



FACULTAD DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA  
ESCUELA PROFESIONAL DE ARQUITECTURA

**COMPLEJO DE SALUD-RECREACIÓN Y RESIDENCIA PARA EL  
ADULTO MAYOR EN ANCÓN**

PRESENTADA POR

**ÍTALO JUNNIOR ARRIARÁN JUSCAMAITA**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE ARQUITECTO

LIMA – PERÚ

2014



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual  
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**USMP**  
UNIVERSIDAD DE  
SAN MARTÍN DE PORRES

**FACULTAD DE  
INGENIERÍA Y ARQUITECTURA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ARQUITECTURA**

**COMPLEJO DE SALUD-RECREACIÓN Y RESIDENCIA PARA  
EL ADULTO MAYOR EN ANCÓN**

**TESIS**

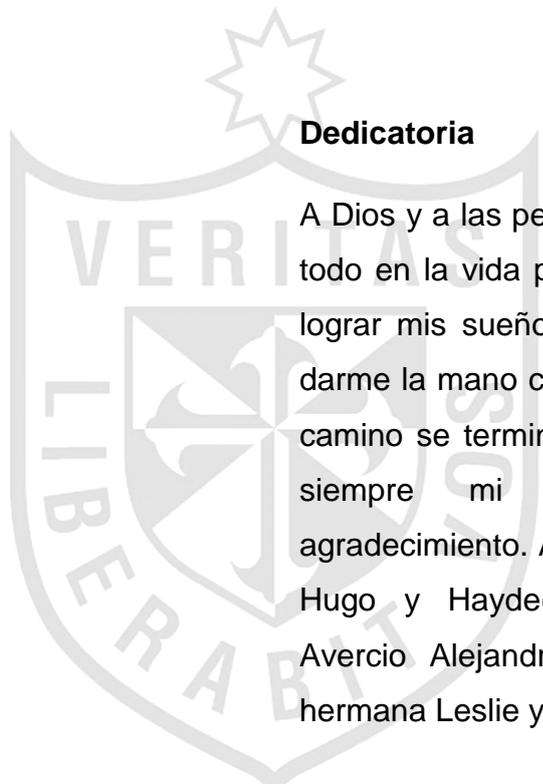
**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE ARQUITECTO**

**PRESENTADO POR**

**ARRIARÁN JUSCAMAITA, ÍTALO JUNNIOR**

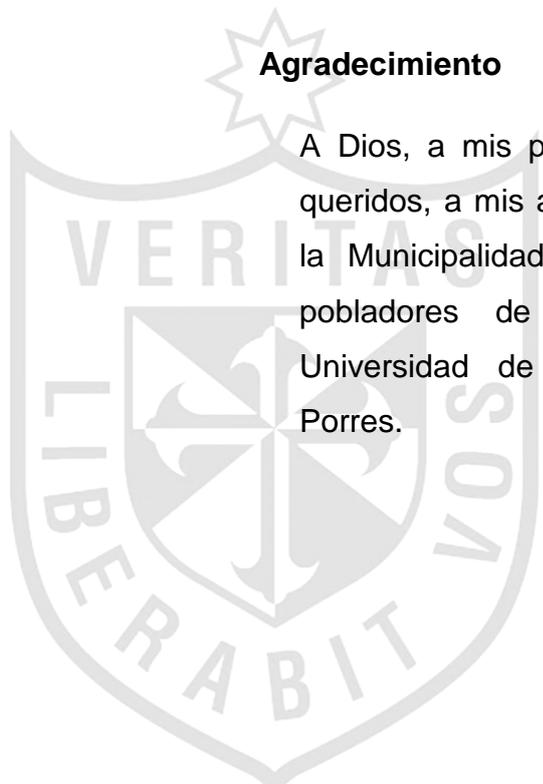
**LIMA - PERÚ**

**2014**



## **Dedicatoria**

A Dios y a las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento. A mis padres, César Hugo y Haydeé, a mis abuelos Avercio Alejandro y Blanca, a mi hermana Leslie y a toda mi familia.



## **Agradecimiento**

A Dios, a mis padres, a mis seres queridos, a mis asesores de tesis, a la Municipalidad de Ancón, a los pobladores de la región y a la Universidad de San Martín de Porres.

## ÍNDICE

	<b>Página</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>vii</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>ix</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>xi</b>
<b>CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>1</b>
1.1 Tema	1
1.2 Problema	2
1.3 Objetivos	3
1.4 Alcances y limitaciones	3
<b>CAPÍTULO II. METODOLOGÍA</b>	<b>5</b>
2.1 Esquema metodológico	5
2.2 Técnicas de recolección de información	6
<b>CAPÍTULO III. MARCO REFERENCIAL</b>	<b>7</b>
3.1 Ejemplos de centros para adultos mayores	7
3.2 Situación del adulto mayor a través de la historia	23
3.3 El adulto mayor en el Perú	25
3.4 La seguridad social en el Perú	26
3.5 Normatividad sobre el adulto mayor	29
3.6 Actividades socio-culturales del adulto mayor	30
3.7 Tipologías de centros de apoyo al adulto mayor	36

<b>CAPÍTULO IV. MARCO CONCEPTUAL</b>	<b>49</b>
4.1 Problemática del adulto mayor	49
4.2 Zonificación del entorno inmediato	59
<b>CAPÍTULO V. PRUEBA Y RESULTADOS</b>	<b>60</b>
5.1 Análisis estadístico de la realidad del adulto mayor en Perú	60
5.2 Conclusiones finales	68
5.3 Hipótesis para la determinación de la demanda del servicio	70
5.4 Características generales del distrito de Ancón	71
5.5 Características urbanas de Ancón	72
<b>CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN Y APLICACIONES</b>	<b>73</b>
6.1 Propuesta conceptual del servicio	73
6.2 Definición del objeto arquitectónico	74
6.3 Criterios de dimensionamiento	74
6.4 Criterios de respuesta al contexto ambiental	75
6.5 Criterios de respuesta al contexto urbano	75
6.6 Condicionantes del diseño	75
6.7 Localización y ubicación del terreno	76
6.8 Características del terreno	77
6.9 Accesibilidad	77
6.10 Listado de componentes	78
6.11 Programación arquitectónica	91
6.12 Consideraciones del proyecto	94
6.13 Toma de partido	95

<b>CONCLUSIONES</b>	<b>97</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>98</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>99</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>100</b>



## RESUMEN

El presente trabajo de tesis tiene como objetivo general el diseño de un equipamiento urbano en el distrito de Ancón, basado en la identificación de las necesidades técnicas, espaciales y sociales de dicha localidad como parte de un master plan.

El método de desarrollo aplicado consistió, en primer lugar, en recabar la información para evaluar las necesidades urgentes de la población de Ancón con el propósito de definir qué tipo de proyecto arquitectónico a diseñar satisfaga dichas necesidades. Seguidamente, ante la falta de un master plan en el distrito de Ancón, se elaboró uno que abarque el presente trabajo.

Dentro del master plan elaborado se definieron núcleos con temáticas urbanas con diferentes tipo de equipamientos. Estos núcleos son: salud, recreativo y residencia. Dentro del núcleo de esparcimiento se plantearon tres tipos de equipamiento: uno enfocado a la salud, otro a lo recreacional y residencial. El equipamiento elegido para el presente trabajo de tesis es el referente a la salud, recreación y residencia. Con ello se optó por diseñar un complejo de salud-recreación y residencia para el adulto mayor que contribuya a generar un entorno adecuado para los adultos mayores permitiéndoles prevenir enfermedades de salud, ayuda psicológica-motora y social para integrarse de la manera más óptima a la sociedad.

Elegido el tema se buscaron los requerimientos espaciales y funcionales en base a fuentes y normativas. Posteriormente, se elaboró el diseño del complejo de salud-recreación y residencia; se procedió a su mejora realizando los ajustes necesarios en temas técnicos y constructivos.

Finalmente, se concluye que el proyecto de diseño arquitectónico propuesto responde a las necesidades de la localidad y da un mejor uso del terreno, ya que está ubicado entre un contexto natural y otro arqueológico en abandono, siendo un objeto de transición entre ambos contextos y mejorando la identidad con el lugar. Además, al ser parte de un master plan general contribuirá a mejorar la situación económica, social y espacial del distrito de Ancón.



## **ABSTRACT**

This thesis has the general objective to design a urban facilities in the district of Ancon, based on the identification of technical, spatial and social needs of the town as part of a master plan.

The development method applied consisted, first, in gathering information to assess the urgent needs of the population of Ancon in order to define what kind of architectural project design meets those needs. Then, in the absence of a master plan in the district of Ancon, one that covers the present work it was developed.

