modelo limitado a sensaciones que no refuerza la calidad de vida de un adulto mayor y se espera que con los procesos que proponen la mayor parte de la población alcance edades avanzadas con un buen funcionamiento, presentando después un rápido final. (Salvador Carulla L, 2004)

4.7.2. Envejecimiento retardado

Tiene como objetivo retardar los procesos básicos del envejecimiento con el fin de lograr una mayor esperanza de vida y una frontera vital mayor al rango que conocemos (expansión vital). (Salvador Carulla L, 2004)

4.7.3. Envejecimiento detenido o reversible

Tiene como finalidad restaurar la vitalidad de forma continua, restituyendo el desarrollo del envejecimiento desde una edad avanzada, mediante la supresión de los daños causados por los procesos del metabolismo de un adulto mayor. (Salvador Carulla L, 2004).

4.7.4. Modelo Ecológico

Este modelo presenta a la familia como sistema importante para el adulto mayor, estar rodeado de familiares ayudara en su salud emocional. Como segundo biosistema tenemos el entorno donde se encuentre, todo lo que le rodea, es imprescindible un lugar que genere amabilidad y calidez para generar salud.

4.8. TAYTA WASI

Los servicios que ofrece este programa son de carácter ambulatorios y se desarrollan dentro de los establecimientos de salud del primer nivel.

4.6.1. Actividad Física

-Se realizan actividades físicas mediante ejercicios supervisados y adecuados a su capacidad, con frecuencia de 30 minutos diarios. De ser posible estos ejercicios deben realizarse en compañía de la familia o amigos.

-Desempeñan tareas diarias.

-Realizan juegos de memoria, como sudoku, crucigrama, mandalas, pupiletras, ajedrez entre otros.

4.6.2. Alimentación Saludable

-Se realiza un control nutricional.

-Se otorgan dietas para el consumo de alimentos ricos en fibra. Como frutas, verduras, tubérculos y cereales. Así mismo, las dietas disponen de un porcentaje de alimentos ricos en proteínas como: carnes, pescado, huevos y aves.

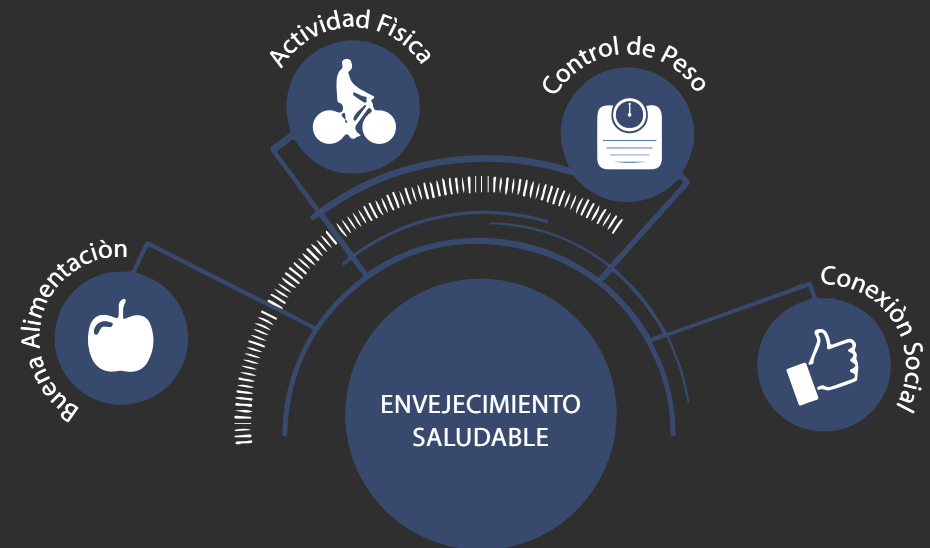


Gráfico 4.9: Actividades Tayta Wasi.

Fuente: Nestlé.

4.9. CRITERIOS DE DISEÑO DE UN CENTRO PARA EL ADULTO MAYOR

4.10.1. Medidas típicas de acceso y circulación una persona con movilidad reducida.

Esta norma actualizada, tiene como finalidad que todas las personas independientemente de su condición, puedan acceder y dar uso los establecimientos sin presentar ninguna dificultad. Este cambio,

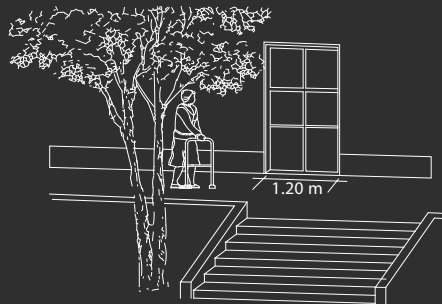


Gráfico 4.10: INGRESO mínimo 1.20.

Fuente: Norma Técnica A.120, MVCS, 2019

permite que las edificaciones sean más amigables con todos los usuarios ya que tiene un sentido de inclusión y aceptación a todas las personas en general. Los criterios van más allá de rutas accesibles, incluyendo estrategias de señalización visual y Podotáctil.



Gráfico 4.11: CIRCULACIÓN.

Fuente: Norma Técnica A.120, MVCS, 2019



Gráfico 4.12: ACCESO A DESPACHO (CONSULTORIO).

Fuente: Norma Técnica A.120, MVCS, 2019

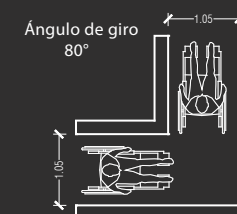
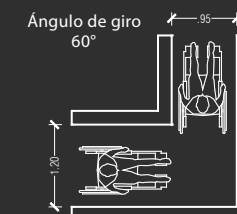


Gráfico 4.13: INTERSECCIONES.

Fuente: Norma Técnica A.120, MVCS, 2019



4.10.2. Medidas típicas de medios de transporte peatonal para una persona con movilidad reducida.

Si bien es cierto que no todos los adultos mayores son personas con movilidad reducida o con discapacidad, éstos centros, los consideran como fundamento antropométrico para el diseño general de los ambientes. Ésto se debe que existe una cantidad significativa de

adultos mayores que tienen visibilidad reducida, dificultades auditivas y dolores en las articulaciones o incluso desorientación. Éstas condiciones dan lugar a que el adulto mayor necesite del apoyo de un elemento para su transición, ya sea temporal o permanentemente, como los andadores, bastoneras, bastones, muletas o sillas de ruedas.

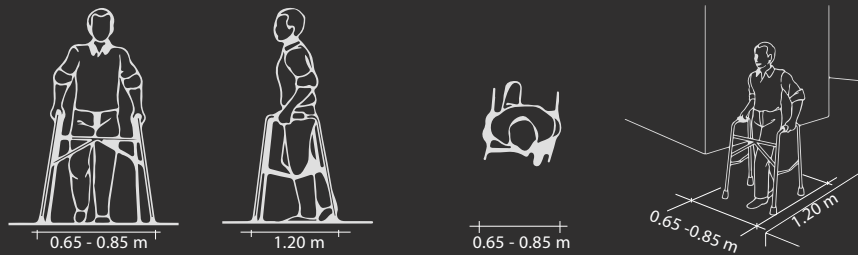


Gráfico 4.14: ANDADORES.

Fuente: *Discapacidad y Diseño accesible*, J. Huerta, 2007.

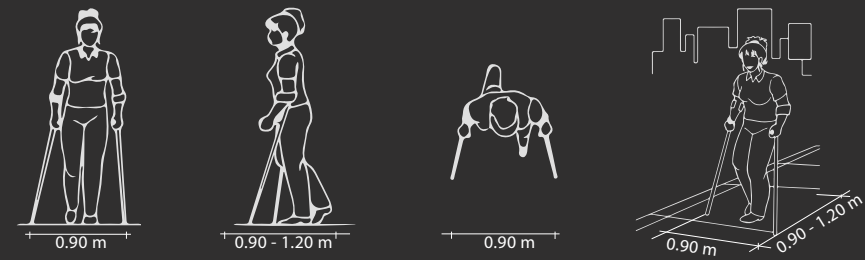


Gráfico 4.15: BASTONERAS.

Fuente: *Discapacidad y Diseño accesible*, J. Huerta, 2007.

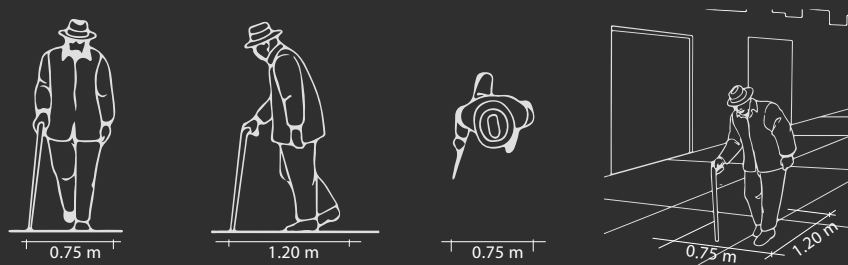


Gráfico 4.16: BASTÓN.

Fuente: *Discapacidad y Diseño accesible*, J. Huerta, 2007.

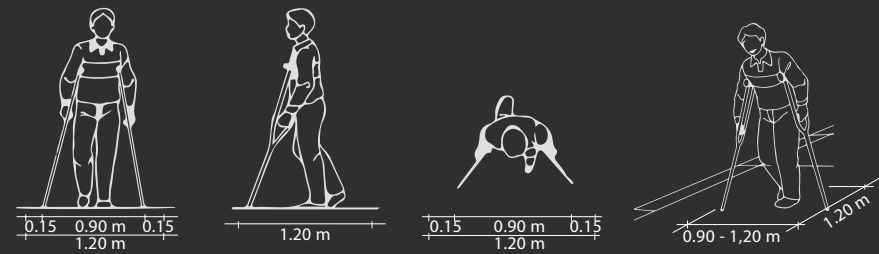


Gráfico 4.17: MULETAS.

Fuente: *Discapacidad y Diseño accesible*, J. Huerta, 2007.

4.10.3. Medidas típicas de deslizamiento en silla de ruedas.

Para el uso de éste elemento de transporte se requiere que el diseño de los espacios tengan las dimensiones suficientes, teniendo en cuenta los mobiliario existentes. Éste espacio debe tener como mínimo 1.50 m el cuál permita que la silla de ruedas gire sobre su propio eje sin ningún impedimento.

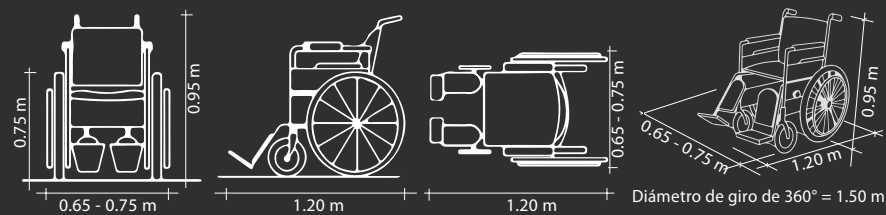


Gráfico 4.18: SILLA DE RUEDAS.

Fuente: Discapacidad y Diseño accesible, J. Huerta, 2007.

Además de ello, en todos los ambientes donde vaya a estar una persona con discapacidad o adulto mayor dependiente, se debe tener en consideración, aunque no siempre lo requieran, un espacio para el acompañante del usuario.

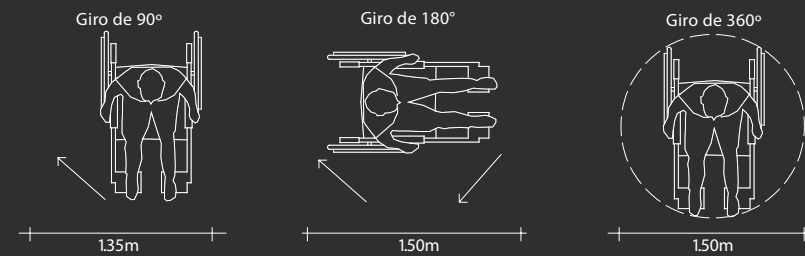


Gráfico 4.19: RADIO DE GIRO - SILLA DE RUEDAS.

Fuente: Discapacidad y Diseño accesible, J. Huerta, 2007.

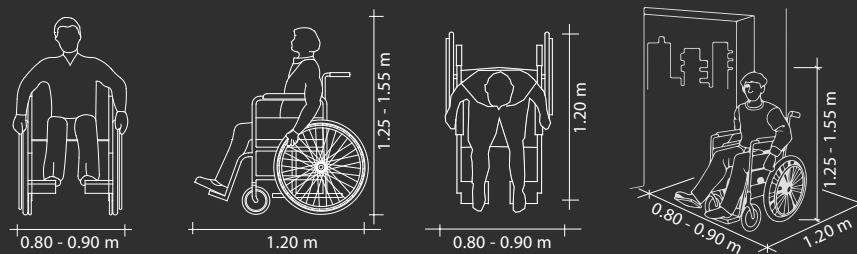


Gráfico 4.20: DESLIZAMIENTO INDEPENDIENTE - SILLA DE RUEDAS.

Fuente: Discapacidad y Diseño accesible, J. Huerta, 2007.

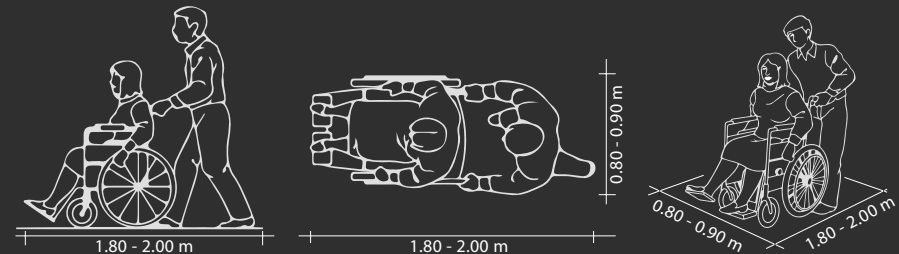


Gráfico 4.21: DESLIZAMIENTO ASISTIDO - SILLA DE RUEDAS.

Fuente: Discapacidad y Diseño accesible, J. Huerta, 2007.

4.10.4. Equipos sanitarios una persona con movilidad reducida.

El lavatorio debe ser de tipo ménsula y su borde frontal debe ubicarse a 80 u 85 cm del suelo, por otro lado el espejo frente a los lavatorios deben poder ser utilizados por niños, personas pequeñas, como por personas con movilidad reducida o discapacitada en sillas de rueda.

Para ello, debe tener una colocación a baja altura, cerca del borde. El inodoro debe estar ubicado a 40 cm de la pared lateral, con un espacio de maniobra mínimo de 100 cm, desde el centro del inodoro. La altura del asiento debe ser entre 43 a 47 cm.

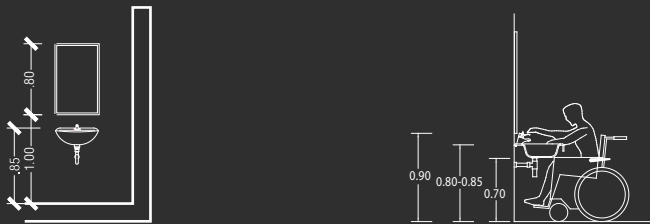


Gráfico 4.22: LAVATORIO.
Fuente: Norma Técnica A.120, MVCS, 2019

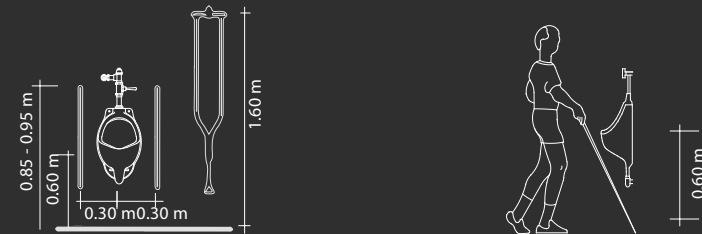


Gráfico 4.23: URINARIO.
Fuente: Norma Técnica A.120, MVCS, 2019

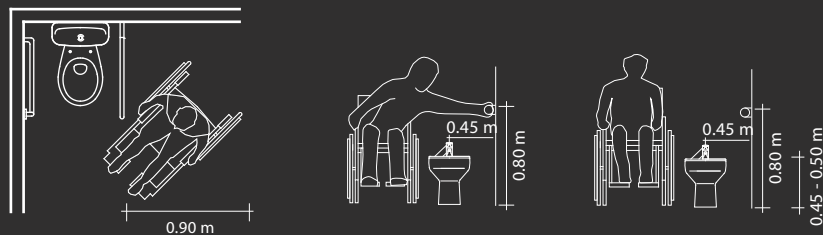


Gráfico 4.24: INODORO.
Fuente: Norma Técnica A.120, MVCS, 2019



Gráfico 4.25: INODORO.
Fuente: Norma Técnica A.120, MVCS, 2019

4.10.5. Servicios Higiénicos una persona con movilidad reducida.

El grifo del lavatorio debe ser de tipo palanca. El pulsador de descarga del inodoro y el porta papel higiénico deben situarse de forma funcional para garantizar la agilidad de su uso. Es obligatoria la presencia de un llamador desde los servicios higiénicos. Se deben colocar barras

horizontales en ambos lados del inodoro. Para ello, lo ideal son las barras abatibles, situadas a 75 cm. En la ducha se recomienda un asiento ubicado a 43 o 47 cm del suelo, así como las barras de apoyo ubicadas a 75 cm. Se recomienda que el plato de ducha esté al ras del suelo.

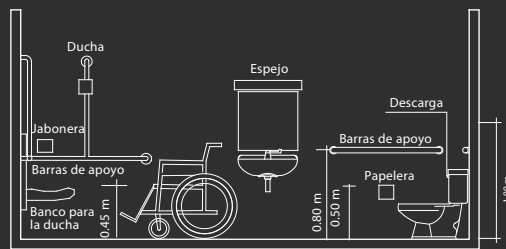
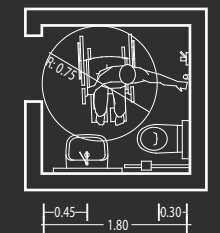


Gráfico 4.26: MOBILIARIO.
Fuente: Norma Técnica A.120, MVCS, 2019



- SS.HH:
- 0.90m mínimo de ingreso.
 - 0.80m máximo de altura de baranda.
 - 1.50x2.00 dimensiones mínimas internas
 - 0.75 de radio de giro en silla de ruedas

Gráfico 4.27: DIMENSIONES MINIMAS EN SERVICIOS HIGIENICOS.
Fuente: Norma Técnica A.120, MVCS, 2019



Gráfico 4.28: MOVILIDAD DEL DISCAPACITADO - INODORO.
Fuente: Norma Técnica A.120, MVCS, 2019

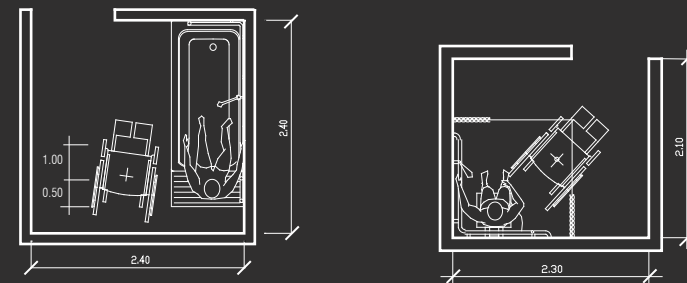


Gráfico 4.29: ESPACIO LIBRE PARA DISCAPACITADO EN DUCHA Y TINA.
Fuente: Norma Técnica A.120, MVCS, 2019

4.10.6. Modulación de ambientes una persona con movilidad reducida.

Todo edificio, que sea de carácter público o privado, debe tener accesos y espacios accesibles a todo el público según su condición, por lo que se deben permitir movimientos como cambios y giros de sentido en referencia a una silla de ruedas.

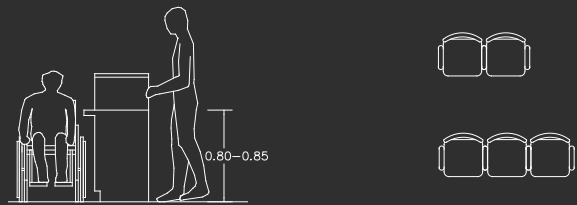


Gráfico 4.30: RECEPCIÓN Y BUTACAS.
Fuente: Norma Técnica A.120, MVCS, 2019

El tamaño mínimo de la cocina para una persona con discapacidad, está en relación por la facilidad de girar la silla de ruedas en 360°, de la misma manera sucede en los baños, una circunferencia vacía registrada por un diámetro de 150 cm.

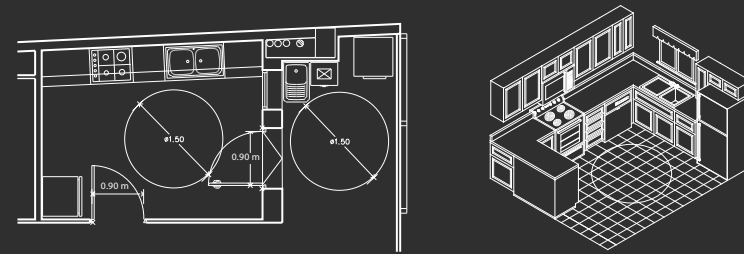


Gráfico 4.31: ÁREA LIBRE EN COCINA.
Fuente: Norma Técnica A.120, MVCS, 2019

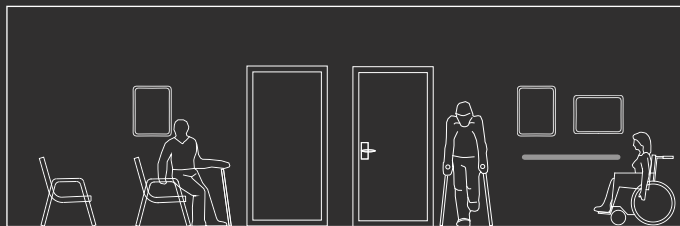


Gráfico 4.32: SALA DE ESPERA.
Fuente: Norma Técnica A.120, MVCS, 2019

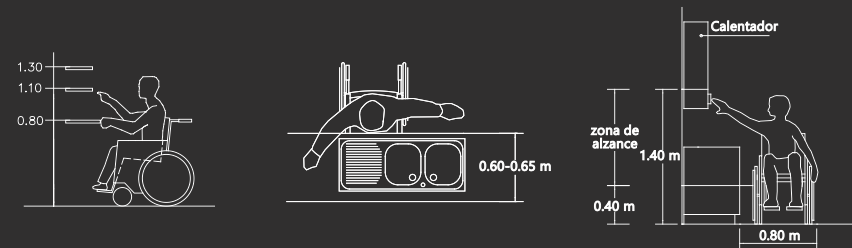


Gráfico 4.33: COCINA.
Fuente: Norma Técnica A.120, MVCS, 2019

El tamaño mínimo de un comedor para una persona con discapacidad, está dado por la posibilidad de girar en 360° la silla de ruedas, esto es, al igual que en los baños y la cocina, un círculo vacío inscrito en un diámetro de 150 cms.

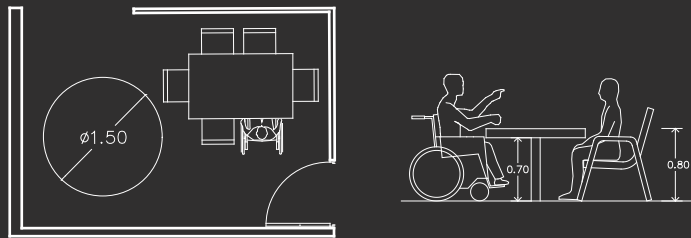


Gráfico 4.34: COMEDOR.
Fuente: Norma Técnica A.120, MVCS, 2019

La cama debe tener una altura mayor de 20 cm. Debería tener una altura que se aproxime a la altura de la silla de ruedas, 45 a 50 cm. Los dormitorios deben tener en cuenta un sector circular de rotación de 360° y barandas de apoyo alrededor de la cama para la circulación de la silla de ruedas.

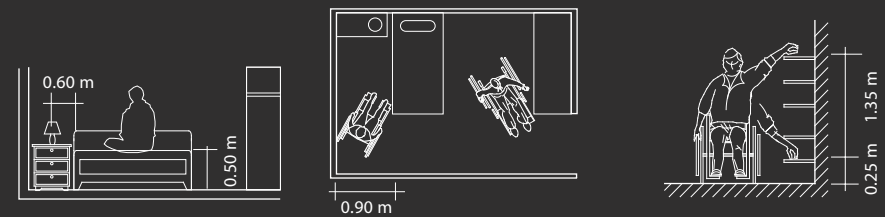


Gráfico 4.35: DORMITORIO.
Fuente: Norma Técnica A.120, MVCS, 2019

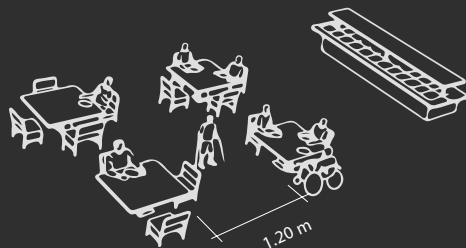


Gráfico 4.36: CAFETERIA O RESTAURANTE.
Fuente: Norma Técnica A.120, MVCS, 2019

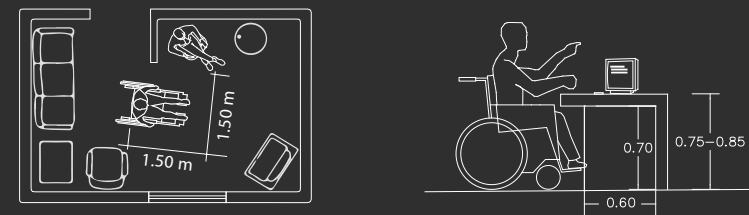


Gráfico 4.37: SALA DE ESTAR - ÁREA DE TRABAJO.
Fuente: Norma Técnica A.120, MVCS, 2019

4.10.7. Alcances de una persona con movilidad reducida.

El rango de movimiento vertical frontal para una persona con movilidad reducida o discapacidad varía entre 0.40 a 1.20 m y el rango de movimiento vertical lateral varía entre 0.25 a 1.35 m. Por lo que a altura recomendada para repisas y otros mobiliarios debe ser hasta 1.20 m

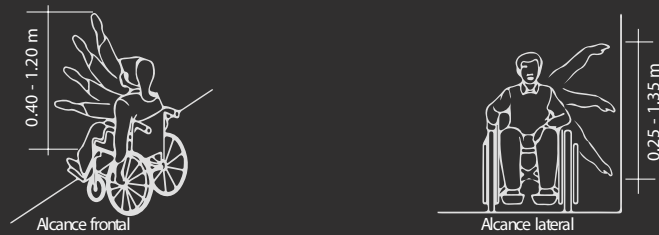
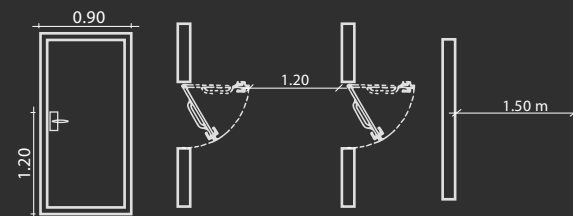


Gráfico 4.38: RANGO DE MOVIMIENTO.
Fuente: *Discapacidad y Diseño accesible*, J. Huerta, 2007.

como máximo. Ésto también se debe considerar en la ubicación de la cerradura de las puertas, en la altura de las ventanas, en los bebederos de agua, inclusive en la ubicación de los interruptores y tomacorrientes.



Cerradura:
-1.20 máximo de altura
Corredores:
-1.20m de espacio de separación entre puerta y puerta abierta
-1.50m min de espacio en circulación por ángulo de giro

Gráfico 4.39: PUERTAS - CORREDORES.
Fuente: *Norma Técnica A.120, MVCS, 2019*

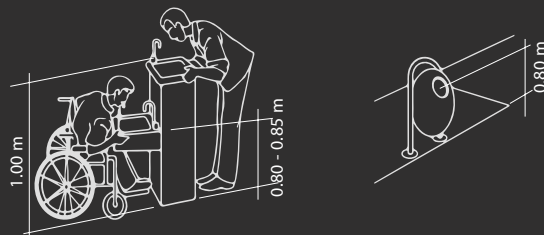


Gráfico 4.40: BEBEDERO Y TACHO DE BASURA.
Fuente: *Norma Técnica A.120, MVCS, 2019*

Cerradura:
-1.20 máximo de altura
Corredores:
-1.20m de espacio de separación entre puerta y puerta abierta
-1.50m min de espacio en circulación por ángulo de giro



Gráfico 4.41: ALCANCE VISUAL - DIMENSIONES LIBRES EN VEREDAS.
Fuente: *Norma Técnica A.120, MVCS, 2019*

Alfeizer:
-0.90 - 1.10 como máximo para que el discapacitado alcance a ver desde una silla de ruedas.

4.10.8. Circulación vertical una persona con movilidad reducida.

Los edificios que tienen varios pisos requieren de ascensores además de rampas de acceso para las personas con silla de ruedas, sin embargo, cuando hay desniveles, éstos se pueden reemplazar por otros

elementos que cumplan la misma función, los cuales tienen dos tipos de mecanismos para su funcionamiento, uno de ellos lo hace mecánicamente el otro manualmente como la oruga manual.

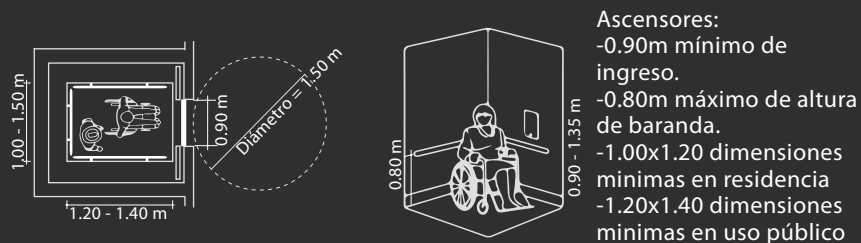


Gráfico 4.42: ASCENSOR.

Fuente: Norma Técnica A.120, MVCS, 2019



Gráfico 4.43: SALVA ESCALERA - ORUGA MANUAL PARA ESCALERA.

Fuente: Discapacidad y Diseño accesible, J. Huerta, 2007.



Gráfico 4.44: DISPOSICIÓN DE ESPACIOS EN GRADERÍAS.

Fuente: Discapacidad y Diseño accesible, J. Huerta, 2007.



Gráfico 4.45: PLATAFORMAS ELEVADORAS.

Fuente: Discapacidad y Diseño accesible, J. Huerta, 2007.

4.10.9. Circulación vertical para una persona con movilidad reducida.

El material de la superficie de la rampa debe ser de una textura antideslizante, sobre todo cuando se encuentra expuesta de ser cubierta de agua por las lluvias. De este modo, persona con discapacidad visual podría encontrar con mayor facilidad el principio y el fin de una rampa.

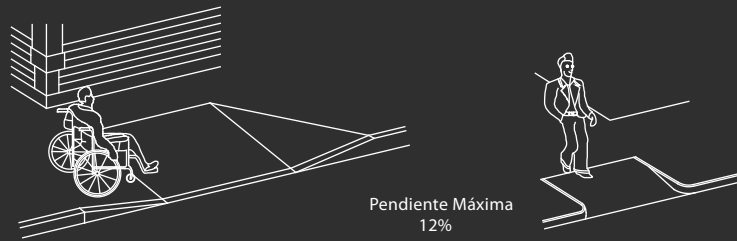


Gráfico 4.46: RAMPAS CON PENDIENTE ADECUADA EN VEREDAS.
Fuente: Norma Técnica A.120, MVCS, 2019

Toda rampa debe poseer pasamanos de soporte para los usuarios, para las personas con movilidad reducida y niños se considera una altura de 70 cm, y para los adultos se considera una altura de 0.85 a 0.95cm.

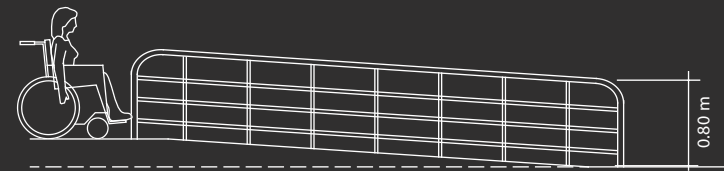


Gráfico 4.47: RANPA CON SUS CORRESPONDIENTES PASAMANOS.
Fuente: Norma Técnica A.120, MVCS, 2019

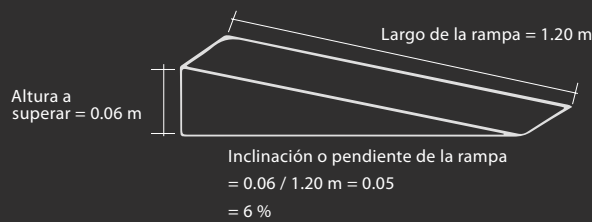


Gráfico 4.48: CÁLCULO DE LA INCLINACIÓN DE LA RANPA.
Fuente: Norma Técnica A.120, MVCS, 2019

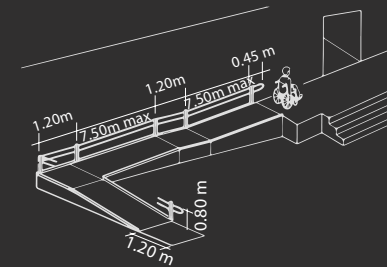


Gráfico 4.49: CONDICIONES REQUERIDAS PARA LAS RAMPAS.
Fuente: Norma Técnica A.120, MVCS, 2019

Cuando las rampas son de carácter público deben contar con un ancho de 1.40m como mínimo que asegure el libre tránsito. Para realizar giros y cambios de dirección se debe tener en cuenta una superficie plana perfectamente horizontal por cada uno de los cambios o movimientos.



Gráfico 4.50: RAMPA - PLANTA.
Fuente: Norma Técnica A.120, MVCS, 2019

Una rampa segura, es aquella que cuenta con bordes laterales, como sardineles o pequeños parapetos de 10 cm de altura como mínimo con la finalidad de evitar desvíos que ocasionen caídas accidentales.



Gráfico 4.51: DESARROLLO DE PLANTA EN CURVA.
Fuente: Norma Técnica A.120, MVCS, 2019

Rampa para discapacitados:

- 7.50m max de longitud
- 1.20m min de descanso
- 0.80cm altura de baranda
- 3.00m radio de giro

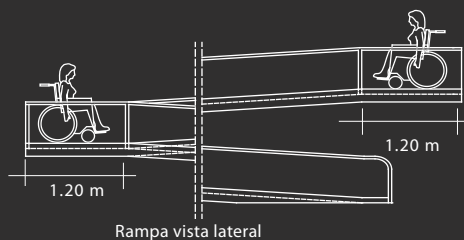
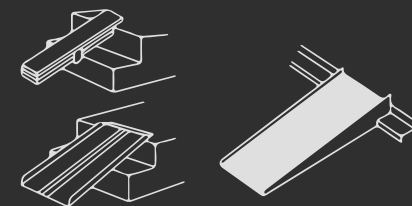


Gráfico 4.52: RAMPA - ELEVACIÓN.
Fuente: Norma Técnica A.120, MVCS, 2019



- Diferencias de nivel de hasta 0.25m 12%
- Diferencias de nivel de 0.26m - 0.75m 10%
- Diferencias de nivel de 0.76m - 1.20m 8%
- Diferencias de nivel de 1.21m - 1.80m 6%
- Diferencias de nivel de 1.81m - 2.00m 4%
- Diferencias de nivel mayores 2%

Gráfico 4.53: RAMPA PORTÁTIL METALICA- MADERA.
Fuente: Norma Técnica A.120, MVCS, 2019

4.10.10. Estacionamiento para una persona con movilidad reducida.

Generalmente se encuentran lo más cerca posible de las entradas, esto es para que cuando la persona baje del automóvil en cuestión, no tenga que recorrer grandes distancias que probablemente pudiera representarle un esfuerzo innecesario.

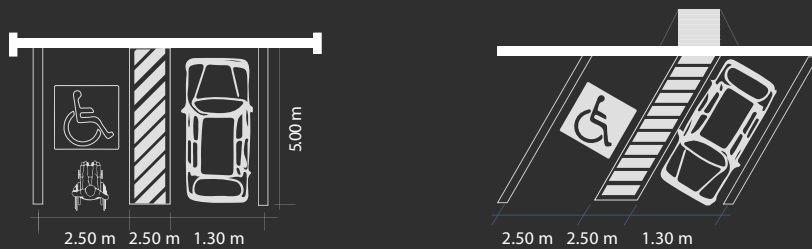
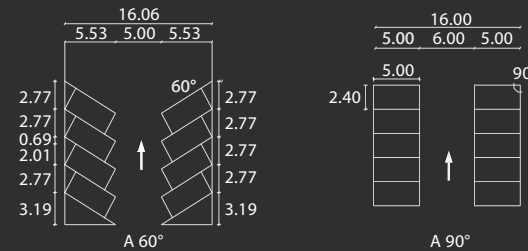


Gráfico 4.54: ÁREA EN ESTACIONAMIENTO PARA UN DISCAPACITADO.
Fuente: Norma Técnica A.120, MVCS, 2019

En éstos estacionamientos es necesario la ubicación de una señalización notoria y clara que proporcione exclusividad para éste tipo de usuarios.



- 0-5 estacionamientos -----0
- 6-20 estacionamientos -----01
- 21-50 estacionamientos -----02
- 51-400 estacionamientos -----02 por cada 50
- Mas de 400 estacionamientos --16 mas 1 por cada 100 adicionales

Gráfico 4.55: ÁREA DISCAPACITADOS POR CANTIDAD DE ESTACIONAMIENTOS.
Fuente: Norma Técnica A.120, MVCS, 2019

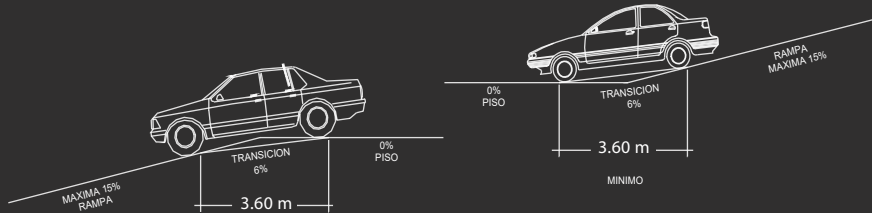
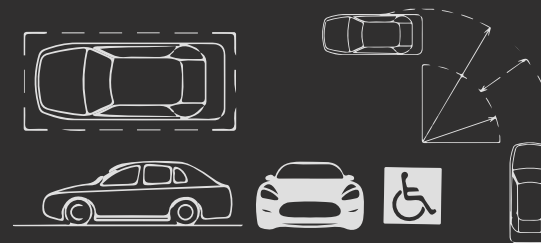


Gráfico 4.56: RAMPAS CON TRANSICIÓN.
Fuente: Norma Técnica A.120, MVCS, 2019



- 5.00m radio de giro
- 12% a 15% pendiente
- Aparcamiento a 60°:
- 4.50m ancho de vía
- 2.50mx5.00m medida plaza
- Aparcamiento a 90°:
- 6.00m-6.50m ancho de vía
- 2.50mx5.00m medida plaza
- E. discapacitados
- 2.50+1.30 ancho de plaza

Gráfico 4.57: ANCHO DE PLAZA Y RADIO DE GIRO.
Fuente: Norma Técnica A.120, MVCS, 2019

4.10.11. Ambientes típicos para un adulto mayor

En lo que concierne a una residencia para el adulto mayor, se debe considerar que existen dos tipos, el primero es una residencia externa e individual, ya que tiene ambientes destinados a servicio, como la cocina o lavandería.

El segundo tipo de residencia es interna a una institución, sin cocina incluida, por lo que cuenta con un comedor general que es compartido por otros residentes. Éste último, es un común en los centros residenciales para el adulto mayor.

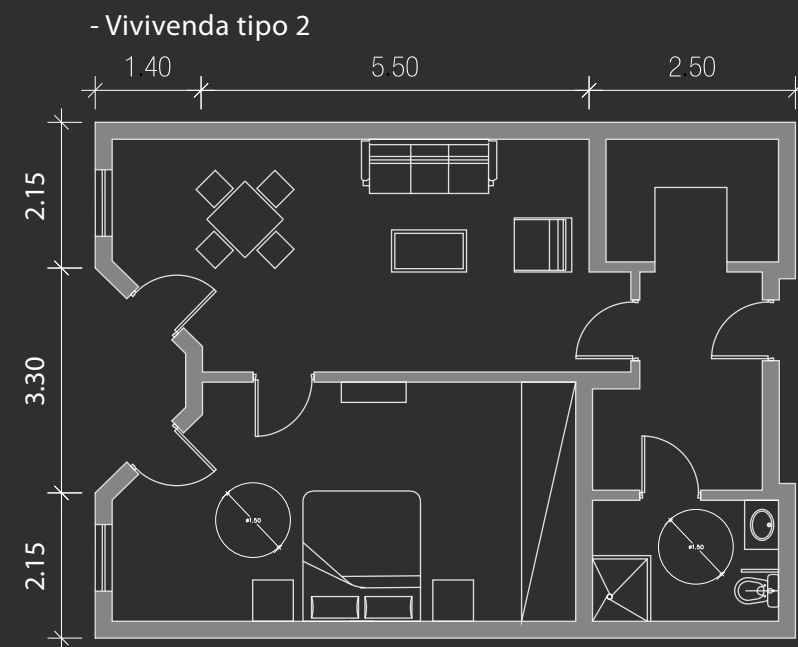


Gráfico 4.58: VIVIENDAS MATRIMONIALES.

Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, como residencia, se enfoca también en la diversidad de sus usuarios, respecto a su estado civil ya que puede estar destinado a personas con pareja, o en todo caso a personas individuales que requieran estar solas o en el caso contrario requieran de un compañero habitacional

Los espacios de una vivienda para una persona adulto mayor deben ser mayores principalmente en el área de las circulaciones. Así mismo, los mobiliarios deben estar lo más alejados de la circulación para evitar posibles accidentes.

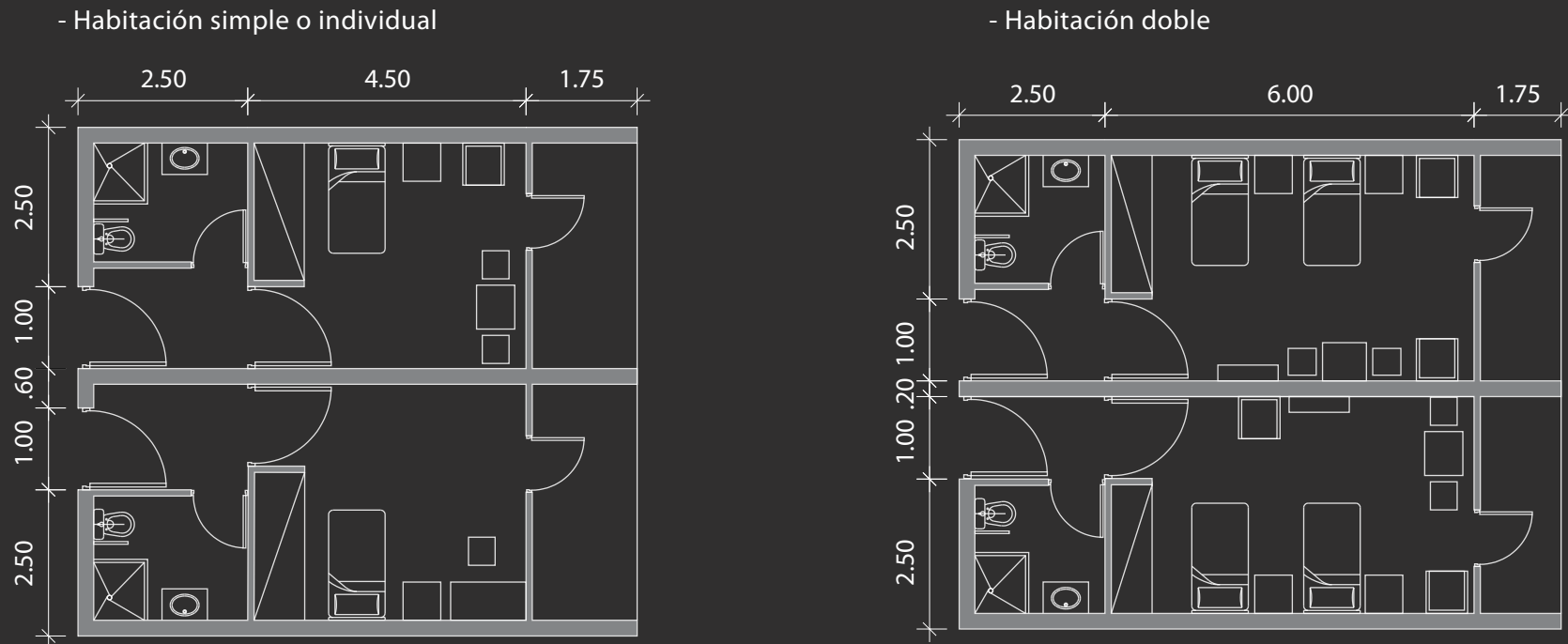


Gráfico 4.59: HABITACIONES SIMPLES Y DOBLES.

Fuente: Elaboración propia.

La normativa señala que si un ambiente cuenta con los criterios de diseño de una persona discapacitada, es por que cualquier persona la puede habitar. Para una mejor transición de los ambientes, la medida minima para la circulacion no debe ser menor a 0.90 y los espacios libres deben tener suficiente espacio para un radio de giro de 360°

para la silla de ruedas.

La mayoría de las viviendas o departamentos, tienen la posibilidad de ser adaptadas para que habite una persona adulta mayor, sin embargo, ésto dependera de la ubicación y el tipo de mobiliarios con se habiliten los espacios.

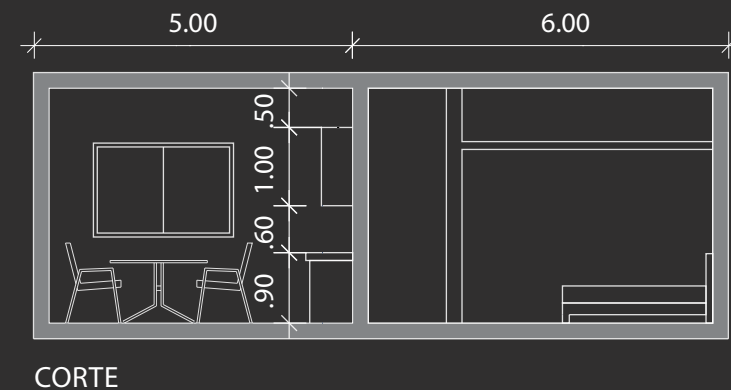
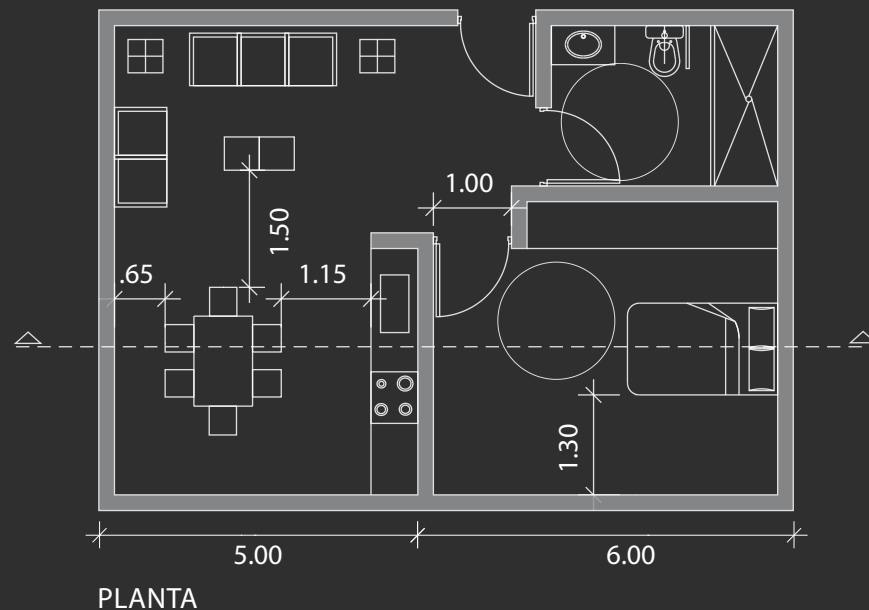


Gráfico 4.60: VIVIENDA ADAPTADA PARA UNA PERSONAS ADULTO MAYOR.

Fuente: Elaboración propia.

Los cuartos o espacios de rehabilitación para el adulto mayor deben contar con una cama para realizar terapias físicas cuyas dimensiones no deben ser menores a 3.5 m, lo suficiente para que alcance el paciente en la camilla y el personal a cargo de la terapia.

Los cerramiento de éstos ambientes, si es que se relacionan mediante un corredor común, pueden ser mediante puertas corredizas prefabricadas, mamparas con vidrio pavonado o cortinas. Caso contrario debe tener un ingreso directo a un ambiente mas amplio.

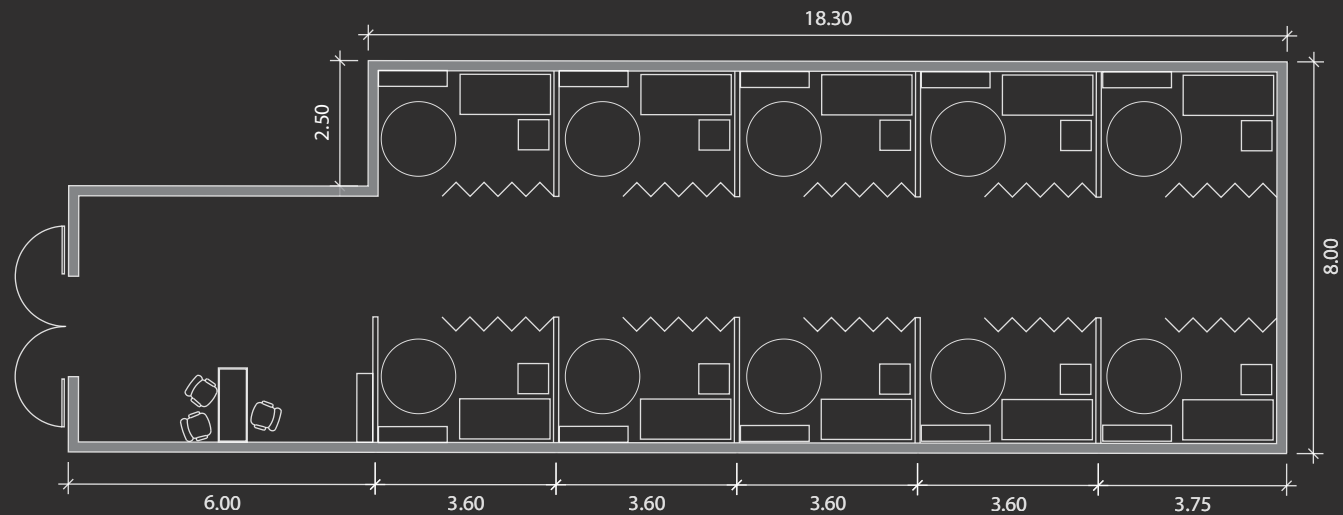


Gráfico 4.61: CUARTOS DE REABILITACIÓN.

Fuente: Elaboración propia.

Todo consultorio al igual que los cuartos de rehabilitación debe contar con un espacio libre con un radio de giro de 360°, además del escritorio para el médico especialista y lugar para la persona acompañante. Éstos ambientes también deben contar con un espacio previo, como

una sala de espera o vestíbulo.

Los consultorios además pueden estar acompañados de otros ambientes relacionados a su uso, como tópicos, triaje, y salas de observación.

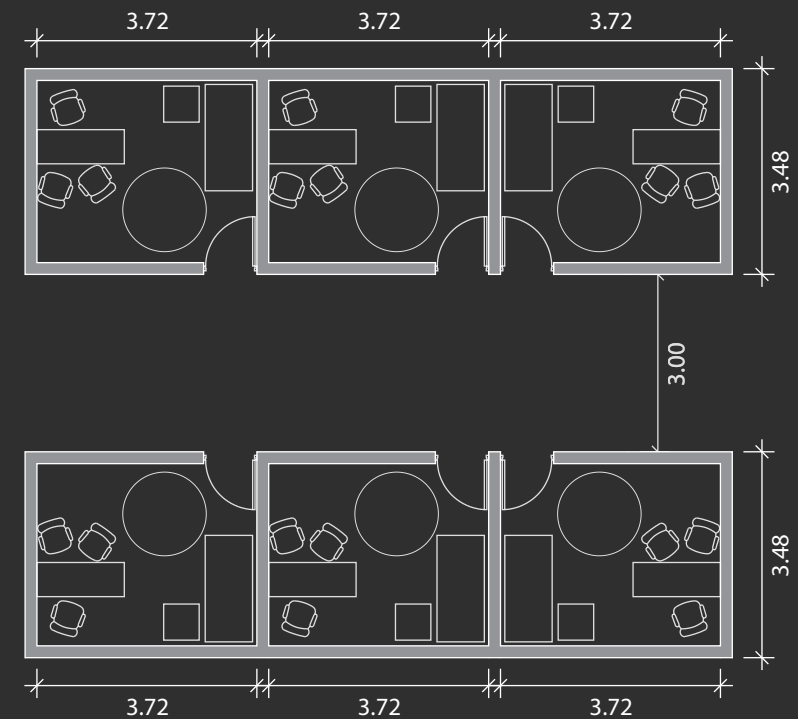
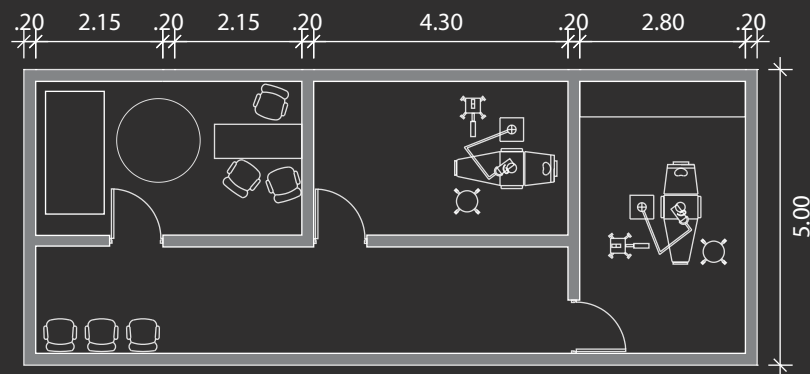


Gráfico 4.62: CONSULTORIOS.

Fuente: Elaboración propia.

Un centro de atención residencial debe contar con almacenes, ya sea que sea uno de gran envergadura, o varios distribuidos en todo el proyecto. El uso de los almacenes va a depender del uso de los ambientes mas cercanos a el.

Los almacenes en un centro residencial, pueden variar desde un almacén de limpieza, almacén de medicamentos, almacén de herramientas para talleres o biblioteca, incluso almacén de elementos perdidos.

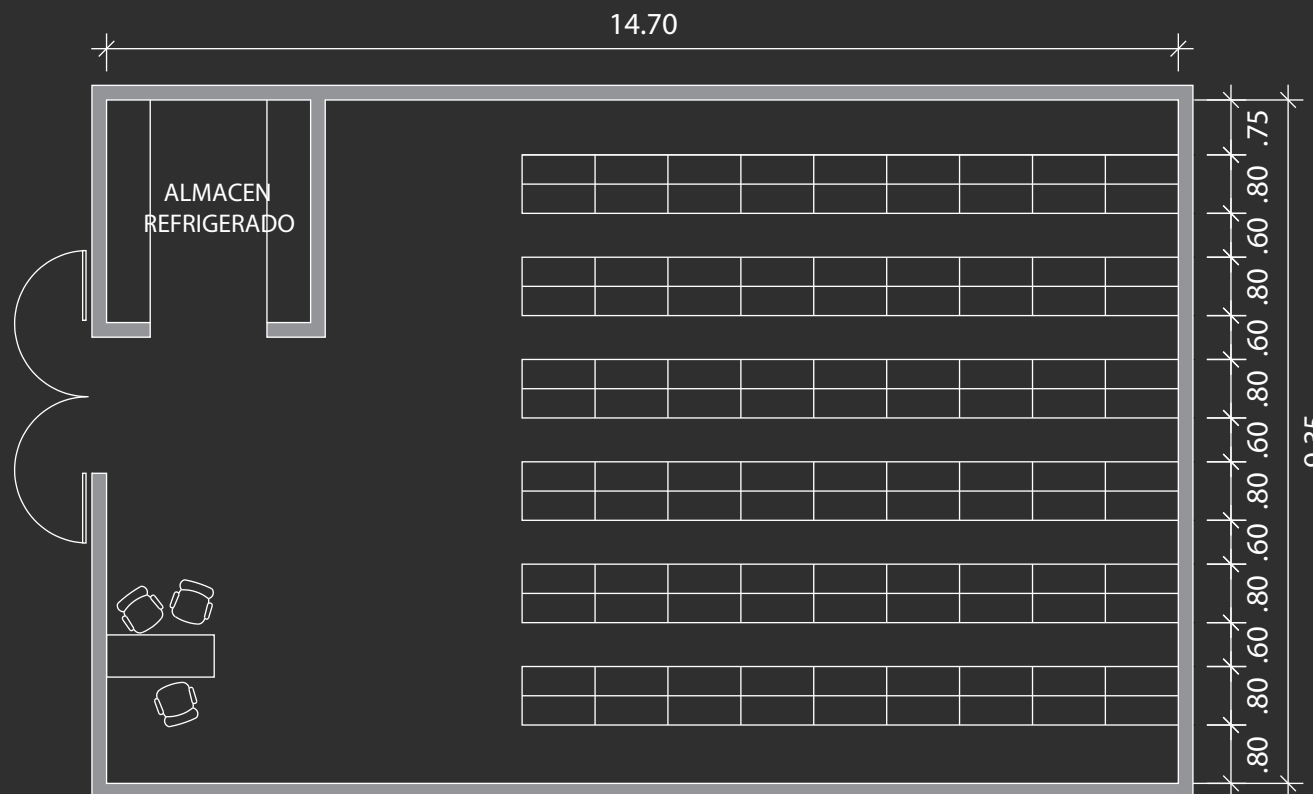
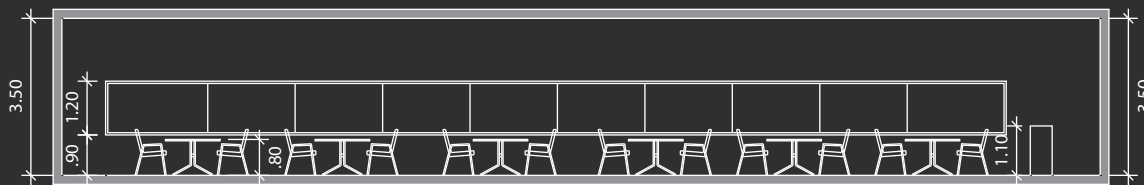


Gráfico 4.64: ALMACEN.
Fuente: Elaboración propia.

El comedor o cafetería debe contar con circulaciones eficientes, piso antideslizante, barras de apoyo y espacios libres para la ubicación de sillas de ruedas.

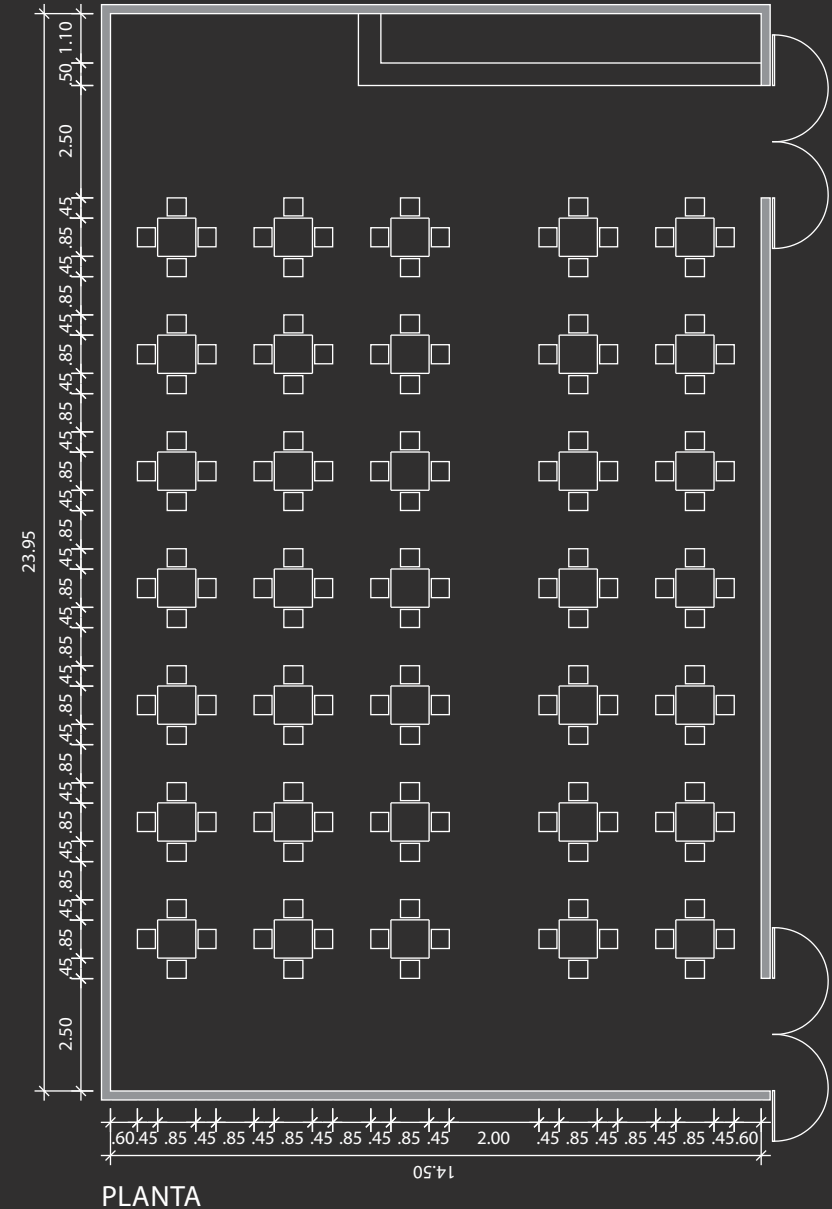
También debe contar con una barra de servicio, ubicada cerca del ingreso principal para que el acceso sea lo más directo posible y evitar la acumulación de personas.

La altura mínima de éstos ambientes no pueden ser menores a 3.50 m debido a su magnitud y el número de personas.



CORTE

Gráfico 4.65: CAFETERÍA.
Fuente: Elaboración propia.

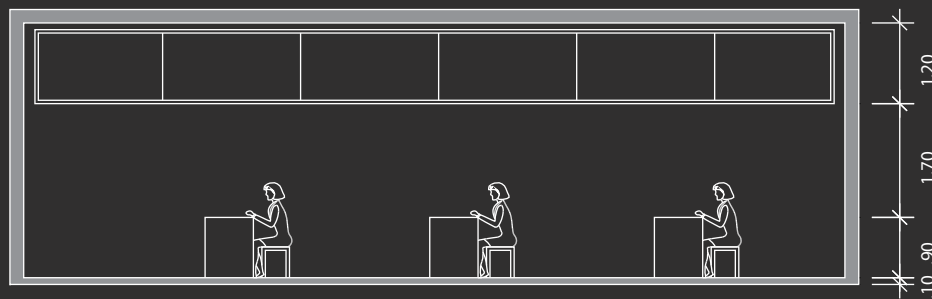


PLANTA

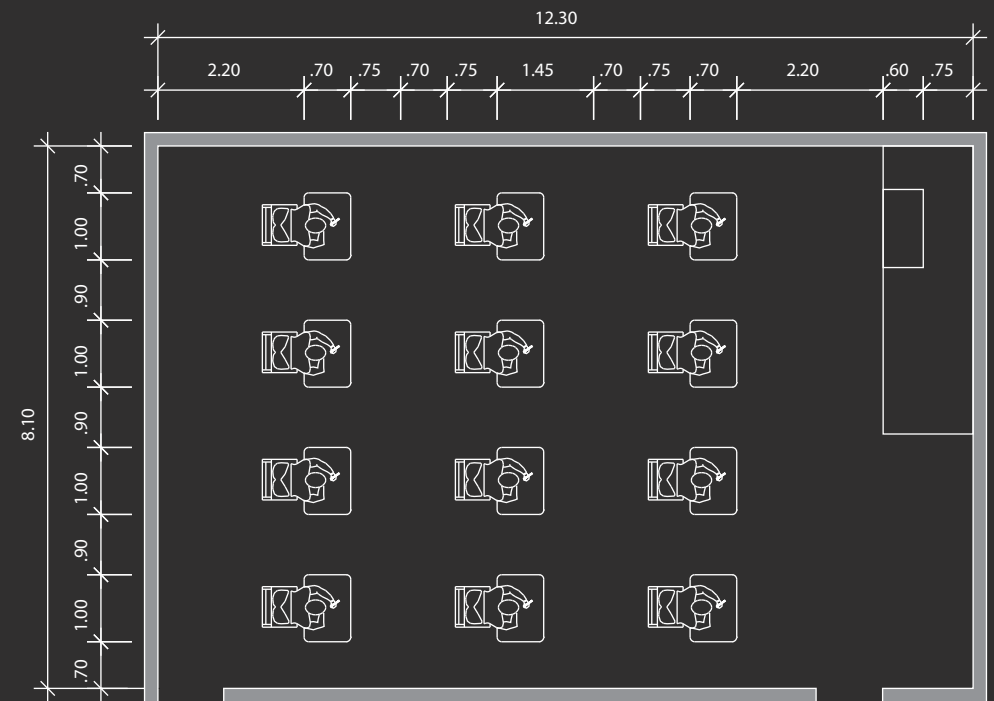
Los talleres principalmente tienen el objetivo de mantener activos a los adultos mayores pese a sus condiciones físicas y mentales.

Todos los talleres se pueden organizar, según lo permitan los mobiliarios, los cuales se pueden organizar para que sean de forma recta o radial.

Tanto las circulaciones como los ingresos deben ser mayores a 1.20 de ancho y las puertas de los accesos deben abrirse hacia afuera para una mejor evacuación, según lo indica los principios de defensa civil.



CORTE



PLANTA

Gráfico 4.66: TALLERES.
Fuente: Elaboración propia.

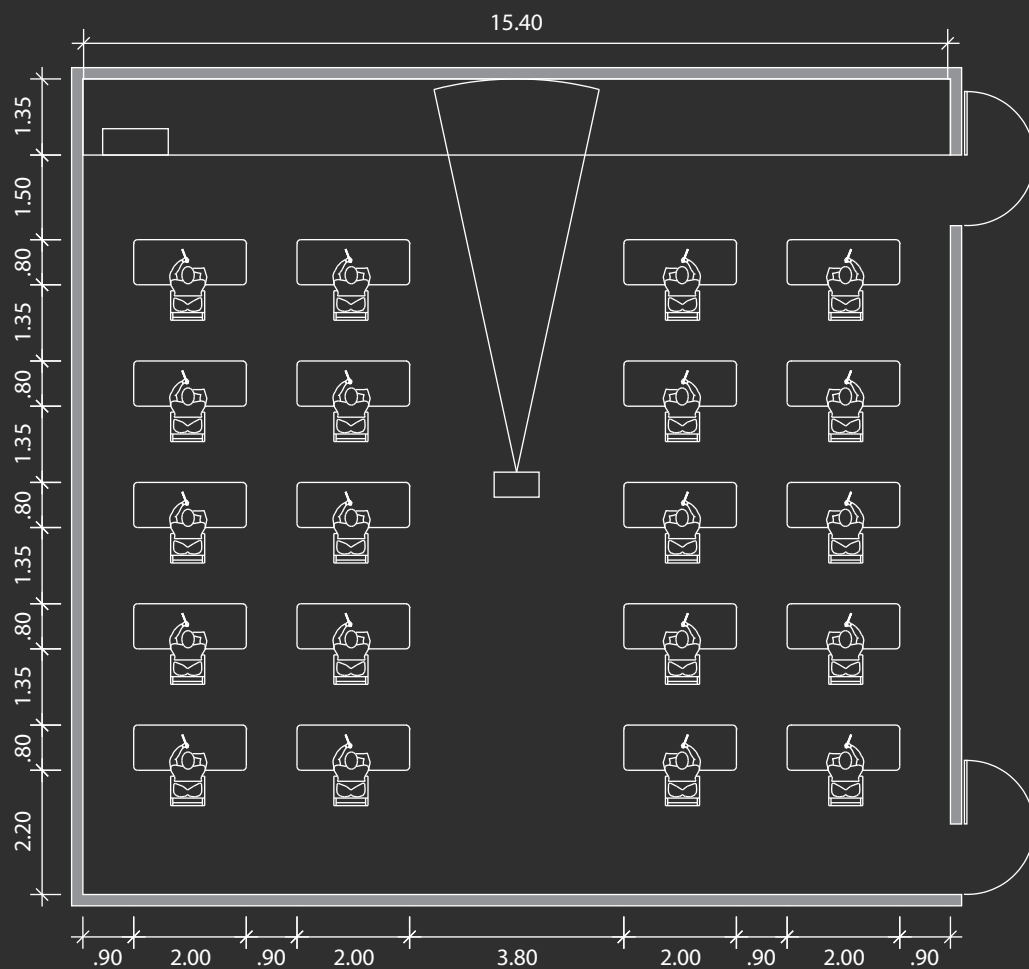


Gráfico 4.67: TALLERES.
Fuente: Elaboración propia.

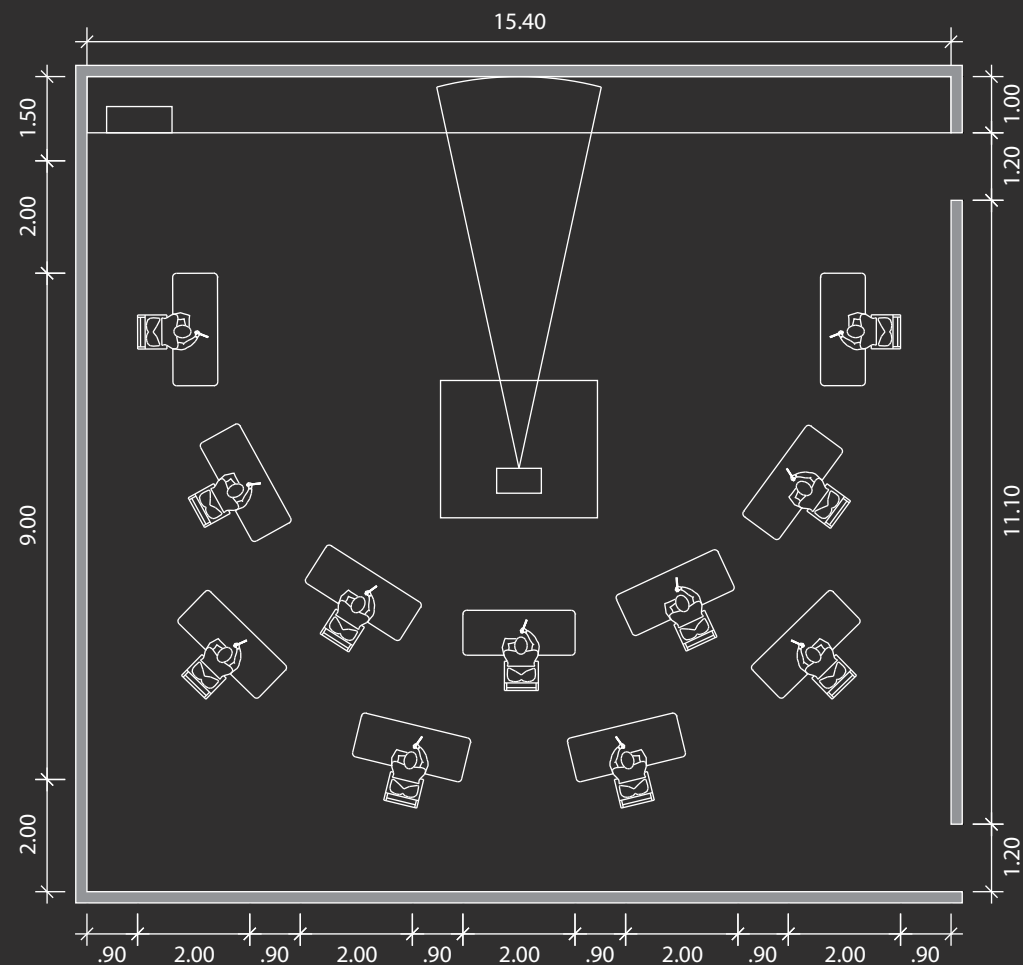
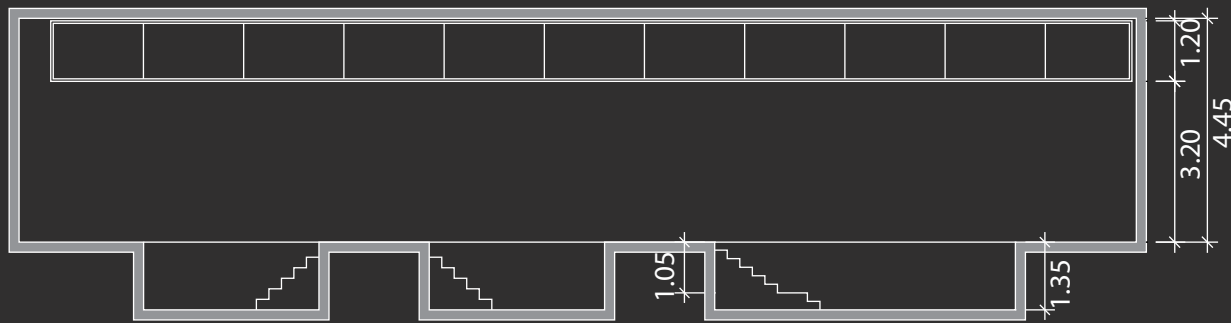


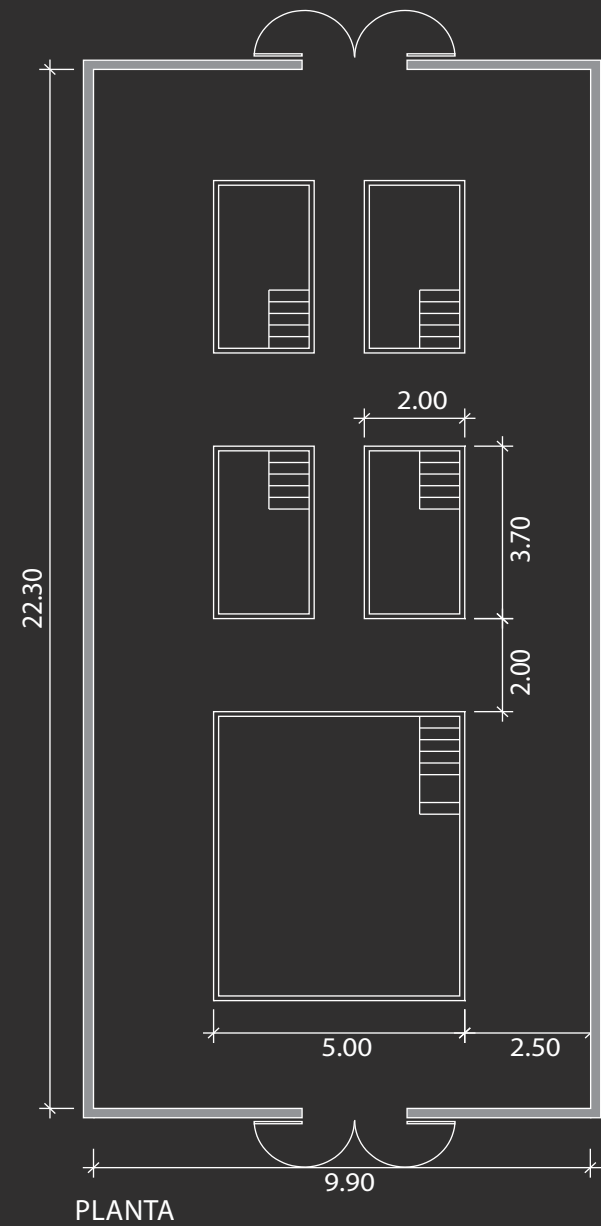
Gráfico 4.68: TALLERES.
Fuente: Elaboración propia.

La piscina en los centros residenciales para el adulto mayor, representa uno de los ambientes mas peligrosos para el usuario y se debe tener en consideracion varios elementos.

- Barras de seguridad en todo el borde interior de la piscina
- Piso antideslizante, con acabado de textura porosa en los alrededores de la piscina
- Piso color blanco en el interior
- Bordes ovalados en los filos de la piscina
- Escaleras de transición dentro de la piscina
- Circulaciones amplias con barras de seguridad.



CORTE



PLANTA

Gráfico 4.70: PISCINA.
Fuente: Elaboración propia.

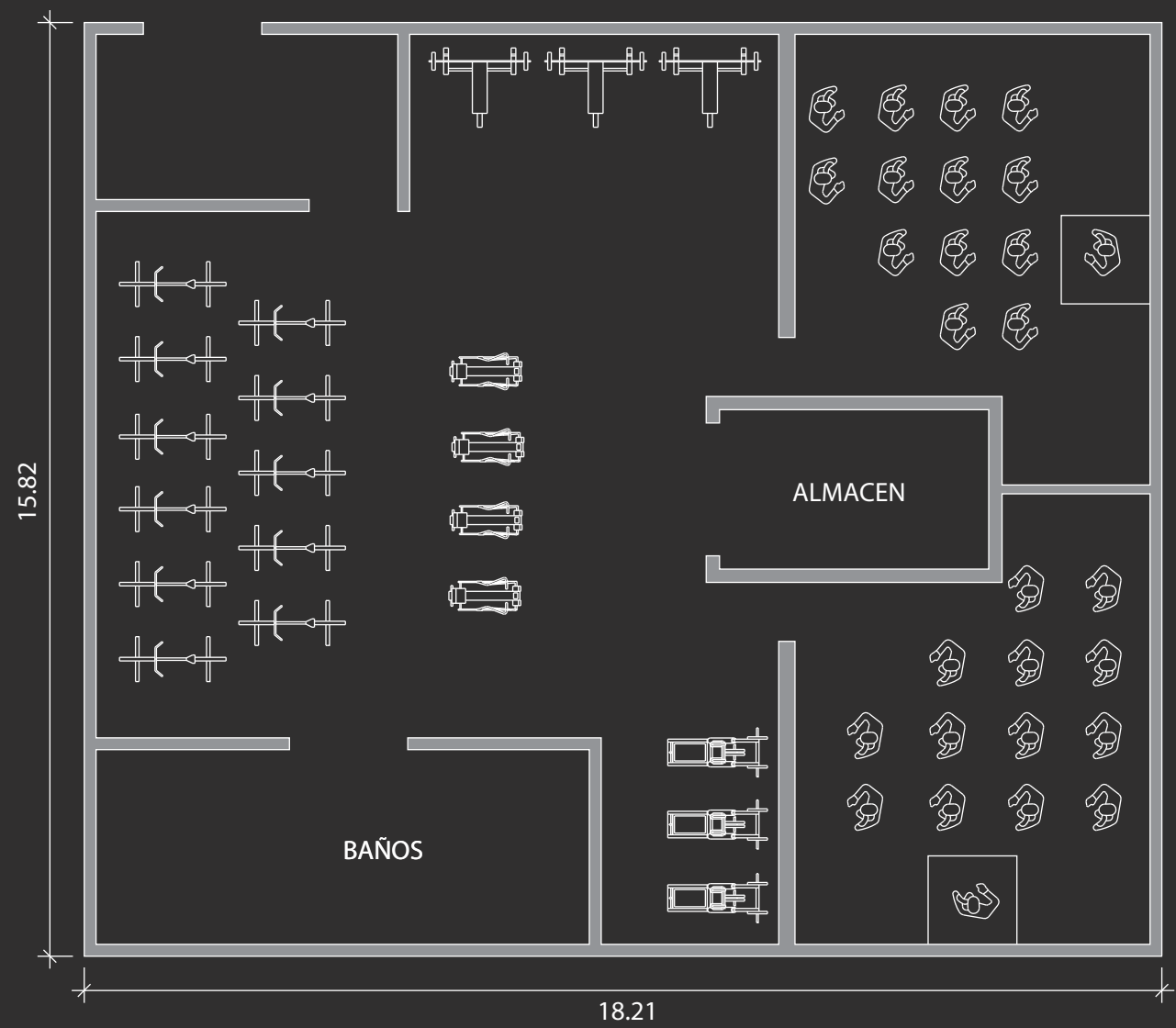


Gráfico 4.71: GIMNASIO.
Fuente: Elaboración propia.

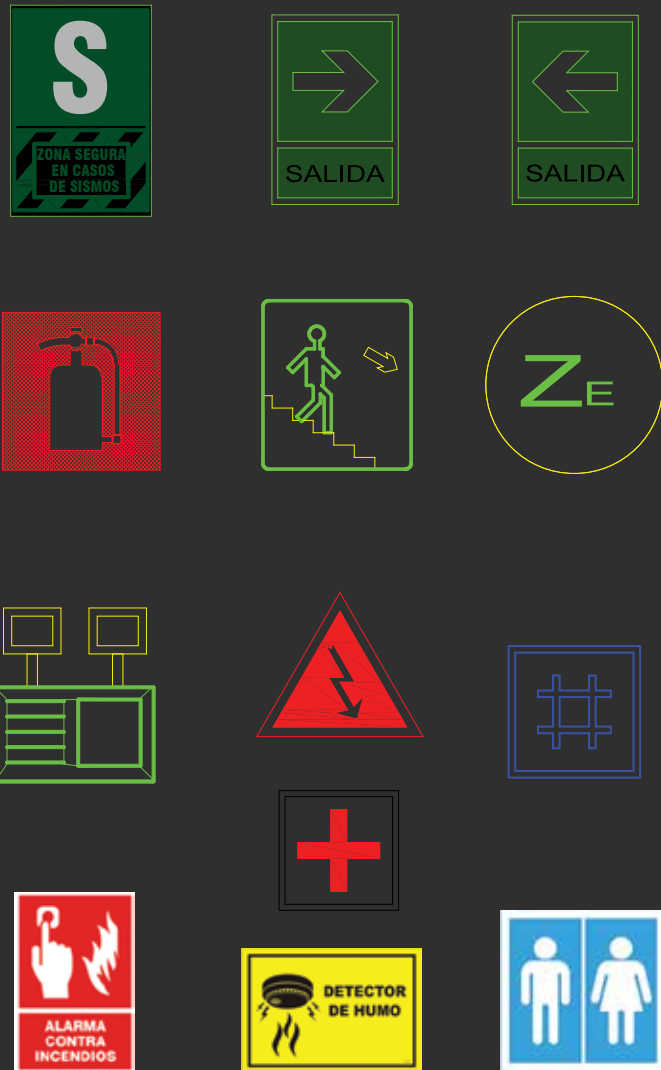


Gráfico 4.72: Elementos de señalización.
Fuente: Elaboración propia.

4.10.12. Señalización bajo la normativa Internacional DB- SUA
"Documento Básico de Seguridad de utilización y accesibilidad"

Los elementos de señalización, son de vital importancia en un centro para el adulto mayor, no solamente por que parte de sus instalaciones son de carácter publico, sino tambien, para dar un sentido de orientacion a aquellas personas que tienen periodos de perdida de memoria.

Es así que, para éste tipo de centro no solo se consideran las señalizaciones típicas, como imágenes que indican ciertos peligros o ambientes, si no que consideran, la utilizaciones de los colores y/o texturas en zonas de riesgo, como al inicio y fin de una escalera o rampa, o señalar mediante colores y/o texturas la actividad que se realiza en distintos ambientes.

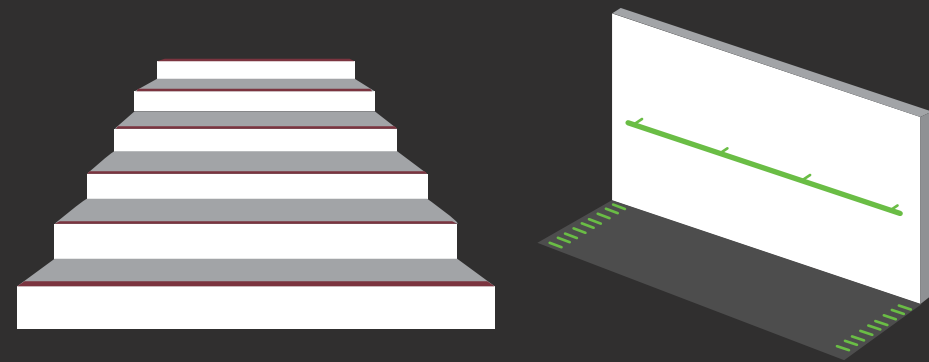


Gráfico 4.73: Señalización en la arquitectura.
Fuente: Normativa Internacional DB- SUA

4.10.13. Diseño bajo la normativa Internacional DB- SUA "Documento Básico de Seguridad de utilización y accesibilidad"

Hemos considerado una norma de diseño de nivel internacional, con el fin de darle una mayor calidad de vida al adulto mayor, debido a que nuestra norma nacional no especifica más criterios para el adulto mayor. Por lo que tomaremos en cuenta las más importantes de acuerdo a nuestro entorno escogido.

- Zonas ajardinadas: o con láminas de agua recordar disponer de señalización que permita su percepción por personas con discapacidad visual cuando el elemento no sea fácilmente perceptible.
- Graderíos en descenso: Barrera de protección aunque el desnivel de la primera grada sea inferior a 55.

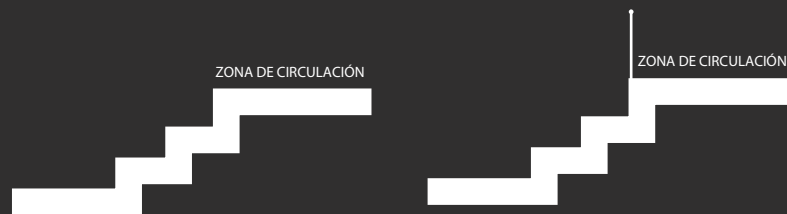


Gráfico 4.74: Barras de protección en graderíos.
Fuente: Normativa Internacional DB- SUA.

- Zonas húmedas en ingresos: 6 metros mínimos desde el interior del edificio hacia con un suelo menos deslizante. Mediante un elemento tipo felpudo.

- Las rampas expuestas a lluvia: Aplicar bandas antideslizantes en el pavimento, y la disposición de pasamanos, así como refuerzo en la iluminación del elemento.

CLASE EXIGIBLE A LOS SUELOS EN FUNCIÓN DE SU LOCALIZACIÓN	
LOCALIZACIÓN Y CARÁCTERÍSTICAS DEL SUELO	CLASE
ZONAS INTERIORES SECAS	
Superficies con pendiente menor que el 6%	1
Superficies con pendiente igual o mayor que el 6% y escaleras	2
ZONAS INTERIORES HUMEDAS, COMO LAS ENTRADAS A LOS EDIFICIOS DESDE EL ESPACIO EXTERIOR, TERRAZAS CUBIERTAS, VESTUARIOS, BAÑOS, ASEOS, COCINAS, ETC	
Superficies con pendiente menor que el 6%	2
Superficies con pendiente igual o mayor que el 6% y escaleras	3
ZONAS EXTERIORES. PISCINAS. DUCHAS	
Excepto cuando se trate de accesos directos a zonas de uso restringido	
En zonas previstas para usuarios descalzos y en el fondo de los vasos, en las zonas en las que la profundidad no exceda de 1.50m	

Cuadro 4.1: Tipo de suelo.

Fuente: Normativa Internacional DB- SUA.

- Bandas antideslizantes en escaleras: (con acabados muy rugosos similares al papel de lija) se considera suficiente una banda de 3 a 5 cm de anchura a no más de 5cm del borde exterior de cada huella.
- Bandas antideslizantes en un pavimento: continuo se considera suficiente bandas perpendiculares a la dirección de la marcha separadas no más de 10 cm entre ellas.

- Duchas: Tienen una base llamada placa que no se considera "suelo"; si ésta tiene una pendiente, debe ser de un material antideslizante para evitar accidentes.
- Discontinuidad del pavimento: No tendrá juntas que presenten un resalto de más de 4 mm. Los elementos salientes del nivel del pavimento deben ser puntuales y pequeños.
- Los desniveles: Si exceden los 5 cm se pueden resolver con pendientes que no excedan el 25%.
- Separadores de barandas: No deben tener aberturas que puedan ser atravesadas por una esfera de 10 cm de diámetro, exceptuándose las aberturas triangulares que forman la huella y la contra-huella de los peldaños con el límite inferior de la barandilla, siempre que la distancia entre este límite y la línea de inclinación de la escalera no exceda de 5 cm.

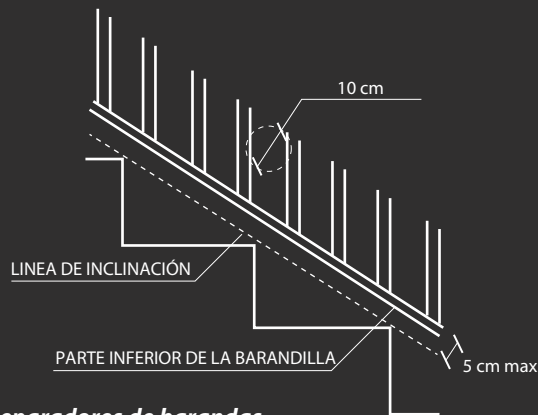


Gráfico 4.75: Separadores de barandas.
 uente: Normativa Internacional DB- SUA.

- Circulación de personas: El suelo no presentará perforaciones o huecos por los que pueda introducirse una esfera de 1,5 cm de diámetro. (verificar canaletas pluviales)
- Barreras para delimitar zonas de circulación: Tendrán una altura de 80 cm como mínimo.
- Las barreras de protección: Tendrán, como mínimo, una altura de 0,90 m cuando la altura que protegen no exceda de 6 m y de 1,10 m en el resto de los casos.



Gráfico 4.76: Barras de protección en edificaciones.
 uente: Normativa Internacional DB- SUA.

4.10.14. Diseño bajo la normativa Internacional DB- HD
"Documento básico de salubridad"

para usuarios de silla de ruedas y personas con discapacidad auditiva, contará con un sistema de alarma que transmita señales visuales visibles desde todo punto interior, incluido el aseo.

- Impermeabilización en muros: Debe realizarse mediante la colocación en el muro de una lámina impermeabilizante, o la aplicación directa in situ de productos líquidos, tales como polímeros acrílicos, caucho acrílico, resinas sintéticas o poliéster. Cuando el muro sea de fábrica debe recubrirse por su cara interior con un revestimiento hidrófugo, tal como una capa de mortero hidrófugo sin revestir, una hoja de cartón-yeso sin yeso higroscópico u otro material no higroscópico.

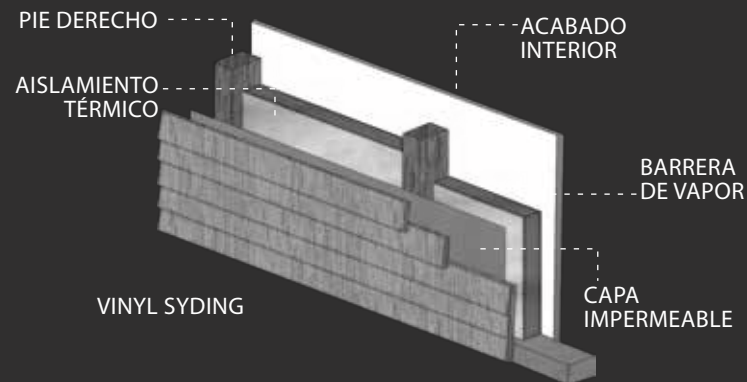


Gráfico 4.77: Protectores aislantes en muros.
Fuente: Normativa Internacional DB- HD.