Within the master plan prepared cores with urban themes with different kinds of equipment were defined. These centers are: health, recreation and residence. One focused on health, what other recreational and residential: Within the nucleus of leisure three types of equipment were raised. The equipment chosen for this thesis is the reference to health, recreation and residence. Thus it was decided to design a health resort-recreation and residence for the elderly that will help to create a suitable environment for seniors allowing them prevent disease health support psychological-motor and social to integrate in the most optimal way to society.

Chosen the theme space and functional requirements are based on sources searched and regulations. Subsequently, the design of health-recreation complex was developed and residence; He proceeded to make the necessary adjustments improvement in technical and construction issues.

Finally, we conclude that the proposed architectural design proposed meets the needs of the town and gives better land use, as it is located between a natural environment and other archaeological abandoned, being a transitional object between contexts and improving identity with the place. Moreover, as part of an overall master plan will help improve the economic, social and spatial location of the district of Ancón.



## INTRODUCCIÓN

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

El adulto mayor por sus características propias de su edad requiere de una compleja variedad de estímulos ya sea psicológicos, afectivos, de interrelación con otros congéneres y de una familia preocupada e interesada por su confort. Es aquí en donde la arquitectura comienza a especificar las necesidades y las transforma en objetos arquitectónicos adecuadas para un uso pleno del usuario, para el caso del adulto mayor.

Nuestro país tiene pocos ejemplos de infraestructura agrupada en complejos multiusos para el adulto mayor, normalmente la infraestructura es de tipo municipal, del seguro nacional y de la empresa privada.

Mi interés en el tema se sustenta por el alto déficit y el abandono en gran medida de nuestra sociedad en infraestructuras que no considera prioritario por cuanto la utilizan ciudadanos que no consideran productivos económicamente.

El desarrollo de un proyecto que agrupe en un sólo complejo de salud, recreación y residencia para el adulto mayor es de por sí todo un reto y un excelente ejercicio proyectual por la variedad programática y más aún por su ubicación en área urbano privilegiado frente al mar.



## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 1.1 Tema

El tema de diseño, consiste en el desarrollo de un proyecto urbano arquitectónico para el adulto mayor, en temática múltiple puesto combina en el complejo áreas de: **RECREACIÓN-SALUD Y RESIDENCIA**, ubicado en el distrito de Ancón, provincia de Lima.

##### 1.1.1 Situación del tema en el país.

El complejo para el adulto mayor, se inscribe en la temática de servicios recreacionales y de salud (prevención).

En nuestro país y sociedad en general no considera útil a los adultos mayores, para el grueso de familias resultan una carga a diferencia de países de Europa principalmente en donde el adulto mayor se le brinda a nivel ciudad e infraestructura los servicios apropiados para una vía llevadera así como extraen al máximo la experiencia vivida por estas personas de manera de transmitirles su conocimiento en todos los ámbitos de la sociedad.

Recién en la última década, el Perú ha comenzado a entender el rol e importancia que tiene el adulto mayor en nuestra sociedad, se perciben nuevos vientos que apuntan al manejo de políticas sectoriales y programas de actividades que involucren al adulto mayor de modo que se sientan reconocidos por una sociedad de la que ellos fueron partes activas.

Los censos, mayor presupuesto y la mejora aún pequeña pero ascendente de sus remuneraciones son indicadores de que el país los considera parte fundamental de la sociedad.

## **1.2 Problema**

Se ha comenzado a cultivar y a reconocer el rol y la importancia del adulto mayor en una sociedad que quiere ser justa para el conjunto de ciudadanos más aún si todos de una u otra forma llegaremos a ser también adultos mayores.

El enfoque del complejo para el adulto mayor radica básicamente en brindar los siguientes servicios:

- Prevención médica y de sostenimiento físico-psicológico. (Clínica geriátrica)
- Recreación activa y pasiva a través de actividades culturales, físicas, etc.
- Residencia (Alojamiento).

El déficit actual de estos complejos es alto pues se han manejado como elementos aislados, sectoriales y para los que tienen mayores recursos económicos.

El rol principal de esta infraestructura es la de proveer de servicios proactivos para el adulto mayor que ayuden a un desarrollo pleno de sus facultades intelectuales, sociales y de salud para un grupo medio que

no son absorbidos ni por los programas estatales, privados y de alto nivel económico.

### **1.3 Objetivos**

#### **1.3.1 Objetivo general:**

Desarrollar el proyecto arquitectónico de un complejo para el adulto mayor, acorde a las necesidades poblacionales del distrito de Ancón y distritos aledaños como es el caso de Lima Norte.

#### **1.3.1 Objetivos específicos:**

Diseñar un complejo cuya arquitectura se contextualice con el entorno local del distrito de Ancón.

Lograr una interacción adulto mayor – naturaleza a través de los espacios y actividades que el complejo genere.

Ejercitar y mostrar las bondades de la arquitectura bioclimática para obtener los niveles de confort necesarios en las instalaciones de este complejo.

### **1.4 Alcances y limitaciones**

#### **1.4.1 Alcances**

El complejo atenderá al 8% de la población Adulto Mayor de Lima.

El análisis del trabajo en su postura teórica se hará sobre la base de tres variables.

## **Los adultos mayores**

Los adultos mayores y sus principales características físicas, psíquicas y sociales.

La rehabilitación y recreación del adulto mayor en la sociedad.

### **1.4.2 Limitaciones**

La determinación de la demanda del servicio estará basada exclusivamente en la información estadística de los sectores estudiados de Lima Norte, y principalmente en el distrito de Ancón.

Los estudios del usuario estarán referidos sólo a las características más representativas tanto físicas, psicológicas y sociales que tengan repercusión en el diseño del proyecto de los adultos mayores de Lima Norte.

El proyecto estará condicionado por las normas del MINSA (Ministerio de Salud) y el RNE (Reglamento Nacional de Edificaciones) que normarán los aspectos recreativos, de hotel y clínica del proyecto.

El complejo atenderá al 8% de la población adulto mayor de Lima.

## CAPÍTULO II METODOLOGÍA

### 2.1 Esquema metodológico



Elaboración: el autor

## 2.2 Técnicas de recolección de información

El acopio de información estadística se ha tomado principalmente de fuentes existentes; mientras que la información, respecto al lugar de emplazamiento del objeto y su contexto inmediato se ha tomado de planos digitalizados y fotografías del lugar.

Las técnicas de recolección de información tienden a explicar el “cómo” se resolverán de modo operativo los objetivos propuestos anteriormente.

Recopilación de bibliografía actualizada y entrevista a los actores del problema.

Se informó sobre mapas, planos de la zona de estudio, información geológica referencial, estadísticas del INEI específicas a nivel de población de Lima Norte dentro de estas Ancón.

Información técnica del Ministerio de Turismo, Industria, Comercio e Integración (MITINCI) y del Reglamento Nacional de Edificaciones (RNE), en cuanto a la metodología para diseños de unidades de hospedaje, normas técnicas para proyectos de arquitectura hospitalaria Ministerio de Salud (MINSU).

Revisión de expedientes de diseño a nivel nacional y extranjero a nivel de revistas, planos, tesis existentes, etc.

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO REFERENCIAL**

#### **3.1 Ejemplos de centros para adultos mayores**

##### **3.1.1 Centro De Día Para Ancianos, Valencia – España**

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

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

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



**Espacio Principal del Centro de Día Abierto**

Fuente: <http://www.via-arquitectura.net/00/00-066.htm>



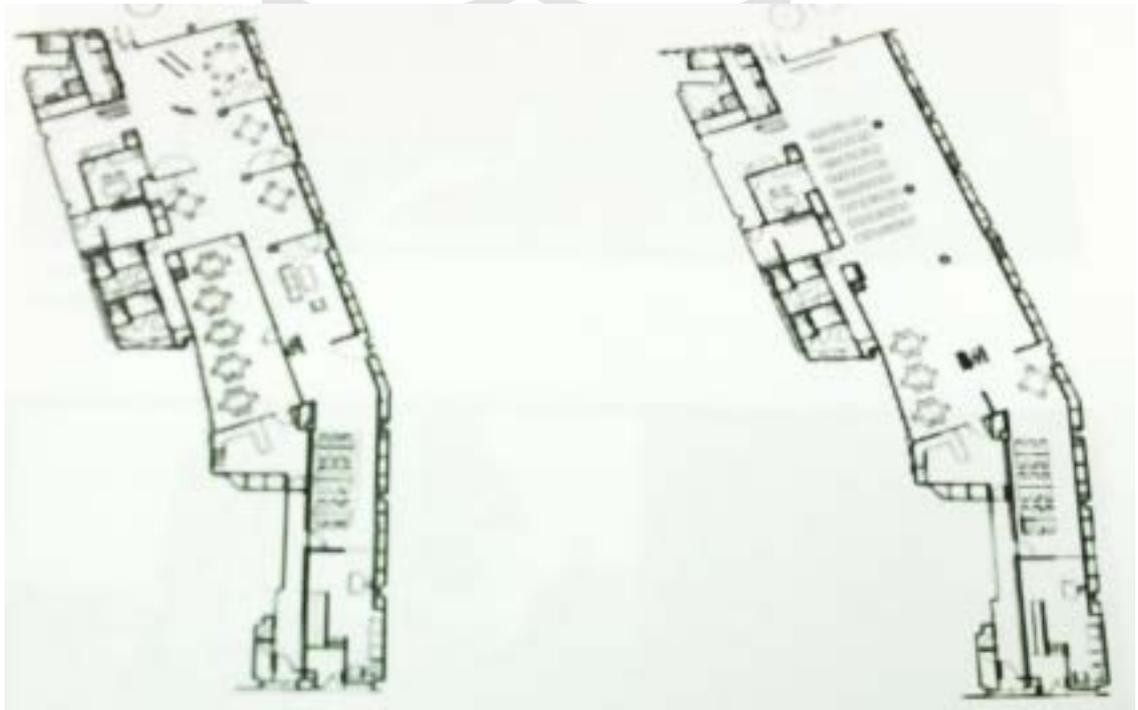
**Espacio Principal del Centro de Día compartimentado**