- Impermeabilización en pisos: Debe disponerse una capa drenante y una capa filtrante entre el muro y el terreno, cuando existe una capa de impermeabilización, entre ésta y el terreno. También debe disponerse en la proximidad del muro un pozo drenante cada 50 m como máximo. El pozo debe tener un diámetro interior igual o mayor que 0,7 m

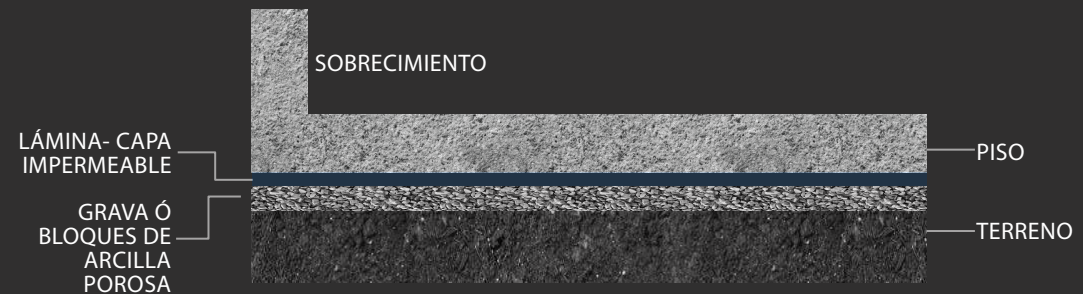


Gráfico 4.78: Protectores aislantes en losa.
Fuente: Normativa Internacional DB- HD.

Deben construirse canaletas de recogida de agua en la cámara del muro conectadas a la red de saneamiento o a cualquier sistema de recogida para su reutilización posterior.

Debe disponerse una red de evacuación del agua de lluvia en las partes de la cubierta y del terreno que puedan afectar al muro y debe conectarse aquélla a la red de saneamiento o a cualquier sistema de recogida para su reutilización posterior.

		PENDIENTE MÍNIMA EN	
		%	
TEJA	Teja curva	32	
	Teja mixta y plana monocanal	30	
	Teja plana marsellesa o alicantina	40	
	Teja plana con encaje	50	
PIZARRA		60	
TEJADO	zinc	10	
	Fibroemento	Placas simétricas de onda grande	10
		Placas asimétricas de nervadura grande	10
		Placas asimétricas de nervadura media	25
	Sintéticos	Perfiles de ondulado grande	10
		Perfiles de ondulado pequeño	15
		Perfiles de grecado grande	5
		Perfiles de grecado medio	8
		Perfiles nervados	10
	PLAZAS Y PERFILES	Galvanizados	Perfiles de ondulado pequeño
Perfiles de grecado o nervado grande			5
Perfiles de grecado o nervado medio			8
Aleaciones ligeras		Perfiles de nervado pequeño	10
		Paneles	5
		Perfiles de ondulado pequeño	15
	Perfiles de nervado medio	5	

Cuadro 4.2: Tipo de techo.

Fuente: Normativa Internacional DB- HD.

Se diseñará el centro residencial mediante los criterios de diseño adaptables a las condiciones del lugar, la normativa y los modelos de ambientes típicos de residencias para los adultos mayores pero sobre todo mediante la ética, la cual nos permitirá realizar un diseño que colabore con el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor.

Por lo tanto, según los criterios de diseño adaptables a las condiciones del lugar, la arquitectura combinará las formas sinuosas con materiales que transmitan liviandad en todos sus recorridos para que el adulto mayor disfrute de la vida desde dentro del centro y al mismo tiempo sienta que no ha perdido su libertad humana.

Así mismo, la arquitectura diseñada para las personas adultas mayores se adaptará a la normativa para personas discapacitadas, ya que los adultos mayores suelen desplazarse con los mismos elementos que una persona discapacitada. Por lo que el centro deberá cumplir con estas condiciones para beneficio del usuario, en este caso el adulto mayor.

Finalmente los modelos de ambientes típicos, nos servirán de modelo para darnos una idea de como funcionan los centros para el adulto mayor, para que mediante sus medidas básicas diseñemos ambientes aptos para el uso del usuario.

Sin embargo las medidas mostradas son sólo básicas, para mostrarnos el funcionamiento, por lo que, en el diseño se tomará en cuenta que los ambientes no sólo funcionen si no que además de ello tengan calidad espacial.

5 APROXIMACIÓN PROYECTUAL

5.1. REFERENTES PROYECTUALES

5.1.1. RESIDENCIA DE ANCIANOS EN ALCACER DO SAL.

ARQUITECTO: Aires Mateus entre los años 2004 y 2010.

LUGAR: Alcácer do Sal, Portugal.



ACCESO:

Volumen nace de una ladera que recorre sobre el solar organizando los espacios colectivos exteriores.

Gráfico 5.1: Volumen - Alcácer Do Sal residences.

Fuente: Universidad de Concepción; Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Geografía.



Gráfico 5.2: Fachada - Alcácer Do Sal residences.

Fuente: Universidad de Concepción; Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Geografía.

FACHADA:

- Integración a espacios públicos
- Conexiones locales.

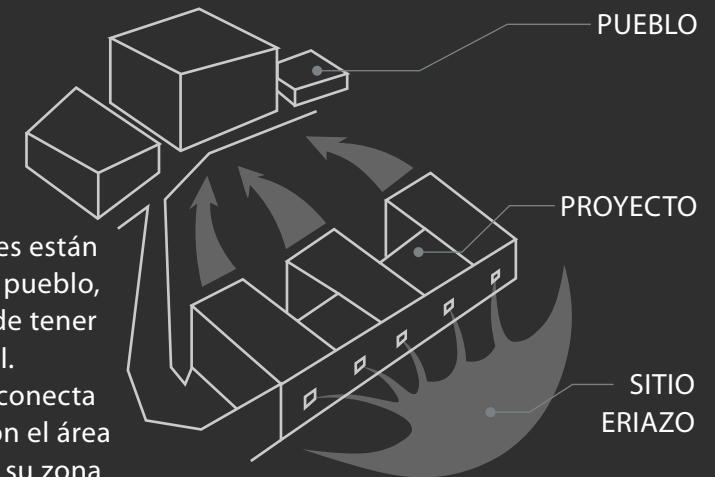
De este modo se garantiza que los adultos mayores tengan relación tanto con la naturaleza como con la vida urbana.



UBICACIÓN:
Entre un área rural y un pueblo. Su implantación varía conforme a su entorno, prolongándose y adaptándose de acuerdo al movimiento del terreno.

Gráfico 5.3: Ubicación - Alcácer Do Sal residences.

Fuente: Universidad de Concepción; Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Geografía.



Las habitaciones están en dirección al pueblo, sin necesidad de tener conexión visual. El proyecto se conecta visualmente con el área rural mediante su zona de transición.

Gráfico 5.4: Relación entorno - Alcácer Do Sal residences.

Fuente: Universidad de Concepción; Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Geografía.

FUNCIÓN

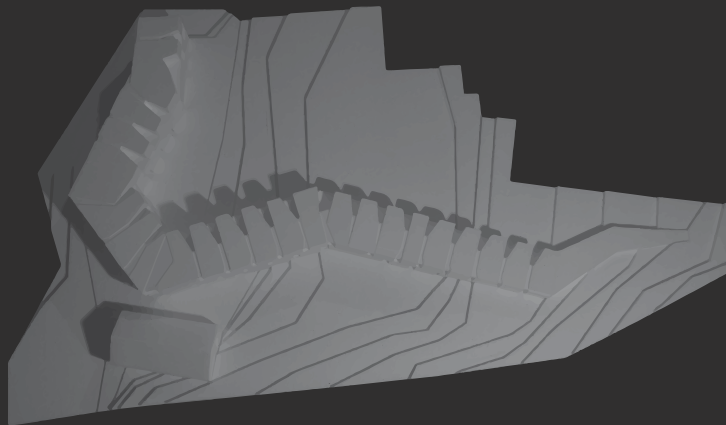


Gráfico 5.5: Emplazamiento representado en maqueta - Alcácer Do Sal residences.
 Fuente: Universidad de Concepción; Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Geografía.

Las habitaciones se comunican entre si, mediante una red de espacios libres (descanso) que además se conectan directamente con la circulación de proyecto.

La simplicidad de la circulación, favorece la transición de los pacientes desde un solo lado del proyecto (sur).

Los servicios tienen lugar en los bordes del proyecto, muy alejados de las habitaciones y áreas de descanso.



Gráfico 5.6: Vista de Habitaciones desde el exterior - Alcácer Do Sal residences.
 Fuente: Universidad de Concepción; Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Geografía.

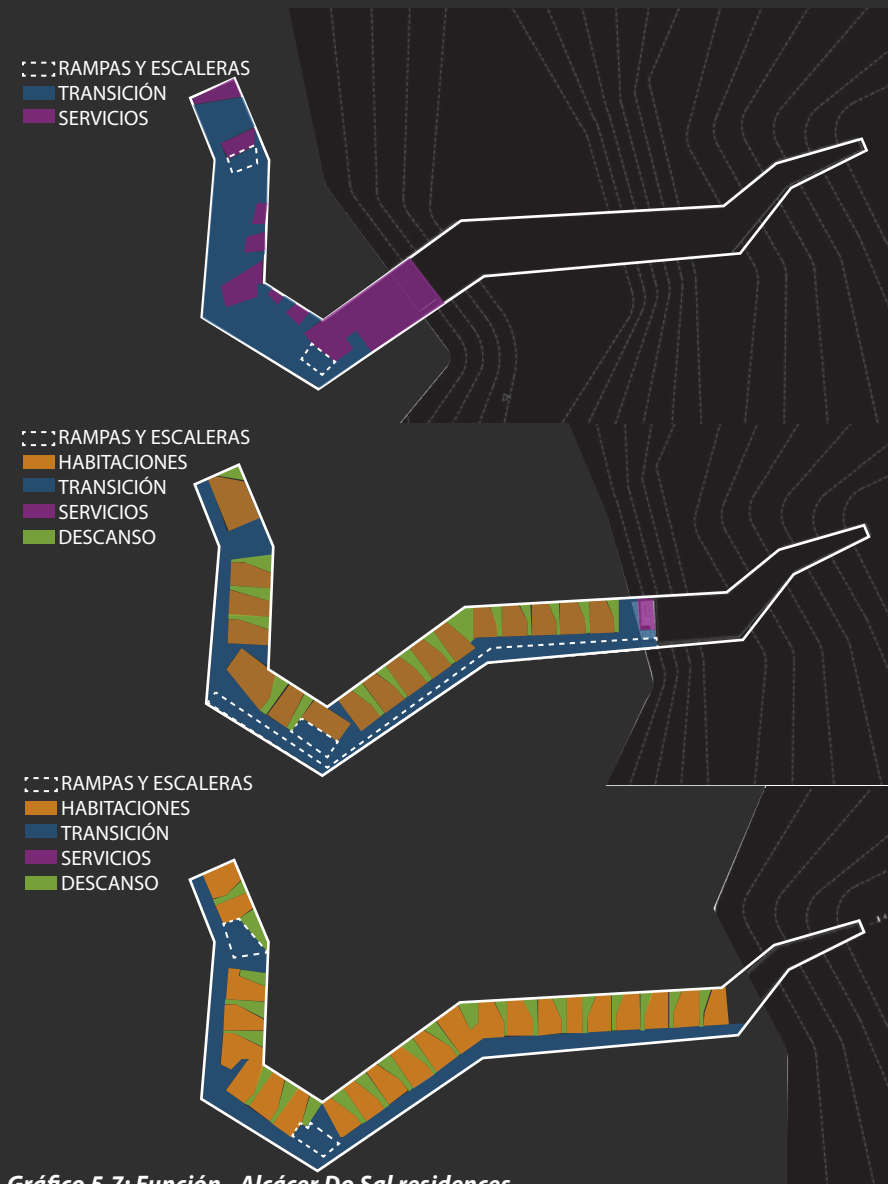
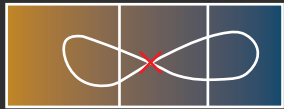


Gráfico 5.7: Función - Alcácer Do Sal residences.
 Fuente: Universidad de Concepción; Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Geografía.

• ESPACIO



TRANSICIÓN ENTRE ESPACIOS:
El proyecto no presenta transición entre espacios. Su sencillez tiene como objetivo facilitar el recorrido de los pacientes.

Gráfico 5.8: Transición - Alcácer Do Sal residences.
Fuente: Universidad de Concepción; Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Geografía.

DISTRIBUCIÓN MODULAR:
Las habitaciones están distribuidas modularmente en todo el edificio, permitiendo que todas tengan la misma utilidad en relación a su entorno y con el proyecto.

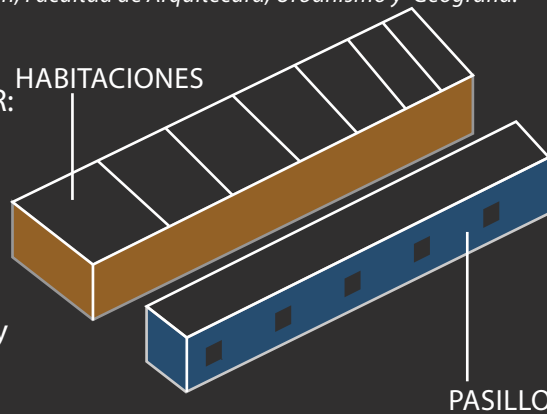
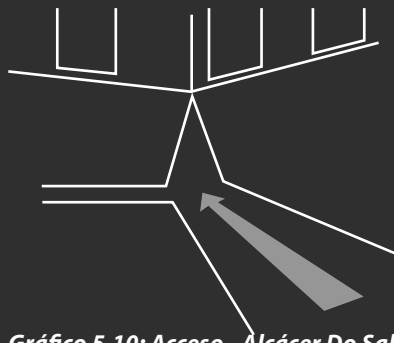


Gráfico 5.9: Distribución - Alcácer Do Sal residences.
Fuente: Universidad de Concepción; Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Geografía.



ACCESO:
Las formas del acceso permiten diversos encuentros que ayudan a orientarse con facilidad al ingresar al edificio.

Gráfico 5.10: Acceso - Alcácer Do Sal residences.
Fuente: Universidad de Concepción; Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Geografía.

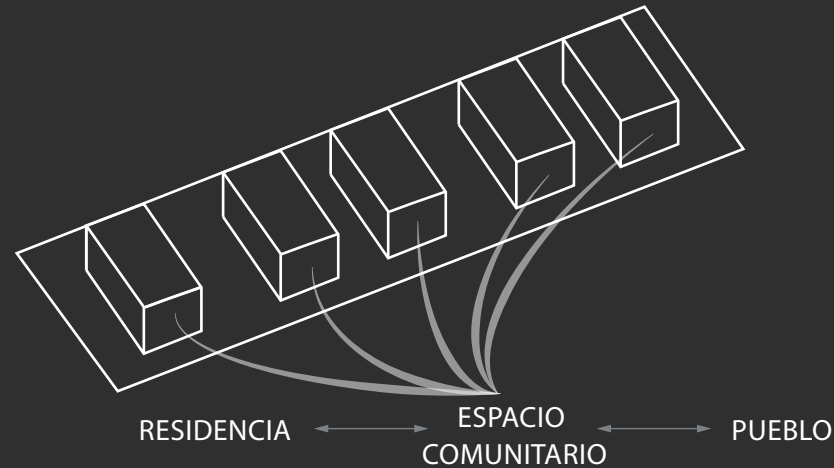


Gráfico 5.11: Espacio - Alcácer Do Sal residences.
Fuente: Universidad de Concepción; Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Geografía.

RELACIÓN CON EL EXTERIOR:
Ninguna de las habitaciones da a Sur, ya que al ser una residencia de ancianos no les favorece que tengan una luz intensa y directa. La geometría del edificio genera un espacio comunitario vacío entre los edificios del pueblo y la residencia.

RIQUEZA ESPACIAL:
El gran espacio verde central, que comparten las habitaciones, permite que estas reciban los estímulos del exterior, dejando en la otra fachada el pasillo de circulación que tiene relación con una zona rural.

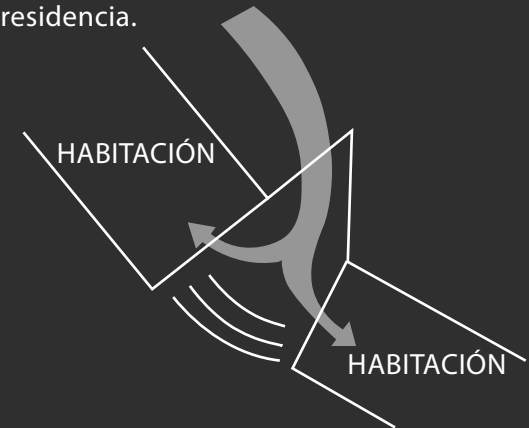
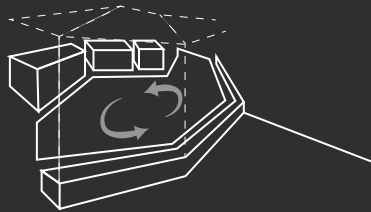


Gráfico 5.12: Espacio - Alcácer Do Sal residences.
Fuente: Universidad de Concepción; Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Geografía.

FORMA



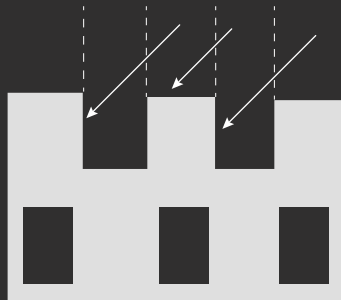
FORMA ESPACIAL:
El proyecto genera un límite produciendo una espacialidad interior configurada por los edificios de contexto

Gráfico 5.13: Forma - Alcácer Do Sal residences.

Fuente: Universidad de Concepción; Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Geografía.

ILUMINACION NATURAL:

La forma facilita la iluminación natural de las habitaciones



VISTA:

Las aberturas de las habitaciones enmarcan la habitación frente al suyo permitiendo la relación entre ellas.

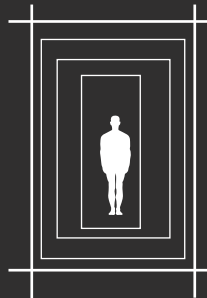


Gráfico 5.14: Vistas - Alcácer Do Sal residences.

Fuente: Universidad de Concepción; Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Geografía.

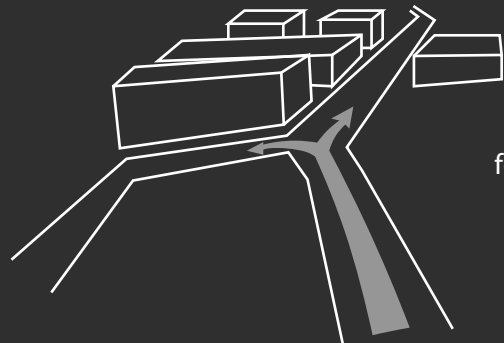


Gráfico 5.15: Terreno - Alcácer Do Sal residences.

Fuente: Universidad de Concepción; Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Geografía.

TERRENO:

El terreno le da al edificio una forma como de ruptura que no interrumpe el paisaje.

CIRCULACIÓN:

El recorrido condiciona una circulación direccionada, lo que permite una visual definida de la trayectoria.



Gráfico 5.16: Circulación - Alcácer Do Sal residences.

Fuente: Universidad de Concepción; Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Geografía.



CAMPO VISUAL:

Las habitaciones tienen una abertura amplia que genera una focalización visual con su entorno.

Gráfico 5.17: Campo Visual - Alcácer Do Sal residences.

Fuente: Universidad de Concepción; Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Geografía.

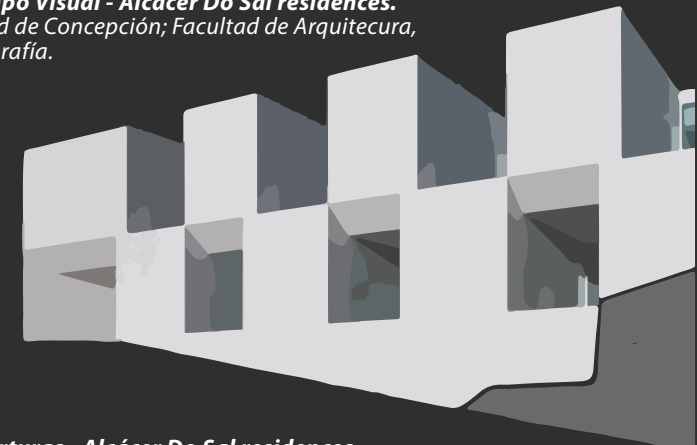


Gráfico 5.18: Aberturas - Alcácer Do Sal residences.

Fuente: Universidad de Concepción; Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Geografía.

CONCLUSIÓN



Gráfico 5.19: Similitud de forma - Alcácer Do Sal Residences y Centro Geriátrico.
Fuente: Elaboración Propia.

El centro geriátrico tomará en cuenta el modelo de integración de la residencia de ancianos en Alcacer Do Sal, el cual permite al proyecto no solo conectarse con la naturaleza mediante su función y forma, si no que también se conecta con la población mediante espacios, los cuales serán diseñados para la realización de diversas actividades.

Todo esto se rescata, gracias a la similitud que hay entre la relación del área rural y el pueblo donde se encuentra la residencia de ancianos en Alcacer Do Sal y la relación del bosque montañoso y el pueblo de la ciudad de Tingo María, además de una distancia aproximada de 10 minutos entre éstas zonas y la ciudad, lo que es recomendable para un centro geriátrico puesto que le brinda un ambiente más tranquilo.

Por otro lado, en cuanto a la ubicación de los ambientes, las habitaciones estarán en dirección noroeste, en donde se encuentra el

bosque montana, para que el descanso de los adultos mayores no sea interrumpido.

Por último, todas las habitaciones estarán conectadas mediante un pasillo con vista directa hacia el espacio comunitario, como una zona de transición entre la zona privada y la zona pública del proyecto. Del mismo modo, que el propio espacio comunitario es una zona de transición entre el proyecto en general y la población.

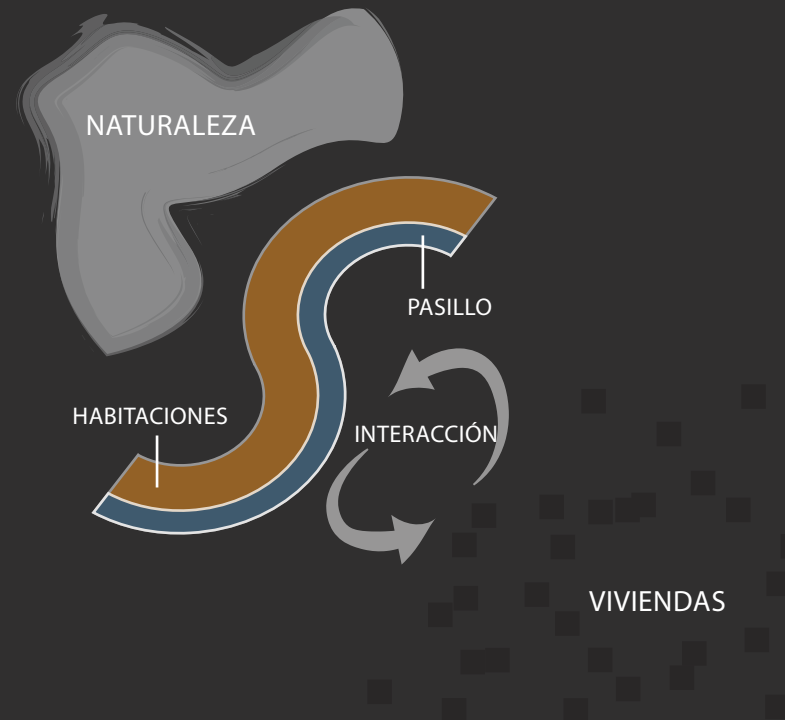
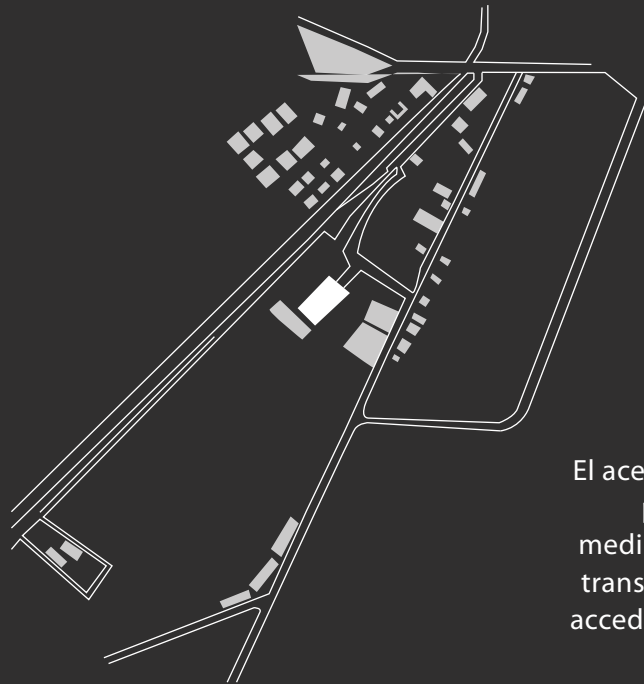


Gráfico 5.20: Zona de interacción - Centro Geriátrico y población.
Fuente: Elaboración Propia.

5.1.2. CENTRO RESIDENCIAL CUGAT NATURA

ARQUITECTO: JF Arquitectes

LUGAR: Barcelona, España



ACCESO:
El acercamiento hacia el proyecto se da por medio de calles de bajo tránsito y finalmente se accede desde la primera planta del edificio.

Gráfico 5.21: Acceso - Residencia Cugat Natura.
Fuente: ConArquitectura, 2017.

UBICACIÓN:

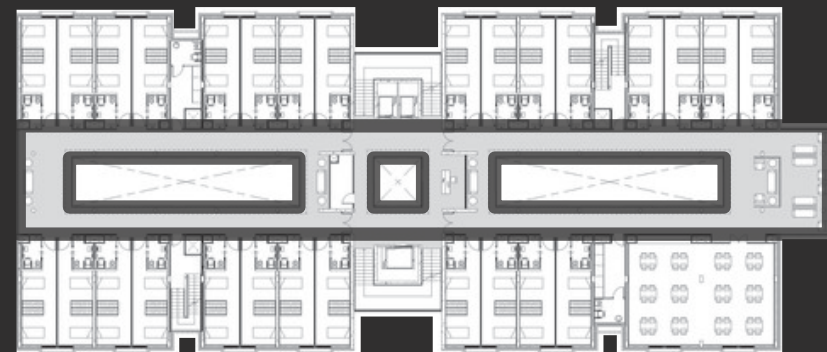
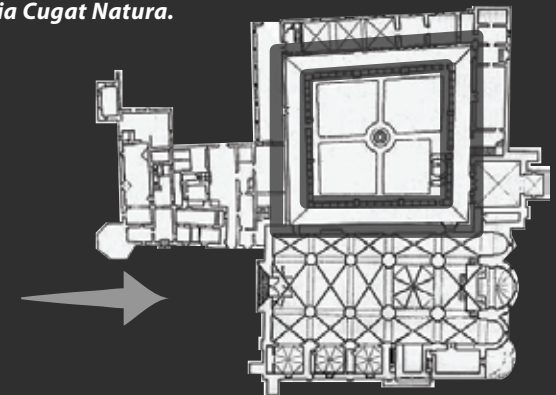
Ubicada en medio del campo, que es bordeado por un pequeño pueblo, lo que permite que su conexión con éste sea progresivo por medio del área verde. Su implantación no se integra directamente con el terreno con formas sinuosas, pero si con la trama del pueblo, lo que le da una forma rectangular al proyecto.



FACHADA:
la fachada es simple y rectangular, ya que fue pensada para que se relacione y desarrolle por dentro, entre espacios y actividades, incluso en cuanto a la luz e iluminación natural.

Gráfico 5.22: Fachada- Residencia Cugat Natura.
Fuente: ConArquitectura, 2017.

Estos atrios centrales hacen clara referencia, tanto en su tipología como en su función, al claustro románico del monasterio de Sant Cugat d'Ocatavià que se encuentra en la misma localidad.



FUNCIÓN

Para huir de una imagen hospitalaria, de largos pasillos sin fin con, se proyectaron dos grandes atrios en las zonas de habitaciones y uno menor en el vestíbulo principal, que permiten y facilitan la entrada de la luz natural en todas las plantas.

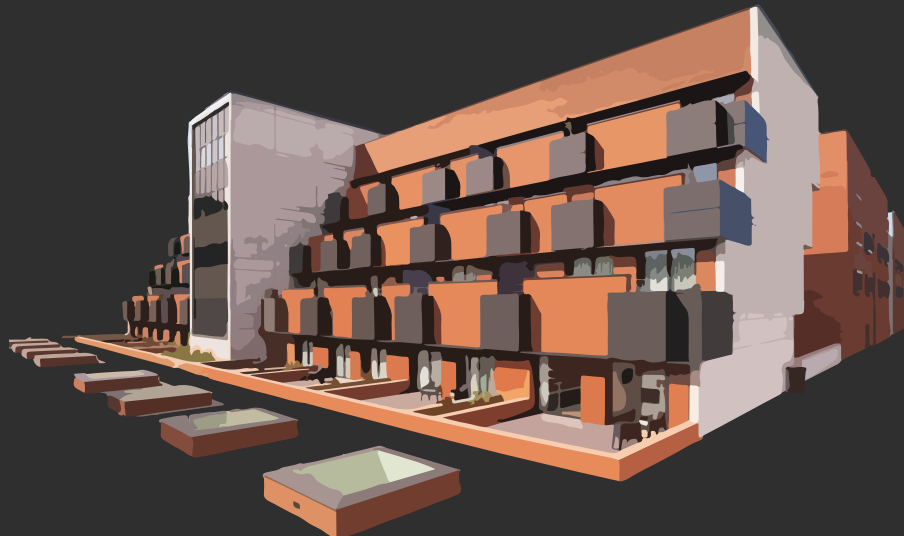


Gráfico 5.24: Función- Residencia Cugat Natura.
Fuente: ConArquitectura, 2017.

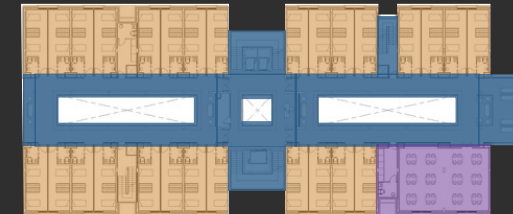
USUARIOS:

Adulto mayores independientes: No requieren atenciones, solo comodidades de un centro residencial.

Adultos mayores dependientes: Necesitan ser atendidas, supervisadas y a su vez recibir todas las comodidades para una buena calidad de vida.

- RAMPAS Y ESCALERAS
- HABITACIONES
- TRANSICIÓN Y DESCANSO
- SERVICIOS

EDIFICIO GERIATRICO



- RAMPAS Y ESCALERAS
- HABITACIONES
- TRANSICIÓN Y DESCANSO
- SERVICIOS



Gráfico 5.25: Función del Edificio Geriatrico - Residencia Cugat Natura.
Fuente: ConArquitectura, 2017.

Bajo este concepto se optó por construir dos edificios Uno de los volúmenes es la residencia geriátrica y el otro son apartamentos asistidos.

- RAMPAS Y ESCALERAS
- HABITACIONES
- TRANSICIÓN Y DESCANSO
- SERVICIOS

EDIFICIO DE DEPARTAMENTOS



Gráfico 5.26: Función del Edificio de Departamentos - Residencia Cugat Natura.
Fuente: ConArquitectura, 2017.

• ESPACIO

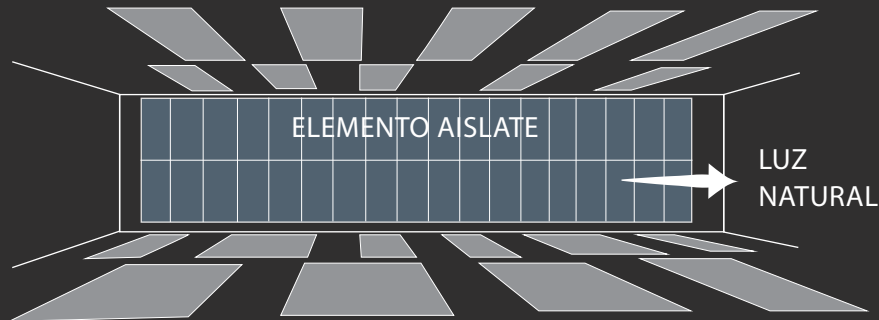
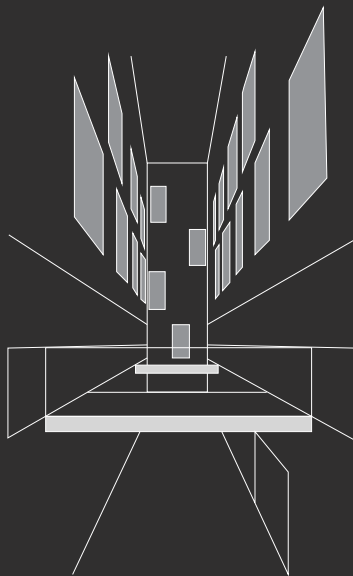


Gráfico 5.27: Relación de Espacios- Residencia Cugat Natura.
Fuente: ConArquitectura, 2017.

RELACIÓN CON EL INTERIOR:

La relación del proyecto se desarrolla internamente en donde el atrio central se convierte en su espacio comunitario.



TRANSICIÓN ENTRE ESPACIOS:

El proyecto cuenta con un desarrollo de transición entre espacios bien definido.

La distribución de los espacios es sencilla centrandolo, tanto la circulación como las áreas de descanso en el centro del proyecto.

Gráfico 5.28: Transición de Espacios- Residencia Cugat Natura.
Fuente: ConArquitectura, 2017.

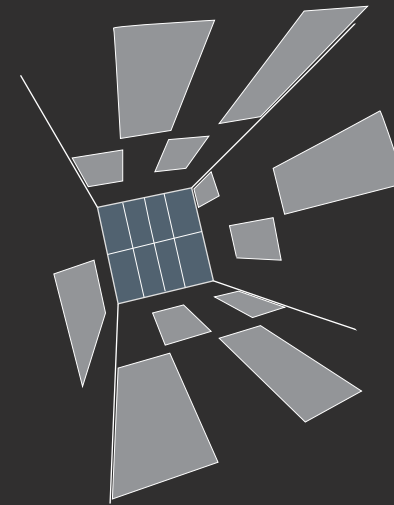


Gráfico 5.29: Riqueza espacial - Residencia Cugat Natura.
Fuente: ConArquitectura, 2017.

RIQUEZA ESPACIAL:

El gran espacio central, une a todos los ambientes de la residencia, priorizando así el desarrollo interior más que el exterior.

ESTUDIO ENERGÉTICO:

La cubierta del atrio es un elemento aislante que disminuye el calor que produce el sol. Además cuenta con aberturas laterales por donde ingresa ventilación que mantiene el ambiente interior limpio y fresco.

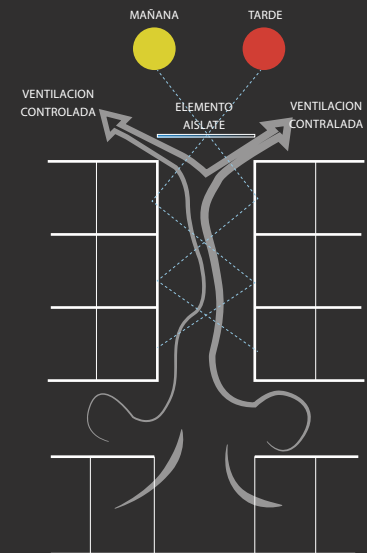
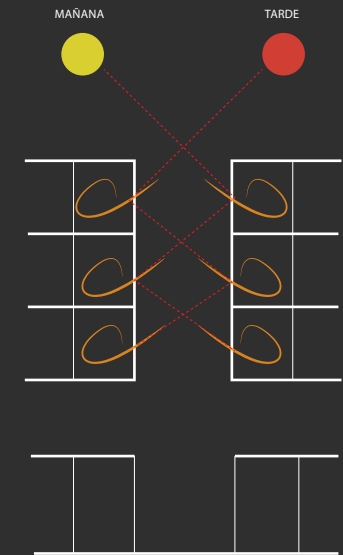
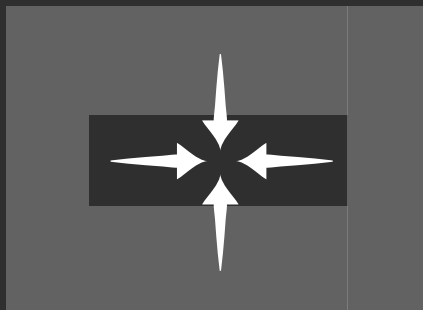


Gráfico 5.30: Iluminación y ventilación- Residencia Cugat Natura.
Fuente: ConArquitectura, 2017.

FORMA



FORMA ESPACIAL:
Se centra en un espacio abierto y sin embargo controlado donde el paciente transita y descansa, mientras tanto al rededor se desarrollan las demás actividades de la residencia.

Gráfico 5.31: Forma Espacial - Residencia Cugat Natura.
Fuente: ConArquitectura, 2017.

ILUMINACIÓN NATURAL:
El atrio facilita la iluminación natural y la ventilación controlada de todos los ambientes, incluso el recorrido de las habitaciones.

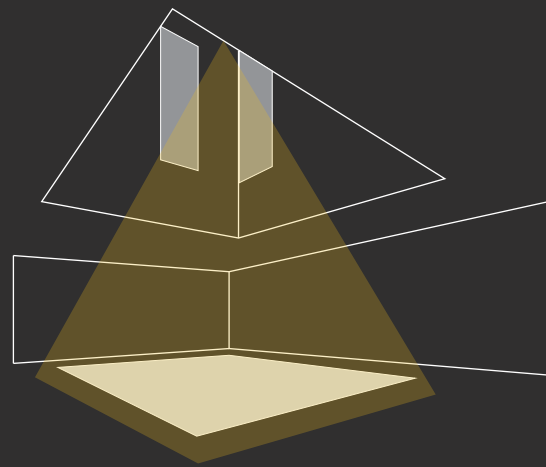


Gráfico 5.32: Iluminación - Residencia Cugat Natura.
Fuente: ConArquitectura, 2017.

VISTA:
Enmarcada hacia el centro favoreciendo la relación entre ambientes.



Gráfico 5.33: Forma - Residencia Cugat Natura.
Fuente: ConArquitectura, 2017.

FORMA GEOMÉTRICA
Para el diseño del proyecto no se complicaron en cuanto a la forma, ya que el objetivo era simplificar el recorrido.



Gráfico 5.34: Vista al exterior con ventanales - Residencia Cugat Natura.
Fuente: ConArquitectura, 2017.

CAMPO VISUAL:
Las habitaciones tienen vista al exterior por medio de ventanas, pero se limita en cuanto a la relación con el exterior. La circulación centralizada proyecta las actividades hacia el centro en espacios polivalentes, pero no aísla totalmente a los ambientes de las relaciones visuales con el entorno exterior.

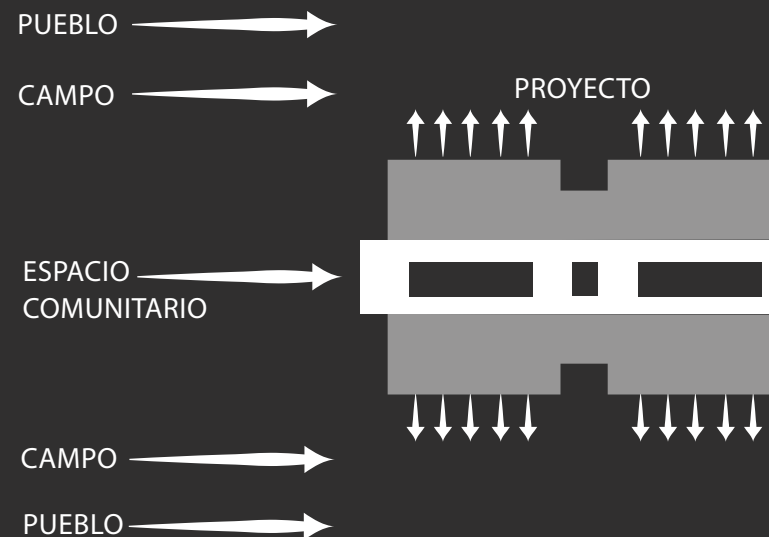


Gráfico 5.35: Campo Visual- Residencia Cugat Natura.
Fuente: ConArquitectura, 2017.

CONCLUSIÓN

Para el centro geriátrico, se tomará en consideración el área verde, como espacio de conexión progresiva que hay entre el Centro Residencial Cugat Natura y el pueblo que lo bordea, teniendo en cuenta el espacio comunitario de la residencia de ancianos en Alcacer Do Sal; de modo que, la combinación entre ambos, formará un espacio diseñado arquitectónica y paisajísticamente.

Mediante la presencia de arborización y área verde, el pueblo se dejará entrever desde el proyecto, creando un efecto visual transitorio.

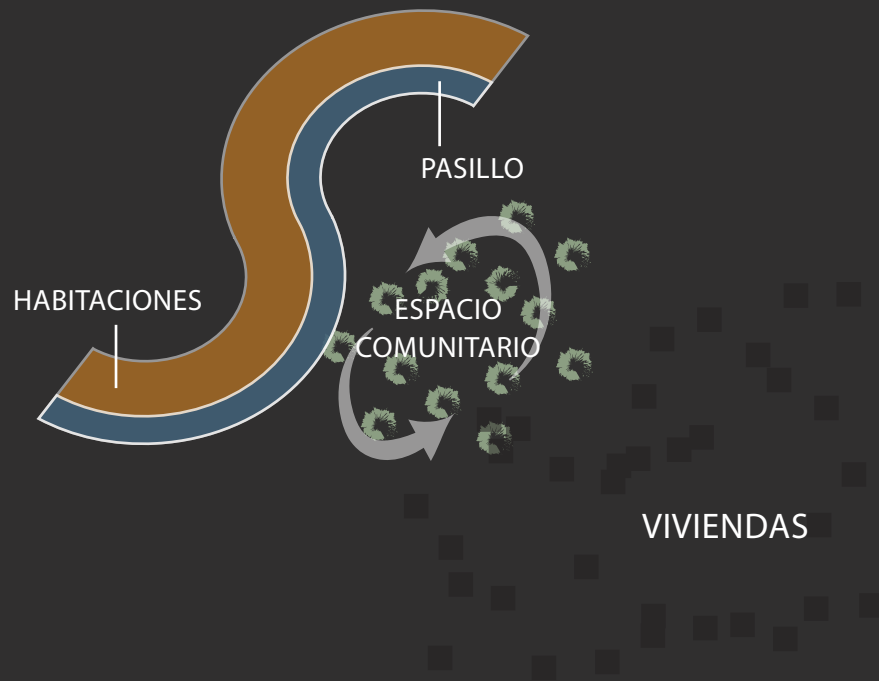


Gráfico 5.36: Espacio Comunitario con área verde - Centro Geriátrico.
Fuente: Elaboración Propia.

ZONA FITOTERAPÉUTICA

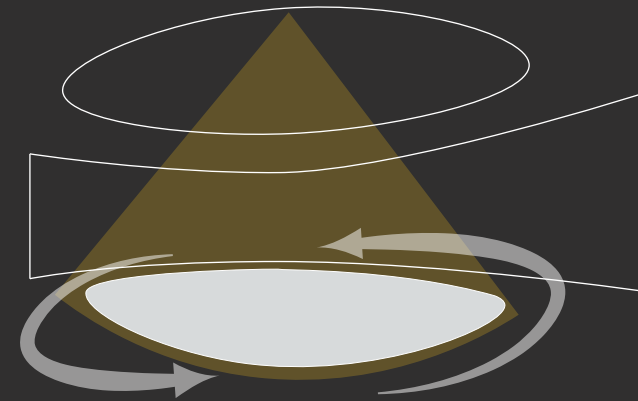


Gráfico 5.37: Zona Fitoterapéutica con luz natural cenital - Centro Geriátrico.
Fuente: Elaboración Propia.

Si bien el Centro Geriátrico, tendrá una forma alargada, este también contará con un espacio fitoterapéutico, el cual se centrará en un espacio abierto, de tal forma que el proyecto además de conectarse con el entorno exterior, también proyectará sus actividades hacia el centro.

5.1.1. CENTRO SOCIAL EN AUBENAS.

ARQUITECTO: Composite Architectes, 2013.
LUGAR: Aubenas, France.

ACCESO:

Se genera un gran pórtico con el volúmen del segundo nivel del edificio el cual brinda un acceso por el pasaje que combina el espacio público y el espacio de la recepción del polo social.



Gráfico 5.38: Fachada - Centro Social Aubenas.
Fuente: Universidad de Concepción; Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Geografía.

FACHADA:

El material de recubrimiento de las fachadas tienen una base de madera que transmite calidad ambiental.



Gráfico 5.39: Ubicación - Centro Social Aubenas.
Fuente: Universidad de Concepción; Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Geografía.

UBICACIÓN:

El edificio se ubica en dirección del límite norte del terreno, lo que le permite estar directamente vinculado al nuevo parque urbano.

APORTE:

Como aporte a la sociedad, es considerado como un activador social y urbano ya que esta zona aún se encuentra en proceso de desarrollo.

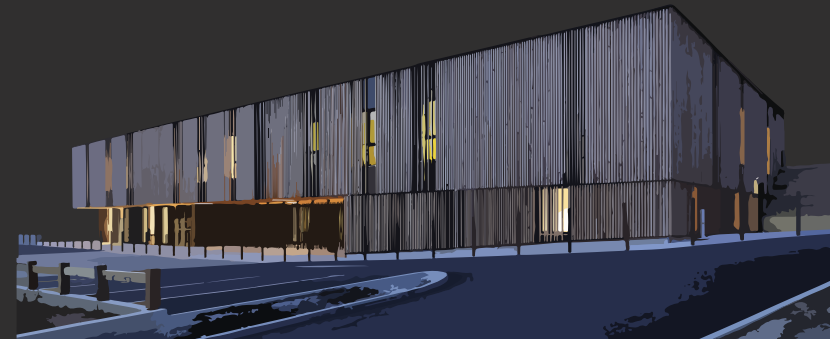


Gráfico 5.40: Aporte - Centro Social Aubenas.
Fuente: Universidad de Concepción; Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Geografía.

FUNCIÓN

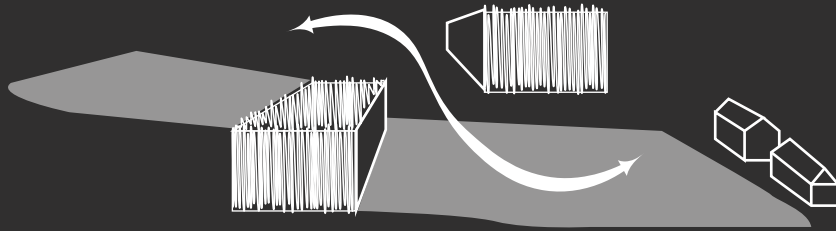


Gráfico 5.41: Entorno- Centro Social Aubenas.
 Fuente: Universidad de Concepción; Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Geografía.

La función del edificio no solo actúa como centro social desde su fusión interior, sino que además se relaciona con el entorno a tal punto de ingresarlo hasta el interior del proyecto desde sus dos fachadas alargadas.

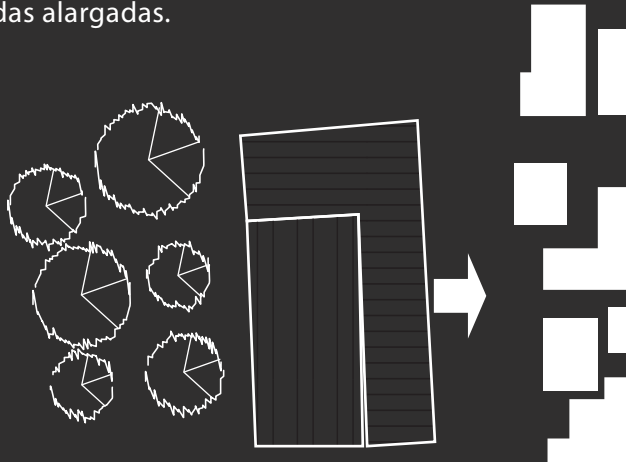
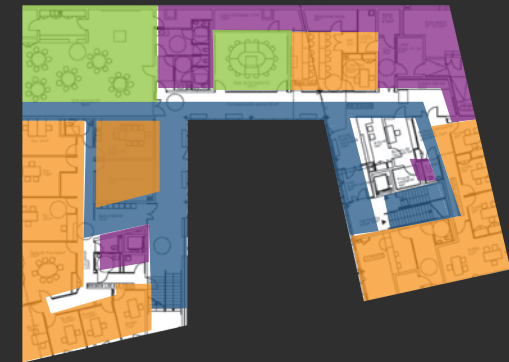


Gráfico 5.42: Conexión- Centro Social Aubenas.
 Fuente: Universidad de Concepción; Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Geografía.

Desde un lado del edificio la conexión con el exterior esto vinculado a la naturaleza y desde el otro, con un pequeño pueblo en proceso de desarrollo.

El edificio alberga a oficinas de atención social como de atención a la juventud, casa de trabajo, centro multimedia, salas de usos múltiples, salas de reuniones, aulas de formación, oficina postal.

- : RAMPAS Y ESCALERAS
- : TALLERES
- : TRANSICIÓN
- : SERVICIOS
- : COMUNITARIO



- : RAMPAS Y ESCALERA
- : TALLERES
- : TRANSICIÓN
- : SERVICIOS
- : COMUNITARIO

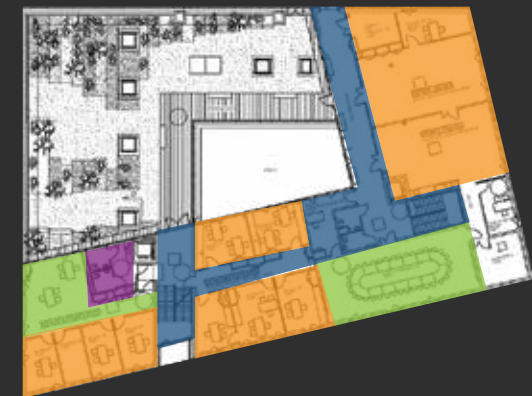


Gráfico 5.43: Fusión- Centro Social Aubenas.
 Fuente: Universidad de Concepción; Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Geografía.



ESPACIO

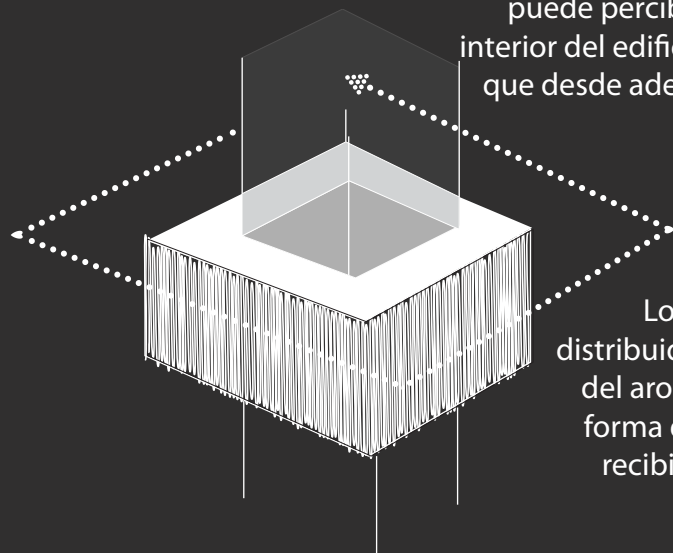
TRANSICIÓN ENTRE ESPACIOS:
La transición se genera por medio de los espacios abiertos que conectan con el exterior.

Gráfico 5.44: Transición- Centro Social Aubenas.

Fuente: Universidad de Concepción; Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Geografía.

ACCESO:

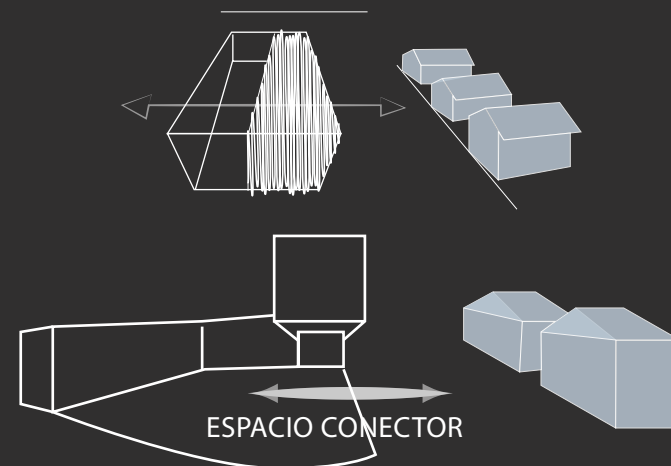
Cuando se accede al edificio, se puede percibir el exterior en el interior del edificio y viceversa por que desde adentro se conservan las áreas libres.



DISTRIBUCIÓN :
Los ambientes están distribuidos a todo lo largo del aro rectangular de tal forma que todos puedan recibir la misma calidad espacial.

Gráfico 5.45: Distribución- Centro Social Aubenas.

Fuente: Universidad de Concepción; Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Geografía.



ESPACIO CONECTOR

Gráfico 5.46: Relación con el exterior- Centro Social Aubenas.

Fuente: Universidad de Concepción; Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Geografía.

RELACIÓN CON EL EXTERIOR:

Se relaciona parcialmente desde las visuales ya que la cobertura tiene aberturas en todas sus fachadas.

Se relaciona por medio de su forma que crea espacios conectores con el exterior.

RIQUEZA ESPACIAL:

Se asegura que todos los ambientes se relacionen por medio del gran espacio central, además permite que sean benedificados de la luz natural del sol y la buena circulación del viento.

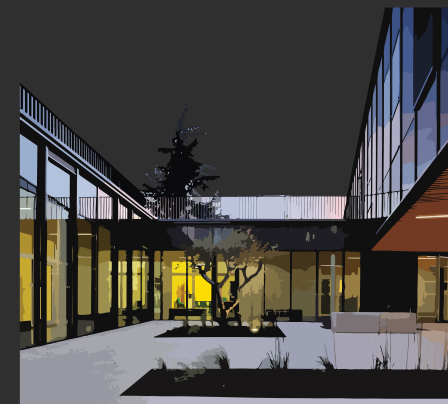


Gráfico 5.47: Riqueza espacial- Centro Social Aubenas.

Fuente: Universidad de Concepción; Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Geografía.

FORMA



FORMA ESPACIAL:
Cuenta con bordes mas configurados, que permite un espacio interior libre.

Gráfico 5.48: Forma Espacial- Centro Social Aubenas.
Fuente: Universidad de Concepción; Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Geografía.

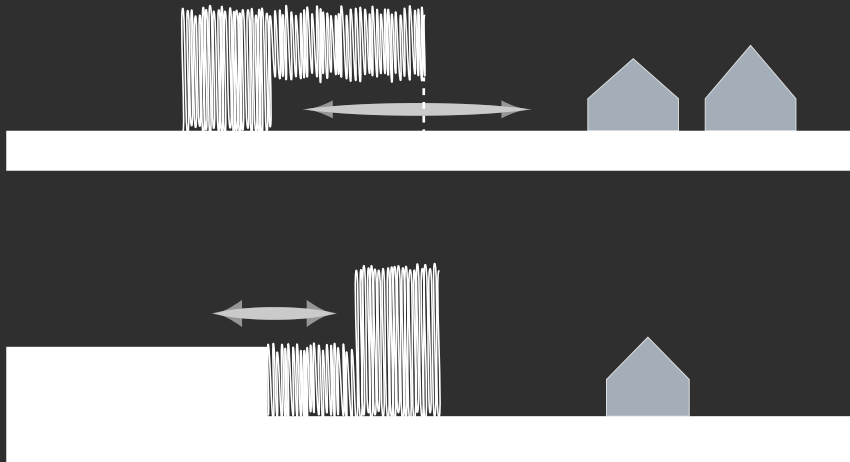


Gráfico 5.49: Enfoque- Centro Social Aubenas.
Fuente: Universidad de Concepción; Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Geografía.

ENFOQUE:

La forma condiciona diferentes enfoques, por un lado el enfoque urbano y por el otro en enfoque de la naturaleza.

VOLUMENES:

El primer volumen genera una abertura hacia el contexto
El segundo volumen limita las situaciones internas

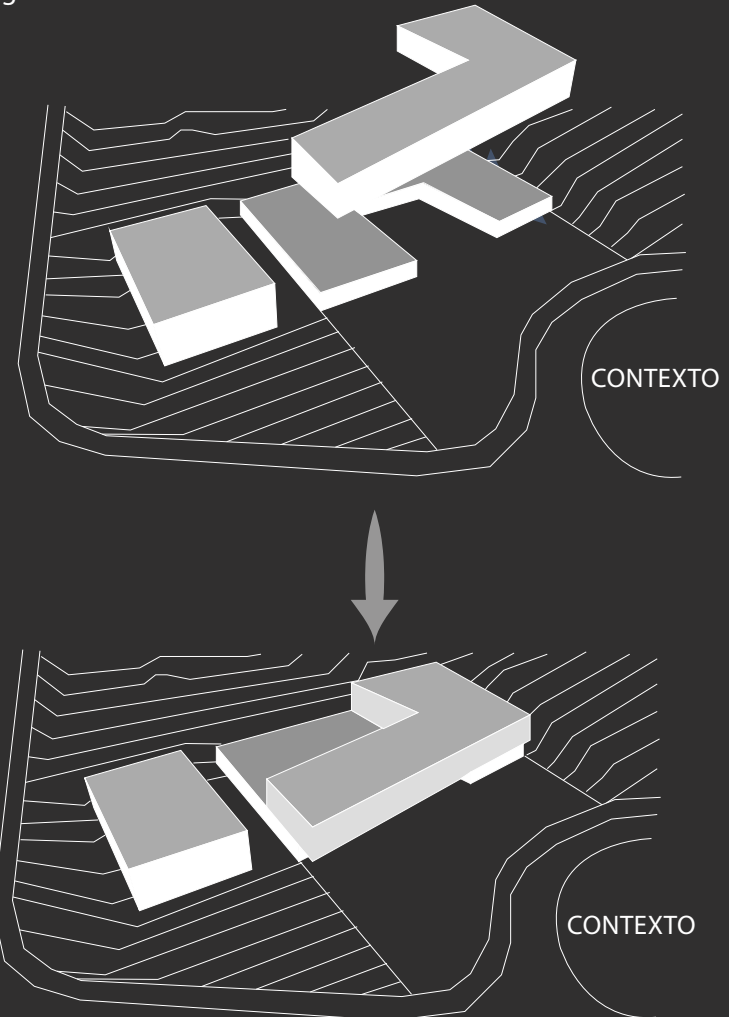


Gráfico 5.50: Volúmenes- Centro Social Aubenas.
Fuente: Universidad de Concepción; Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Geografía.

CONCLUSIÓN

Si bien el Centro Social en Aubenas, no es exactamente un centro geriátrico, cumple con algunos enfoques que queremos lograr con nuestro proyecto, entre ellos, las relaciones sociales mediante espacios creados, y la relación de un mismo proyecto con enfoque urbano y enfoque con la naturaleza; ya que como se mencionó en los referentes anteriores, existe un fuerte vínculo entre la naturaleza y la ciudad o áreas residenciales de la ciudad de Tingo María.

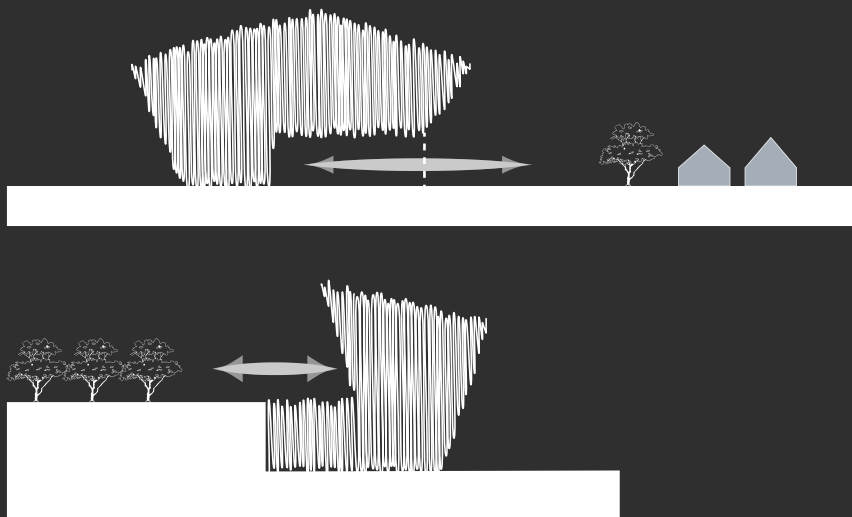


Gráfico 5.51: Riqueza y Diversidad Espacial - Centro Geriátrico.
Fuente: Elaboración Propia.

Es mediante la combinación de los volúmenes, que se crearán áreas de riqueza espacial de doble altura, iluminación natural, áreas verdes alrededor y dentro del proyecto, así como una circulación lo suficientemente fluida y dinámica.

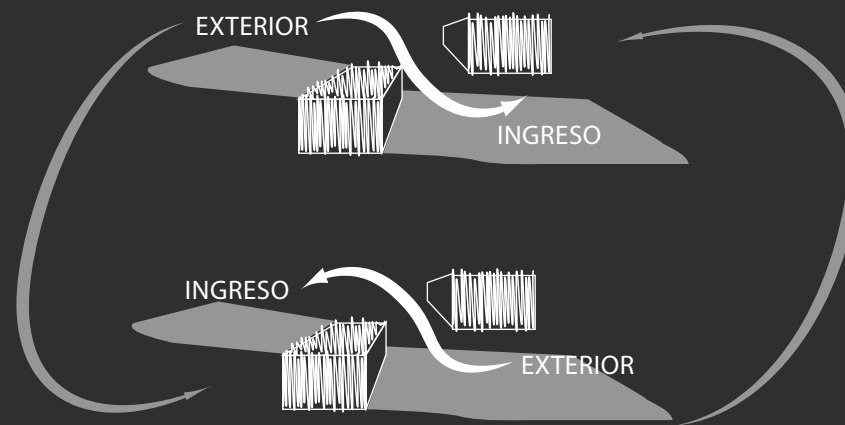


Gráfico 5.52: Ingreso hacia el Exterior - Centro Geriátrico.
Fuente: Elaboración Propia.

Finalmente, el Centro Geriátrico tendrá en cuenta un efecto espacial que tiene el Centro Social en Aubenas en la zona del acceso; el cual consiste, en que al ingresar al edificio se genera un efecto de ingreso hacia exterior, como una manera de evadir la sensación de encierro y por el contrario conservar la libertad para el adulto mayor.

5.2 APROXIMACIÓN TERRITORIAL

5.2.1. Ubicación y Límites

La Provincia de Leoncio Prado engloba los distritos de Rupa Rupa y Castillo Grande, el alcance del proyecto será a nivel de un punto central que beneficie a los departamentos de Huánuco, San Martín y Ucayali.

El proyecto está ubicado en la ciudad de Tingo María. Tingo María es una ciudad del centro-norte del Perú perteneciente a la provincia de Leoncio Prado, en el departamento de Huánuco. Es capital del distrito de Rupa-Rupa y la provincia de Leoncio Prado.

Tingo María es una ciudad céntrica con una fácil accesibilidad vial a distintos departamentos, convirtiéndolo en un punto estratégico para los habitantes.

LÍMITES

La ciudad de Tingo María, limita por el Norte con el departamento de San Martín; por el Este con el departamento de Ucayali; por el Sur con las provincias de Puerto Inca, Pachitea y Huánuco; y al Oeste con las provincias de Marañón, Huacaybamba, Huamalíes y Dos de Mayo.

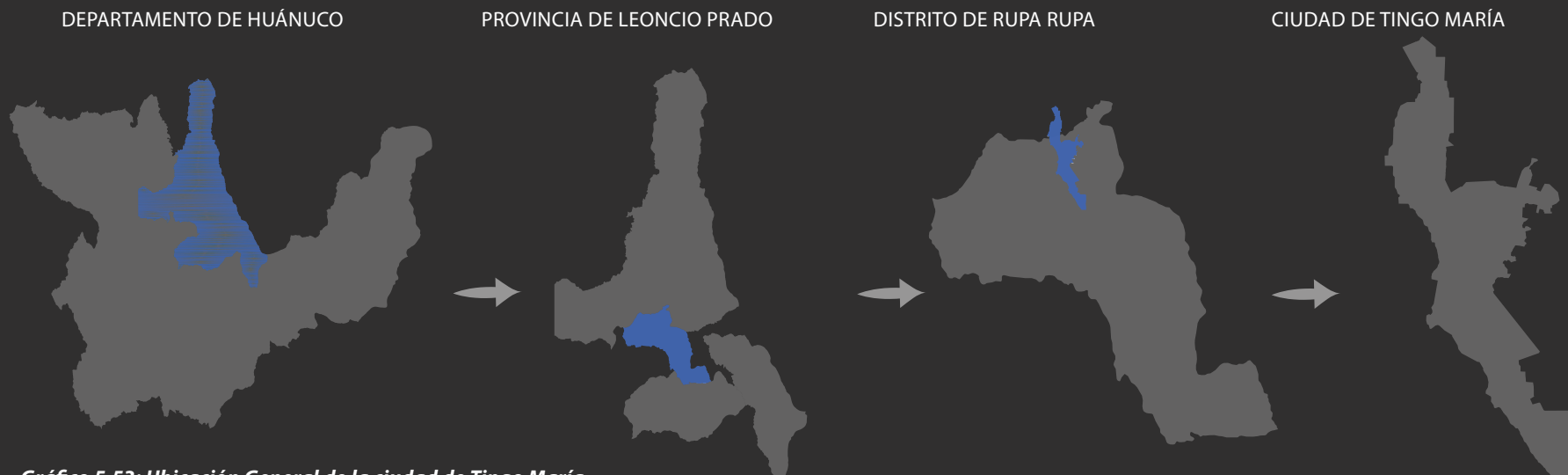


Gráfico 5.53: Ubicación General de la ciudad de Tingo María.
Fuente: Elaboración Propia.

5.2.2. Nivel de sismicidad

El área del terreno destinado para el proyecto se encuentra en la parte alta de la localidad de Tingo Maria, el relieve presenta una topografía semiplana, con pendientes moderados de 1° a 2° de inclinación.

En el aspecto geomorfológico y estructurales, el área de estudio se encuentra en etapa valle siendo resultado por los agentes de meteorización que han actuado sobre las unidades litológicas constituidos por rocas sedimentarias y areniscas.

Las áreas de la jurisdicción regionalmente están conformadas por una cadena de cerros alineados dispersamente, con un relieve abrupto variable, la erosión del área es moderada debido a la naturaleza y composición litológica, siendo generalmente afectado por las aguas pluvio aluviales.

En el gráfico se puede apreciar que la ciudad de Tingo María tiene una baja densidad sísmica superficial, como también en el gráfico se ve una baja densidad sísmica profunda.

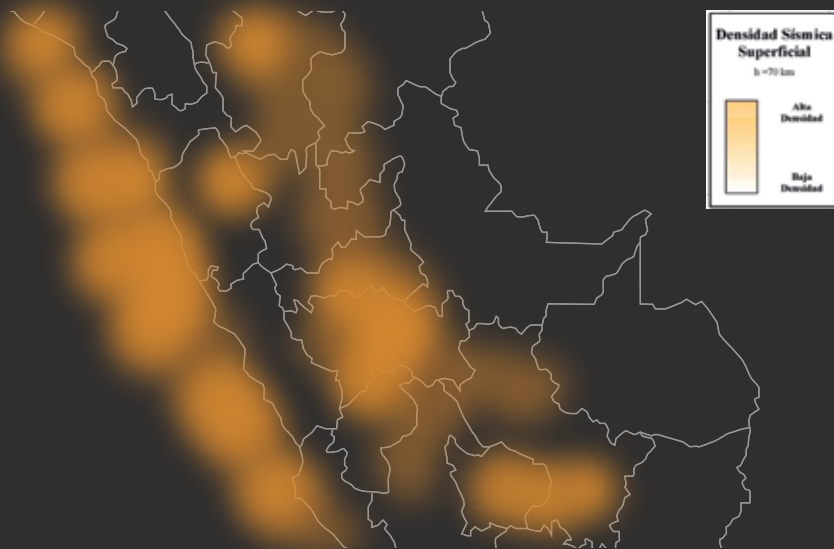


Gráfico 5.54: Densidad Sísmica Superficial.
Fuente: Instituto Geofísico del Perú.

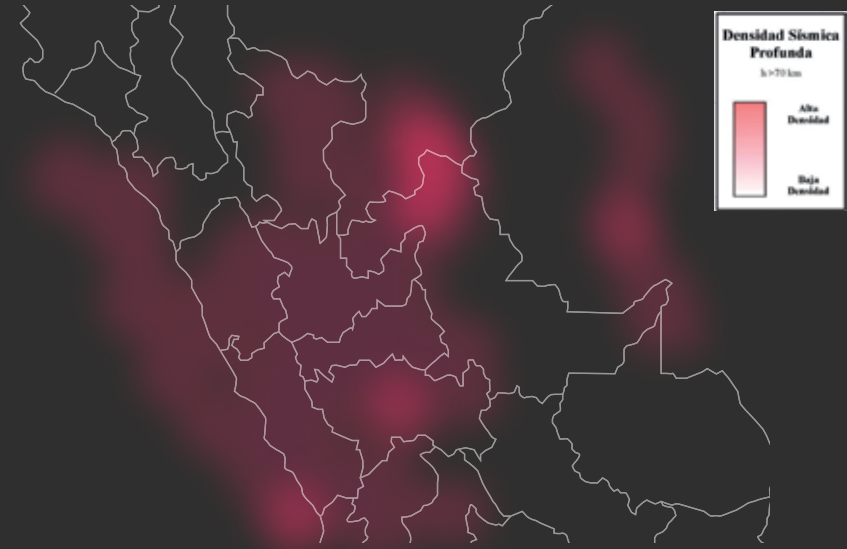
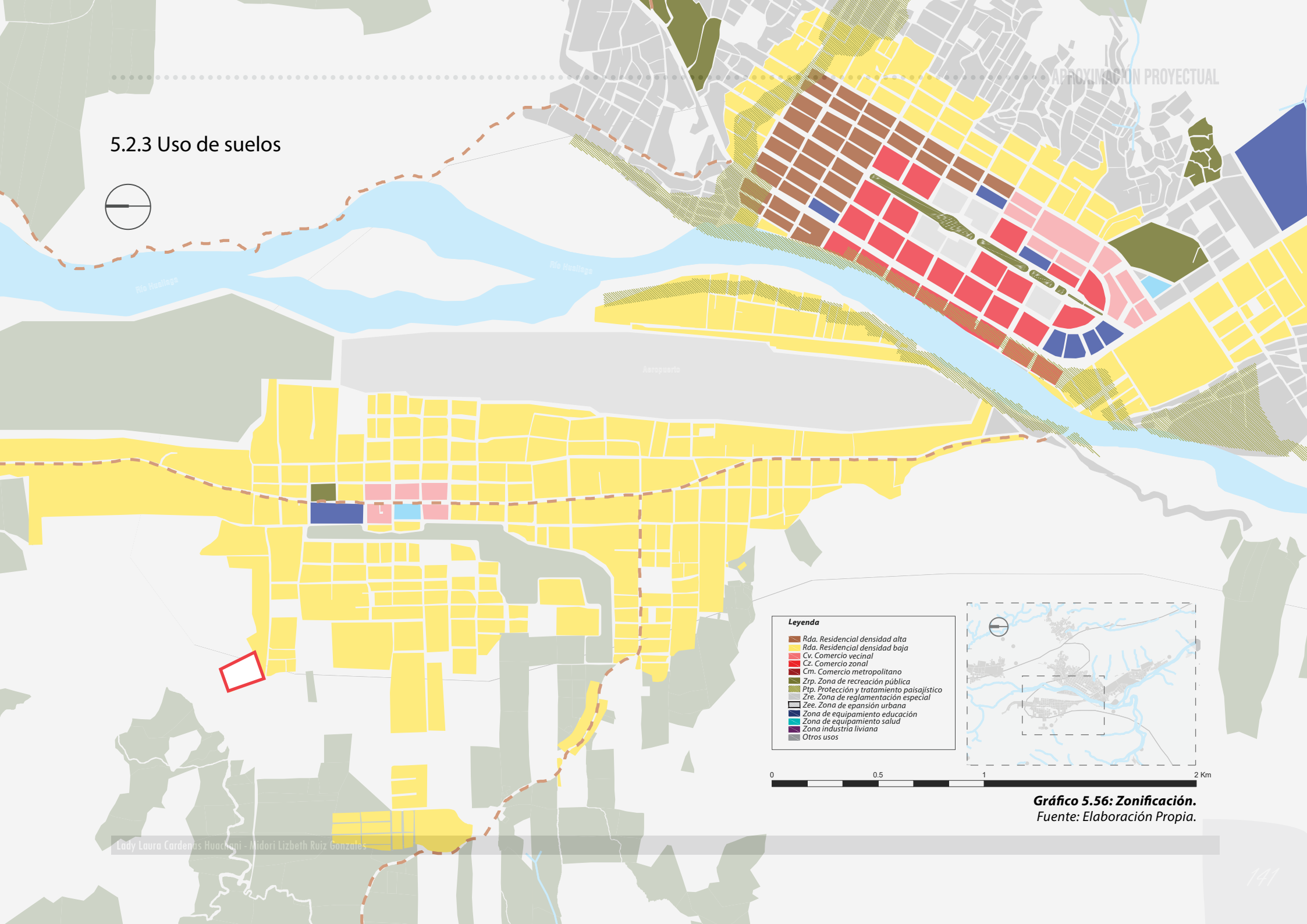


Gráfico 5.55: Densidad Sísmica Profunda.
Fuente: Instituto Geofísico del Perú.

5.2.3 Uso de suelos



Leyenda

- Rda. Residencial densidad alta
- Rda. Residencial densidad baja
- Cv. Comercio vecinal
- Cz. Comercio zonal
- Cm. Comercio metropolitano
- Zrp. Zona de recreación pública
- Ptp. Protección y tratamiento paisajístico
- Zre. Zona de reglamentación especial
- Zee. Zona de expansión urbana
- Zona de equipamiento educación
- Zona de equipamiento salud
- Zona industria liviana
- Otros usos



Gráfico 5.56: Zonificación.
Fuente: Elaboración Propia.

5.2.4 Edificios y vías principales.

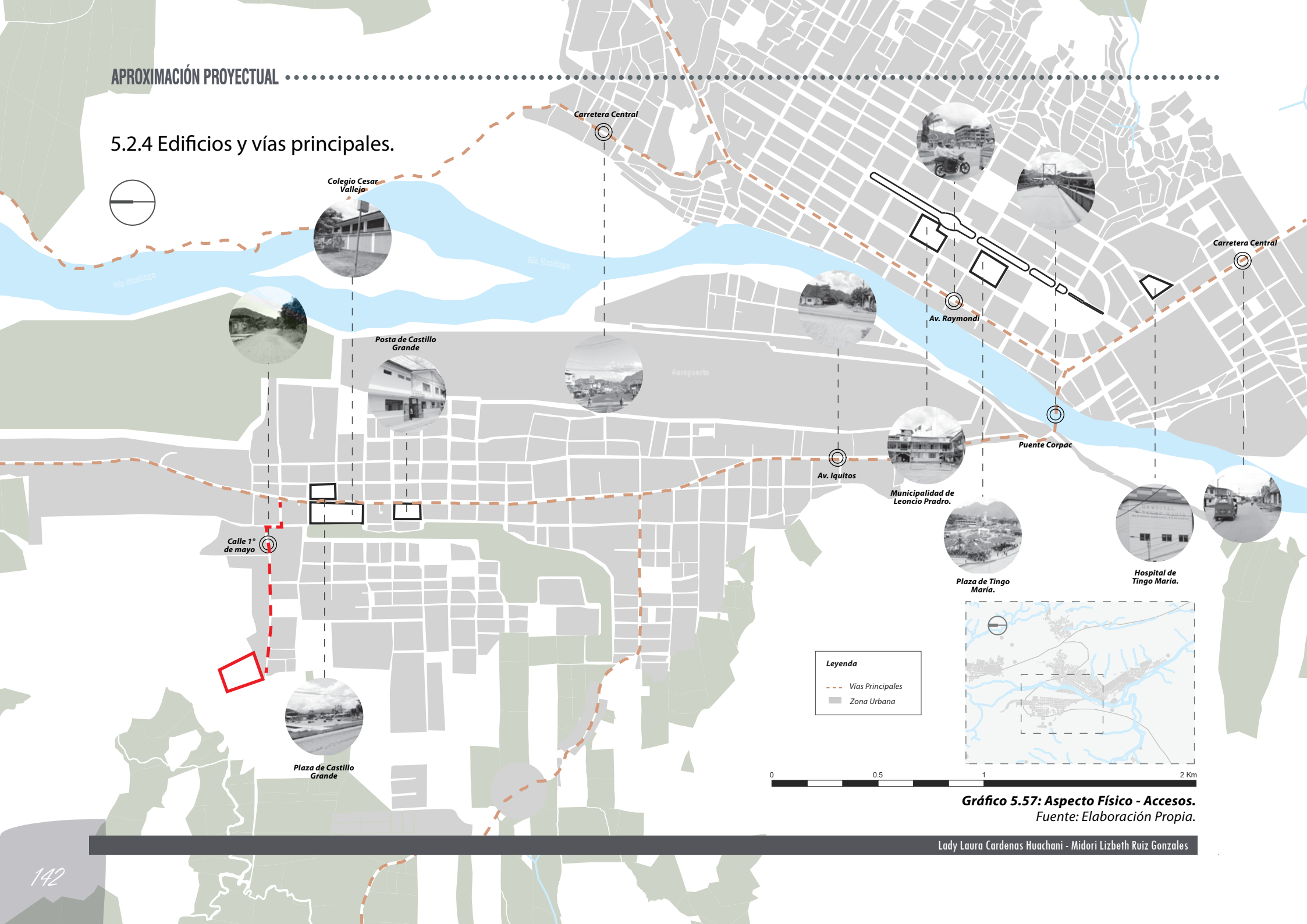


Gráfico 5.57: Aspecto Físico - Accesos.
Fuente: Elaboración Propia.

Lady Laura Cardenas Huachani - Midori Lizbeth Ruiz Gonzales

5.2.5. Clima y microclima

- Clima:

Por lo general Huánuco tiene una temperatura que varía entre los 9.2°C hasta los 27.2° c.

Noviembre - mes de mayor temperatura.

Julio - en este mes alcanza la menor temperatura

NOVIEMBRE + CÁLIDO en promedio.



JULIO + FRÍO en promedio.



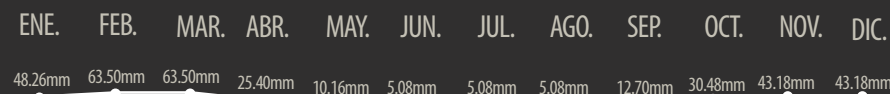
Gráfico 5.58: Temperatura en Huánuco.

Fuente: Elaboración Propia.

- Clima:

Se tienen precipitaciones desde los meses de Noviembre a Marzo, pero en los meses de Febrero y Marzo, las precipitaciones aumentan. Sin embargo de Mayo hasta el mes de Octubre se tiene una evaluación donde las precipitaciones disminuyen hasta el punto de no presentarse, sobretodo en los meses de junio y julio.

FEBRERO Y MARZO - MÁS PRECIPITACIONES



MAYO hasta AGOSTO- MENOS PRECIPITACIONES

Gráfico 5.59: Precipitaciones en Huánuco.

Fuente: Elaboración Propia.

Microclima:

Para Tingo María, el mes con mayor temperatura es el de Setiembre (30.3°C). La temperatura más baja se da en el mes de JULIO (18.7°C).

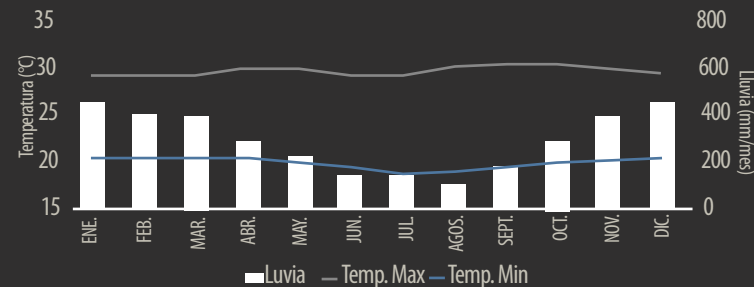


Gráfico 5.60: Temperatura en Tingo María.

Fuente: Elaboración Propia.

- Microclima:

La menor cantidad de lluvia ocurre en el mes de Agosto teniendo un promedio de 112mm y la mayor cantidad de precipitaciones se da en el mes de enero con 451.08 mm.

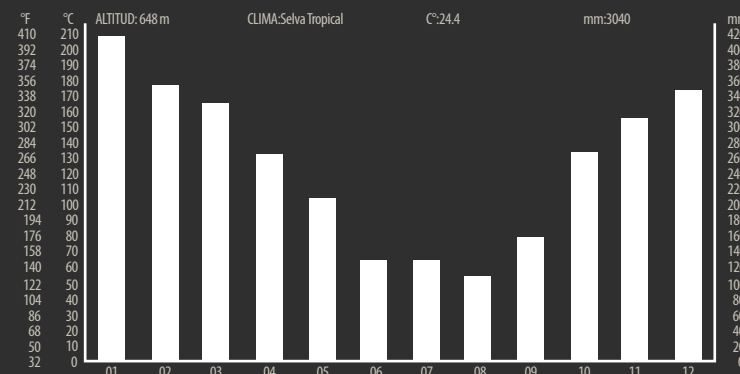


Gráfico 5.61: Precipitaciones en Tingo María.

Fuente: Elaboración Propia.

5.2.6. Flora y fauna

La flora que se encuentra en La Provincia de Leoncio Prado, presenta una gran diversidad en vegetación hallándose especies medicinales como Abuta, Sangre de Grado, Amasisa, Ayasisa, Achira, Copaiba, Achioté, Ojé, Matico, Albahaca, Angel Sisa, etc. de las especies arbóreas y arbustivas, están el Tornillo, la Cumala Colorada, el Cedro, la Moena, la Huasca, la Manchinga, la Bolaina, etc.

La selva alta de Tingo María posee de una variada diversidad de Orquídeas, entre las más importantes tenemos el PHRAGMIPEDIUM BESSEAE Y EL LYCASTE AROMATICO, etc.



Gráfico 5.62: Flora de Tingo María.
Fuente: Municipalidad de Tingo María.

La fauna de Tingo María, es muy variada por la cantidad de ambientes que existen, se han registrado 9 especies de peces, 36 de mamíferos y 38 de aves de los cuales podemos nombrar algunas como el venado rojo (MAZAMA AMERICANA), la sachavaca (TAPIRUS TERRESTRIS), el tigrillo (FELIS PARDALIS), el sajino (TAYASSU TAJACU), el frailecillo (SAIMIRÍ BOLIVIENSIS), entre otros.

Entre las aves, tenemos sin duda por su habitad muy singular y visitado a los guacharos, ave nocturna que nidifica en cavernas donde se queda todo el día y solo sale al anochecer en busca de alimentos.

Entre otras especies variadas de aves está el conocido gallito de las rocas (RUPÍCOLA PERUVIANA), también hay guacamayos, loros y muchos otros más.



Gráfico 5.63: Fauna de Tingo María.
Fuente: Municipalidad de Tingo María.

Plantas Medicinales

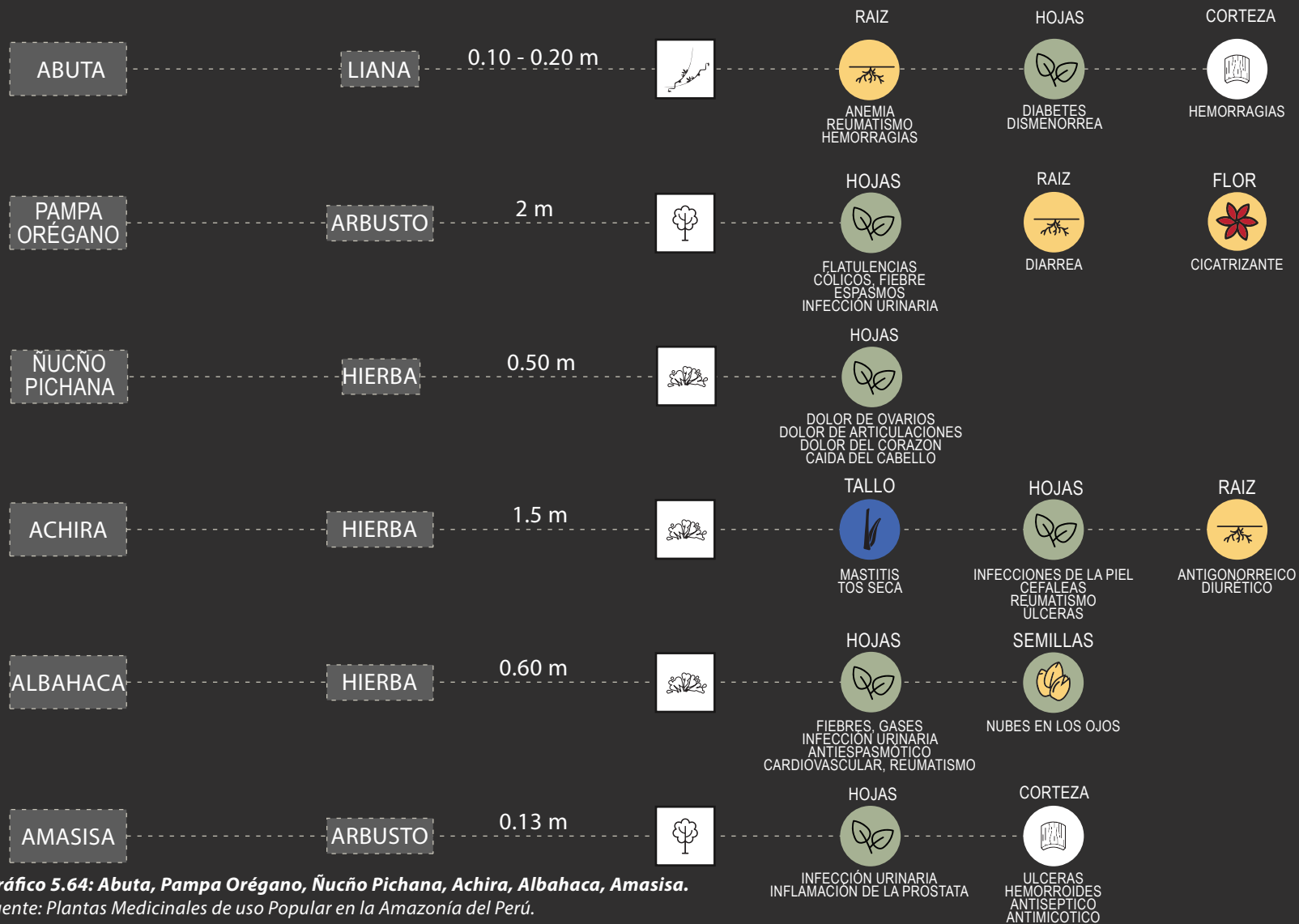


Gráfico 5.64: Abuta, Pampa Orégano, Núcño Pichana, Achira, Albahaca, Amasisa.

Fuente: Plantas Medicinales de uso Popular en la Amazonía del Perú.

APROXIMACIÓN PROYECTUAL

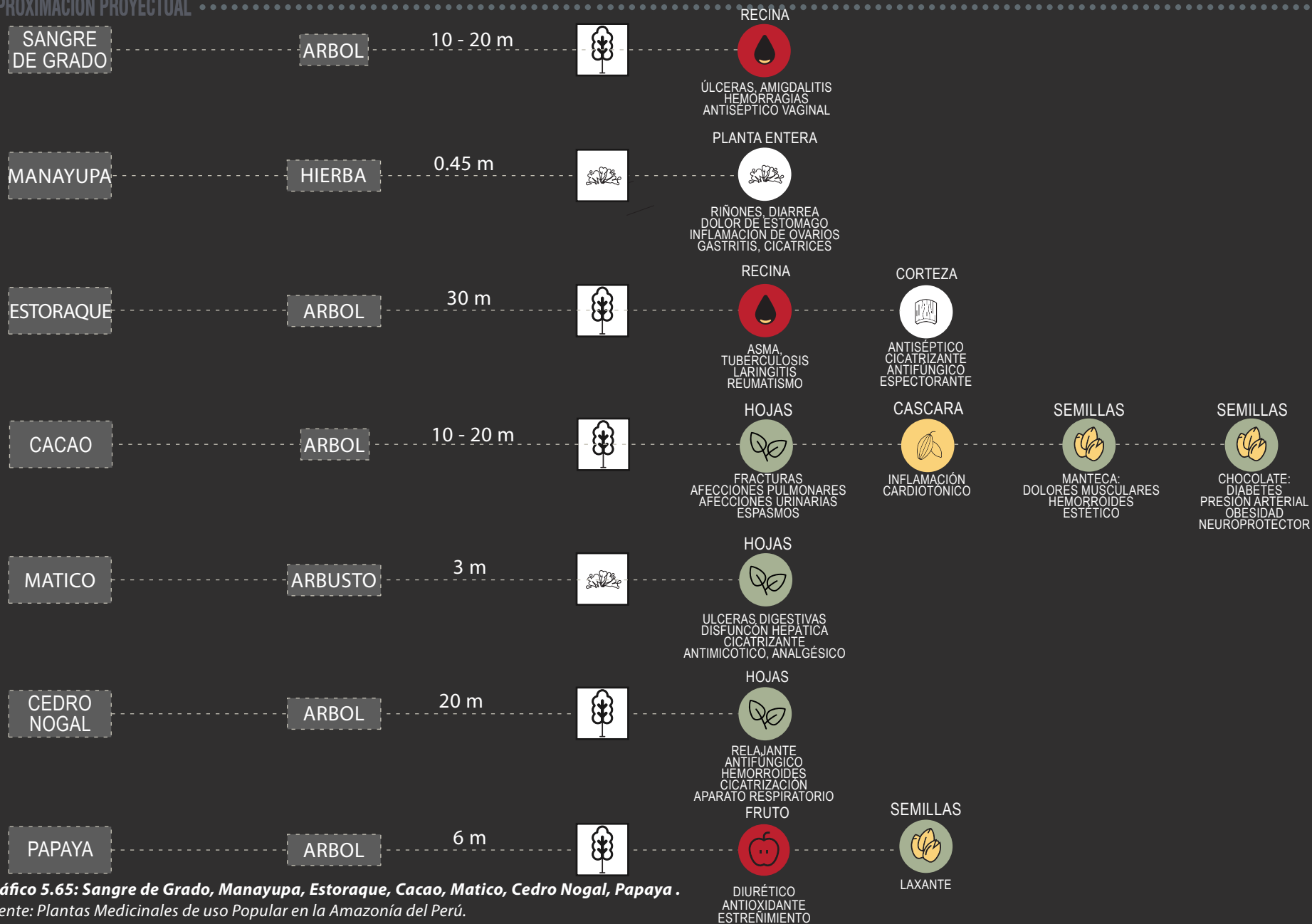


Gráfico 5.65: Sangre de Grado, Manayupa, Estoraque, Cacao, Matico, Cedro Nogal, Papaya.
Fuente: Plantas Medicinales de uso Popular en la Amazonía del Perú.