Fuente: <http://www.via-arquitectura.net/00/00-066.htm>

Para resolver la flexibilidad que querían lograr en el espacio, los arquitectos utilizaron un frente de armarios continuo ocupando

uno de las paredes del local. En estos armarios, estaban ubicados los guardarropas y las estanterías, de tal forma que todas las necesidades de mobiliario se encuentren y no representen un obstáculo en los recorridos.

Asimismo, compartieron el espacio mediante dos tipos de mamparas móviles, unas que delimitan el comedor son deslizantes por guías escondidas en el techo, tienen un sistema de cierre que les permite obtener un gran aislamiento acústico. Estos son abatibles desde el frente y tienen dos metros de altura. Con estos elementos se puede lograr una gran diversidad de espacios, lo cual sirve para obtener una percepción por parte de los adultos mayores, y así evitar la rigidez de los espacios clínicos convencionales.



### **Plantas del Centro de Día**

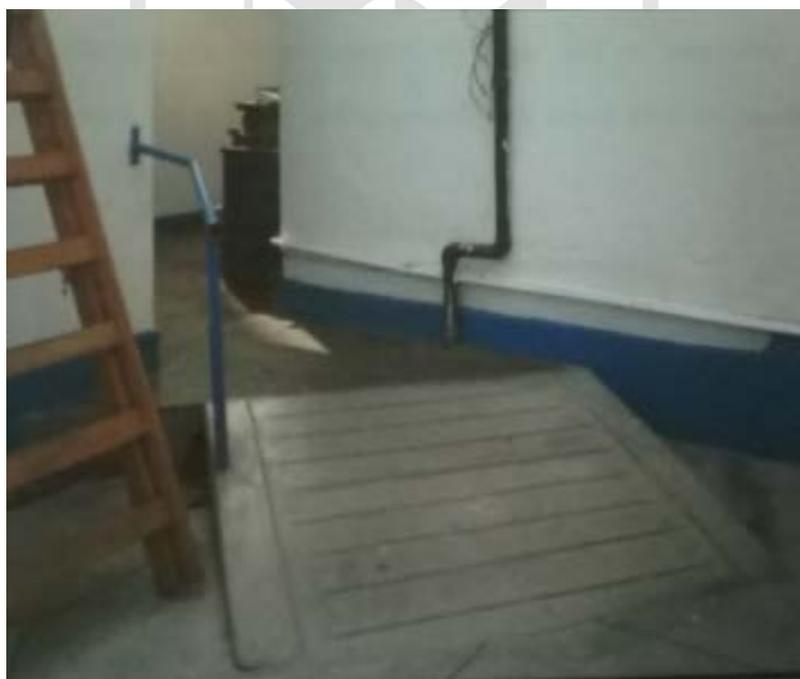
Fuente: <http://www.via-arquitectura.net/00/00-066.htm>

### **3.1.2 Centro Del Adulto Mayor, Cam San Isidro Lima – Perú**

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

Uno de los requisitos para poder inscribirse en este CAM, además del distrito de procedencia es ser mayor de 60 años y contar con total autonomía funcional, por lo cual antes de ingresar al centro, es necesaria una evaluación gerontológica y un diagnóstico para la elaboración de un plan de actividades a realizar.

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



### **Rampa para discapacitados**

Elaboración: el autor



**Rampa para discapacitados**



**Servicios higiénicos**

Elaboración: el autor

El concepto principal que utilizan para manejar el problema espacio, y que cuenta únicamente con 700 m<sup>2</sup>, es la multifuncionalidad de casi todas las áreas del centro, el uso que se le da a los ambientes no es fijo, sino que cambia de acuerdo con el requerimiento del momento, es decir que un ambiente que en el día funciona como sala de lectura, se utilizará como sala de reuniones, talleres, etc.



**Espacio público: corredor de los ambientes**

Elaboración: el autor

El antiguo jardín del local anterior que se encuentra en la parte posterior del terreno, se convirtió en una gran zona multiusos, con piso de cemento y parcialmente techado con una estructura ligera bastante alta, que permite que en verano corra el viento libremente por los lados, en invierno, artesanalmente colocan plásticos transparentes para cerrar lo más posible el ingreso del viento.

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

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



**Espacio público: zona de baile**

Elaboración: el autor

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



**Espacio público: zona de gimnasia**

Elaboración: el autor

### **3.1.3 Centro Del Adulto Mayor, Cam Barranco – Lima – Perú**

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

El local donde funciona este centro es una casona barranquina de casi 100 años de antigüedad de adobe y quincha con techos de madera de 680 m<sup>2</sup> aproximadamente.

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



### **Fachada principal**

Elaboración: el autor

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

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



**Corredor del segundo piso**



**Depósito de materiales**

Elaboración: el autor

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

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



**Área de juegos**



**Área de bisutería**

Elaboración: el autor

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

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



### **Patio principal**

Elaboración: el autor

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

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

Este centro muestra falta de personal, sólo cuenta con una asistenta y guardián, incluyendo los profesores de curso.

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

### **3.1.4 Residencia Privada Para Adultos Mayores-La Molina Lima-Perú**

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

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

Se encuentra ubicada en La Molina, en un área de aproximadamente 600 m<sup>2</sup> dividida en dos pisos, lo que están comunicados por un ascensor y escaleras, así mismo por varios tragaluces que, además de dar una buena iluminación a ambos pisos, permiten una mayor integración entre ambos y ayudan a que el personal esté bien comunicado.

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



**Sala de estar**



**Pacios con jardines**

Elaboración: el autor

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

Los ambientes son cálidos, con buena iluminación y ventilación.

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

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

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

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

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

En esta residencia, las actividades que se realizan se dan de acuerdo al ánimo de cada usuario, no realizan por lo general actividades físicas, pero organizan juegos como cartas, bingo, rezan el rosario, entre otras.

Estas actividades se realizan en las salas correspondientes a cada piso, una o dos veces se realizan paseos con los

adultos mayores que pueden participar invitando algunos familiares de los mismos.



**Acabados-buena calidad**

**Servicios higiénicos acondicionados**

Elaboración: el autor

### **3.1.5 Centro Geriátrico Santa Rita-Baleares-España**

Diseñado por el arquitecto Manuel Ocaña, este centro cuenta con 5990.00 m<sup>2</sup> de área construida y 6200.00 m<sup>2</sup> de área libre y fue inaugurado en el mes de enero del año 2009.

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

Estos jardines se encuentran en el perímetro y las habitaciones funcionan como un gran espacio de circulación al aire libre al que los proyectistas denominan poli atmosféricos, en él se plantean sucesos

que pueden excitar los sentidos y evita el tedio que podría generar un centro geriátrico.

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

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

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



### **Pasadizos diferenciados por colores**

Fuente: Revista Arkinka 2010





**Espacios diferenciados por colores con alta tecnología**

Fuente: Revista Arkinka 2010



**Piscina terapéutica para el adulto mayor**

Fuente: Revista Arkinka 2010

### 3.2 Situación del adulto mayor a través de la historia

A través del tiempo la situación del adulto mayor peruano ha sido soslayada, su escasa presencia como grupo poblacional ha determinado una casi generalizada omisión en el mejoramiento de su situación.

Al adulto mayor se le mantuvo ignorado y marginado y a los otros los pudientes se les menciona por su condición socio-económica o su capacidad intelectual, individualizándolos, en ningún caso figura como un grupo importante dentro del contexto social; en las distintas épocas históricas la situación del adulto mayor ha sido reflejo de la importancia que a este grupo social le diera el estado.

Un estudio realizado por el Dr. Llado sobre la situación del adulto mayor durante los distintos periodos de nuestra historia señalaba lo siguiente:

En el Incanato, la base de la organización social y económica fue el ayllu, la economía inca se basaba en el trabajo colectivo, cada persona trabajaba según sus aptitudes desde la niñez hasta la ancianidad extrema, no existía el retiro definitivo pero si una adaptación progresiva según se envejecía.

El adulto mayor en el Imperio Inca mantenía su status laboral de manera permanente, desempeñado labores adecuadas a su condición biológica, y restringiéndose, hasta cuando más ancianos eran, se trataba de la jubilación progresiva, al llegar edades muy avanzadas el ayllu encargaba de su manutención.

Durante la colonia, la estructura económica cambió de agrícola a minera, con la siguiente priorización del trabajo en las minas. Por otro lado, los indígenas fueron declarados vasallos del rey de España en condiciones menores de edad por tanto estaban sujetos a tutela y protección, lo que aseguraba el total dominio de la población indígena por parte del conquistador español.

Por otro lado, la tributación impuesta a la población indígena activa y que finalizaba al cumplir, hasta los 50 años, aseguraba al tesoro español ingresos permanentes.

Así, en esta nueva estructura económica adquiere importancia apta para trabajar, instituciones como la mita y el servicio personal cobran importancia, evidenciándose con ello el desamparo de los no aptos y en especial el de los adultos mayores.

Por otro lado, el sistema de explotación minera utilizado elevó la mortalidad masculina a niveles alarmantes, siendo pocos los indígenas que sobrevivían a esta actividad, y por ende, una mínima cantidad la que lograba llegar a los cincuenta años.

Los adultos mayores desprotegidos y sin capacidad de trabajar a la mendicidad, puesto que los mismos hombres en actividad apenas ganaban para malvivir, así los pocos que pasaban la edad límite de tributo morían al poco tiempo en la miseria.

En los inicios de la época Republicana persistió la situación de marginación de la población de la tercera edad, se les continuó considerando una fuerza de trabajo devaluada, con muy poca aceptación para mantenerse en el mercado laboral.

Posteriormente, surgieron leyes de protección social que en muchos casos no se cumplieron hasta muy avanzada la Republica,

Mediante las cajas de pensiones y los seguros de obreros y empleados, que abarcan aspectos como el cuidado, en materia de salud, de la población asegurada y la seguridad de un ingreso económico permanente para la población jubilada o cesante.

Actualmente cumplen estas funciones de manera descentralizada, en el Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud), en el aspecto de salud, y la Oficina de Normalización Provisional (ONP) en lo que a pensiones se refiere.

### 3.3 El adulto mayor en el Perú

El Perú es un país eminentemente joven, según el censo de 2007 la población censada fue de 27 710 351 habitantes, de los cuales el 9.1% (2 495 643) en Perú. 9.6% (2 660 193) para Lima Metropolitana, y un 8,5% (2 355 379) para Lima Norte, conformada el grupo de personas mayores de 60 años, un grupo reducido que para lo demás no cuenta con un participación activa dentro del aparato estatal y por tanto no tiene poder de decisión.

De acuerdo con ello, este grupo se presenta como un ente positivo, a la espera de decisiones gubernamentales que modifiquen las características de su actual situación de subsistencia, sujeto a beneficios que puedan darle las instituciones dedicadas a brindar servicios a la población de la tercera edad.

El envejecimiento constituye un hecho incontrastable de la realidad social contemporánea, en las últimas décadas, la población de la tercera edad se ha incrementado como resultado de la integración de un conjunto de tendencias como la mejora en las tasas de supervivencia, gracias a los avances en salud pública y nutrición; el aumento de la longevidad, debido en parte a los avances de la ciencia médica; así como la disminución de la natalidad; estos factores modifican la estructura demográfica de la población, generalmente representada por una pirámide cuya amplia base correspondía a las poblaciones de menor edad, bajo estas circunstancias se nota un estrechamiento de la base con el consiguiente ensanchamiento en la cúspide de la pirámide.

A nivel de instituciones sociales, la familia una de las más representativas y se ha mantenido a través de la historia dela humanidad; ha sufrido transformaciones motivadas por los cambios sociales acaecidos, la industrialización los movimientos migratorios, la formación de grandes núcleos urbanos han determinado la modificación de la clásica estructura de la familia rural hacia formas de tipo urbano.

Dentro de esto, el rol establecido para cada uno de los miembros de la familia ha sufrido cambios; modificaciones que en algunos casos significaron la pérdida de su inclusión incuestionable dentro del grupo familiar, y en otros casos pasaron a construirse en elementos pasivos al perder todo su contexto funcional, cambios que en relación a las personas de edad avanzada han sido de indudable importancia para poder comprender las características que enmarcan a este grupo social.

### **3.4 La seguridad social en el Perú**

El Seguro Social del Perú, es el organismo central provisional encargado de velar por la asistencia en salud y pensionaria de la población jubilada, en términos generales tienen derecho a pensión de jubilados los asegurados a partir de los 60 años, en el caso de mujeres, y de los 65 años para los varones, se establecen edades de jubilación inferiores hasta 5 años cuando el trabajador realiza labores en condiciones penosas o de riesgo de vida o la salud; al fallecimiento del asegurado que percibía una pensión jubilación, se otorga un capital de defunción de orden excluyente a: cónyuge, hijos, padres, hermanos menores de 18 años.

En julio de 1980, por D.L. 23161 se crea el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) cuyos articulados señalan como función el cubrir a los asegurados y familia contra, los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, accidentes, vejez y muerte.

Señalando también como objetivo la realización del asegurado y su familia, hasta 1994, el Instituto Peruano de Seguridad Social se encargaba tanto de la Prestación de Servicios de Salud para la salud asegurada y su familia como del otorgamiento de pensiones para la población en edad jubilatoria.

En la actualidad, se ha creado la Oficina de Normalización Provisional (ONP), como ante autónomo para que se encargue de

administrar los recursos destinados a cubrir las necesidades de la población jubilada, vale decir, las pensiones de jubilación.

**CUADRO N° 01**

**POBLACIÓN DE 60 Y MÁS AÑOS EN CONDICIÓN DE JUBILACIÓN  
SEGÚN DEPARTAMENTOS: 2007**

DEPARTAMENTO	POBLACIÓN EN CONDICIÓN DE JUBILACION	
	NÚMERO	%
TOTAL	208917	100
AMAZONAS	524	0.3
ANCASH	5125	2.5
APURÍMAC	839	0.4
AREQUIPA	11964	5.6
AYACUCHO	1114	0.5
CAJAMARCA	2125	1
CALLAO	11652	5.5
CUSCO	4103	2
HUANCAVELICA	446	0.2
HUÁNUCO	1311	0.6
ICA	9698	4.6
JUNÍN	5424	2.6
LA LIBERTAD	13344	6.4
LAMBAYEQUE	10265	5

<b>LIMA</b>	<b>110709</b>	<b>53</b>
LORETO	2037	1
MADRE DE DIOS	125	0.1
MOQUEGUA	968	0.5
PASCO	710	0.3
PIURA	9818	4.7
PUNO	2796	1.3
SAN MARTÍN	977	0.5
TACNA	1386	0.7
TUMBES	649	0.3
UCAYALI	808	0.4

Fuente: INEI – Censos Nacionales 2007

Según estadísticas, la población mayor de 60 años en condición de jubilación constituía el 21.3% de la Población No Activa. Las cifras observadas en el cuadro precedente nos indican que los beneficios de pensiones jubilatorias se concentran básicamente en Lima y Callao, si tenemos en cuenta que ambos registran el 58,5% del total de la población mayor de 60 años en condición de jubilación.

En el resto de departamentos, la población en dicha condición es bastante menor, a excepción de algunos departamentos de la costa como Arequipa (5,6%), La Libertad (6,4%), Lambayeque (5,0%) y Piura (4,7%) que presentan porcentajes relativamente más altos que el conjunto

## 3.5 Normatividad sobre el adulto mayor

### 3.5.1 Derechos

Las personas adultas mayores, (definidas por la Organización Panamericana de la Salud como personas de 60 años o más), son poseedoras de derechos inalienables en tanto que persona humana, como el derecho a la vida, a tener un nombre, etc.; las personas adultas mayores son poseedores a deberes y derechos. Pero por constituir un grupo social en aumento y que en contextos como pueden verse vulnerados sus derechos, nuestras leyes han contemplado derechos especialmente dirigidos a este grupo poblacional que van de acuerdo a sus necesidades como persona adulta mayor.

Aquí les brindamos los derechos específicos para personas adultas mayores contemplados en las leyes peruanas.