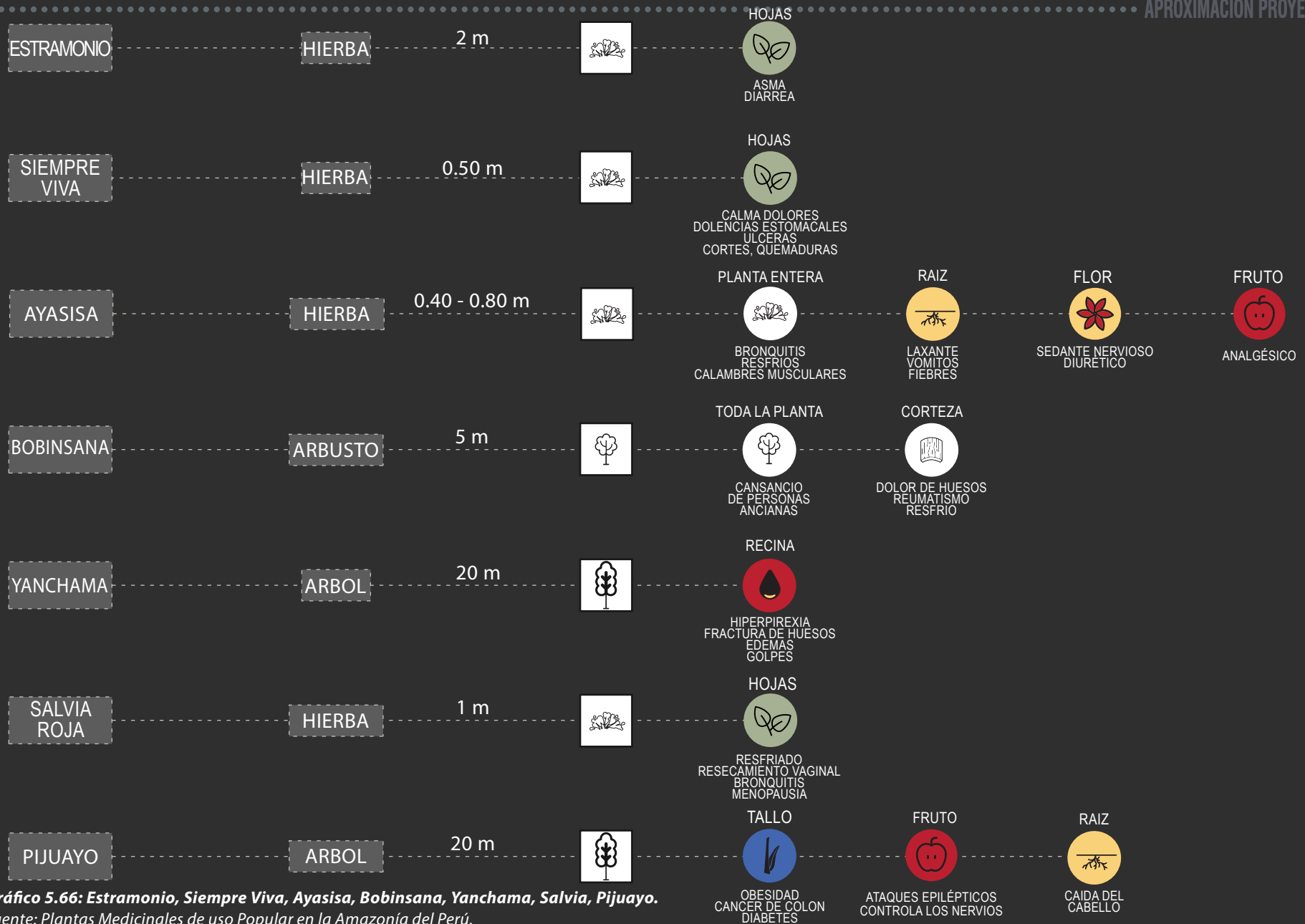


Gráfico 5.66: Estramonio, Siempre Viva, Ayasisa, Bobinsana, Yanchama, Salvia, Pijuayo.

Fuente: Plantas Medicinales de uso Popular en la Amazonía del Perú.

APROXIMACIÓN PROYECTUAL

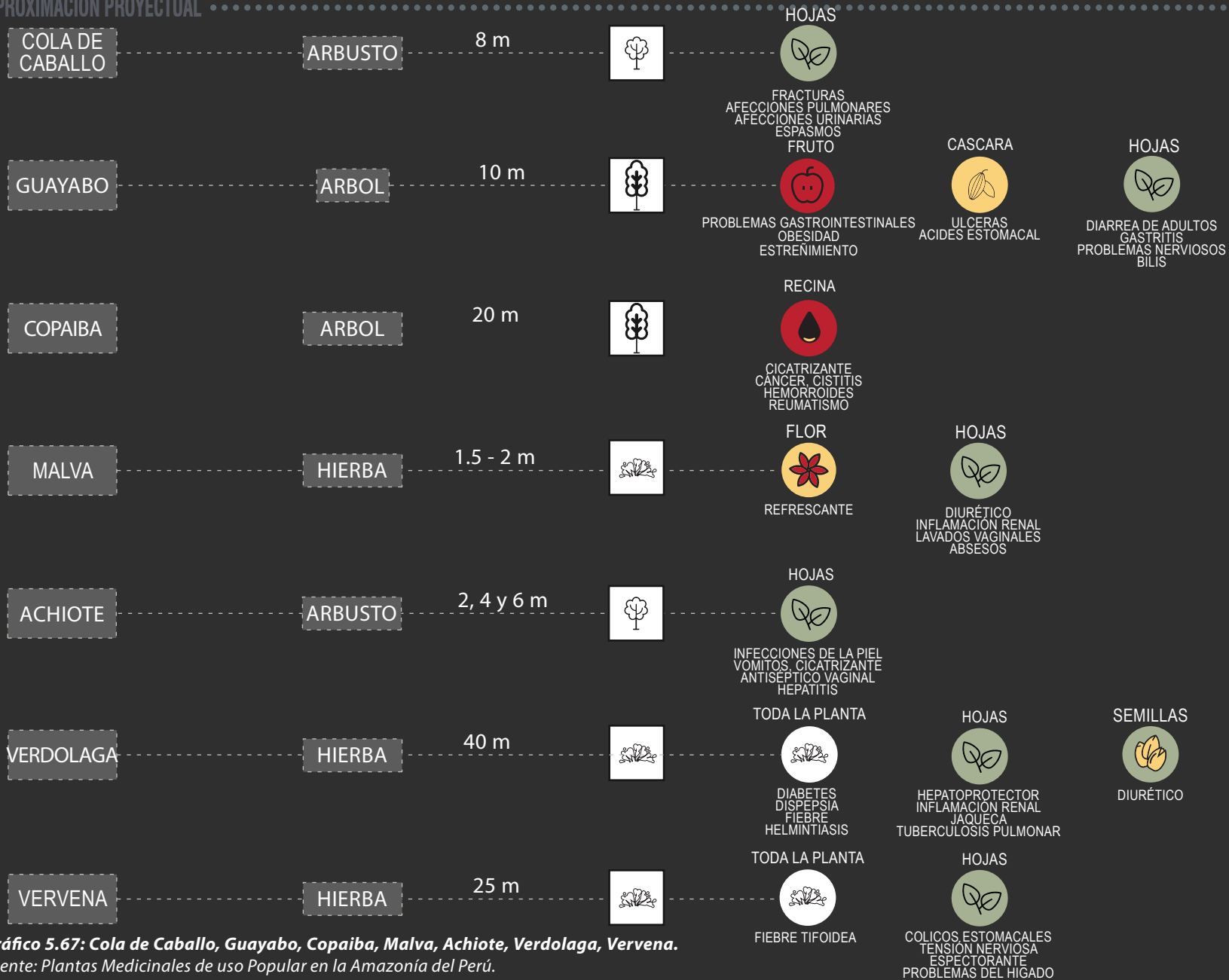


Gráfico 5.67: Cola de Caballo, Guayabo, Copaiba, Malva, Achiote, Verdolaga, Vervena.
Fuente: Plantas Medicinales de uso Popular en la Amazonía del Perú.

5.2.7. Aspecto Social

Según estimaciones realizadas, la población del departamento de Huánuco, para el presente año 2015 es de 860 537 habitantes.

La provincia de Huánuco para el año 2015 tiene más de 300 mil habitantes; mientras que la provincia de Leoncio Prado es de 133,500 habitantes siendo la segunda provincia más habitada.

POBLACIÓN DE HUÁNUCO		
Provincia	Población estimada, 2000	Población Total Proyectada al 2015
Total	834,054	860,537
Huánuco	296,652	309,545
Ambo	58,158	57,239
Dos de Mayo	51,564	53,324
Huacaybamba	22,244	22,843
Huamalíes	72,954	75,505
Leoncio Prado	128,705	133,500
Marañón	30,081	32,118
Pachitea	69,497	73,132
Puerto Inca	32,251	31,429
Lauricocha	38,095	38,667
Yarowilca	33,853	33,235

Cuadro 5.1: Población de Huánuco.

Fuente: INEI.

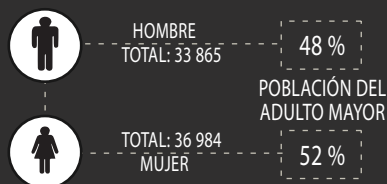


Gráfico 5.68: Población de Huánuco.

Fuente: INEI.

El departamento de Huánuco cuenta con una población de 860,537 habitantes, donde el 8.2% representa la población adulta mayor (70,819). (Dirección Nacional de Estadística, 2015)

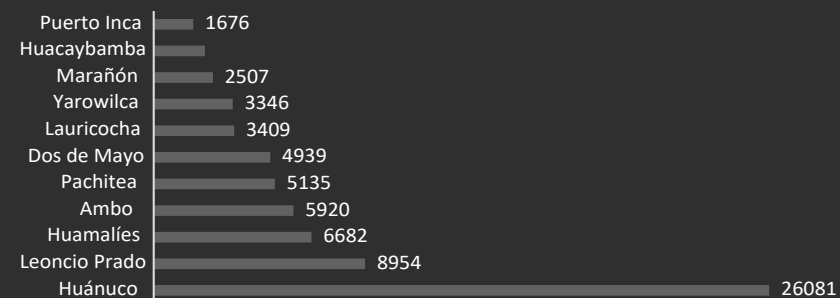


Gráfico 5.69: Personas Adultas mayores.

Fuente: INEI.

Según la comisión multisectorial el departamento de Huánuco cuenta con una población adulta mayor por grupos de edades de 60 a 64 años con 23,184 adultos mayores.

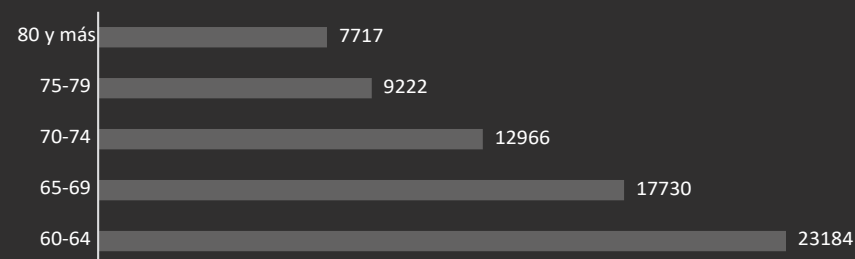


Gráfico 5.70: Personas adultas mayores por grupos de edad.

Fuente: INEI.

Según el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, la población total en edad de trabajar de 14 años y más en el departamento de Huánuco es de 464 mil personas del total nacional en 2014.

De este total, 77,8 % (460 mil personas) son población económicamente activa (PEA) e inactiva 31, 131 mil (22 %).

Dentro del 77.8% de la PEA se registra una población ocupada de 451 mil personas (76.3%) y 9 mil como población desocupada (1.5%) . (Banco Central de Reserva del Perú, 2015)

PRINCIPALES INDICADORES DEL MERCADO DE TRABAJO						
	POBLACIÓN EN EDAD DE TRABAJAR (PET) 14 años a más		Población Económicamente Activa (PEA)		Población Económicamente Inactiva (PEI)	
	Población total 100%	Población	%	Población	%	
Perú	22, 668, 6	16,396,4	72,3%	6, 272, 7	27,7%	
Huánuco	590,7	459, 7	77,8%	131, 0	22,0%	

PRINCIPALES INDICADORES DEL MERCADO DE TRABAJO						
	POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA (PEA)		OCUPADO		DESOCUPADO	
	Población	%	Población	%	Población	%
Perú	16,396,4	72,3%	15 796,9	69,7 %	599,5	2,6 %
Huánuco	459, 7	77,8%	451, 0	76,4 %	8,7	1,5 %

Cuadro 5.2: Principales Indicadores de Trabajo.
Fuente: Informe Económico y Social, Región Huánuco.

La distribución de la PEA ocupada de Huánuco en el 2014 muestra una alta densidad en la actividad independiente con un 43 %. En el sector privado trabajan el 27 % de la PEA y los trabajadores familiares no remunerados son aproximadamente el 21%.

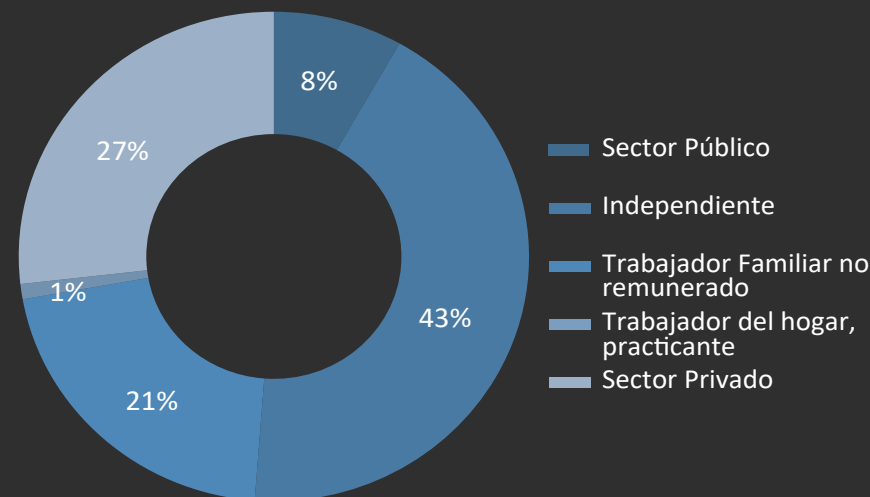


Gráfico 5.71: PEA ocupada por actividades de empleados.
Fuente: Informe Económico y Social, región Huánuco.

Según los datos del INEI, el valor agregado bruto regional se estima que entre los años 2007 y 2014, la agricultura es la actividad más importante generando riqueza en la región, representando el 22% del valor agregado bruto; asimismo, esta es la actividad que concentra el mayor porcentaje de la PEA en el departamento de Huánuco (una de cada dos personas según datos del 2014). (Banco Central de Reserva del Perú, 2015)

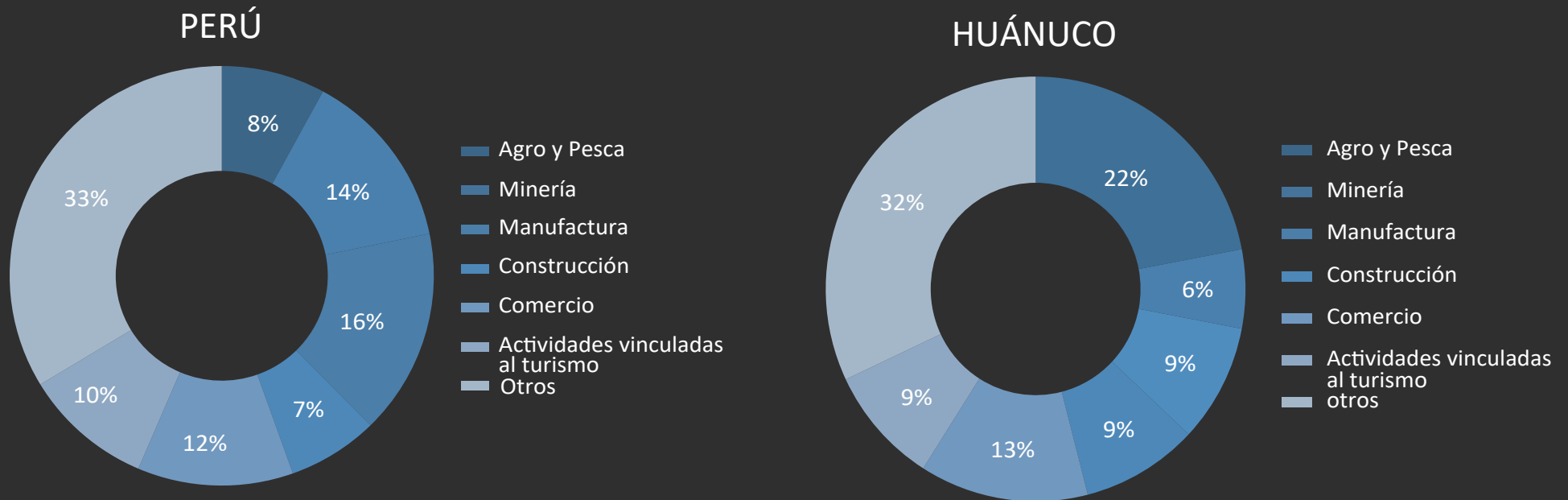
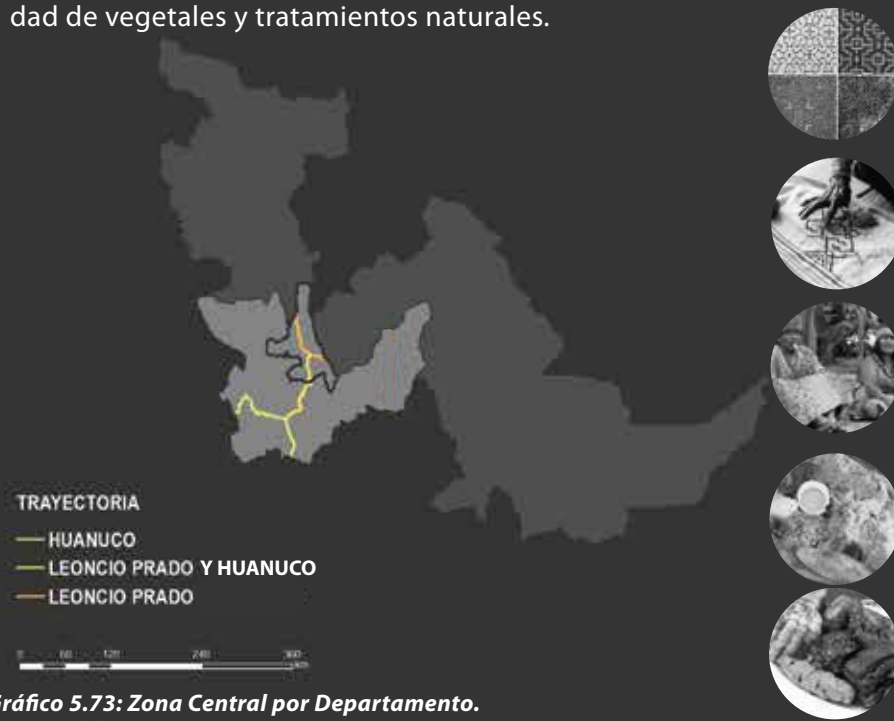


Gráfico 5.72: Pea ocupada por actividades en general.
 Fuente: Informe Económico y Social, región Huánuco.

5.3. ESTUDIO DEL LUGAR
5.3.1. POTENCIALIDADES

La potencialidad que incide sobre el proyecto a nivel macro espacial es la buena ubicación de la ciudad de Tingo María- Huánuco, al encontrarse entre la sierra (Huánuco y Pasco) y la selva peruana (Ucayali y San Martín); lo que ha permitido que sus habitantes interactúen constantemente y compartan costumbres entre sí. Éste hecho ha permitido que su posición céntrica, lo convierta en un lugar significativo, como área de influencia de los pueblos contiguos a las carreteras Central, Federico Basadre y Fernando Belaúnde. Así mismo, su ubicación intermedia, captura las bondades naturales de dos regiones con gran variedad de vegetales y tratamientos naturales.



UBICACIÓN ESTRATEGICA



5.3.1. POTENCIALIDADES



CLIMA

De acuerdo a la ecorregión, posee un clima tropical, Semicalido, humedo y lluvioso, con una temperatura promedio de 24.31 °C, sin ser extremadamente caluroso ni frío; aún así la temperatura es variable de acuerdo a la época del año; en Junio, el clima está acompañado vientos fríos, y en finales e inicios de cada año el clima se torna más húmedo por las abundantes precipitaciones.

DIVERSIDAD

Responde al clima y a la variedad de suelos, el cual es ideal para el crecimiento de una compleja vegetación natural, mayormente arbórea. Así mismo existen especies de aprovechamiento diferentes a la madera, como las productoras de esencias y plantas medicinales.

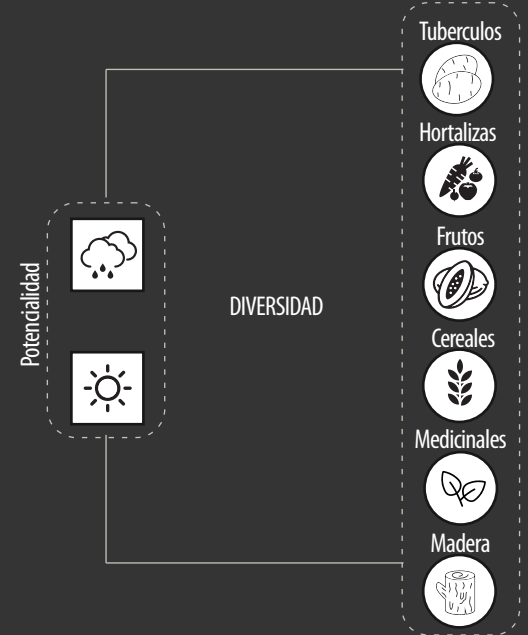
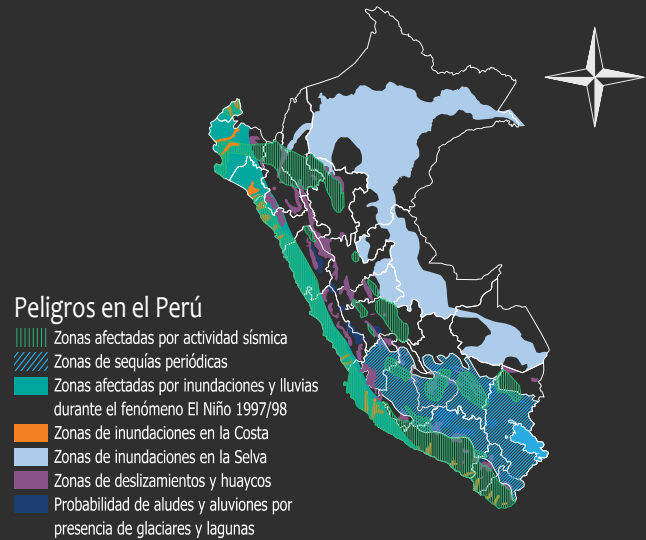


Gráfico 5.75: Potencialidad del Clima.

Fuente: Elaboración Propia a partir de ecorregiones por Antonio Brack Egg.

5.3.2. PROBLEMÁTICAS



PELIGROS GEOLÓGICOS

La humedad relativa mensual promedio es de 85.67% y su ritmo de variación está de acuerdo al ciclo de lluvias, por lo que en las épocas de mayor precipitación se registra una mayor humedad. Aunque las lluvias son consideradas una potencialidad, se pueden considerar también una problemática, debido a que la abundancia de agua ablanda el terreno, provocando derrumbes. Estos desastres generan problemas en las zonas que rodean la ciudad, que en muchos casos impiden el acceso a ella.

EDIFICACIONES

Del mismo modo que las lluvias traen problemas en los alrededores de la ciudad, estas también generan un problema en las construcciones actuales ya que mojan todo produciendo humedades, desde los techos y muros verticales, filtrándose por los sitios más extraños. Así mismo, el suelo puede provocar esta misma reacción ya que el agua que proviene del suelo húmedo o saturado, puede afectar principalmente la planta baja de las edificaciones.

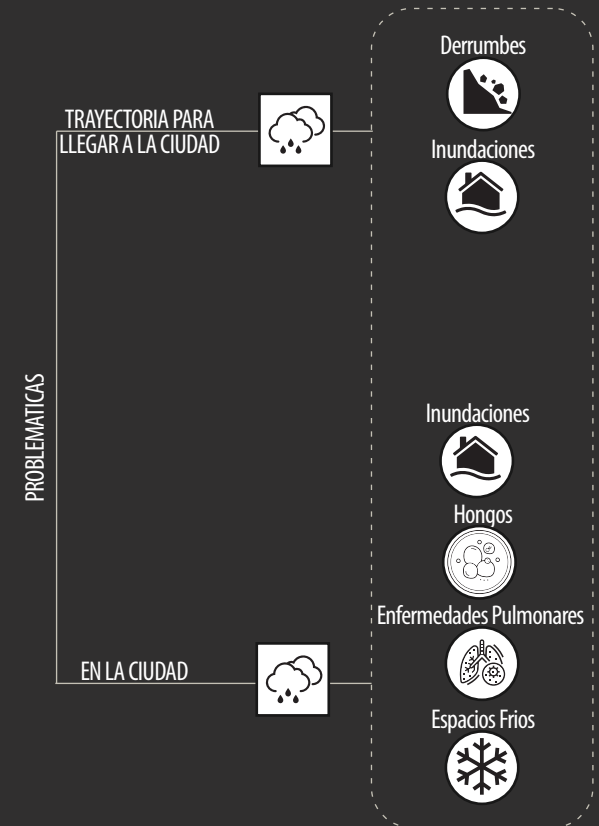


Gráfico 5.76: Problemáticas del Clima.

Fuente: Elaboración Propia a partir del centro de estudios y prevención de desastres.

5.3.3. ASPECTOS GENERALES (ELECCIÓN DEL LUGAR)



Gráfico 5.77: Tiempo en minutos del centro al proyecto.
Fuente: Elaboración Propia.

La ciudad de Tingo Maria, es considerada un valle, ya que se encuentra rodeada por altas montañas. Por esta razón, es que durante su crecimiento, se ha distribuido en tres partes: la ciudad, los centros poblados y la selva montana o el Río Huallaga. Sin embargo, se ha percibido algunas construcciones informales en las montañas y al borde del río, que no es la mejor alternativa por las lluvias que traen consigo grandes derrumbes y crecientes. Además de ello, esta actividad esta prohibida debido a que la ciudad es considerada un parque nacional que exige ser cuidado y respetado en su forma natural. Lo que significa que la única alternativa de crecimiento legal de la ciudad es que siga a lo largo de acuerdo a la forma de las montañas.

Para la elección del terreno se tuvo en cuenta, las tres partes de la distribución de la ciudad en relacion a la necesidad del usuario; en donde se concluyo que el centro suele ser bastante transitado, por la demanda estudiantil de la Universidad Agraria de la Selva, por el comercio y por el turismo que se viene promoviendo durante los ultimos años. Por lo que, el proyecto deberá estar ubicado en un centro poblado al rededor de la ciudad, debido a que estas zonas son mas tranquilas para habitar y sin embargo al ser una ciudad muy pequeña la distancia desde la ciudad a los centros no supera los 10 minutos.



Gráfico 5.78: Transición por Zonas.
Fuente: Elaboración Propia.

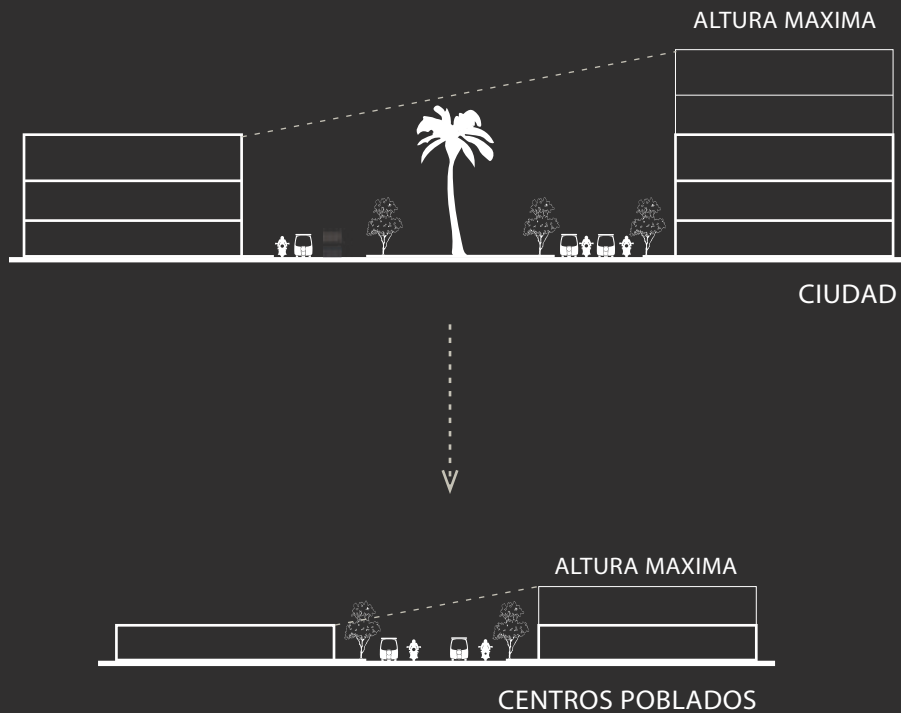


Gráfico 5.79: Altura de Edificios.
Fuente: Elaboración Propia.

El objetivo de ubicar el proyecto en las afueras de la ciudad, es relacionar el edificio con la naturaleza sin alejarse por completo de la comunidad. A partir de esto el proyecto contará con un espacio comunitario que se encargará de vincularlos mediante actividades que se puedan realizar en conjunto.

Por otro lado, también se tuvo en cuenta la altura de los edificios, que en la ciudad mayormente suelen ser en relación a una edificación de 3 pisos, de 3 a 3.5m de altura cada uno, sin embargo unos pocos llegan a 5 o 6 pisos y suelen ser de uso hotelero. En cambio en la zona residencial, la mayoría de las edificaciones son de un solo piso, aunque durante los últimos años se está construyendo más viviendas de 2 a 3 pisos. El proyecto conservará la altura promedio de la zona residencial para no interrumpir con el paisaje pero en planta seguirá las formas sinuosas del crecimiento de una planta, la cual procurará enlazarse a su entorno natural

Para la ubicación exacta del terreno, analizamos dos terrenos con las mismas características, respecto al entorno residencial, y el tiempo estimado entre cada uno de ellos y la ciudad. Así mismo, ambos se ubican en zonas de expansión urbana, de las cuales una de ellas se convirtió en distrito recientemente.

Ambas zonas cuentan con la posibilidad de seguir creciendo residencialmente debido a su forma alargada y debido a su magnitud, las cuales son mayores en comparación con otras zonas de expansión urbana e inclusive la misma ciudad de Tingo María.

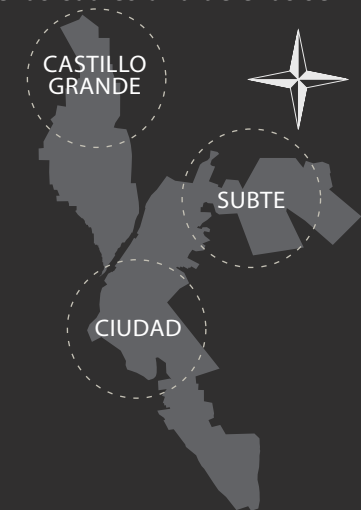


Gráfico 5.80: Centro poblado seleccionado.
Fuente: Elaboración Propia.

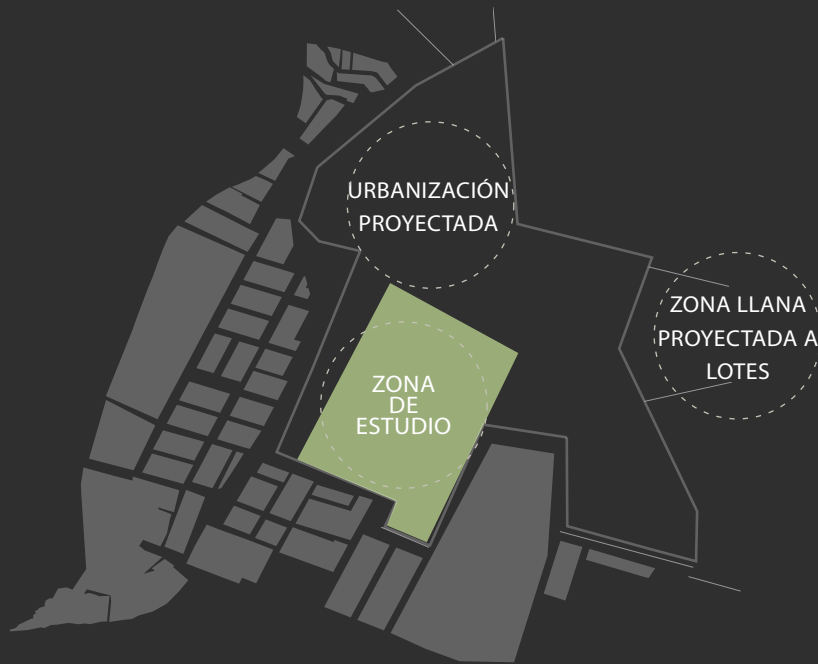


Gráfico 5.81: Proyecto conectado con entorno llano.
Fuente: Elaboración Propia.

- El primer terreno se encuentra entre una zona residencial y un entorno natural llano, por lo que brinda aires constante y fresco; así mismo, cuenta con luz solar directa desde 6:30 am a 5:45 pm según la variación del clima.

Sin embargo, su ubicación también tiene una gran desventaja, puesto que su accesibilidad es compleja, ya que al finalizar el recorrido de la Av. Raymondi existe mucho flujo vehicular en general, inclusive de vehículos pesados de alta carga y con mayor frecuencia por las noches. Esto implica la dificultad del acceso en 3 minutos antes de llegar al terreno.

- Por otro lado, el siguiente terreno se ubica en lo que era una zona de expansión urbana hasta hace pocos años (Actualmente el nuevo distrito de Castillo Grande). El terreno se caracteriza por estar rodeado desde el oeste por un bosque montano, el cual causa un efecto rebote de los vientos contra las montañas, creando un ambiente fresco y ventilado. Sin embargo, la luz solar directa dura menos horas ya que las montañas más cercanas crean sombras en el terreno desde las 4 pm.

Desde un punto de vista ventajoso, la accesibilidad al terreno es un punto favorable ya que cuenta con menos frecuencia vehicular desde el centro la ciudad, lo que implica con menos contaminación sonora.

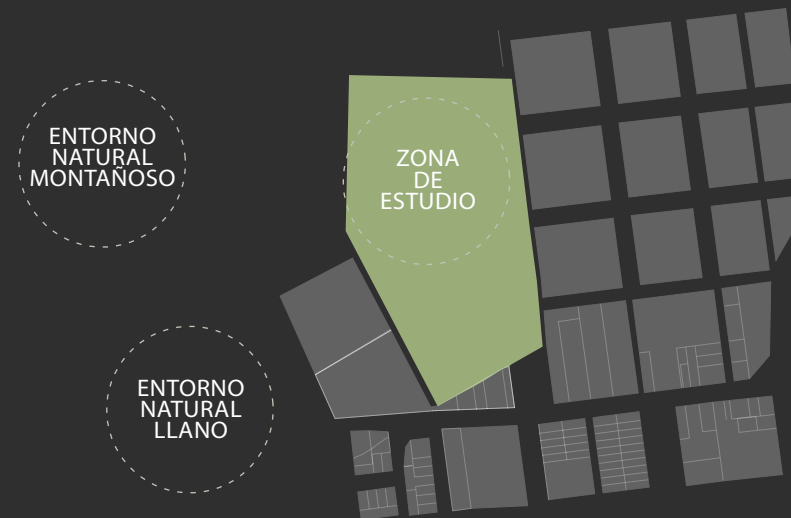


Gráfico 5.82: Proyecto enlazado con la naturaleza.
Fuente: Elaboración Propia.

• CONCLUSIÓN

La segunda opción, se encuentra en un terreno un poco elevado en comparación con los terrenos aledaños, así mismo, tiene un entorno mas tranquilo y menos transitado, por lo que tiene una accesibilidad menos estresante.

Si bien el tiempo de la luz solar directa dura menos tiempo, el recorrido constante de vientos incluyendo los efecto rebote, disminuye la humedad que puede producir un ambiente con tanta vegetacion y poco tiempo de asoleamiento.

Por otro lado, éste terreno posee una forma un poco mas alargada, el cual posibilita un diseño mas sinuoso y dinámico.

Por último, este terreno se encuentra, a unos pocos metros de un ojo de agua, lo que facilita la creación de espejos de agua en el diseño paisajístico del área comunitaria y alrededores; así como la siembra de plantas ornamentales y de efecto curativo para el tratamiento fitoterapéutico e inclusive para tratamientos de hidroterapia natural.

5.3.4. LÍMITES, ACCESOS Y VÍAS

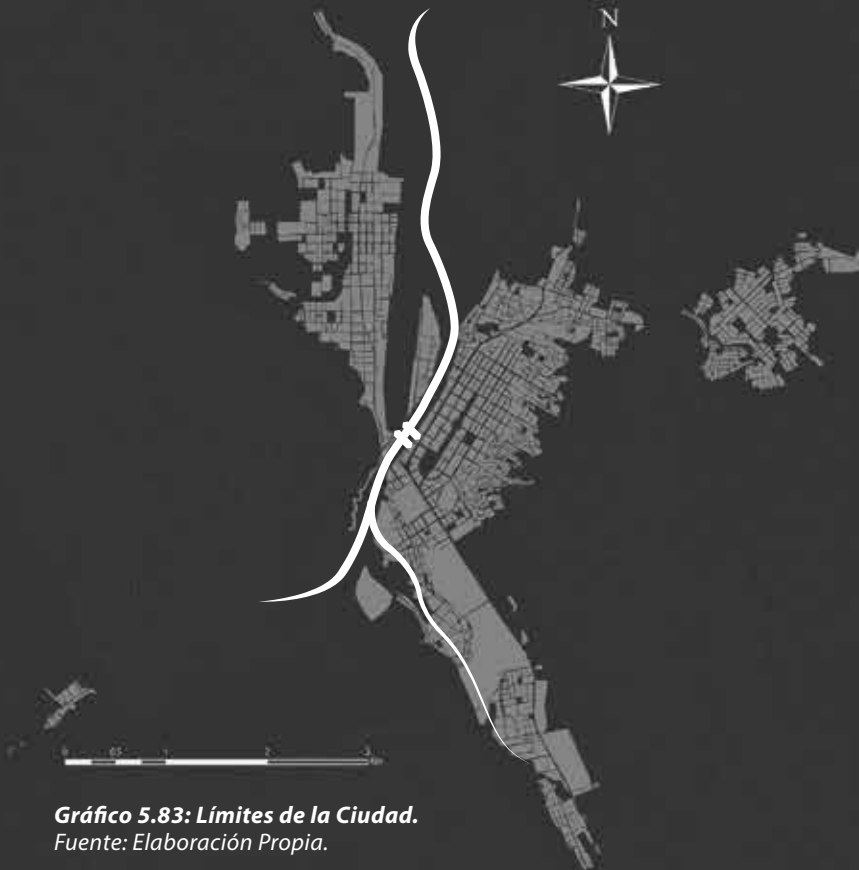


Gráfico 5.83: Límites de la Ciudad.
Fuente: Elaboración Propia.

La ciudad no presenta límites con otras ciudades o pueblos, pero si cuenta con límites naturales, como la selva montana y el Río Huayaga.

Tanto la selva montana con el río se encargan de formar caminos, tanto de acceso como salida de la ciudad. Por el Sur se forman caminos que conectan con el departamento de Huánuco, y por el Norte se

forman caminos que conectan con el departamento de Ucayali y San Martín.

Por otro lado, El Río Huayaga crea una división en la ciudad que se une por medio del puente Corpac, el cual es frecuentemente transitado.



Gráfico 5.84: Accesos de la Ciudad.
Fuente: Elaboración Propia.

Para acceder al terreno desde el centro de la ciudad, se cruza el puente Corpac y se toma la única vía principal que recorre esta parte de la ciudad, hasta llegar a una vía transversal en dirección al oeste.

5.3.4. ACCESOS, LÍMITES Y VÍAS



Gráfico 5.85: Accesos al Terreno.
Fuente: Elaboración Propia.

Se toma la av. Iquitos , que es la unica vía principal que inicia desde el centro, de donde, luego se toma la vía 1° de mayo, en dirección al oeste. Hasta llegar, a una cuadra antes de que esta vía llegue a su fin, luego se accede por una calle proyectada, desde donde se apreciaría la fachada principal del edificio.

El terreno escogido limita con propiedades privadas rurales por los cuatro lados. Sin embargo en la interseccion de sur-oeste tiene un pequeño limite con el poder judicial y la necropsia de la fiscalía. Por el oeste se ha proyectado una calle para poder acceder al proyecto y precisamente ésta sería la única en limitar con el terreno.

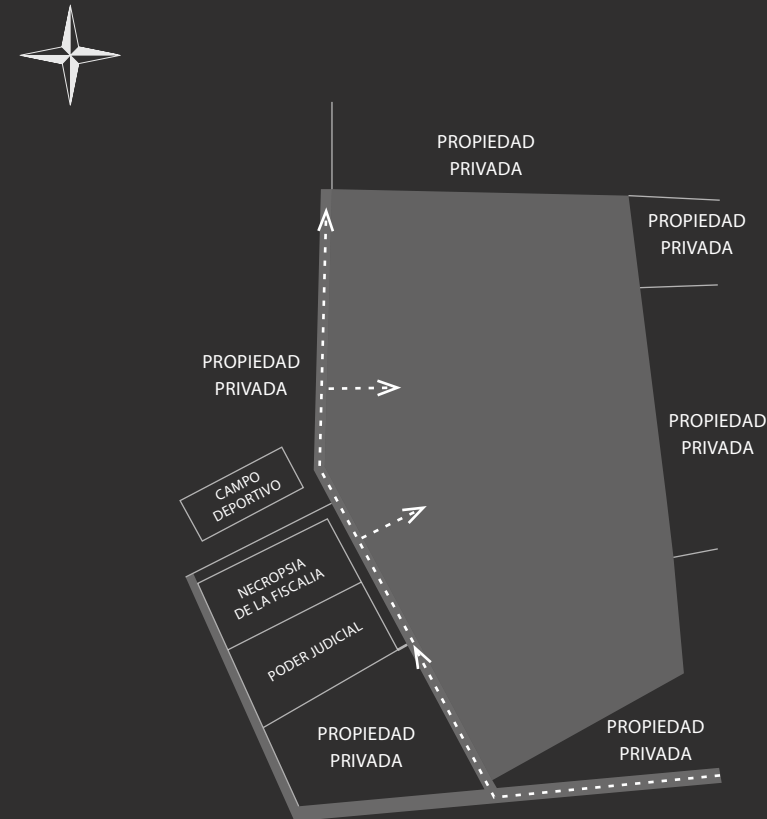


Gráfico 5.86: Límites del Terreno.
Fuente: Elaboración Propia.

5.3.5. TOPOGRAFÍA

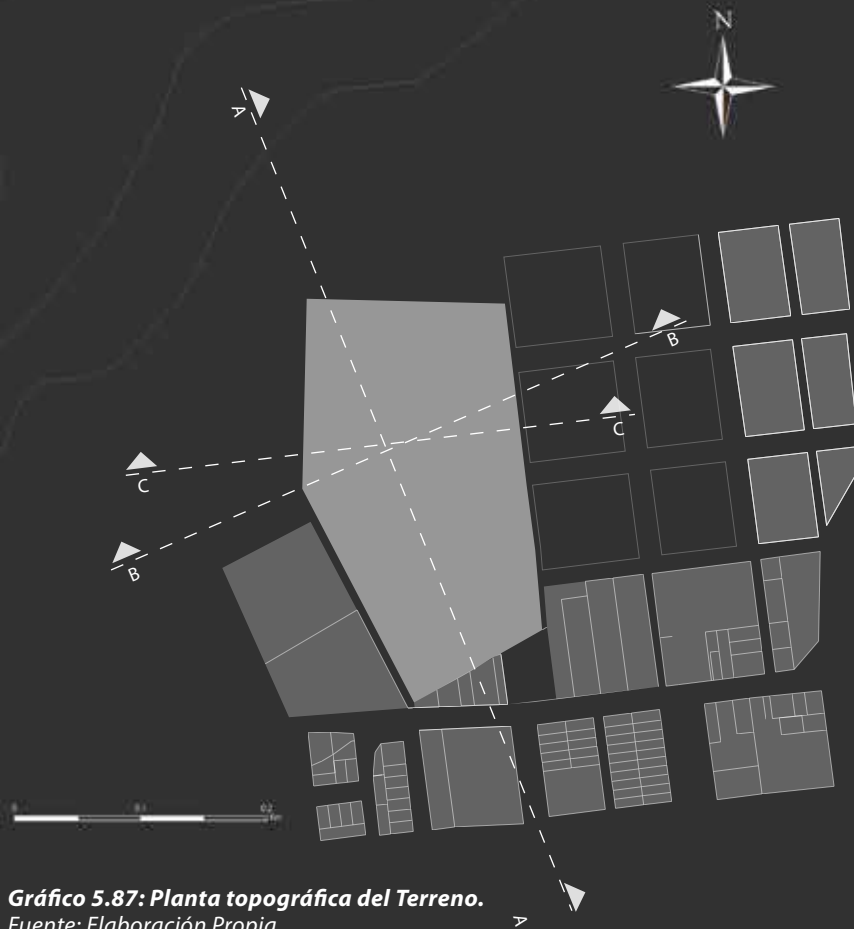


Gráfico 5.87: Planta topográfica del Terreno.
Fuente: Elaboración Propia.

El terreno fue escogido principalmente por que tiene una superficie regularmente plana que además, se encuentra elevada en relación a su entorno. Es decir que tiene menos probabilidades de ser inundado en épocas de lluvia.