#### **Las personas adultas mayores tienen derecho a:**

- La atención preferente en los establecimientos públicos y privados que prestan servicios al público. **(Ley 27408)**
- A contar con asientos reservados en los vehículos de transporte público de pasajeros Resolución. **(D.M 081-2001/MMLDMTU)**
- A la igualdad ante la ley y a no ser discriminados. **(Constitución política del Perú, Art. 2)**
- A partir en forma individual o asociada en la vida política, económica, social y cultural de la Nación **(Constitución Política del Perú, Art. 2, inciso 17).**
- A ser protegido por el estado. **(Constitución Política del Perú, plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2002-2006)**

## **3.6 Actividades socio-culturales del adulto mayor**

### **3.6.1 Programas de atención al adulto mayor**

Si bien se ha señalado que la previsión social, como institución tendiente a la estructuración y conducción de planes y programas orientados a mejorar la actual situación de la población anciana, es importante: no podemos dejar de lado otra institución, la familia, que constituye el soporte afectivo del anciano, y sin cuyo concurso la adecuación del anciano a su nueva situación se traduce en desequilibrios en la esfera psicosocial.

Así, familia y seguridad social se convierten en dos instituciones centrales para la vejez contemporánea, en la medida en que la articulación entre ambas permita al anciano elevar su calidad de vida, dentro de un contexto de reconocimiento y participación en la vida social, es decir una revaloración de su status en la sociedad.

En países desarrollados, se cuenta con una, cada vez mayor, diversidad de servicios institucionales y comunitarios de atención a la tercera edad. La participación activa de todos los miembros de la disponibilidad de atención familiar al anciano.

Por otro lado, en los países de desarrollo, la existencia de una extensa red de parientes en contacto permanente entre sí, constituye un aspecto fundamental del sistema familiar; uno de cuyos rasgos característicos es la responsabilidad colectiva hacia las personas que ya no perciben ingresos dentro de la familia.

Sin embargo, el proceso de modernización está cambiando estos patrones de conducta. La mujer, tradicionalmente encargada del cuidado de los niños, ancianos y enfermos está redefiniendo su papel dentro de la organización familiar, su cada vez mayor participación activa en el mercado laboral ha modificado sustancialmente su práctica al respecto.

Necesidad de articular las instituciones señaladas, de tal manera que nuevas estructuras de servicios reemplacen, por lo menos parcialmente, la participación familiar en la atención del anciano; de lo contrario ser cada vez más frecuente la imagen de ancianos aislados y carentes de dignidad como persona.

### **3.6.2 Aspectos sociales del adulto mayor**

El director general de la Organización Mundial de la Salud OMS ha definido los factores sociales como aquellos que influyen sobre la salud, servicios de salud, y el bienestar de las comunidades, señalando que dependen de la psicología del individuo y de la estructura y las funciones de los grupos sociales (Gonzales, 1985).

A este respecto, el Dr. Franz Baro, Director del Centro Psiquiátrico Universitario de la Universidad de Lovaina que colabora con la OMS; señala la importancia del establecimiento de programas que permitan el desarrollo de las personas de más edad, lo cual necesariamente implica la detección y el conocimiento de los principales factores psicosociales, que afectan el desenvolvimiento de las personas ancianas; entre las que menciona: la pérdida de posición social, los ancianos se preguntan: somos realmente inútiles. La cuestión de la productividad es esencial, pues al no trabajar su sentimiento de inutilidad y confusión en cuanto a su función social con frecuencia los lleva a la depresión. La Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento (Viena, 1982) en una de sus resoluciones trata de promover la productividad de los ancianos, y sugiere medios para hacerlo. La Conferencia de la Casa Blanca (1980) recalca en una de sus recomendaciones la importancia del factor psicosocial en la pérdida de posición social. Una mayor confianza en sí mismo es parte de la manera de hacerle frente.

La pobreza es otro factor importante; la llegada a la etapa de la jubilación en muchos casos causa situaciones estresantes al

anciano, la falta de dinero, el acostumbrarse a vivir con un ingreso limitado determina la exacerbación de casi todos los problemas cotidianos; cobrando especial importancia los de índole afectiva.

Otro factor a considerarse es la soledad. El aislamiento; la incompreensión, la pérdida de control, de poder dentro de la familia; la pérdida de participación en la toma de decisiones, la conciencia del abismo generacional creado y que lo separa en relación a los jóvenes, la conciencia de tornarse indeseable, el darse cuenta de la pérdida de interés por ellos de parte de la familia, la sociedad y el Estado; en resumen el estado de marginalidad al que se ve expuesto el anciano.

Al respecto, Shanas (1979) sostiene que la familia sigue constituyéndose en el elemento imprescindible de soporte que el anciano necesita, la familia sigue proporcionando a las personas de edad avanzada lazos muy importantes de tipos afectivos e interpersonales. Concepto que reafirma la importancia de la participación activa del anciano en el núcleo familiar. Situación que aún encontramos dentro de las relaciones establecidas en el seno de la familia rural.

El analfabetismo también se considera como un factor importante dentro de las condiciones sociales que influyen en el anciano. El grado de educación ejerce una influencia notable en la habilidad de las personas para absorber información, asimilarla y sobre todo permite lograr una disposición favorable en la población para aceptar cambios colectivos, lo que implica en este grupo poblacional una mayor y mejor adecuación al nuevo status al que se incorporan.

### **3.6.3 Programa de salud del adulto mayor**

La salud como ya se mencionó, constituye uno de los principales problemas de la población anciana, y es que, conjuntamente con lo económico, son los elementos determinantes de las posibilidades de independencia en esa etapa de su vida. El riesgo de enfermar y morir forma

parte de la vida cotidiana de los ancianos; problema que puede afectar al mismo individuo como a sus coetáneos más próximos: familiares, amigos o vecinos. La invalidez constituye la amenaza más seria a cualquier estrategia de vida independiente (Redondo, 1990).

En países como el nuestro, lamentablemente no existe un programa de atención integral al anciano, que implique no solo la atención en salud, sino que también integre aspectos psicosociales, ya que muchas veces una enfermedad, no solo es indicador del mal funcionamiento de un órgano sino que es reflejo de condicionantes socio – afectivo adversos en el universo anciano.

En materia de salud, específicamente, no existen programas preventivos, de atención sino que, básicamente están orientados a la curación de patologías ya declaradas.

Todas las dependencias del Ministerio de Salud como del Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud), entidades encargadas de la atención sanitaria de la población en general no cuentan con la cantidad suficiente de profesionales especializados en la atención al anciano (geriatras). Aun cuando existen profesionales en geriatría, estos se encuentran localizados en clínicas y consultorios particulares, lo que impide al grueso de esta población a acceder a una atención especializada.

#### **3.6.4 Programa de recreación para el adulto mayor**

La ocupación creativa del tiempo libre del anciano constituye un aspecto importante en la elevación de la calidad de vida de las persona de tercera edad.

Sor Margarita Gamauriño, responsable del programa Obra Ayuda al Anciano del Servicio Social español señala, que al igual que los niños los ancianos necesitan distraerse, tienen que llenar de alguna manera las horas que antes ocupaban con el trabajo, porque si no tienden a

replegarse sobre sí mismas y a volver sobre el pasado, lo que les conduce a avanzar retrocediendo hacia el porvenir.

La participación del anciano en actividades recreativas que al mismo tiempo le permitan una actividad física general es de vital importancia para las personas de edad avanzada.

Los ejercicios físicos y el deporte mantienen y aún aumentan la eficiencia fisiológica del organismo, aumentan la agilidad, la coordinación y la estabilidad. Mejorar la potencia muscular para el desarrollo de una actividad normal, ayuda en la adquisición de reacciones defensivas ante estímulos externos que puedan desencadenar algún peligro (Vivanco, 1982).

Las actividades de tipo socio – cultural se orientan a combatir el aislamiento y la soledad del anciano. Al respecto, es el Instituto Peruano de Seguridad Social a través de su Gerencia Central de Prestaciones Sociales, la instancia encargada de la rehabilitación del anciano mediante actividades recreacionales y culturales.

Los objetivos propuestos enarcan la rehabilitación del anciano y del discapacitado, a partir de la elevación de su autoestima. Objetivos que se plasman en el desarrollo de actividades turísticas en el ámbito local y nacional, cursos de capacitación que canalicen su capacidad creativa y en muchos casos les permita reinsertarse en la actividad laboral de manera independiente.

Asimismo, la implementación de clubes para la tercera edad se orienta a la incorporación de los ancianos a grupos en los cuales puedan desarrollar actividades sociales y de integración.

Sin embargo, a pesar del carácter nacional de esta institución, las acciones mencionadas se encuentran circunscritas solo al ámbito urbano de Lima Metropolitana (ver anexo adjunto).

**LIMA METROPOLITANA: DISTRIBUCIÓN DE CLUBES DE TERCERA  
EDAD SEGÚN GERENCIA ZONALES: 2007**

<b>GERENCIAS ZONALES</b>	<b>N° DE CLUBES</b>
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>
<b>CALLAO Y CONO NORTE</b>	<b>4</b>
LIMA SUR	1
LIMA ESTE	2
LIMA OESTE	4

Fuente: INEI – Censos Nacionales 2007

El carácter local de los programas mencionados nos indica la falta de un Proyecto Integral, coherente, orientado al mejoramiento de las condiciones de vida del adulto mayor. A este respecto es el aparato estatal el encargado de desarrollar un proyecto a corto y mediano plazo, que contemple las carencias de este grupo poblacional y presente alternativas de una habilitación y reinserción del anciano a la vida social y, por lo tanto, la revaloración de su dignidad como persona.

### 3.7 Tipologías de centros de apoyo al adulto mayor

#### 3.7.1 CLUB HOUSE DEL ADULTO MAYOR

El CHAM nació hace cinco años, con un solo fin, mejorar la calidad de vida de nuestro adulto mayor del Banco de la Nación, otorgándole un rol protagónico, con una atención personalizada, propiciando un ambiente que asegure su desarrollo integral.

Su objetivo fundamental está orientado a promover acciones para la participación y acompañamiento en el proceso de envejecimiento activo y saludable, ofreciendo alternativas de capacitación y recreación que tiendan a mejorar su calidad de vida, ocupando de forma inteligente su tiempo libre, creciendo en confianza, seguridad y redes solidarios.

El Club House del adulto mayor cuenta con un equipo altamente calificado, bajo la responsabilidad de la Unidad Bienestar Social. Asimismo, cuenta con un espacio físico habilitado y acondicionado especialmente para atender a los adultos mayores, con un grupo de profesores de alto nivel, en el que se imparten talleres, charlas y una serie de actividades con metodología participativa, de integración y conocimiento mutuo. Permitiendo a los adultos mayores generar confianza en sí mismos, establecer vínculo de apoyo, para realizar actividades de su propio interés.

Las actividades y atenciones son las siguientes:

1. Campañas de salud, culturales y recreativas.
2. Talleres.
3. Atención directa a los usuarios por personal administrativo.

**Actividades de salud**, se ofrecen charlas y despistaje de salud, con la finalidad de prevenir a tiempo enfermedades y promoviendo el cuidado de las mismas, enseñándoles un auto cuidado de las mismas.

**Actividades culturales**, se elaboran paseos a diversos centros de nuestra ciudad, con el fin de que los afiliados conozcan los diferentes centros históricos y se identifiquen con nuestra cultura.

**Actividades recreativas**, tiene como principal objetivo brindar momentos de sano esparcimiento, que permitan a los afiliados gozar de experiencias y vivencias diferentes, promoviendo la sociabilidad e integración

**Talleres**, brinda espacios de actividad física y capacitación para este segmento etario; y a partir de ello, entregarles herramientas que los ayuden a mantener una vida activa y saludable.

**Taller de memoria**, consiste en una valoración inicial, de diferentes actividades cognitivas, encaminadas a potenciar la memoria como recurso para mejorar la calidad de vida. Fomentando actitudes pro-activas en el adulto mayor.

**Tai Chi Chuan**, este trabajo ejercita conjuntamente cuerpo, mente y espíritu. Es una práctica intensa, completa y beneficiosa a cualquier edad, sirve para la prevención y recuperación de salud. La práctica del Tai Chi Chuan reporta beneficios inmediatos a las personas con dificultades de equilibrio, respiratorios, así como aquellas con problemas emocionales ya sean de inseguridad o psicológicos.

**Aeróbicos y taeko**, a través de estos ejercicios se estimula la actividad cardiovascular y respiratoria, durante un tiempo lo suficientemente largo como para producir – en nuestro cuerpo – toda una serie de beneficios, entre ellos:

- Mejorar la calidad de vida.
- Reducir el porcentaje de grasa corporal.
- Estimula la fijación de calcio en los huesos.
- Mejorar la coordinación
- Aumentar la flexibilidad

**Manualidades**, orientado a descubrir habilidades y desarrollar destrezas, buscando la realización personal. También es una forma de entretenimiento y ocupación, el cual puede generar ingresos propios. Se les enseña las técnicas de repujado en aluminio, pintura en madera, muñecos country, pintura en vidrio y mucho más.

**Pintura en tela y bordados en cinta**, con el mismo objetivo del taller de manualidades se dan clases de pirograbado en pana, bordado en cintas, pintura en tela aplicada en manteles, carteras, cojines, gasa, etc.

**Tango**, estilo musical de las ciudades de Buenos Aires, Rosario y Montevideo, de naturaleza netamente urbana y renombre internacional. Tiene una gran aceptación entre los afiliados, quienes aprenden la forma del baile de esta danza rio-platense.

**Peluquería**, contamos con un ambiente especialmente adecuado e implementado para el servicio de peluquería, asimismo se dictan clases de cosmetología.

**Bisutería**, se enseña a confeccionar: collares, aretes, pulseras y otros detalles. A través de las técnicas básicas que se imparten en este completo taller. Lo orientamos a crear su microempresa.

**Danzas peruanas**, las más reconocidas manifestaciones del folklore nacional, danzas de la costa: marinera limeña y norteña, festejo, son de los diablos; alcatraz. Danzas de la sierra: chonguinada, carnaval de ichu, paras. Danzas de la selva: carapachos, tigres, boa.

**Danzas negras**, danza más representativas y populares, de origen Afro Peruano. Tienen una gran aceptación entre los afiliados.

**Computación**, se dictan clases de computación básica para afiliados que desean adquirir o reforzar sus conocimientos en informática. Se les brinda una atención personalizada.

**3.7.2 CENTROS DEL ADULTO MAYOR POR REGIONES  
(ESTATALES).**

**MACRORREGIÓN NORTE**

<b>REGIÓN</b>	<b>CENTRO DEL ADULTO MAYOR</b>	<b>DIRECCIÓN</b>	<b>TELÉFONO</b>
CAJAMARCA	CAM. CAJAMARCA	Jr. Tarapacá N° 565 – Cajamarca	076 - 368795
LA LIBERTAD	TRUJILLO	Jr. Pizarro N° 346 – Trujillo	044 – 207373
	LAREDO	Jr. Trujillo s/n Laredo	044 – 445139
	LA ESPERANZA	Jerusalén N° 134 – La Esperanza	044 – 276135
	EL PORVENIR	Av. Manco Inca N° 560 – El Porvenir	044 – 401318
	VÍCTOR LARCO	Av. Víctor Larco N° 196 – Buenos Aires	044 - 2884443
	SALAVERRY	Av. La Marina N° 442 – Salaverry	044 – 437572
	GUADALUPE	Calle Unión N° 296 – Guadalupe	044 – 566412
	CHOCOPE – CARTAVIO	Ramos N° 2 – Cartavio	044 – 432042
LAMBAYEQUE	CHICLAYO	Elías Aguirre N° 1035 - Chiclayo	074 – 239501
	CHEPÉN	Lima N° 218 –	074 –

		Chepén	562381
	FERREÑAFE	Unión N° 407 – Ferrenafe	074 – 286319
	LAMBAYEQUE	Grau N° 471 – Lambayeque	074 – 282039
	MONSEFU	Venezuela N° 521 – Monsefu	074 – 411717
	JAEN	Mariscal Ureta n° 1801 – Jaén	076 – 432994
	CAYALTI	Saenz Peña N° 237 – Cayalti	074 – 421070
	LA VICTORIA	Municipalidad de la Victoria - Chiclayo	074 – 227160
	JOSÉ LEONARDO ORTIZ	Policlínico Manuel Manrique Nevado	074 – 227160
PIURA	PIURA	Av. Sullana Norte s/n Urb. Angamos	073 – 301514
	PAITA	Calle Zepita N° 171 – Paita	073 – 212264
	SULLANA	Calle La Mar N° 349 – Sullana	073490325
	TALARA	Av. Mártires Petroleros s/n	073 – 385733
TUMBES	TUMBES	Calle Huascar 112	072 -523501

Elaboración: el autor

### MACRORREGIÓN CENTRO

REGIÓN	CENTRO DEL ADULTO MAYOR	DIRECCIÓN	TELÉFONO
ANCASH	CHIMBOTE	José Olaya N° 371	043 - 321620
	HUARAZ	Av. Luzuriaga N° 661	043 - 421536
	YUNGAY	Av. 28 de Julio s/n	
APURÍMAC	ABANCAY	Psje. Kennedy N° 101	083 - 9619300
	ANDAHUAYLAS	Calle 28 de Julio N° 296	083 - 724061
AYACUCHO	AYACUCHO	Jr. 28 de Julio N° 413	066 - 316761
HUANCAVELICA	HUANCAVELICA	Jr. Arica N° 259	067 - 752528
ICA	ICA	Algarrobos s/n San José	056 - 212062
	CHINCHA	Av. Progreso N° 309	056 - 262500
	NAZCA	Av. María Reiche N° 309	056 - 522438
	PALPA	José Rodríguez Minaya s/n	056 - 404125
	PISCO	Calle Pérez Figueroa N° 317	056 - 535054