La selva montana mas cercana se encuentra hacia el noroeste a 275m y tiene aproximadamente altura 1000m y se encarga de dar sombra al terreno desde las 4 de la tarde.

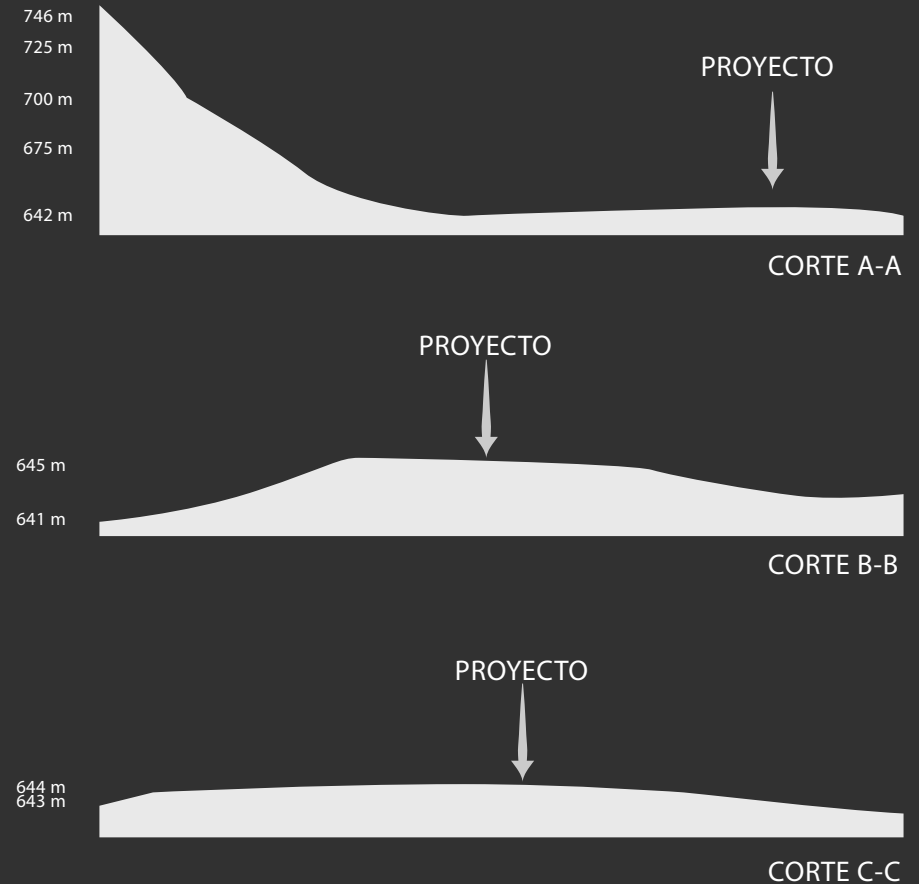


Gráfico 5.88: Cortes topográficos del Terreno.
Fuente: Google Earth.

5.3.6. PERFIL URBANO

La zona residencial donde se encuentra el terreno, se caracteriza por tener más área verde que edificaciones, debido a que hasta hace 10 años aproximadamente, esta zona no era mas que chacras. Sin embargo, en los terrenos sobre la av. 1 de mayo se están construyendo varias fincas y casas de campo, que le están dando otra imagen a esta zona.

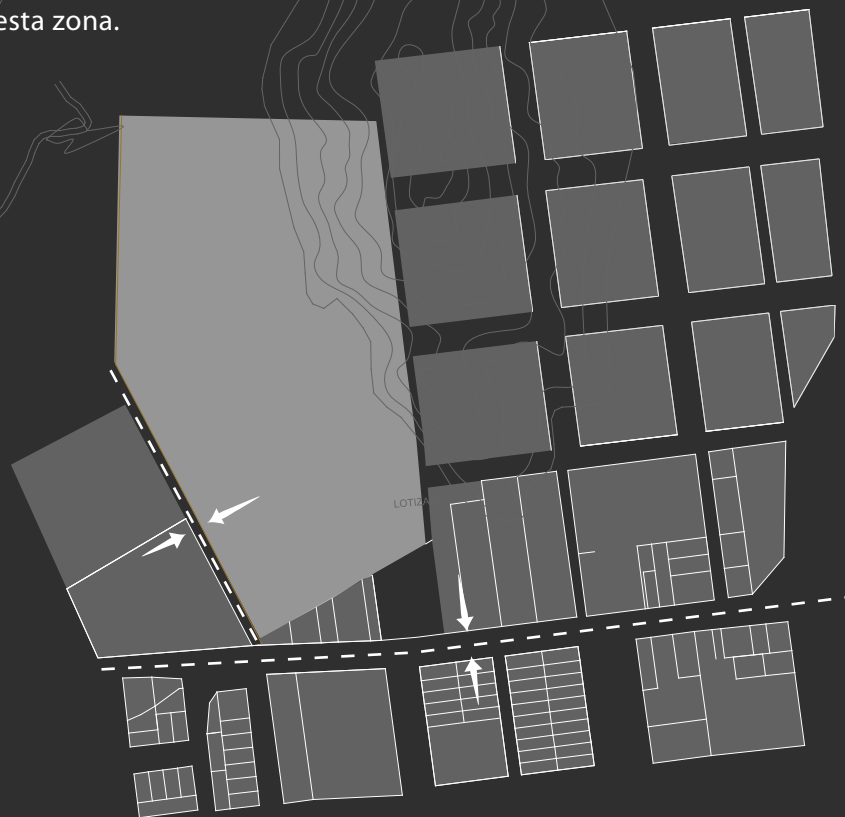


Gráfico 5.89: Planta guía para perfil urbano.
Fuente: Elaboración Propia.

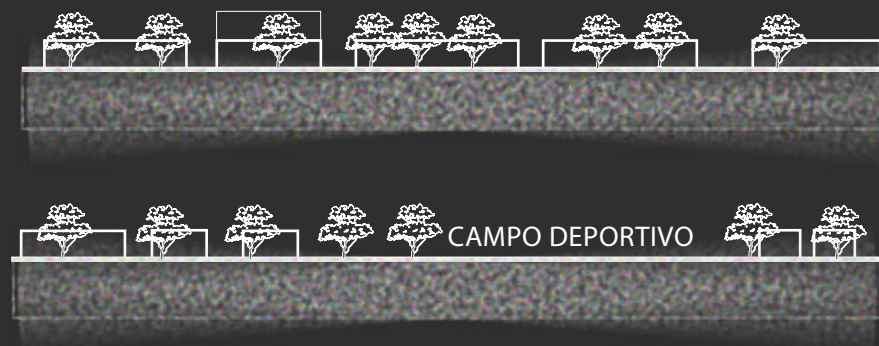


Gráfico 5.90: Perfil urbano de Av. 1° de Mayo.
Fuente: Elaboración Propia.

Las edificaciones aledañas al terreno son de 1 nivel y algunas de 2 niveles como máximo. La Av. 1 de mayo y otras vías secundarias transversales a esta, cuentan con bastante vegetación y arborización, debido a que esta zona se encuentra cerca de la selva montana, por lo que su crecimiento es natural.

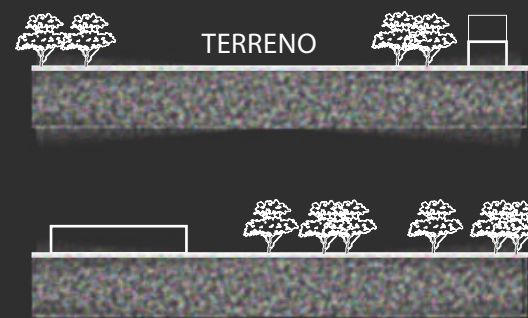


Gráfico 5.91: Perfil urbano de Calle Proyectada.
Fuente: Elaboración Propia.

5.3.7. USO DE SUELO



Gráfico 5.92: Uso de Suelos.
Fuente: Elaboración Propia.

	RDB	Residencial de Densidad Baja		E1	Educación Básica
	RDM	Residencial de Densidad Media		E2	Educación Superior Tecnológica
	RDA	Residencial de Densidad Alta		E3	Educación Superior Universitaria
	RDMA	Residencial de Densidad Muy Alta		H2	Centro de Salud
	CV	Comercio Vecinal		H3	Hospital General
	CZ	Comercio Zonal		H4	Hospital Especializado
	CM	Comercio Metropolitano		ZRP	Zona de Recreación pública
				OU	Usos Especiales
				ZRE	Zona de Reglamentación Especial

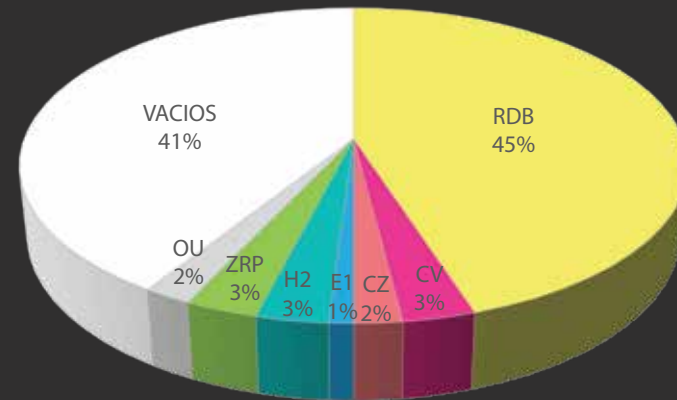


Gráfico 5.93: Porcentaje de Uso de Suelos.
Fuente: Elaboración Propia.

Muchos de los lugares que rodean el terreno aún no son considerados área urbana, pues como área rural existen beneficios naturales que los propietarios aun consideran valiosos, como la disposición de los recursos naturales. Por esta razón es que existen muchos terrenos vacíos que se conservan como chacras, lo que le da un ambiente más rústico a la zona.

Por otro lado, en el caso de las áreas lotizadas, la mayoría son residencias unifamiliares, muchas de ellas con un pequeño negocio en el primer nivel de la vivienda. En su minoría, existen 2 pequeños centros de salud de atención primaria, una comisaría, una base de serenazgo y un centro educativo básico, lo suficiente para abastecer esta zona.

5.3.8. Asoleamiento y Vientos

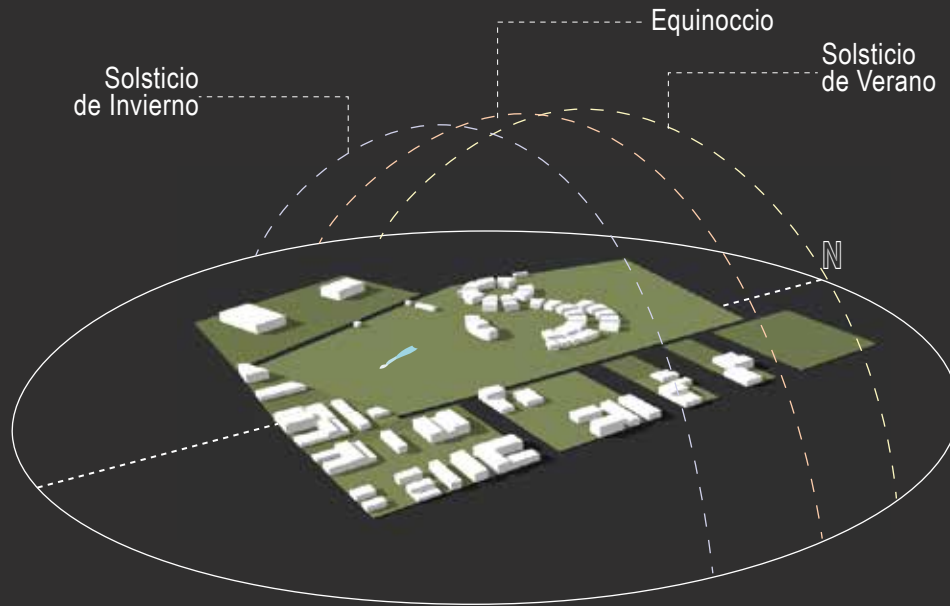


Gráfico 5.94: Asoleamiento.
Fuente: Elaboración Propia.

El proyecto está emplazado en dirección este- oeste, dando ubicación preferentemente a las habitaciones con vista hacia el exterior en dirección al norte, para que se pueda aprovechar la luz natural que este punto emite.

El asoleamiento inicia desde las 6.00 am y culmina a las 6:30 pm, sin embargo, a partir de las 4 pm el terreno deja de recibir la luz directa del sol y conserva un ambiente fresco y ventilado.

En cuando a los vientos, éstos llegan de sureste a noroeste, desde donde se produce un efecto rebote como consecuencia a las montañas, como una barrera, facilitando la circulación constante de los vientos. Este fenómeno a su vez permite que el aire sea purificado por la vegetación, permitiendo que el ambiente esté libre de contaminación.

Para ello el proyecto sera diseñado con formas sinuosas para que el movimiento del viento sea eficiente mediante la ventilación cruzada.

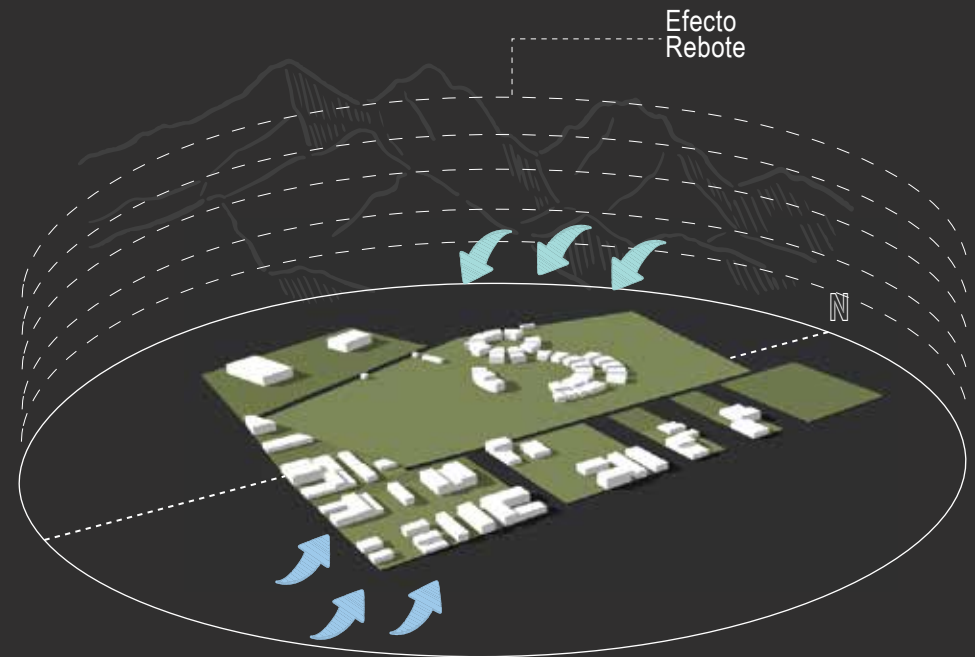


Gráfico 5.95: Dirección de los Vientos.
Fuente: Elaboración Propia.

5.3.9. Vistas y Entorno



Las edificaciones aledañas al terreno son de 1 nivel y algunas de 2 niveles como máximo.

La Av. 1 de mayo y otras vías secundarias transversales a esta, cuentan con bastante vegetación y arborización, debido a que esta zona se encuentra cerca de la selva montana, por lo que su crecimiento es natural.



Gráfico 5.96: Zona de estudio.
Fuente: Elaboración Propia.

5.4. ESTRATEGIAS PROYECTUALES

PREMISAS URBANAS

PREMISAS URBANAS



Gráfico 5.97: Ubicación del Proyecto.
Fuente: Elaboración Propia.

1. El proyecto se ubicará entre un bosque montana y una zona de expansión urbana, por lo que es un entorno tranquilo con calles poco transitadas, rodeado por la naturaleza. Cerca al poder judicial y algunas viviendas.

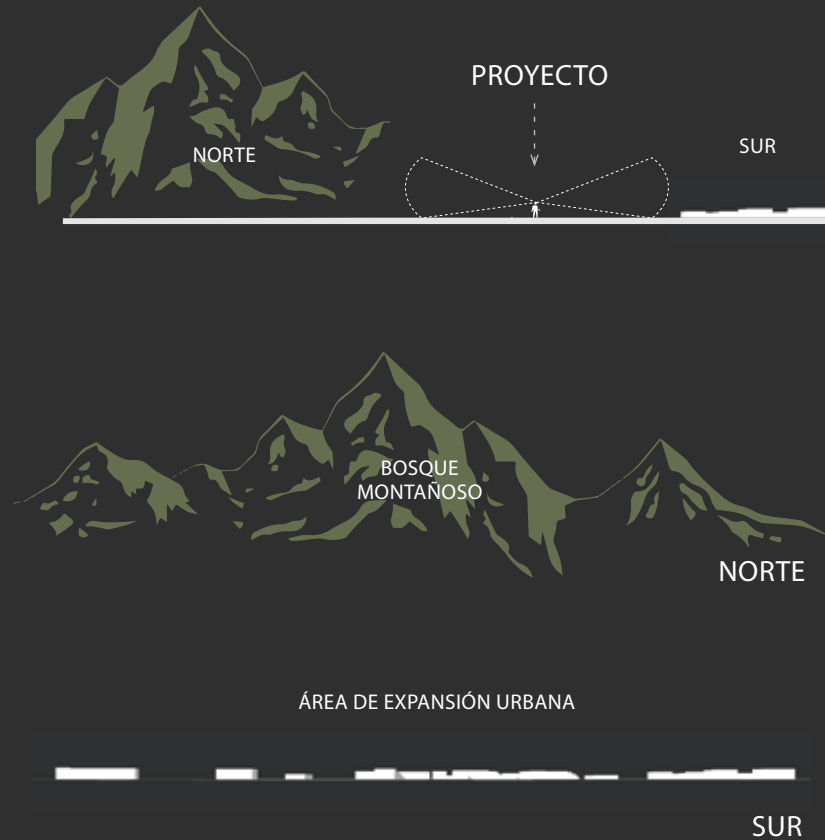


Gráfico 5.98: Emplazamiento.
Fuente: Elaboración Propia.

2. El edificio se emplazara de tal forma que se aproveche la visual hacia el norte, donde se aprecia la variedad de plantas, una quebrada y montañas; por el contrario, hacia el sur, también hay mucha vegetación pero combinada con área residencial.

PREMISAS URBANAS

PREMISAS URBANAS

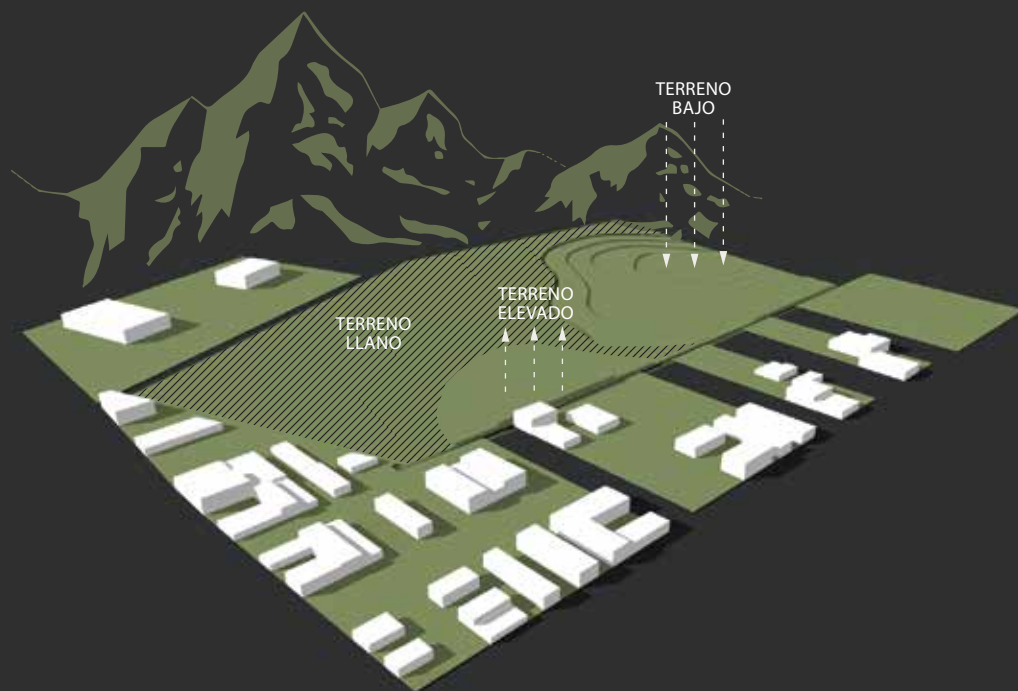


Gráfico 5.99: Terreno.
Fuente: Elaboración Propia.

3. Se dispondra en un terreno irregular. La topografía es en mayor porcentaje plana con variante de alturas, que permitirá que las aguas pluviales puedan desbordar con mayor facilidad en época de lluvias.

4. Se ubicará mobiliario urbano, como carteles de señalización, indicando el ingreso, luminarias para el recorrido, tachos de basura y bancos ; creando así desde el acceso un espacio y un recorrido confortable para el paciente y el visitante.



Gráfico 5.100: Mobiliario Urbano.
Fuente: Elaboración Propia.

PREMISAS URBANAS

PREMISAS URBANAS

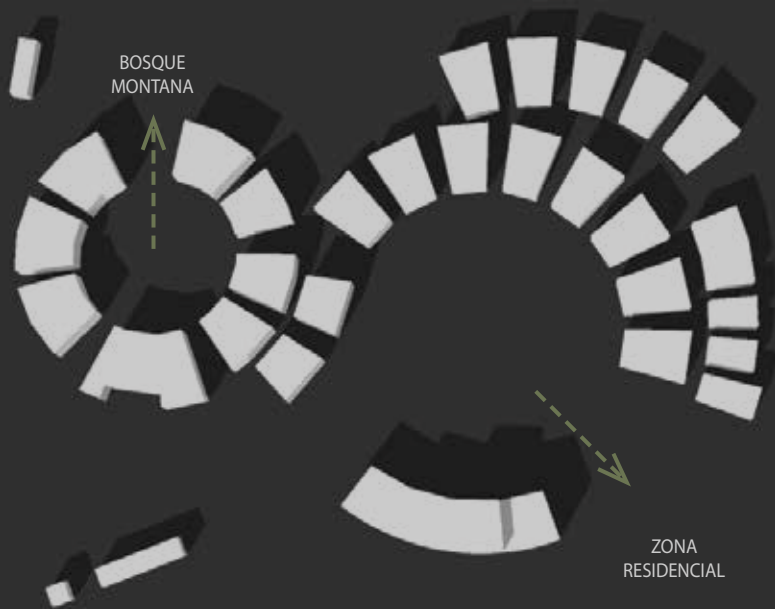


Gráfico 5.101: Áreas Exteriores.
Fuente: Elaboración Propia.

5. Hacia ambos lados del edificio se generaran áreas exteriores, una que se enlaza con la naturaleza existente y otra que se relaciona con el área de expansión urbana que aún está en crecimiento.

Para poder acceder al edificio se usará una calle proyectada con diseño paisajístico que lugar a un ingreso peatonal y vehicular. Ésta calle inicia desde de la avenida 1ro de Mayo, donde podrán acceder de forma peatonal o vehicular.



Gráfico 5.102: Acceso.
Fuente: Elaboración Propia.

PREMISAS FORMALES

PREMISAS FORMALES

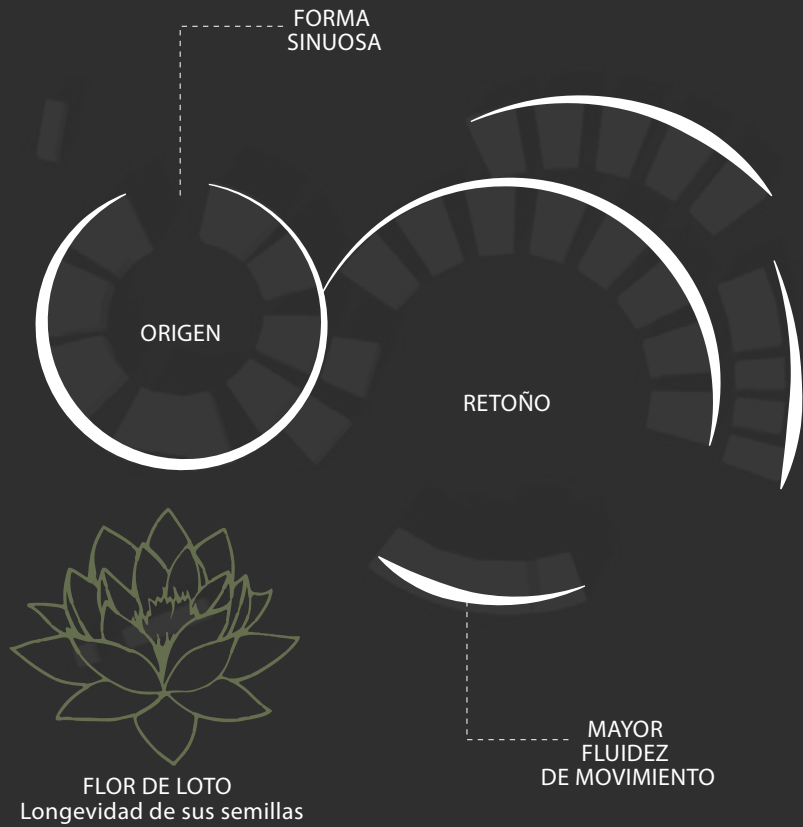


Gráfico 5.103: Idea Rectora.
Fuente: Elaboración Propia.

1. La forma del edificio tiene como objetivo armonizar los espacios para los adultos mayores, el cual se llevará a cabo en un ambiente adecuado apto que mejorará su calidad de vida mediante un recorrido saludable, recreativo y dinámico.

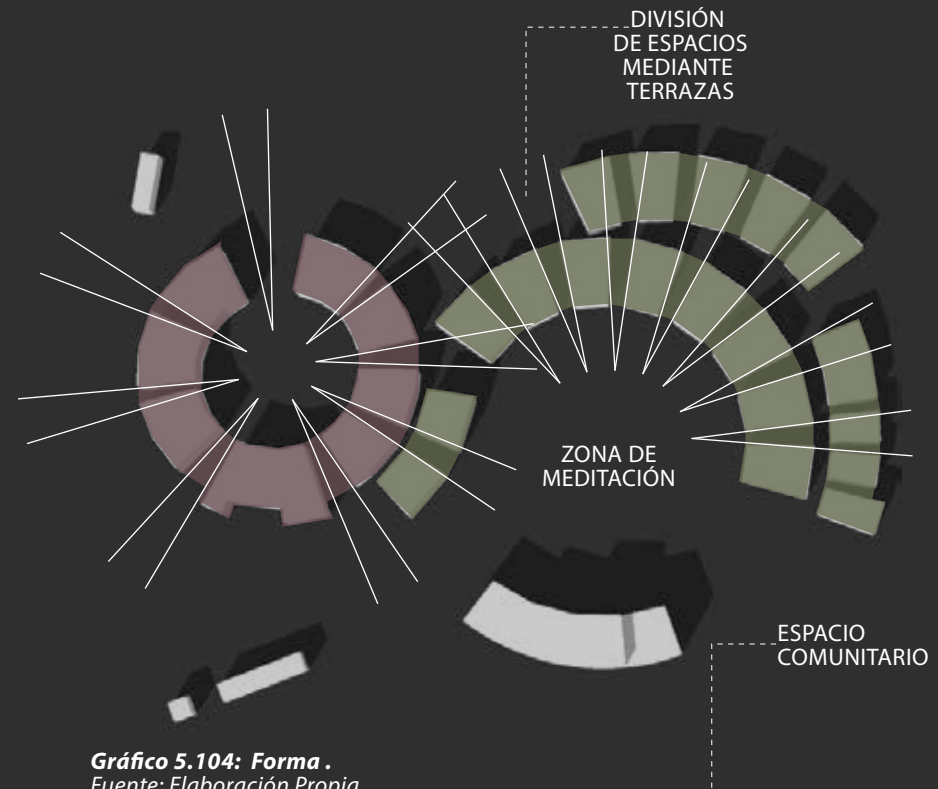


Gráfico 5.104: Forma.
Fuente: Elaboración Propia.

2. Este recorrido nace de una zonificación y de un análisis previo sobre la funcionalidad de las plantas (proceso de fotosíntesis) para después aportar a la investigación mediante la espacialidad, función e infraestructura.

PREMISAS FORMALES

PREMISAS FORMALES

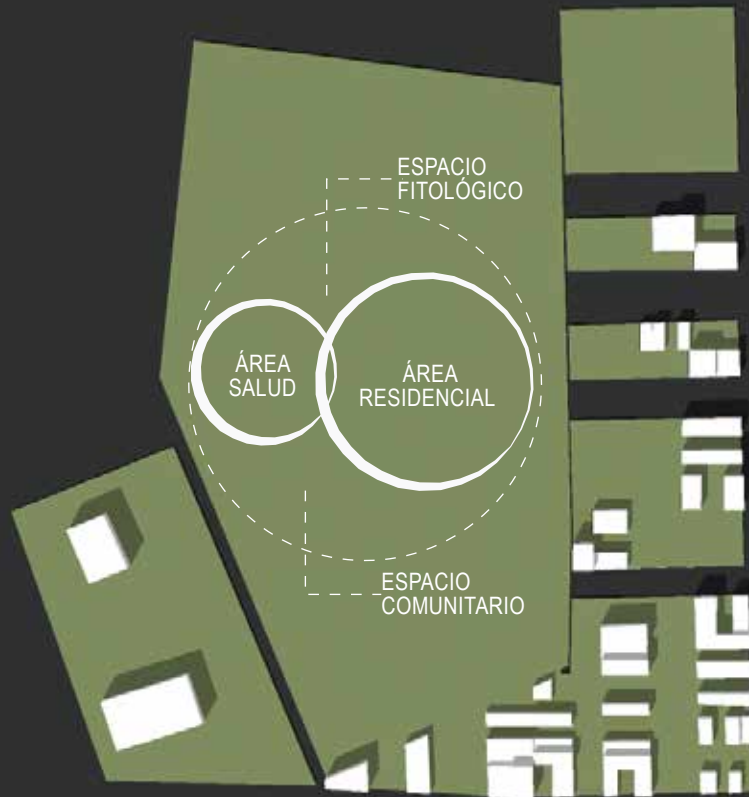


Gráfico 5.105: Áreas según la Forma.
Fuente: Elaboración Propia.

3. La forma del proyecto encapsula dos grandes áreas, una que relaciona a la residencia con el pueblo y la otra que relaciona al proyecto con la naturaleza.

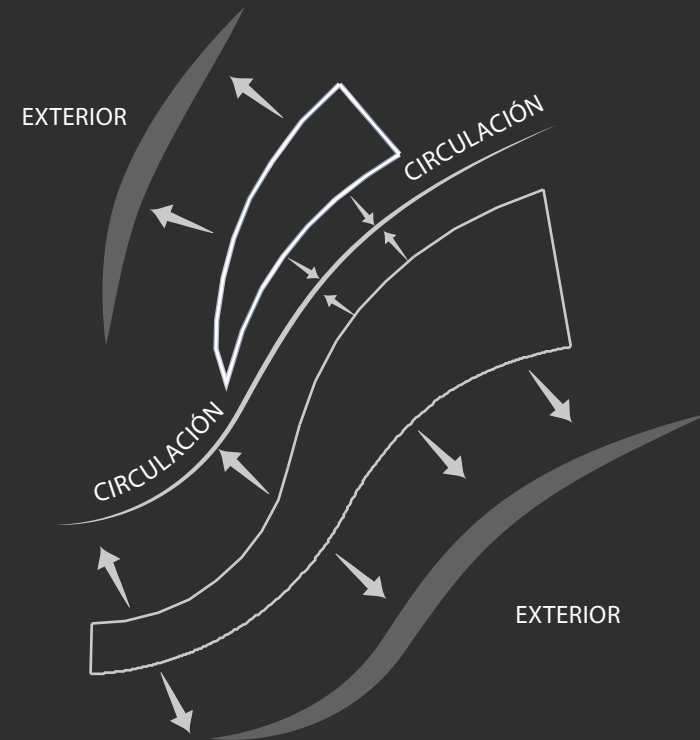


Gráfico 5.106: Circulación.
Fuente: Elaboración Propia.

4. Las formas alargadas de una parte del proyecto permite que tanto las habitaciones como otras áreas tengan relación hacia el exterior, ubicando la circulación en el centro del edificio.

PREMISAS FUNCIONALES

PREMISAS FUNCIONALES

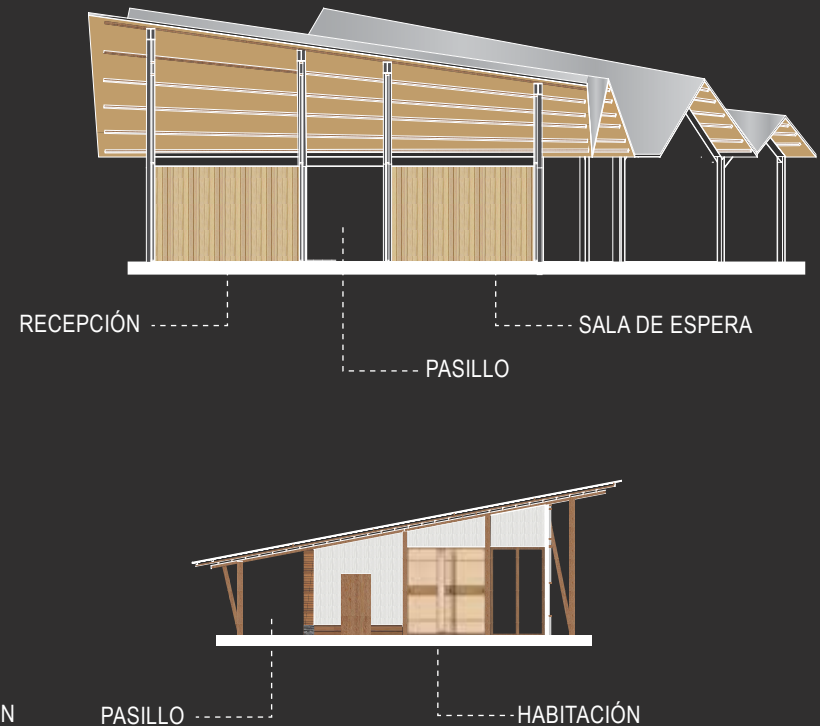
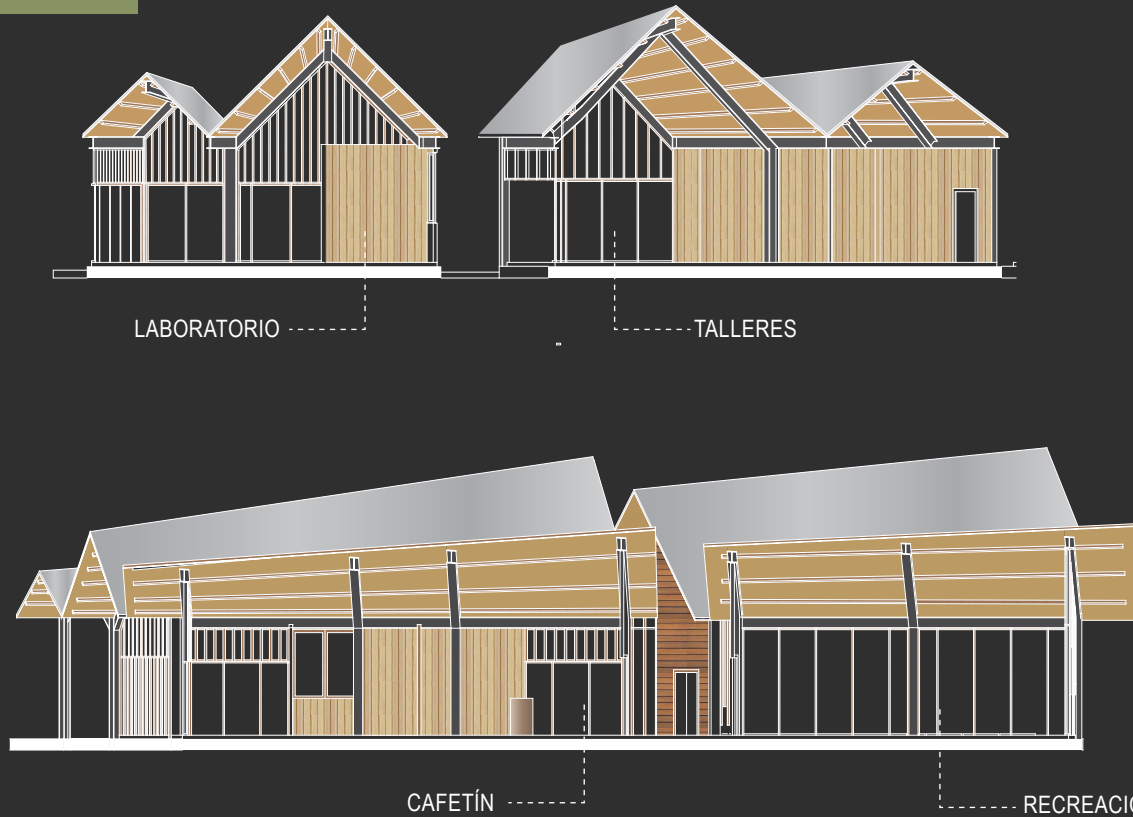


Gráfico 5.107: Función de los Ambientes de recreación y talleres.
Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico 5.108: Función de los Ambientes de recepción y habitaciones.
Fuente: Elaboración Propia.

1. Todos los ambientes se encuentran en el primer nivel, por la facilidad del recorrido horizontal del usuario. Los ambientes de carácter público tienen doble altura y todos los espacios cuentan con iluminación ventilación natural.

2. El área de fitoterapia a pesar de encontrarse dentro del edificio, cuenta con iluminación directa ya que solo tiene una cubierta en forma de celosía, lo que permite el desarrollo de las plantas que crecen en este jardín medicinal.

PREMISAS FUNCIONALES

PREMISAS AMBIENTALES

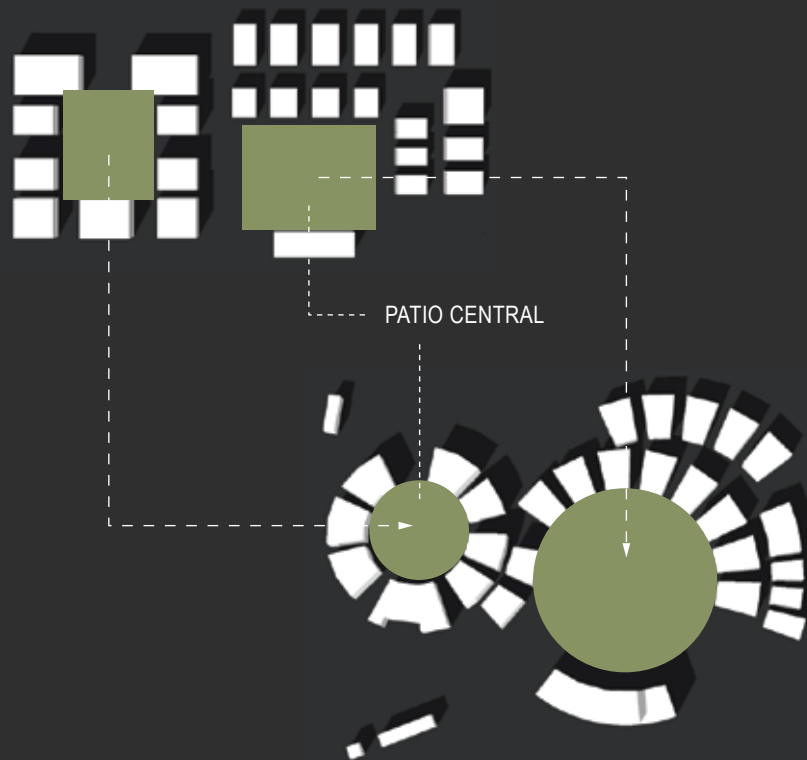


Gráfico 5.109: Recorridos.
Fuente: Elaboración Propia.

4. El proyecto tiene la finalidad de crear dos espacios centrales que distingan el área de salud del área residencial. Pero el conjunto en lugar de tener una forma rectangular, crea espacios lúdicos y dinámicos a partir su forma curva y continua.

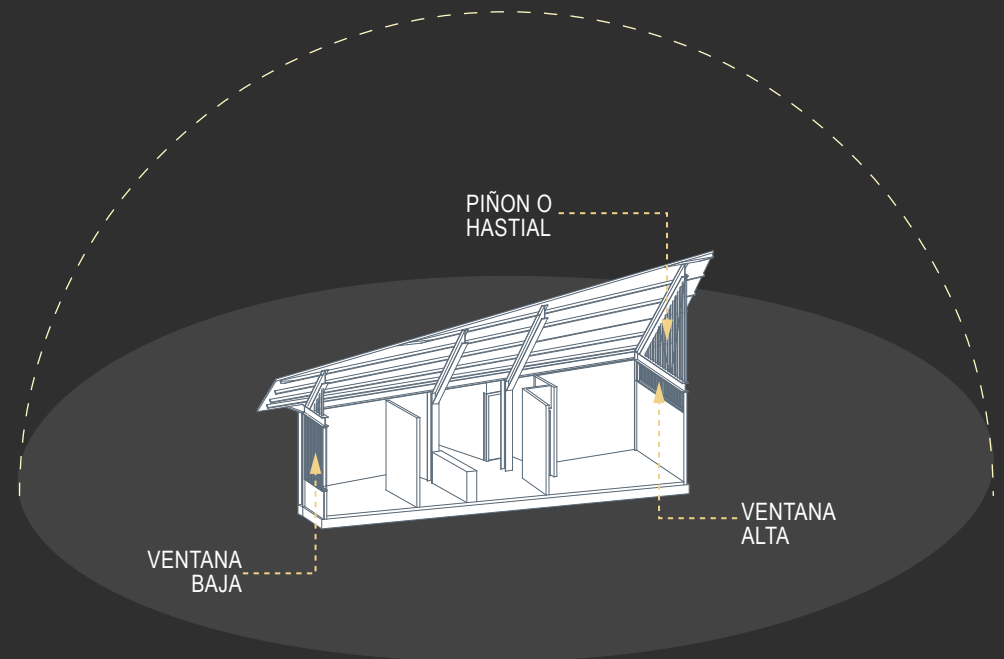


Gráfico 5.110: Iluminación Natural.
Fuente: Elaboración Propia.

3. La iluminación deberá ser natural, con ventanas y hastiales superiores, los cuales darán un mejor alcance de la luz solar incluso en los ambientes mas alejados a las fachadas.

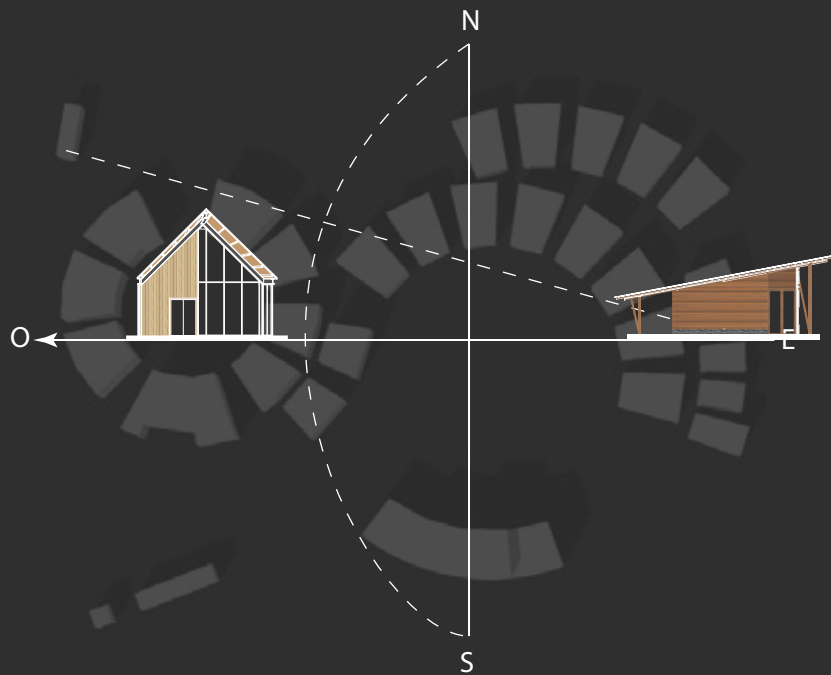


Gráfico 5.111: Orientación.
Fuente: Elaboración Propia.

1. El edificio deberá estar orientado sobre el eje norte - sur, con elevaciones mas altas en el oeste, para aprovechar la luz solar, sin que el lado este se lo impida.

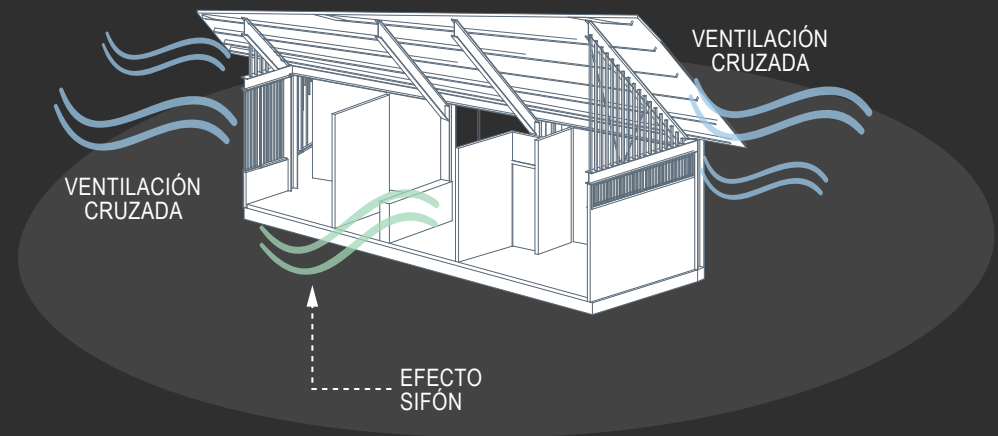


Gráfico 5.112: Ventilación Cruzada.
Fuente: Elaboración Propia.

2. Las áreas cuentan con ventanas altas y bajas que permiten que los vientos circulen eficientemente, así mismo, cada módulo dispone de una circulación centralizada que genera un “efecto sifon” con el fin de que los ambientes se purifiquen constantemente.

PREMISAS AMBIENTALES

INCLINACION DE TECHOS
ARQUITECTURA VERNÁCULA



Gráfico 5.113: Techos Inclinos.
Fuente: Elaboración Propia.

3. Para protección de las lluvias, el techo del edificio sera inclinado a una o dos aguas y además contara con aleros que protejan las paredes de la humedad.

PREMISAS AMBIENTALES

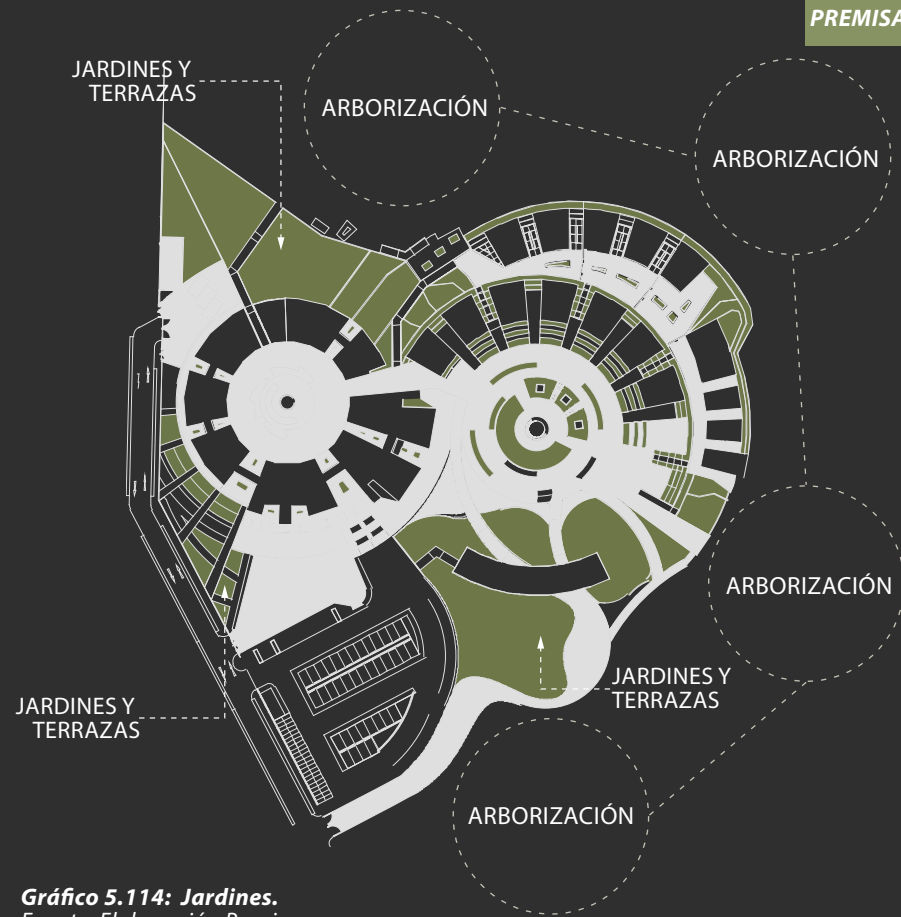


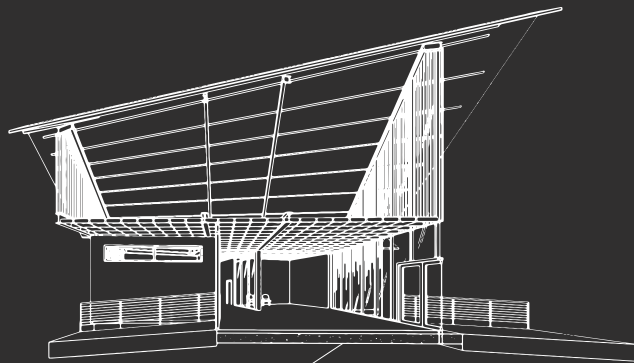
Gráfico 5.114: Jardines.
Fuente: Elaboración Propia.

4. La mayor parte de la arborización mayor, como pequeños bosques, estará ubicada en extensiones de área verde, en los límites del terreno, para delimitar visualmente el terreno y asegurar que la luz del sol se introduzca fácilmente por las ventanas y hastiales, sin que los árboles altos se lo impidan.

PREMISAS TECNOLÓGICAS



losa elevada



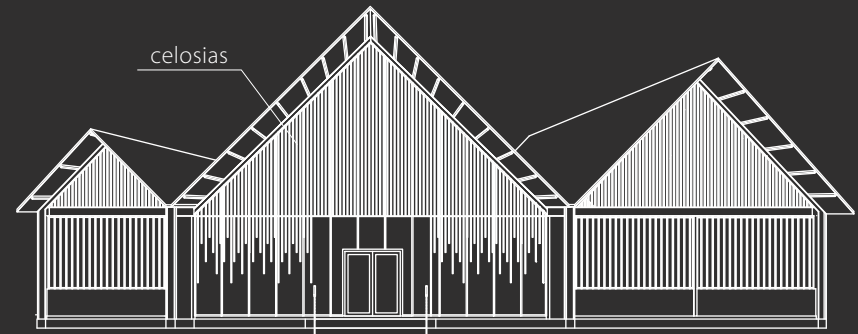
base de concreto a 30 cm sobre el nivel del suelo

Gráfico 5.115: Edificio Elevado del Suelo.

Fuente: Elaboración Propia.

5. El edificio estará elevado respecto al nivel del suelo ya sea como losa elevada o piso de concreto de sobre anchura para evitar la humedad que el suelo produce y por otro, para protegerlo de algunas crecientes que se generan durante un periodo del año.

PREMISAS TECNOLÓGICAS



celosías



terrazas

terrazas

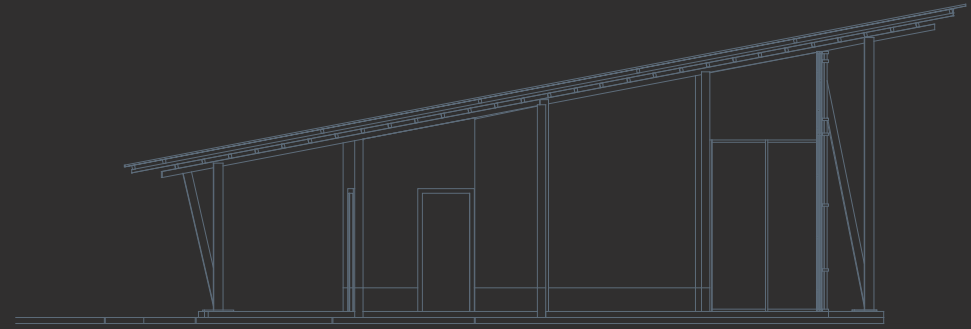
Gráfico 5.116: Celosías en Fachadas.

Fuente: Elaboración Propia.

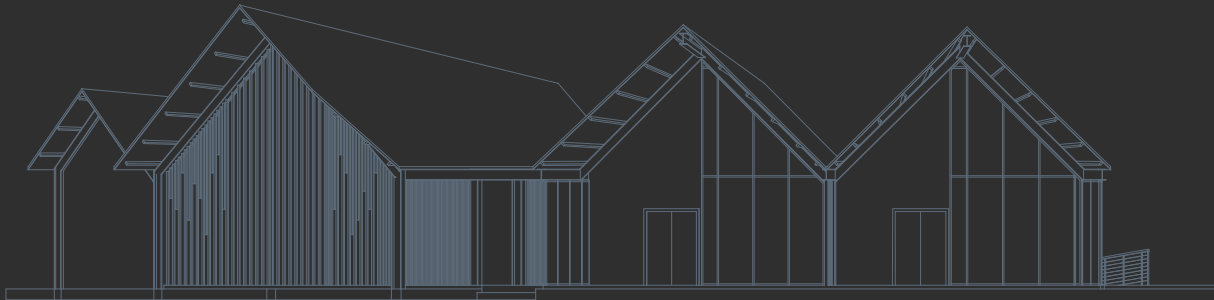
6. La fachada de las habitaciones y otras áreas expuestas a la luz solar intensa, contarán con celosías para disminuir la intensidad que ésta genera. Por otro lado cada módulo contará con terrazas para ambientar un proceso de transición con otros ambientes.

CONCLUSIONES

1. El Centro de Atención a diseñar en base a los conceptos y objetivos planteados en el primer capítulo, enfatizando la unión de espacios públicos y privados para así lograr la inclusión del adulto mayor en la sociedad.
2. El análisis de los proyectos referenciales, dan un papel sobre lo que se debe hacer en una residencia para el adulto mayor; logrando espacios amplios y cálidos para que el usuario se sienta cómodo de usarlos y recorrerlos. A su vez la dirección de los vanos tanto en las habitaciones y talleres, debe ser estudiada, para no afectar el uso del espacio ni generar incomodidades como la luz directa o el calor.
3. El lugar donde se ubicará el proyecto, será en las afueras de la ciudad, para así relacionar el edificio con la naturaleza sin alejarse por completo de la comunidad. A partir de esto el proyecto contará con un espacio comunitario que se encargará de vincularlos mediante actividades que re puedan realizar en conjunto.
4. La importancia de tener un entorno accesible a la ciudad, natural y de mucha diversidad en plantas medicinales, permite al adulto mayor tener necesidades básicas y de calidad de vida, a la mano. Esto le da un mayor valor al proyecto. Ya que uno de los objetivos es conseguir que el lugar y la arquitectura den una buena calidad de vida.
5. El avance de estructuras y materiales, permite darle un carácter de mayor envergadura y diseño arquitectónico. Dentro de ello destacaremos la materialidad del lugar (la madera) dándole así un uso adecuado a los materiales constructivos, permitiendonos tener espacios de calidad y una mejor relación con nuestro entorno natural.



6 PROYECTO ARQUITECTÓNICO



6.1. PROGRAMACIÓN ARQUITECTÓNICA

6.1.1. Actividades del Usuario:

	RESIDENTE: EL ADULTO MAYOR EDAD: 65 a mas.	Adultos mayores que viven en el centro residencial y reciben todos los servicios que se dan en ella. Este puede tener todas sus facultades físicas y psicológicas dependiendo de la edad que tiene. Según esto el adulto mayor puede ser válido o discapacitado.	24 HORAS	Se recrea mediante las actividades físicas y mentales sociabiliza con sus compañeros residentes trabaja (actividad física en la granja y chacra) Recibe tratamientos y terapias
	PACIENTES EDAD: 65 a mas.	Son los adultos mayores que acuden al establecimiento de salud, pero sin ser un residente.	24 HORAS	Recibe tratamientos y terapias.
	PROFESORES EDAD: entre 25 y 50 años	Adultos que dan servicios de motivación y aprendizaje al adulto mayor mediante actividades físicas, de relajación, de coordinación, y sobre todo actividades que ejerciten sus mentes.	8 HORAS	Crea programas Realiza actividades interactivas Enseña Aprende
	VISITANTES EDAD: 0 a mas.	Son quienes visitan al residente (adulto mayor) ya sean amigos, familiares o voluntarios.	24 HORAS	Sociabilizan con los residentes. Acompañan al residente en sus actividades.
	ESPECIALISTA EDAD: 25 a mas.	Es quien está a cargo de tratar a los pacientes del centro residencial y a aquellos que acuden al establecimiento como paciente externo.	12 HORAS	Aplica los conocimientos de su rama para tratar, prevenir y curar al adulto mayor.
	ENFERMEROS/AS EDAD: entre 18 y 50 años	Son quienes se encargan de la atención del adulto mayor válido y discapacitado, para ello se diferenciarán entre enfermeros temporales (válidos) y enfermeros permanentes (discapacitados).	24 HORAS	Acompaña, atiende y cura al adulto mayor según las indicaciones que le da el médico tratante.
	SERVICIOS EDAD: entre 18 y 50 años	Son quienes se encargan del mantenimiento, seguridad y limpieza de todo el centro y por áreas.	8 HORAS	Limpian áreas interiores y exteriores Vigilan los accesos controlan la parte mecánica del centro Lavan la ropa de los adultos mayores y telas de la residencia
	COCINEROS/AS EDAD: entre 18 y 50 años	Son quienes se encargan de preparar las 3 comidas de los residentes, con la ayuda de un equipo de trabajo y asesorados por un nutricionista.	12 HORAS	limpian, lavan y almacenan los alimentos Cocinan lavado de platos y cubiertos limpieza del área
	ADMINISTRACIÓN EDAD: entre 18 y 50 años	Son quienes se encargan de que las áreas funcionen correctamente en todo el centro.	8 HORAS	Captan y administran al personal interno y externo. Se aseguran que los residentes y pacientes tengan una atención integral. Manejan los ingresos y lo administran a fin de que el funcionamiento del centro siga en pie.
	TERAPEUTA EDAD: entre 18 y 50 años	Son quienes brindan terapia física al residente.	4 HORAS	Combina la aromaterapia y la masoterapia Controla la Hidroterapia Monitorea la purificación corporal mediante el sauna

Gráfico 6.1: Actividades del Usuario.
Fuente: Elaboración Propia.

6.1.2. Personal a disposición del Usuario:

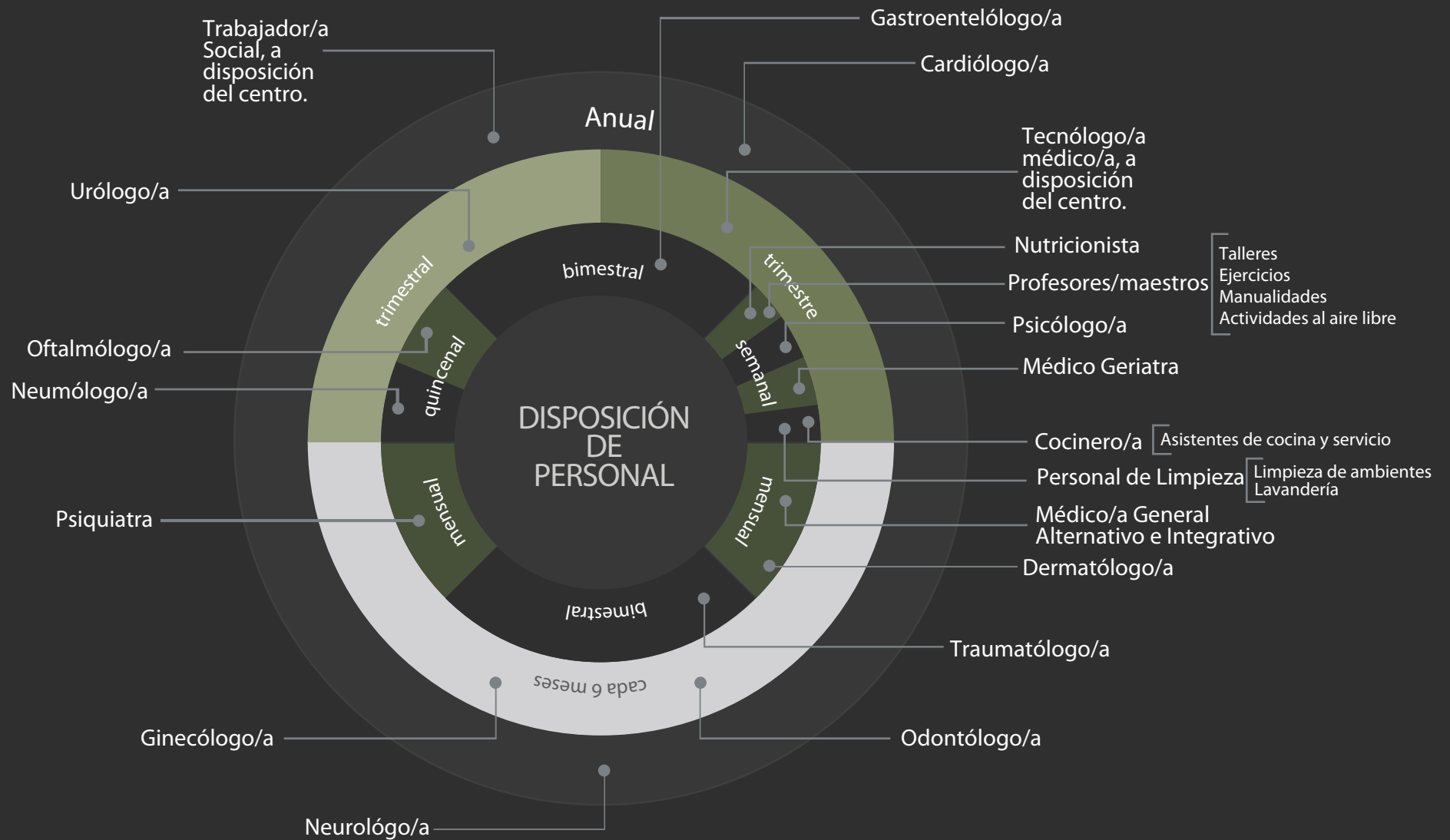


Gráfico 6.2: Personal a disposición del Usuario.
Fuente: Elaboración Propia.

6.1.3. Flujograma de Usuarios:

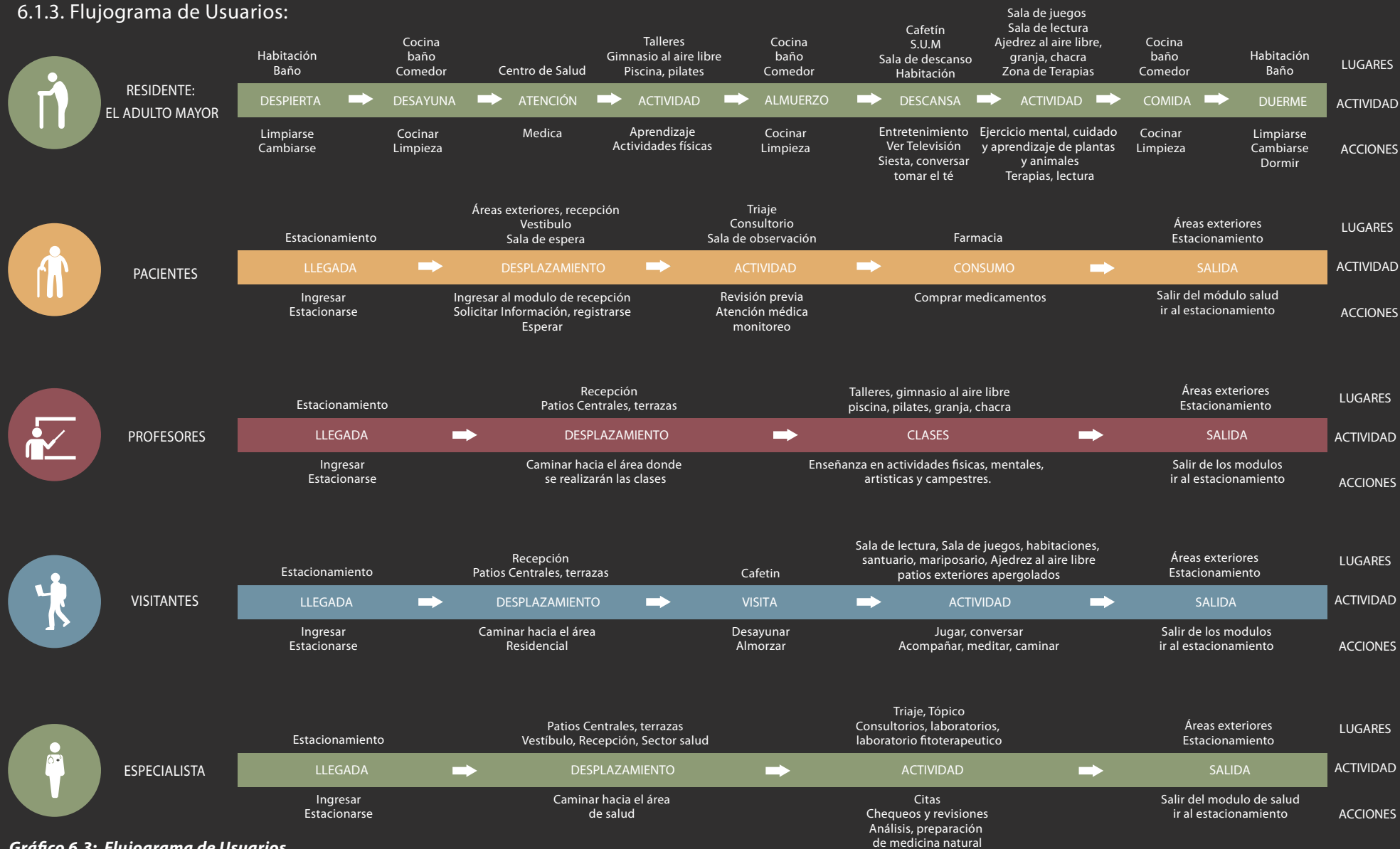
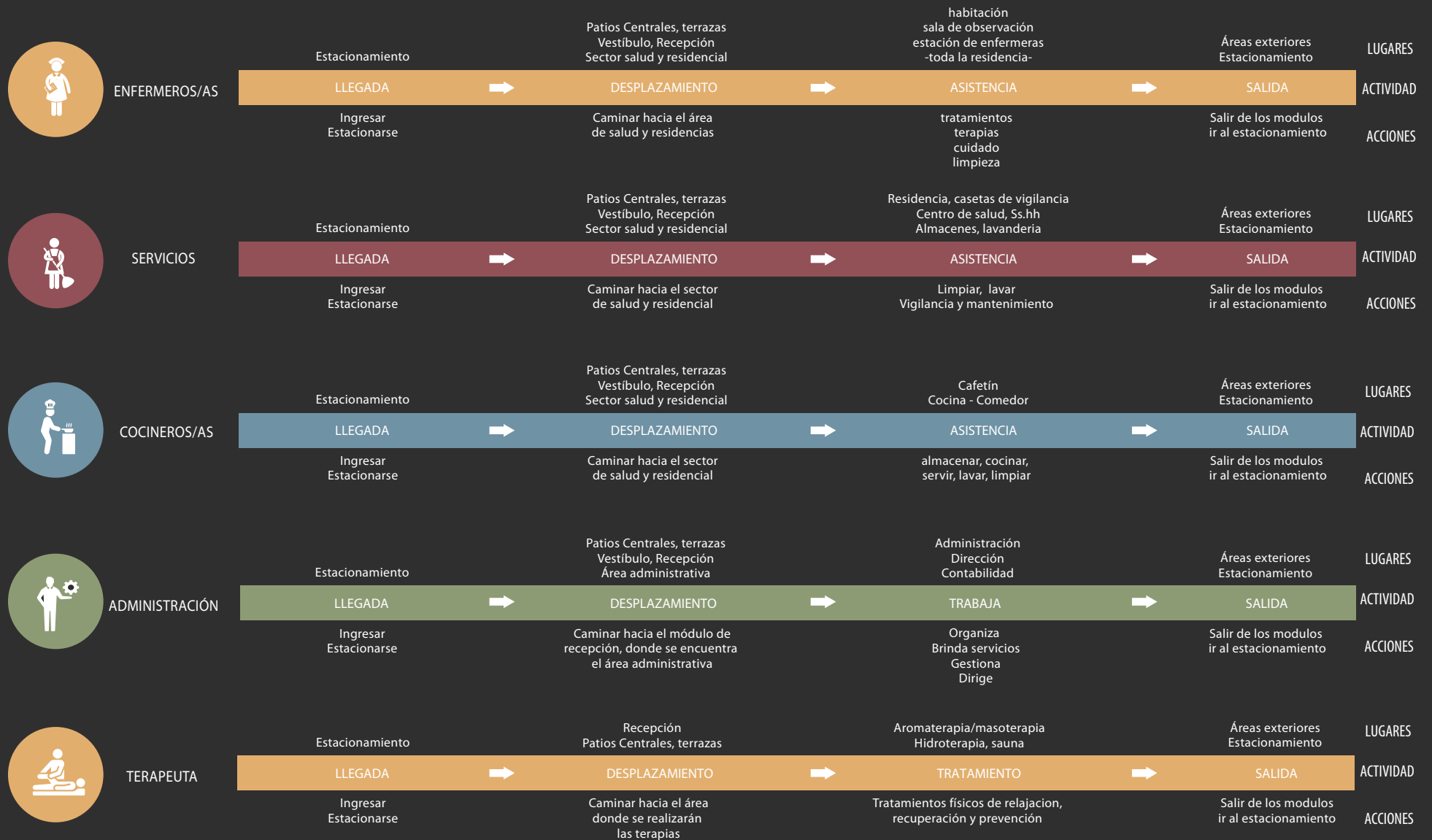


Gráfico 6.3: Flujograma de Usuarios.
Fuente: Elaboración Propia.



6.1.4. Programación Arquitectónica:

SECTORES	AMBIENTES	TIPO DE USUARIO	Nº DE AMBIENTES	Nº DE USUARIOS	ÁREA POR UNIDAD	ÁREA SUB TOTAL	
ADMINISTRACIÓN	DIRECCIÓN	PERSONAL	1	1	15	15	46
	ADMINISTRACIÓN		1	2	12	12	
	TESORERÍA		1	1	12	12	
	SS.HH		2	2	3.5	7	
RECEPCIÓN	VESTIBULO PRINCIPAL	RESIDENTE Y PACIENTE	1	10	45	45	143
	SALA DE ESPERA		2	40	16	32	
	RECEPCIÓN		2	4	12	24	
	ADMISIÓN Y CAJA DE SALUD		1	2	6	6	
	ADMISIÓN RESIDENCIAL		1	2	12	12	
	ALMACÉN		1	1	12	12	
	ARCHIVO		1	1	6	6	
	DOCUMENTOS		1	1	6	6	
SALUD	SALA DE ESPERA	RESIDENTE Y PACIENTE	2	20	15	30	338
	TRIAJE		1	2	16	16	
	SS.HH		2	8	17.5	35	
	FARMACIA		1	2	20	20	
	CONSULTORIOS		4	8	17	68	
	LABORATORIOS		2	4	17	34	
	ECOGRAFÍA		1	2	12	12	
	RAYOS X		1	2	12	12	
	TÓPICO		1	2	17	17	
	SALA DE OBSERVACIÓN		3	6	20	60	
	SS.HH	2	2	9	18		
	ESTACIÓN DE ENFERMERAS	PERSONAL	1	2	10	10	
	SS.HH DE ENFERMERAS		1	1	3	3	
	ALMACÉN		1	1	3	3	
EDUCACIÓN	TALLER DE PINTURA	RESIDENTE	1	8	25	25	178
	TALLER DE ARTESANIA		1	8	25	25	
	TALLER DE COCINA Y PANADERIA		1	8	25	25	
	TALLER DE FITOTERAPIA		1	8	25	25	
	RECEPCIÓN DE PLANTAS		1	8	25	25	
	LABORATORIO		1	6	25	25	
	ALMACÉN		2	2	6	12	
	SS.HH		2	4	8	16	

Cuadro 6.1: Programación Arquitectónica.
Fuente: Elaboración Propia.

SECTORES	AMBIENTES	TIPO DE USUARIO	N° DE AMBIENTES	N° DE USUARIOS	ÁREA POR UNIDAD	ÁREA SUB TOTAL	
RECREACIÓN	COCINA	PERSONAL	1	3	20	20	631
	CAFÉTÍN	RESIDENTE Y VISITANTE	1	48	90	90	
	SALA DE LECTURA		1	16	90	90	
	SALA DE JUEGOS		1	16	90	90	
	S.U.M		1	45	70	70	
	AJEDREZ AL AIRE LIBRE		1	56	130	130	
	SS.HH		2	4	12	24	
	ALMACÉN		1	1	7	7	
	SALA DE DESCANSO	RESIDENTE	1	20	110	110	
TERAPIAS	RECEPCIÓN	RESIDENTE	1	2	12	12	310
	VESTUARIO		2	2	5	10	
	SS.HH		2	6	10	20	
	ZONA DE PILATES		1	10	55	55	
	VESTUARIO		3	3	5	15	
	PISCINA TECHADA		1	10	80	80	
	SAUNA		2	10	14	28	
	HIDROTERAPIA		2	6	15	30	
	AROMATERAPIA Y MASOTERAPIA		4	8	15	60	
SERVICIOS	COMEDOR	PERSONAL	1	60	130	130	390
	COCINA		1	6	40	40	
	ALMACÉN		1	1	10	10	
	SS.HH		2	2	7.5	15	
	LAVANDERÍA		1	3	30	30	
	CASEROS		3	3	15	45	
	SUBESTACIÓN ELÉCTRICA		1	1	70	70	
	CUARTO DE BOMBAS		1	1	50	50	
RESIDENCIA	HABITACIONES	RESIDENTE	26	52	30	780	936
	SS.HH		26	52	6	156	
TERRAZAS Y MIRADORES		3704			MUROS	330	
AREAS EXTERIORES		7569			CIRCULACIONES	822	
ESTACIONAMIENTO		2480	23%		ÁREA TOTAL CONSTRUIDA	4124	
ÁREA TOTAL EXTERIOR		13753	100%		ÁREA TOTAL PROYECTO	17877	

6.1.5. Flujograma Espacial:

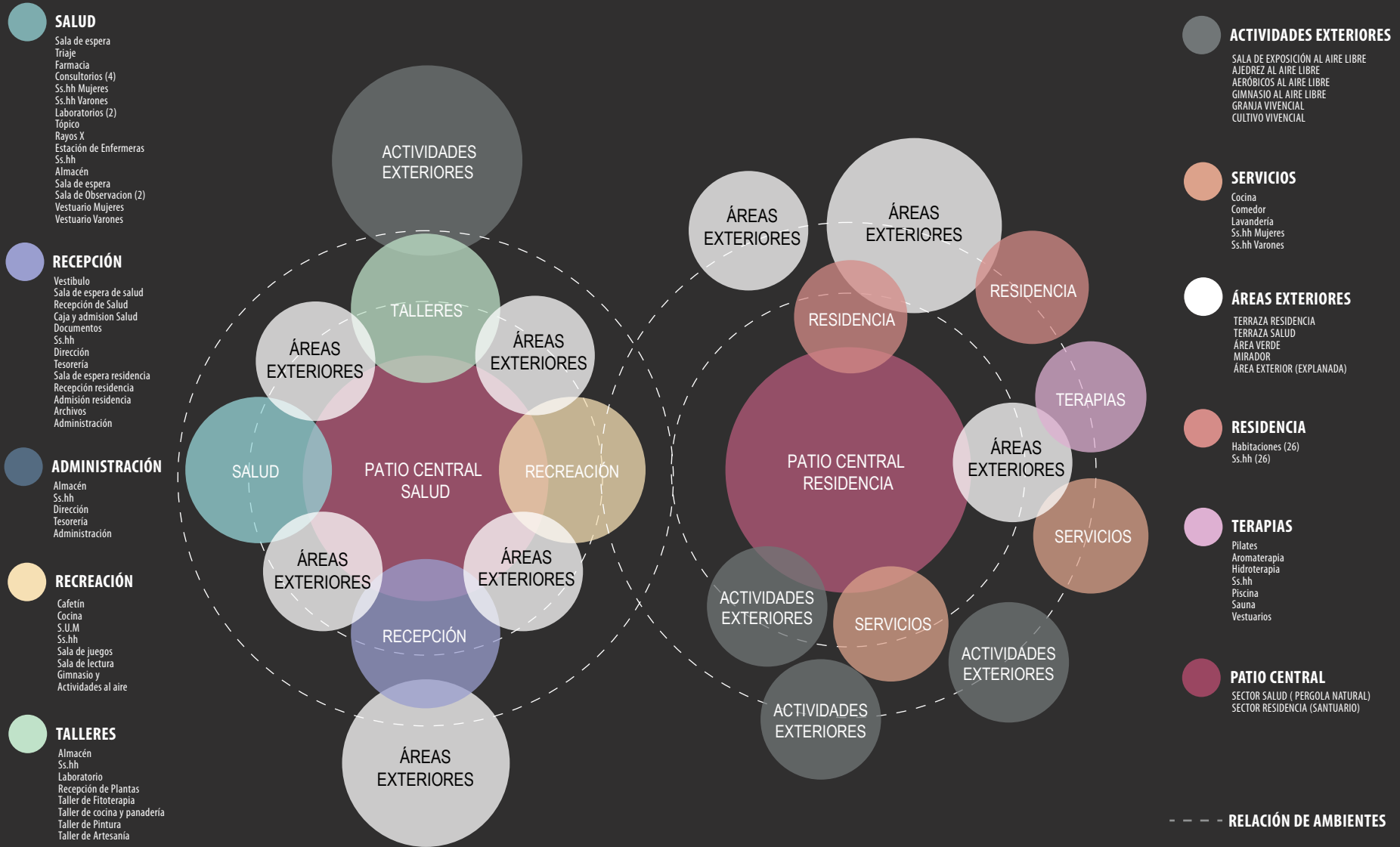


Gráfico 6.4: Flujograma Espacial General.
Fuente: Elaboración Propia.

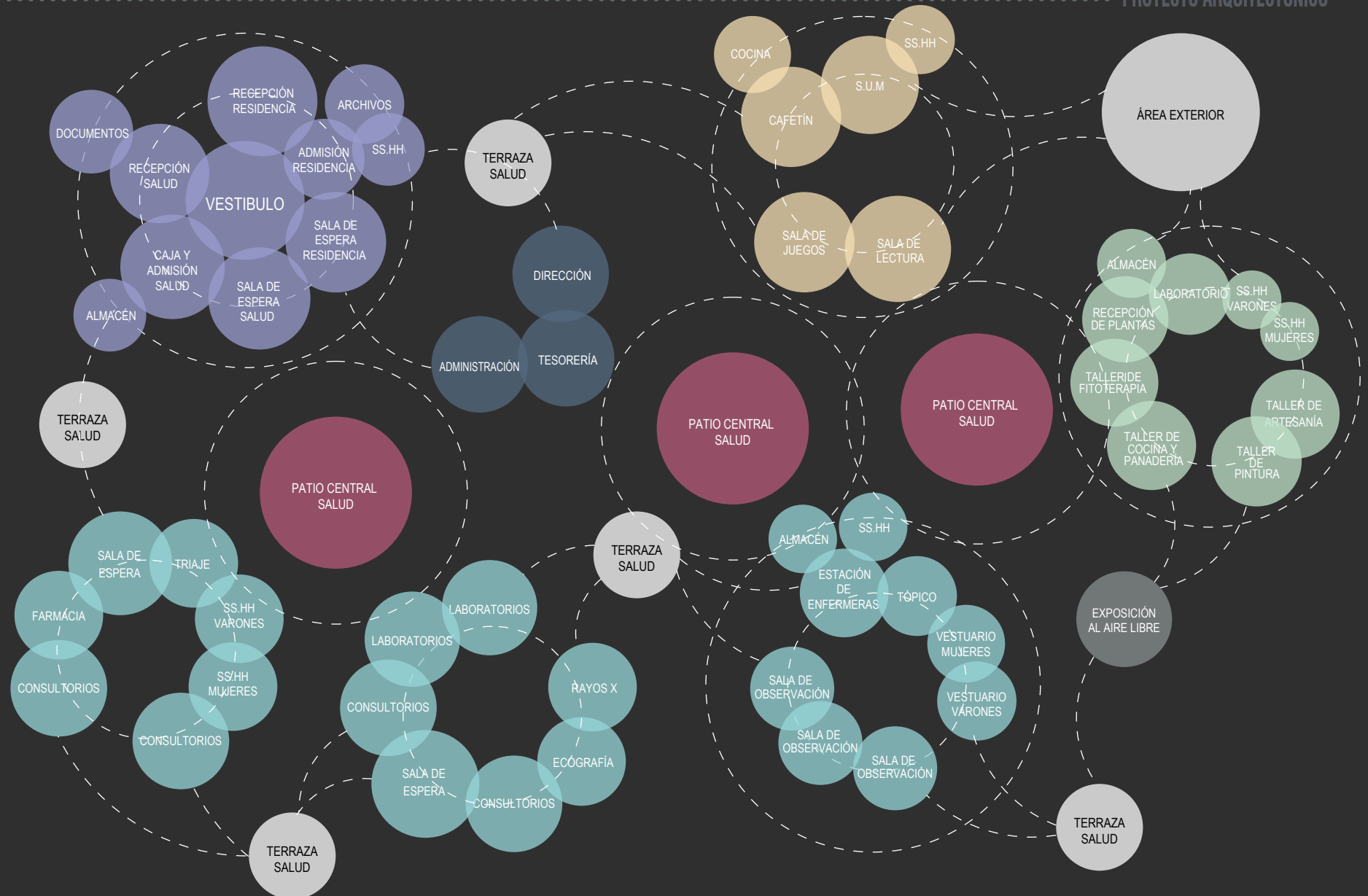


Gráfico 6.5: Flujograma Espacial por Sector- Salud.
 Fuente: Elaboración Propia.

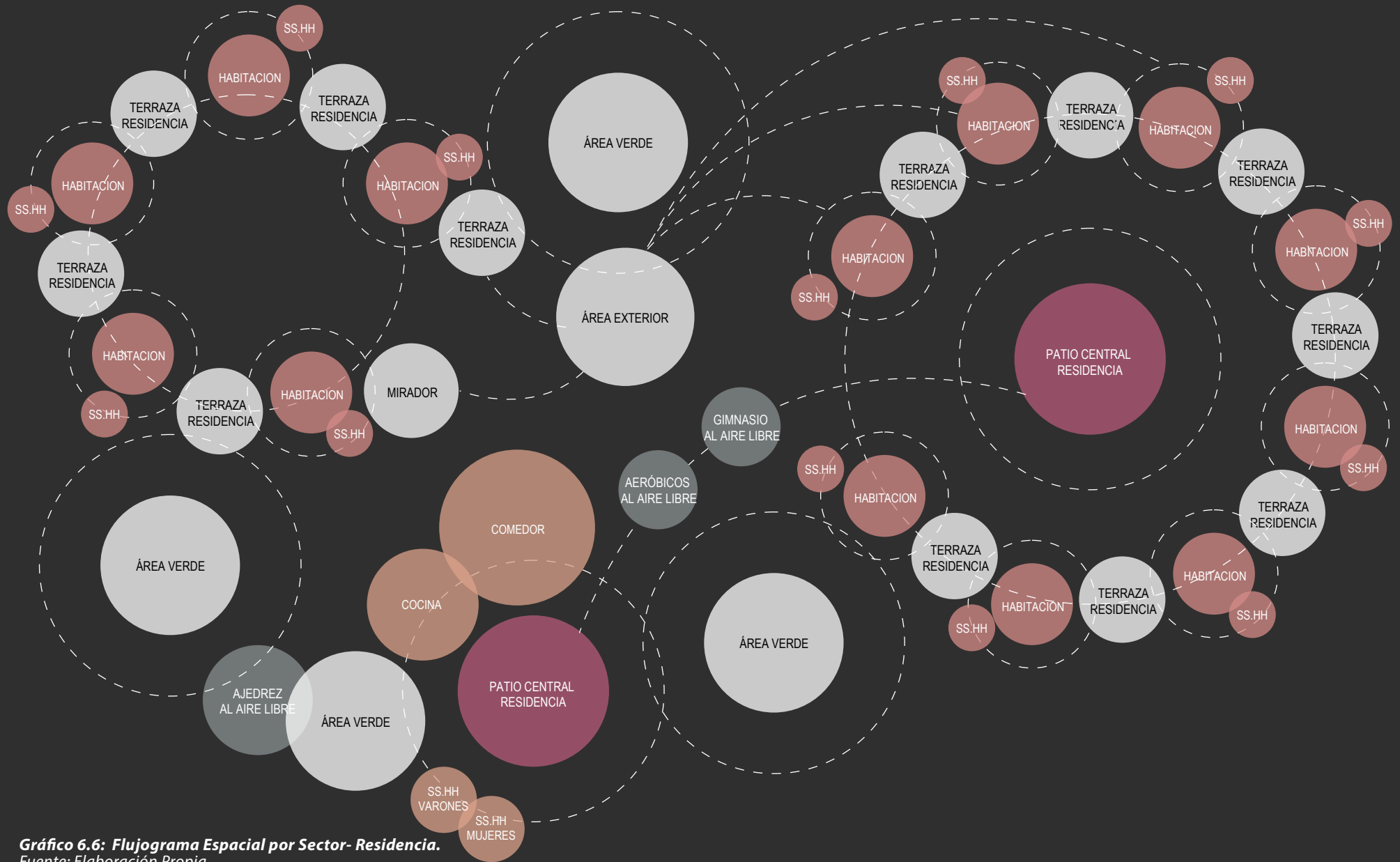


Gráfico 6.6: Flujograma Espacial por Sector- Residencia.
Fuente: Elaboración Propia.

6.2. EVOLUCIÓN ARQUITECTÓNICA

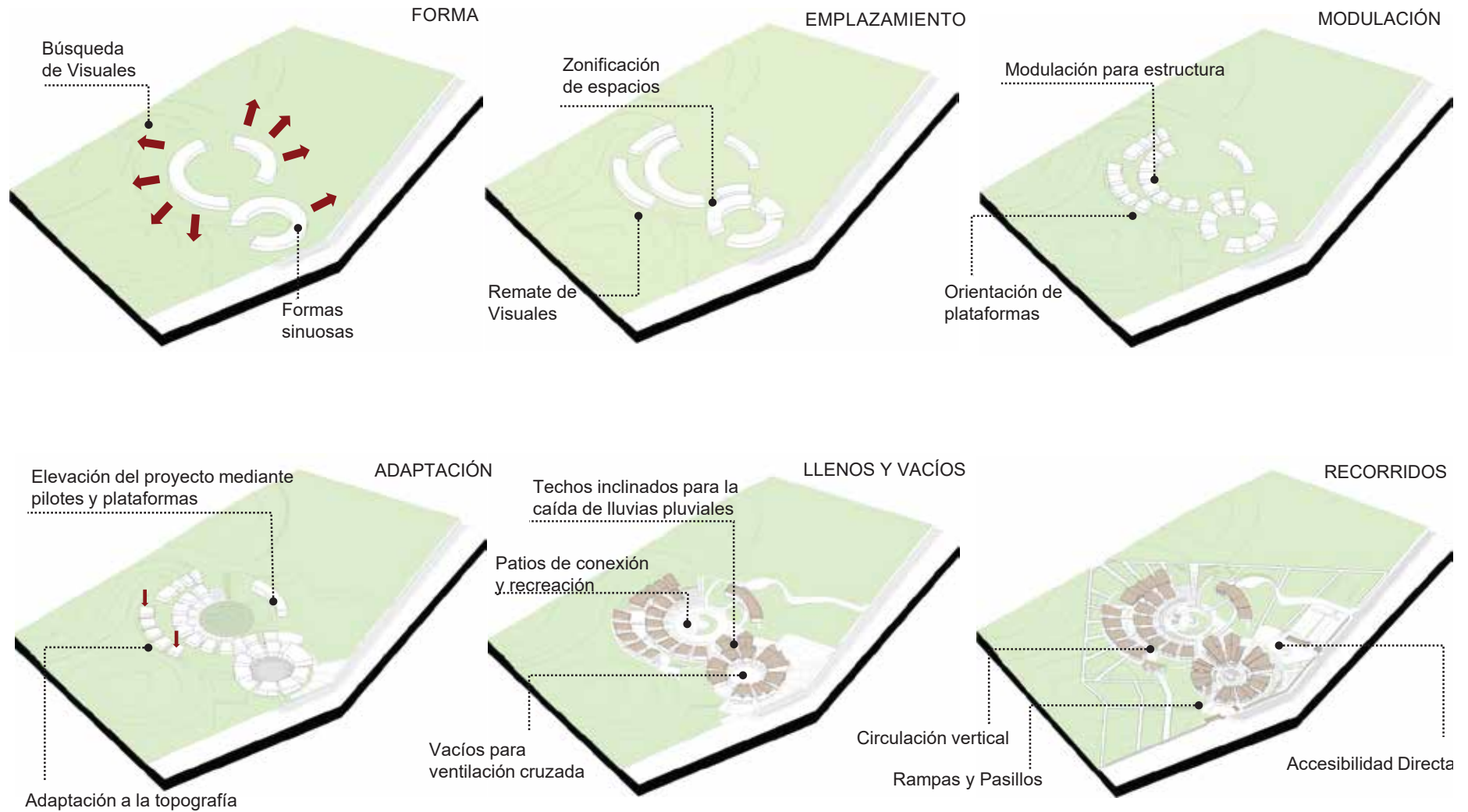


Gráfico 6.7: Proceso de diseño.
Fuente: Elaboración Propia.