	SANTIAGO	Coop. Sta. Margarita – Sec – A	056 - 402223
	VILLA TÚPAC AMARU	Av. Mayta Capac Mz. 4 Lt 12	056 - 536161
JUNÍN	HUANCAYO	Av. Mariscal Castilla N° 3325 – El Tambo	064 - 248104
	LA OROYA	C.A. La Oroya s/n	064 - 393155
	TARMA	Jr. Huaraz N° 467	064 - 323489
	JUNÍN	Av. Ramón Castilla N° 305	064 - 344005
	LA MERCED	Jr. Los Cedros s/n	64532147
PASCO	PASCO	Cas de Piedra s/n Chaupimarca	063 - 421940
	OXAPAMPA	Jr. Enrique Bottger s/n	063 - 452221
	HUARIACA	Jr. Progreso N° 1192	063 - 402021

Elaboración: el autor

**MACRORREGIÓN SUR**

<b>REGIÓN</b>	<b>CENTRO DEL ADULTO MAYOR</b>	<b>DIRECCIÓN</b>	<b>TELÉFONO</b>
TACNA	CHIMBOTE	Calle Alto de Lima N° 1981	052 – 426407
CUSCO	CUSCO	Calle San Francisco N° 310	084 – 54519
	SANTIAGO	Av. Los Incas N° 916	
	CALCA	Jr. Jacaranda N° 170	
	URUBAMBA	Calle La Convención N° 36	
	QUILLABAMBA	Esq. De j. Sarasola y Ricardo	
	URCOS	Jr. Huaylas s/n	
	SICUANI	Jr. José Sánchez Chocano N° 12	
PUNO	ESPINAR	Calle Capitán Centeno N° 208	
	PUNO	Jr. Deza N° 767 Plaza del Carácter	051 – 364414
	ILAVE	Jr. 7 de Junio N° 507	051 – 324981
	JULIACA	Av. Manuel Núñez Butrón N° 222	051 – 324981
	HUANCANÉ	Jr. Arica/ Av. Del Ejército	051 – 566031

	AZÁNGARO	Calle Leoncio Prado N° 398	
	AYAVIRI	Jr. Grau N° 433	051 -583151
AREQUIPA	ZAMACOLA	Av. Aviación km 6.5 cerro colorado	054 – 259279
	LA VICTORIA	Hipólito Hunanue N° 234 – La Victoria	054 – 224315
	CAMANÁ	Av. La Merced N° 122	054 – 571063
	MOLLENDO	Av. Mariscal Castilla s/n	054 – 534644
MOQUEGUA	MOQUEGUA	Jr. Lambayeque N° 480	053 - 463867
	ILO	Calle Pedro Flores N° 116	053 – 482341

Elaboración: el autor

### MACRORREGIÓN ORIENTE

REGIÓN	CENTRO DEL ADULTO MAYOR	DIRECCIÓN	TELÉFONO
AMAZONAS	BAGUA	Jr. La Verdad N° 455 – Bagua	041 – 471648
	BAGUA GRANDE	Jr. Daniel A. Carrión N° 539 – B. Grande	041 – 474708
	CHACHAPOYAS	Jr. Ayacucho N° 544	041 – 478497
HUÁNUCO	HUÁNUCO	Jr. Bolívar N° 235 – Huánuco	062 – 514300
	TINGO MARÍA	Castillo Grande – J. C. Mariátegui N° 302	062 - 562869
LORETO	IQUITOS	Av. José Quiñones N° 843 – Belén	065 – 264313
MADRE DE DIOS	PUERTO MALDONADO	Av. Arequipa 257 – 259	082 - 571537
MOYOBAMBA	MOYOBAMBA	Jr. Alfonso Alvarado N° 1350 – Llullucucha	042 – 564359
	RIOJA	Jr. Colón N° 344	042 – 558016
TARAPOTO	TARAPOTO	Jr. Perú N° 571 – Urb. Partido Alto	042 – 524841 – 9644584
UCAYALI	Pucallpa	Calle Leticia N°421	061 - 572929

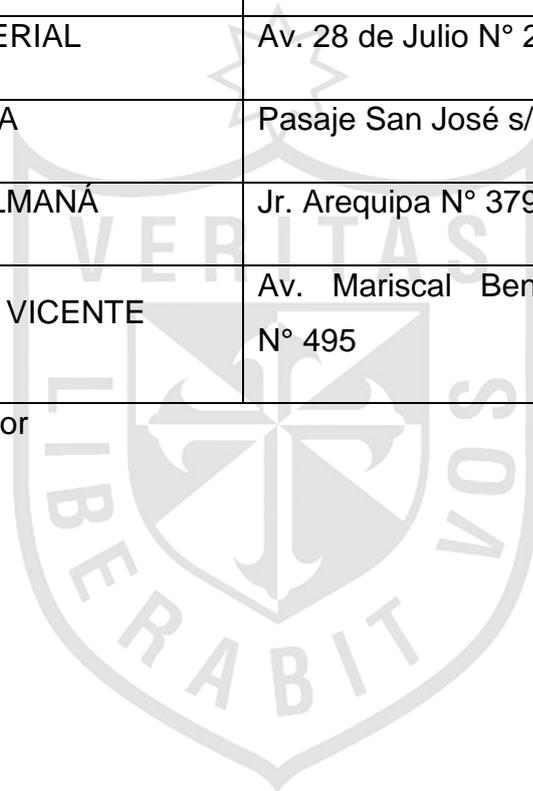
### MACRORREGIÓN LIMA-CALLAO

REGIÓN	CENTRO DEL ADULTO MAYOR	DIRECCIÓN	TELÉFONO
LIMA - CALLAO	BARRANCO	Av. Grau 705	247 – 3327
	CALLAO	Av. Bolognesi 200 Bellavista Callao	429 – 1769
	CHORRILLOS	Paseo de la República N° 1491	467 – 0231
	CHOSICA	Av. Lima Sur N° 1371	360 – 3154
	COMAS	Av. Túpac Amaru Km. 901 – Urb. Huaquillay	525 – 3012
	FIORI	Av. Jorge Ansón N° 1966	533 - 4005
	JOSÉ GÁLVEZ	Jr. Camaná 147 – Paradero 8 – V. M. Del Triunfo	293 – 0485
	LA MOLINA	Calle 21 Mz. Z Lt. 14 Urb. COVIMA	349 – 4352
	LA PERLA – CALLAO	Av. Santa Rosa N° 320 – La Perla Callao	420 – 1228
	LIMA CERCADO	Paseo Colón N° 323 Lima	332 – 2553
	LURÍN	Calle Moore N° 226	430 – 1120
	MIRONES	Eleazar Guzmán N° 2687 Leonardo Arrieta N° 1410 Urb. Elio	3365231
	SANTA ROSA -	Av. Pons Musso N° 159 – Urb. Jorge Chávez -	484 – 3050

	NEGREIROS	Callao	
	NICOLÁS DE PIÉROLA	Av. Canadá N° 660 – La Victoria	265 - 8688
	PABLO BERMÚDEZ	Av. Pablo Bermúdez N° 386 Jesús María	423 – 3964
	PUNTA NEGRA	Calle Esq. Los Cangrejos y Calamares s/n	231 – 5281
	RIMAC	Av. Próceres N° 225	482 – 5470
	SAN BORJA	Calle Strauss N° 600 – Alt. C. 32 Av. Aviación	476 -7495
	SAN ISIDRO	Av. El Bosque N° 290 San Isidro	422 – 8055
	S. J. DE MIRAFLORES	Av. Jesús Morales N° 932 – Zona A	466 – 2534
	SURCO	Calle La Luna N° 312 – 324 Urb. San Roque	274 – 5333
	VILLA EL SALVADOR	Av. Jorge Chávez N° 717 Grupo 15 Sector 2	260 – 5486
	V. MARÍA DEL TRIUNFO	Av. Villa María Del Triunfo N° 943	
	VITARTE	Carretera Central Km 3.5 Santa Anita	494 – 1094
	ZÁRATE	Jr. Los Chasquis N° 808 SJ Lurigancho	375 - 2639
	<b>LIMA NORTE HUACHO</b>		

	BARRANCA	Jr. José Gálvez N° 300	235 – 5277
	HUACHO	Av. José Ausejo Salas N° 340	232 – 7931
	HUARAL	Calle Derecha N° 400	246 – 4501
	<b>LIMA SUR CAÑETE</b>		
	CERRO AZUL	Jr. Alfonso Ugarte N° 869 – 875	530 – 9346
	IMPERIAL	Av. 28 de Julio N° 242	248 – 8642
	MALA	Pasaje San José s/n	
	QUILMANÁ	Jr. Arequipa N° 379	
	SAN VICENTE	Av. Mariscal Benavides N° 495	581 – 3882

Elaboración: el autor



## **CAPÍTULO IV**

### **MARCO CONCEPTUAL**

#### **4.1 Problemática del adulto mayor**

##### **4.1.1 El estatus social del adulto mayor y proceso de transformación de la familia contemporánea**

El rol de la población del adulto mayor dentro del grupo familiar, ha pasado a través del tiempo por cambios que en muchas sociedades se dieron con inusitada rapidez, en otras, la familia rural se mantiene pero fuertemente influenciada por su interacción con las instituciones urbanas.