6.3. PROYECTO

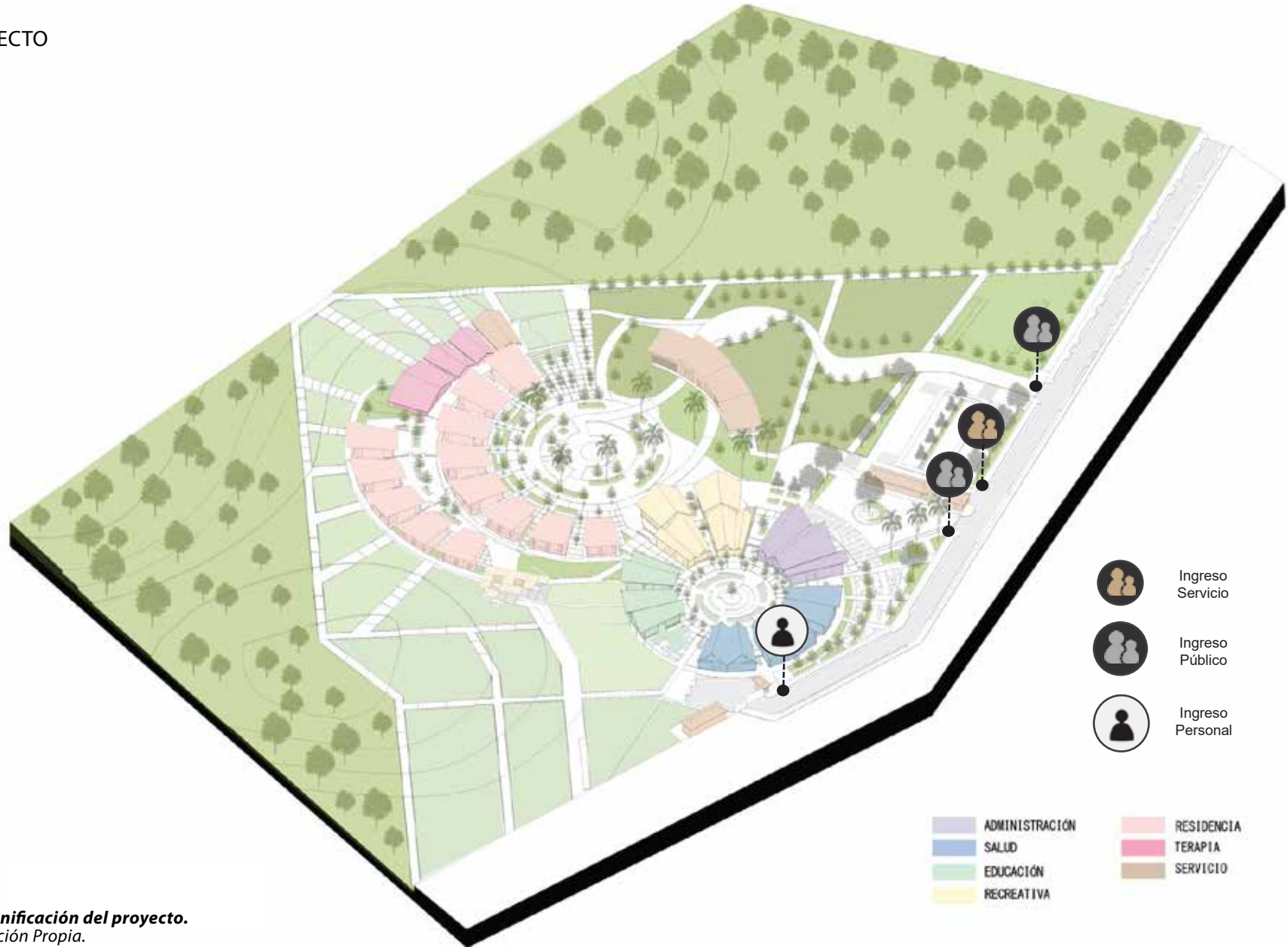


Gráfico 6.8: Zonificación del proyecto.
Fuente: Elaboración Propia.

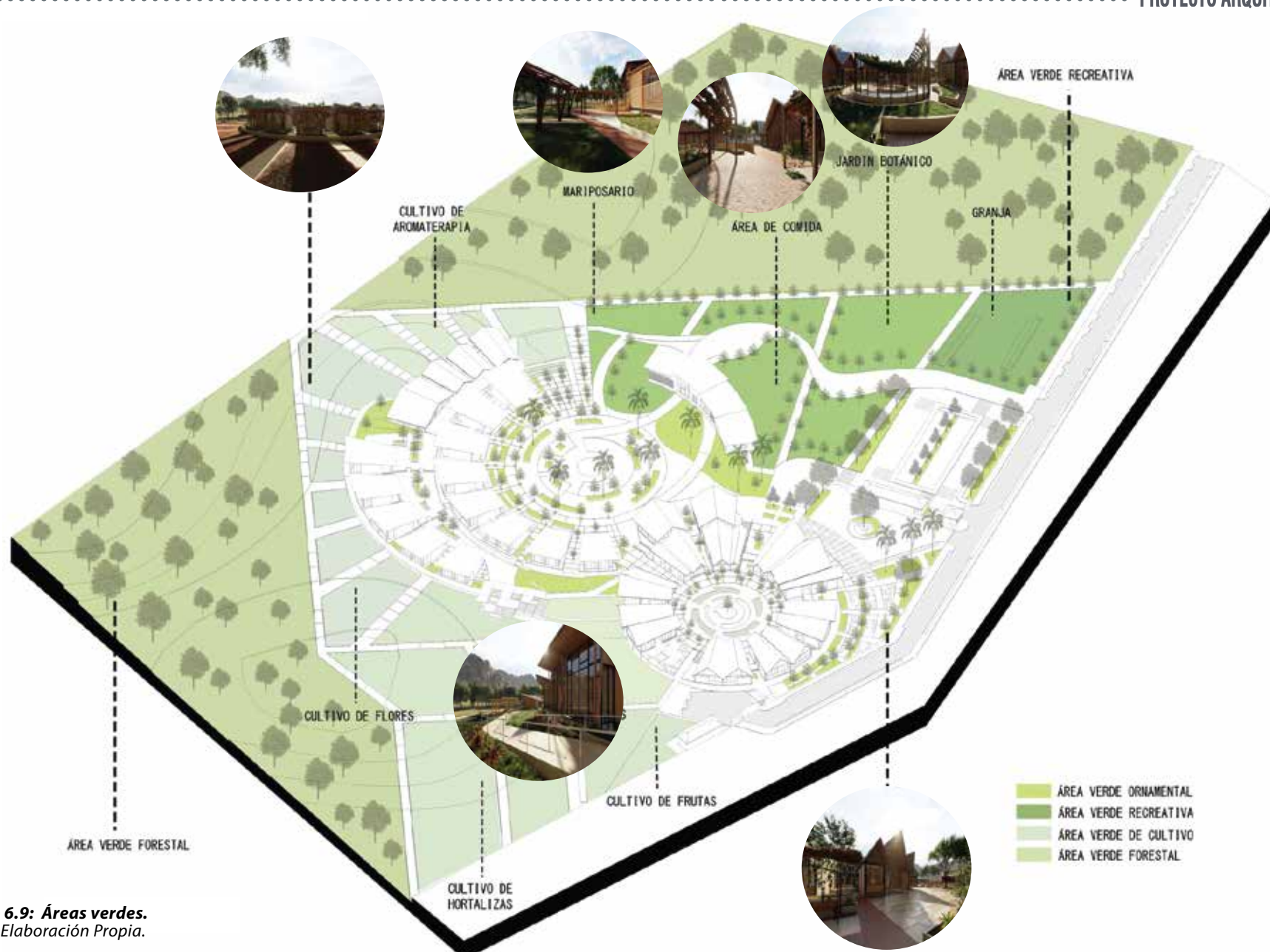


Gráfico 6.9: Áreas verdes.
Fuente: Elaboración Propia.

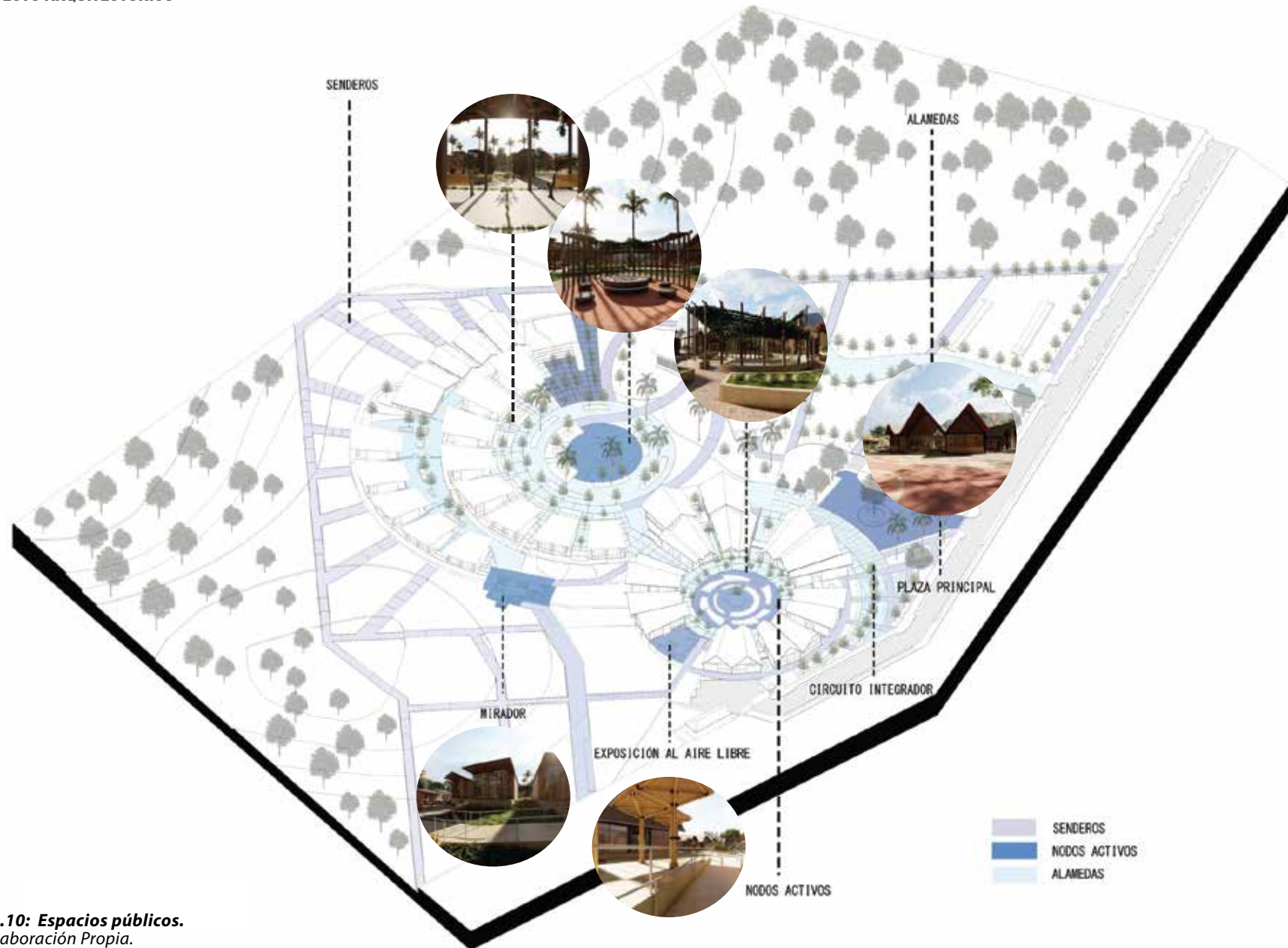


Gráfico 6.10: Espacios públicos.
Fuente: Elaboración Propia.



Gráfico 6.11: PLANTEAMIENTO GENERAL- PLOT PLAN.
Fuente: Elaboración Propia.

Lady Laura Cardenas Huachani - Midori Lizbeth Ruiz Gonzales



ZONA DE ESPARCIMIENTO

CAMPO DEPORTIVO

CALLE EXISTENTE

AREA VERDE
(PROPIEDAD DE LEONCIO MARTEL)

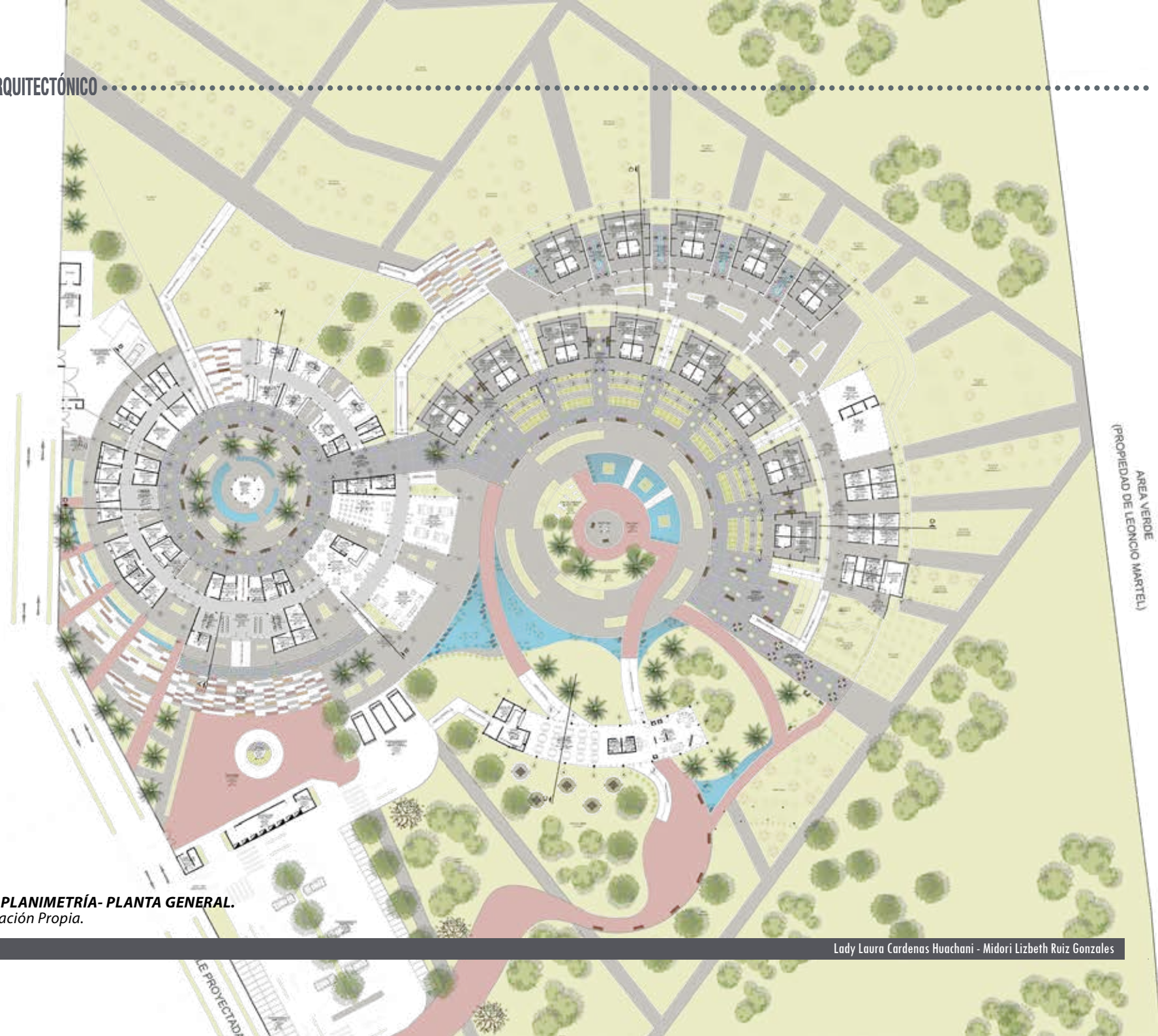


Gráfico 6.12: PLANIMETRÍA- PLANTA GENERAL.
Fuente: Elaboración Propia.



Gráfico 6.13: ELEVACIÓN GENERAL- FACHADA PRINCIPAL.
Fuente: Elaboración Propia.



Gráfico 6.14: ELEVACIÓN GENERAL- FACHADA POSTERIOR.

Fuente: *Elaboración Propia.*



Gráfico 6.15: CORTE GENERAL- CORTE A-A
Fuente: Elaboración Propia.



Gráfico 6.16: CORTE GENERAL- CORTE B-B
Fuente: Elaboración Propia.

PROYECTO ARQUITECTÓNICO

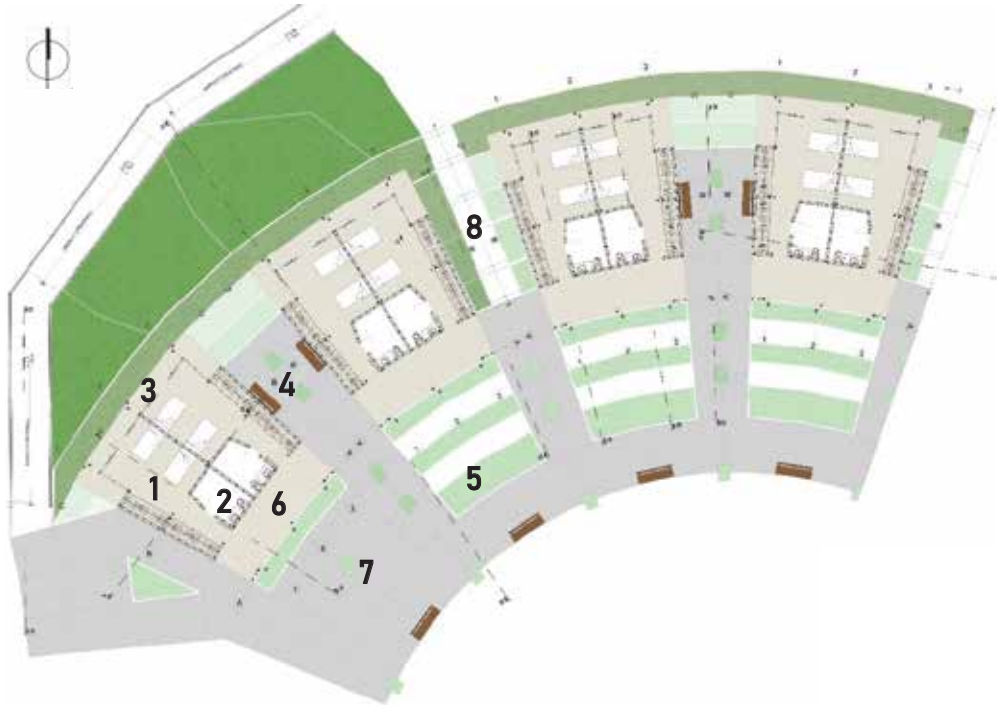


Forma

Modulación

Adaptación

Jerarquización



LEYENDA:

- | | |
|---------------------|-------------------|
| 1. Habitación Doble | 5. Jardín |
| 2. SS.HH | 6. Hall |
| 3. Balcón | 7. Patio exterior |
| 4. Terraza exterior | 8. Escaleras |

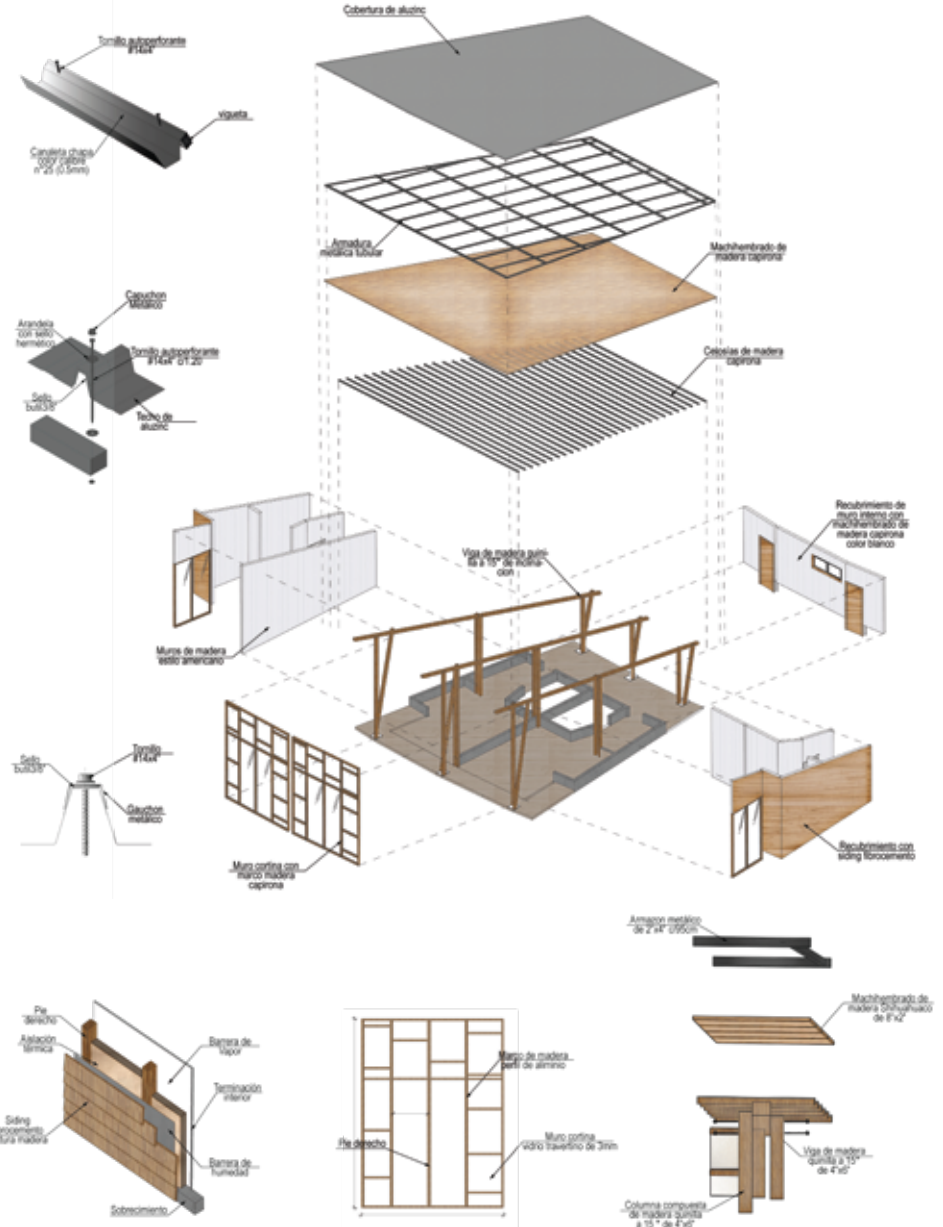
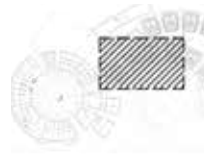
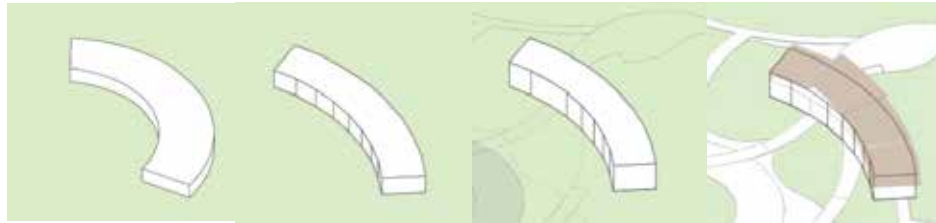
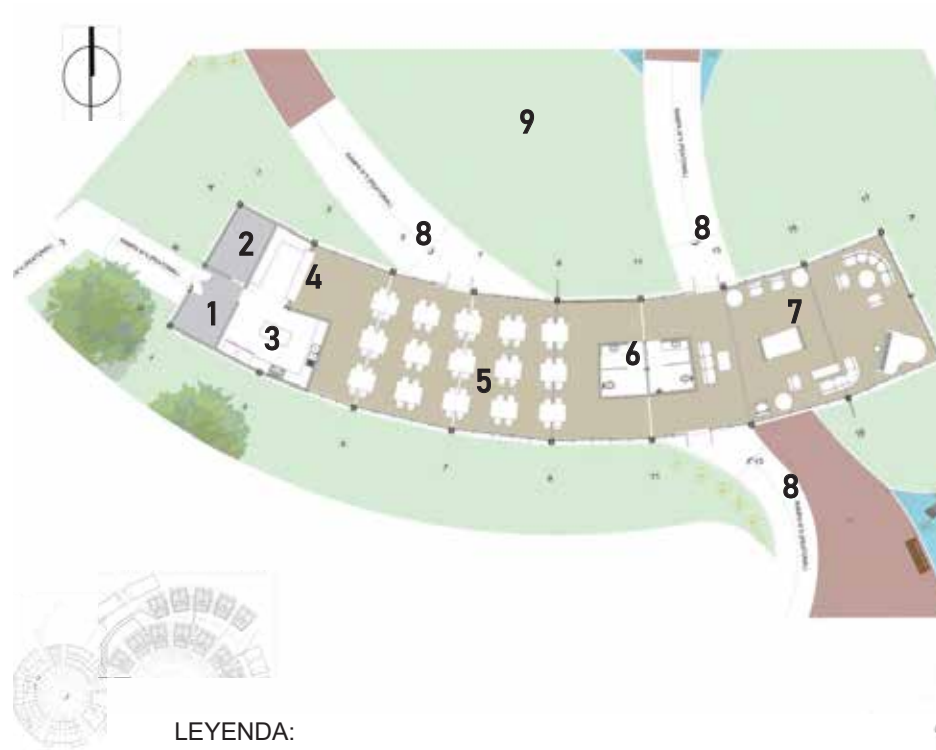


Gráfico 6.18: PLANTA DEL SECTOR RESIDENCIA.
Fuente: Elaboración Propia.



Forma Modulación Adaptación Jerarquización



LEYENDA:

- | | |
|--------------------------|----------------------|
| 1. Descarga de Alimentos | 6. SS.HH |
| 2. Almacén | 7. Sala de Descanso |
| 3. Cocina | 8. Rampas |
| 4. Barra | 9. Patios Exteriores |
| 5. Comedor | |

Gráfico 6.19: PLANTA DEL SECTOR COMEDOR.
Fuente: Elaboración Propia.

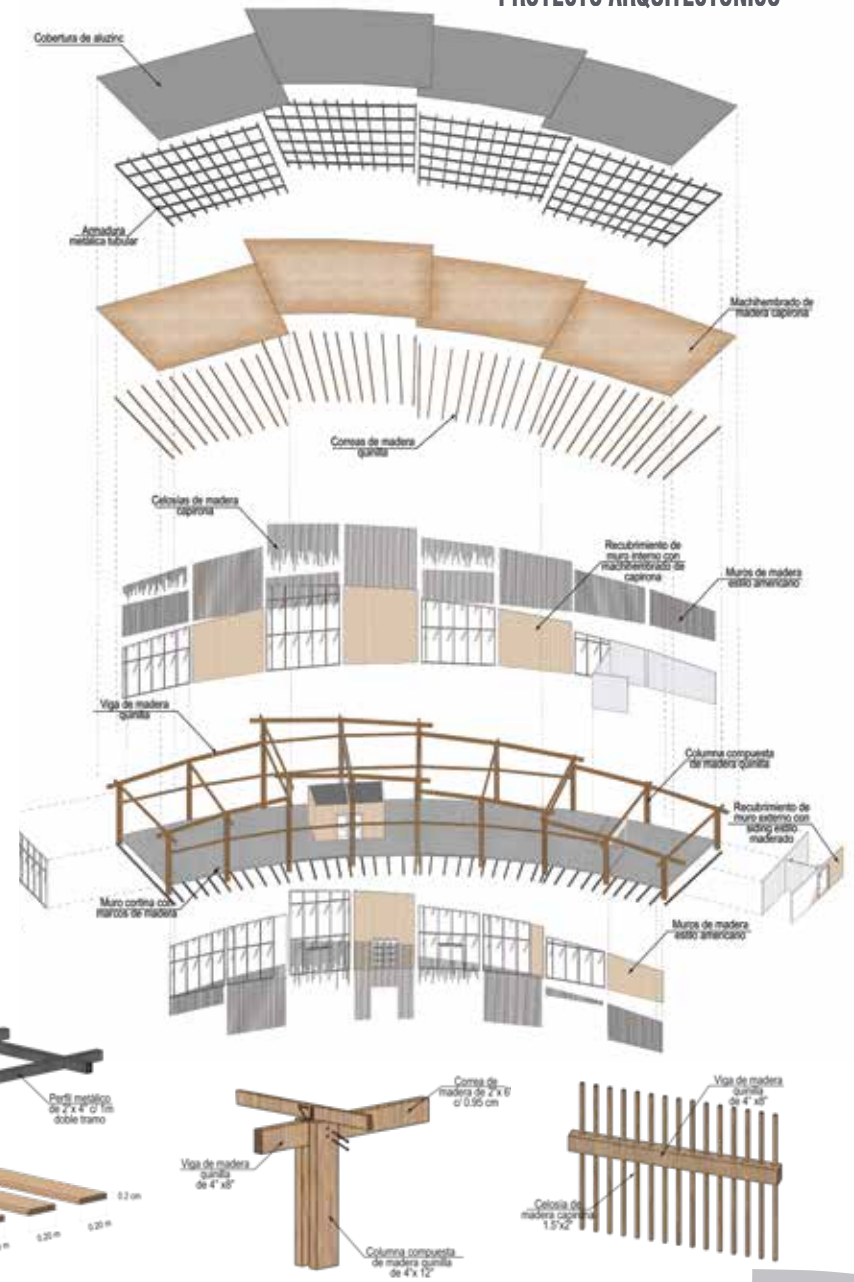




Gráfico 6.20: SECTOR CAFETÍN- CORTE A-A.
Fuente: Elaboración Propia.



Gráfico 6.21: SECTOR CAFETÍN- CORTE B-B.
Fuente: Elaboración Propia.





Gráfico 6.23: COMEDOR Y HABITACIÓN- CORTE B-B.
Fuente: Elaboración Propia.



Gráfico 6.24: SECTOR HABITACIÓN- CORTE A-A.
Fuente: *Elaboración Propia.*



CORTE DE FACHADA - RESIDENCIA

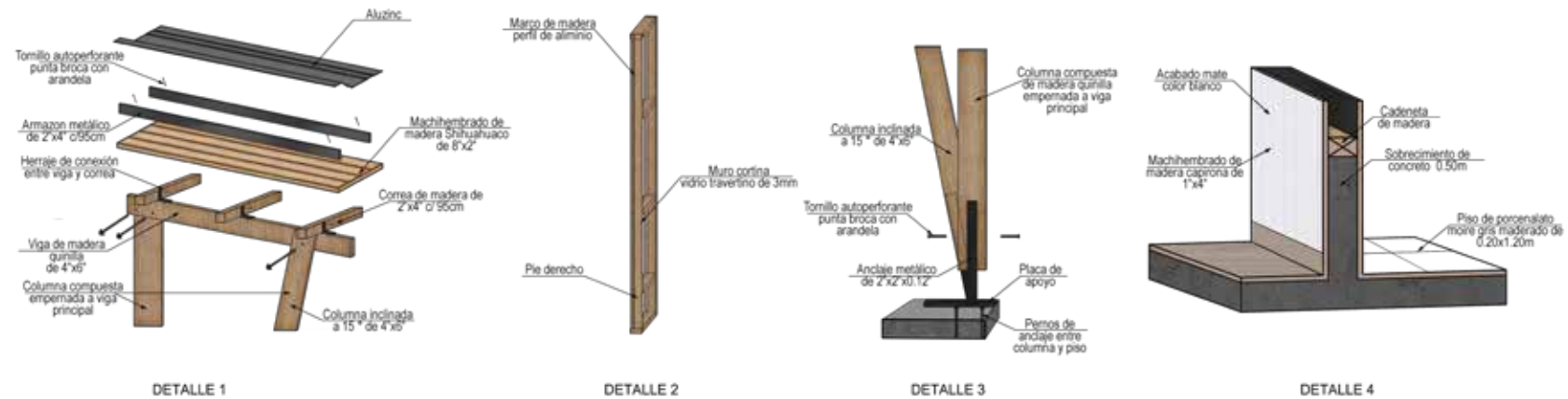


Gráfico 6.25: DESGLOSE ESTRUCTURAL DE HABITACIÓN.
Fuente: Elaboración Propia.

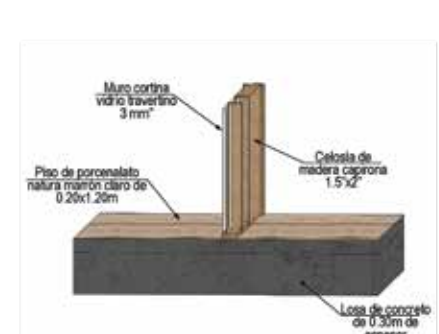


Gráfico 6.26: DESGLOSE ESTRUCTURAL DEL CAFETÍN.
Fuente: Elaboración Propia.



CORTE DE FACHADA - COMEDOR

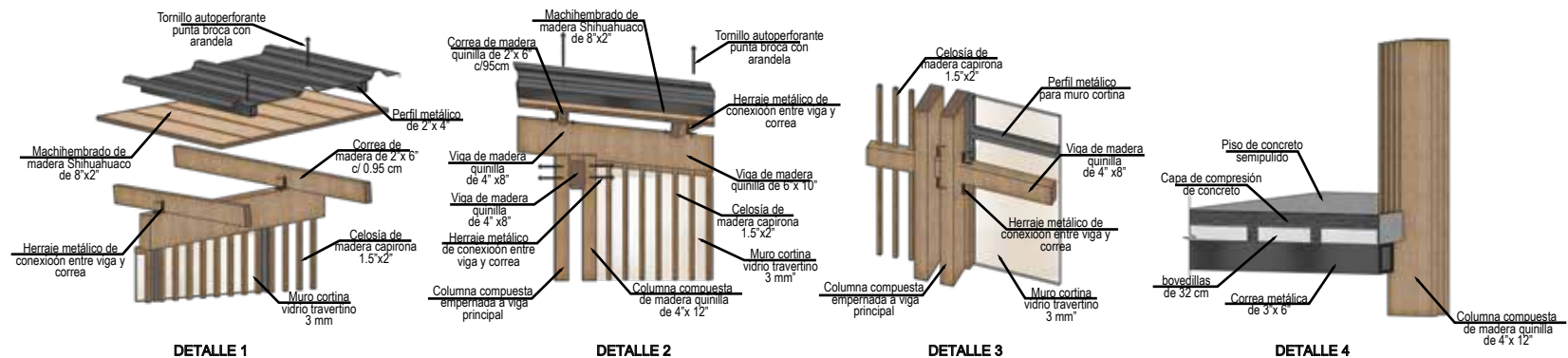


Gráfico 6.27: DESGLOSE ESTRUCTURAL DE RESIDENCIA.
Fuente: Elaboración Propia.

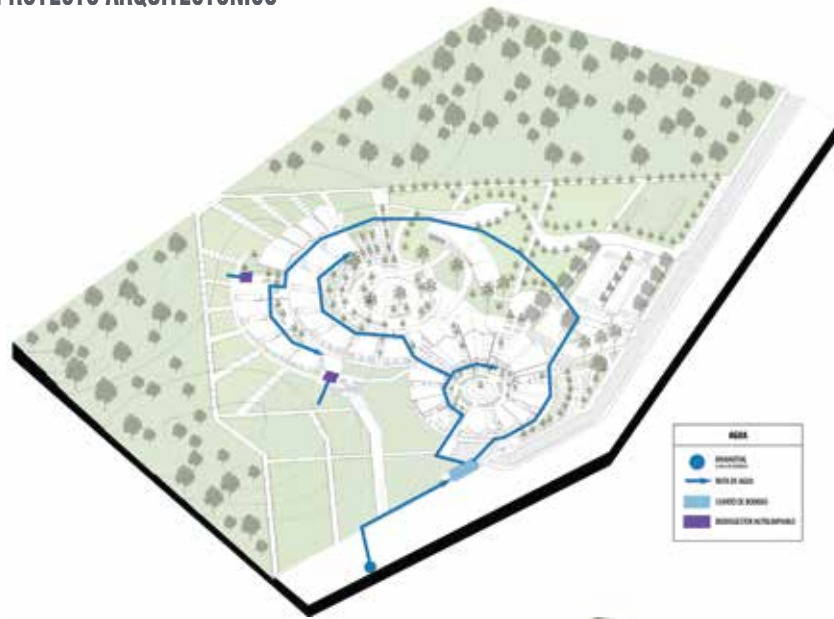


Gráfico 6.28: Agua.
Fuente: Elaboración Propia.

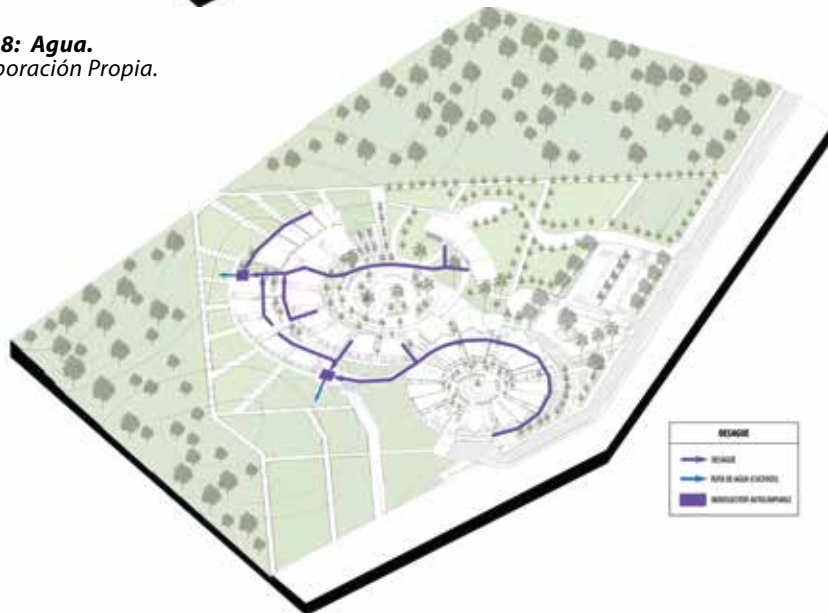
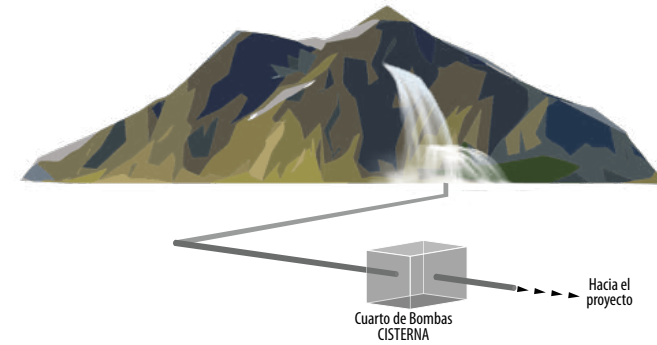
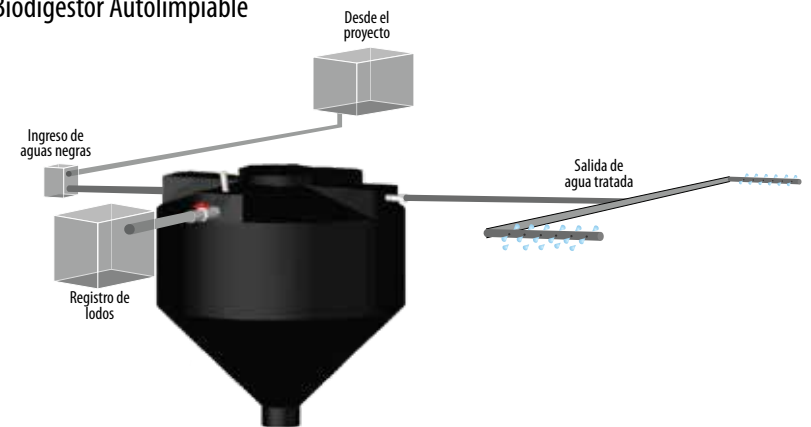


Gráfico 6.29: Desague.
Fuente: Elaboración Propia.

Agua de Manantial



Biodigestor Autolimpiable



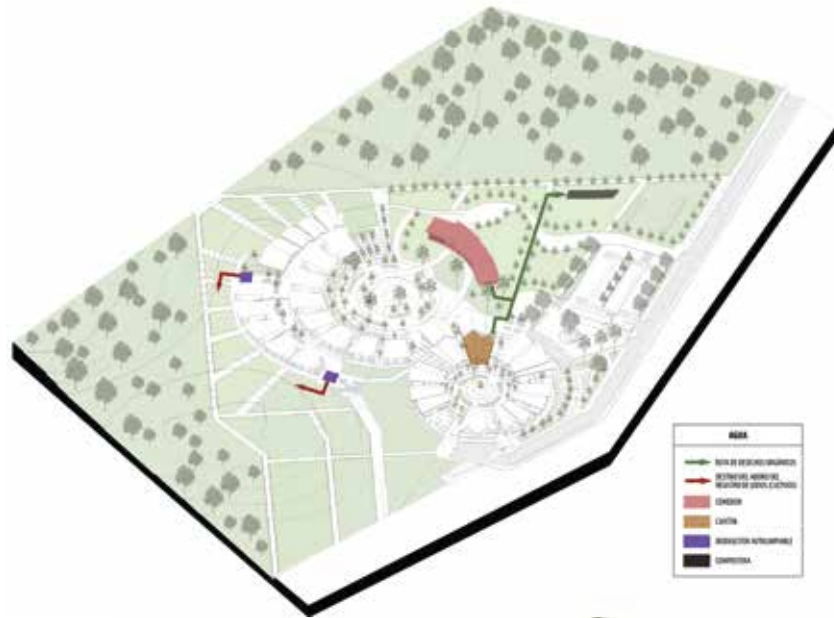


Gráfico 6.30: Materia orgánica.
Fuente: Elaboración Propia.



Gráfico 6.31: Energía renovable.
Fuente: Elaboración Propia.

Materia orgánica



Energía renovable

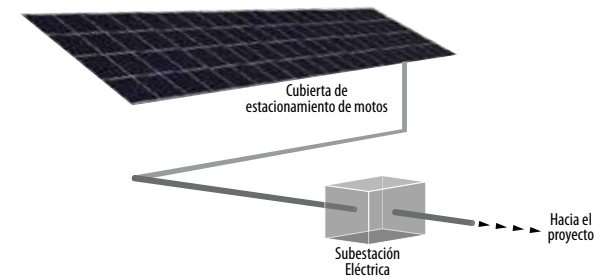




Gráfico 6.32: Renders.
Fuente: Elaboración Propia.











Lady Laura Cardenas Huachani - Midori Lizbeth Ruiz Gonzales



Lady Laura Cardenas Huachani - Midori Lizbeth Ruiz Gonzales



Bibliografía

- Banco Central de Reserva del Perú. (2015). *Informe Económico y Social*. Huánuco.
- Clínica de Medicina Integrativa. (15 de Noviembre de 2017). *Clínica de Medicina Integrativa*.
Obtenido de Qué es la medicina integrativa: <https://www.medicinaintegrativa.com/es-es/que-es-la-medicina-integrativa/>
- Colegio Médico del Perú. (13 de Julio de 2018). *Hay solo 277 geriatras para 3,7 millones de adultos mayores*. Obtenido de Colegio Médico del Perú: <https://cmplima.org.pe/hay-solo-277-geriatras-para-3-7-millones-adultos-mayores/>
- El Comercio. (17 de Julio de 2017). Conoce el mercado de la medicina natural en el Perú. *El Comercio*.
- El Médico Interactivo. (2014). Experta asegura que la medicina integrativa mejora la calidad y esperanza de vida de los enfermos de cáncer. *El Médico Interactivo*
- El Peruano. (26 de Agosto de 2018). MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES. *El Peruano*, págs. 11-13.
- Gamarra, P. S. (20 de Febrero de 2015). “Hay solo 157 geriatras para 3 millones de adultos mayores”. *El Comercio*
- INEI. (2017). *Perú: Crecimiento y distribución de la población*. Perú.
- INEI. (2017). Perú: Perfil Sociodemográfico. Informe Nacional Perú.
- INEI. (2019). *Situación de la Población Adulta Mayor*. Perú.
- INS. (2015). PERU : MEDICINA ALTERNATIVA Y COMPLEMENTARIA. Perú.
- La República. (06 de Septiembre de 2015). Empezó a funcionar primer Hospital Geriátrico del Sur. *La República*
- Lara, G. M. (1992). Situación del adulto mayor en el Perú. *Revista Medica Herediana*, 1.
- Logan, A. C. (2013). EL PODER CURATIVO DE LA NATURALEZA Canadá.
- Mejía, K., & Rengifo, E. (2000). *Plantas Medicinales de Uso Popular en la Amazonía Peruana*. Lima: Agencia Española de Cooperación Internacional.

- MIMP. (2016). NÚMERO DE CENTROS INTEGRALES DE ATENCIÓN AL *BULTO MAYOR* - CIAM. Perú.
- MIMP. (2019). *CENTROS DE ATENCIÓN PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES ACREDITADOS AL 2019* (CEAPAM). Perú.
- Ministerio de Salud. (2019). *Tayta Wasi*. Lima: Ministerio de Salud.
- MINSA, MIMP. (2015). IV INFORME ANUAL DE SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LA LEY DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES Perú.
- Mora, A. L. (2002). Investigación en Salud y Calidad de Vida. *Investigación en Salud y Calidad de Vida*. Colombia.
- Nole, J. R. (15 de Junio de 2015). Niveles de Atención en Geriatria. *Niveles de Atención en Geriatria*.
- O'Shea, E. (2003). La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes. Madrid.
- OMS. (Diciembre de 2017). *La salud mental y los adultos mayores*. Obtenido de <http://apps.who.int/es>:
<http://apps.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/index.html>
- OMS. (12 de Diciembre de 2017). Organización Mundial de la Salud Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Envejecimiento y ciclo de vida*. Región de las Americas: Organización Mundial de la Salud.
- Peralta Rivas, L. (24 de Marzo de 2011). Diferencias entre residencia geriátrica y asilo. *La Unión*.
- Rivas, L. P. (24 de Marzo de 2011). Diferencias entre residencia geriátrica y asilo. *La Unión*.
- Solanas Noguera, P., H. Bárcena, C., & Noguera Fusellas, M. (2015). *La fuente de la salud, Una aproximación a la medicina Integrativa*. Ediciones Paidós.

Suárez, L. J. (2008). *Fitoterapia en el tratamiento de la hipertensión arterial*. Santiago de Cuba.

VICENTE, L. I. (5 de Febrero de 2018). Acerca de Nosotros: Hablando de Homeopatía Obtenido de Hablando de Homeopatía: <https://www.hablandodehomeopatia.com/puede-la-medicina-integrativa-los-pacientes-cancer/>

White, E. G. (2007). *El Ministerio de Curación*. Florida: Asociación Casa Editora Sudamericana.

Santana Álvarez, J. (2016). La Geriatria, Gerontología y Psicogerontología. *revista Archivo Médico de Camagüey*, 20

Altarriba Mercader, F. (1992). *Gerontología: aspectos biopsicosociales del proceso del envejecer*” 1st ed. España: S.A. MARCOMBO.

Ucha, F. (2017). Geriatria. [online] Definición ABC. Disponible en <https://www.definicionabc.com/salud/geriatria.php>