El adulto mayor dentro de la gran familia rural presentaba una doble situación característica: una de ellas, generalmente coincide con la primera etapa de la ancianidad en el cual podía verse mermada su capacidad física, lo que lo obligaba al retiro, o por el contrario constituía una especie de retiro voluntario pero manteniendo su status de jefe de familia. La segunda coincidía con la plenitud física y psíquica de su hijo mayor, el cual de modo paulatino iba asumiendo las funciones de jefe de familia.

En la primera etapa de la ancianidad, el padre conservaba plena capacidad de mando y las decisiones que atañen a toda la familia parten de un modo indiscutible e incuestionable. En esta etapa, el estatus de ancianidad no venía a ser una prolongación del status de padre de familia, sin más altercación. Similar transformación se daba en la madre anciana, aunque rara vez dejaba de tener incorporado el estatus laboral, en

ella básicamente significaba ir dejando funciones que representara el despliegue de un gran esfuerzo físico.

En una segunda etapa el padre y jefe de familia dejaba su papel decisivo del seno familiar para convertirse en consejero, función que iría también perdiendo gradualmente para convertirse finalmente en transmisor de las tradiciones familiares y en maestro y consejero de los más jóvenes. La madre anciana pasará también a una etapa de total pasividad conforme transcurra la pérdida de energía por los años; al final, su actividad quedara reducida a tareas simples, realizadas apenas sin movilidad: tejer, desgranar maíz, etc. Los demás ancianos de la familia mantendrán similares características a la de los padres.

En las sociedades agrícolas tradicionales, el conocimiento, la sabiduría y las habilidades de los ancianos se tenían en alta consideración. Sin embargo, con la industrialización la valoración de la edad avanzada decrece.

La industrialización conlleva el rápido cambio tecnológico que vuelve obsoleto el conocimiento y la destreza de los viejos; la educación está dirigida hacia la juventud dándole al mismo una fuerte presión para que los de mayor edad se jubilen.

Por otro lado, la migración de la población de pequeños centro poblados hacia las zonas marginales de las grandes urbes favorece la organización de la familia nuclear. La gran familia rural dará paso a la familia nuclear urbana; los abuelos se constituyen en elementos familiares accesorios.

Sin embargo, en la periferia urbana el surgimiento de estos extensos núcleos humanos permitirá también la aparición de una institución social original: la familia multi-generacional, constituida por varias generaciones unidas por vínculos de sangre o procedencia, la cual enfrentaba a las vicisitudes propias de la vida urbana presentar indicios de

un ajuste familiar, presentaba indicios de un desajuste familiar que se manifiesta en sentimientos de fracaso y de culpabilidad entre sus miembros. En estas circunstancias al anciano se le considera como un foco de dificultades y por lo tanto se le aísla o se le elimina.

Dentro de este esquema, el anciano, como tal, deja de ser un elemento habitual de la familia en cuanto a miembro de la misma. En la mayoría de sociedades industrializadas una gran proporción de ancianos se mantienen en hogares independientes, aun cuando solo dependan de su jubilación como ingreso principal, y en menores proporciones en casas de descanso; siendo los más ancianos los que en su mayoría viven con sus hijos. En sociedades de menor desarrollo industrial como la nuestra, la tendencia es a la permanencia del anciano dentro del seno familiar, este ha seguido en convivencia con la familia de uno o varios de los hijos pero en una situación de completa pasividad. No hay funciones que le pertenezcan de una manera exclusiva y sus tareas dentro de la familia no pasa de una especie de servicio doméstico sin compensación de ninguna clase, salvo el de tipo afectivo.

La familia nuclear ya no tiene un lugar para el abuelo. En caso el anciano, sobre todo cuando es dependiente, es aislado y va pasando los últimos casos de su vida en soledad. Y es que para atención del anciano, aún la de los padres, es solo una obra de día que no implica una obligación necesariamente.

#### **4.1.2 El envejecimiento: mito o realidad**

Una persona anciana piensa y se mueve lentamente... Está ligada a sí misma y a su pasado, y no puede cambiar no crecer más. No puede aprender bien, ni rápidamente y aunque pudiera hacerlo no lo desearía... Le disgusta las innovaciones y no está dispuesto a

acoger nuevas ideas. No solamente no puede avanzar, a menudo retrocede. Entra a una nueva niñez encerrada en una creciente egocentricidad y exigiendo más de su entorno de diez que está dispuesto a ofrecerle... Vive en su pasado, está al margen del tiempo. Está privada de propósito y su mente vega por todas partes viviendo de recuerdos y volviéndose charlatana... Ha perdido su deseo y capacidad por el sexo. Su cuerpo se encoge y así; sucede también con el flujo de sangre que llega a su cerebro... débil, falta de interés espera la muerte, sintiéndose como una carga para la sociedad, su familia y para sí misma (Butler, 1975).

Estos son algunos de los conceptos que Butler, psicólogo norteamericano, señala como los estereotipos más comunes que sobre la vejez, se tiene en sociedades como la nuestra; porque como cultura idealizamos la juventud y rechazamos la vejez.

Sin embargo, en algunas sociedades como la japonesa los ancianos son reverenciados. A pesar de la industrialización y de los rápidos avances tecnológicos en ese país, los jóvenes buscan opiniones de los ancianos, esperan que sus padres ancianos vivan con ellos y guardan lo mejor de todo para sus ancianos. Sus acciones se encuentran fuertemente influenciadas por sus tradiciones culturales y religiosas.

En nuestras sociedades, por el contrario, el envejecimiento presenta un sistema de creencias negativas sobre la vejez, lo cual está inmerso dentro de nuestra cultura y de nuestra estructura social. Nuestras creencias culturales y nuestras prácticas sociales denigran no solamente de las capacidades, habilidades y salud de la gente anciana, sino también de su dignidad moral y significación social. (Harris 1981).

Más aún, se establecen una serie de características condicionantes al rol del anciano dentro del núcleo familiar y de la sociedad; es decir, se espera de este un comportamiento de acuerdo a lo que para la sociedad es un anciano; conforme a lo que culturalmente se tiene por un comportamiento aceptable y coherente, y así según el anciano va

envejeciendo se trata de amoldar a un patrón de conducta estereotipado, caracterizado por la tranquilidad, la pasividad y el retraimiento.

En estudios realizados sobre los cambios físicos y psicológicos del individuo mayor de 60 años y analizados en el libro *Why Survive?* De Butler, se señala que la creencia de que la vejez significa disminución inevitable en las fuerzas físicas, mentales y sexuales es un error. Es indudable que el cuerpo decae con la edad; la velocidad, la fortaleza, el vigor, la percepción y la sensibilidad disminuyen. Una persona de 70 años no puede caminar tan rápidamente, ni ver ni oír tan bien, ni reaccionar tan rápidamente como una persona de 30; pero las diferencias entre el adulto más joven y el más viejo son pequeñas, se desarrollan más gradualmente y no afectan el funcionamiento hasta mucho más tarde.

Según Butler, a comparación del joven, el anciano está menos propenso a sufrir enfermedades agudas o de corta duración, pero está mucho más propenso a sufrir enfermedades crónicas y de larga duración como hipertensión, enfermedades del corazón, artritis. Pero incluso estos achaques crónicos no son generalmente incapacitantes, aunque presentan más serios problemas para los verdaderamente viejos – viejos.

Inclusive la sexualidad según la disponibilidad de compañero, es frecuentemente una parte muy fuerte en la vida de las personas más viejas y añade mucho a su sentido de satisfacción total.

La senilidad es otro mito que también se aplica a las personas ancianas; hasta hace poco cualquier persona anciana, olvidadiza, irracional o infantil en los patrones de pensamiento y comportamiento establecido era tachada de senil. Las personas que trabajan con los ancianos ahora saben que este término solamente oculta una multitud de problemas y desórdenes incluyendo la enfermedad de Alzheimer, la depresión, la desnutrición y las reacciones adversas a drogas prescritas. La mayor parte de estas condiciones pueden diagnosticarse ahora y muchas

pueden tratarse efectivamente. Ninguna se considera como consecuencia inevitable de la vejez reciente.

Asimismo, las habilidades cognoscitivas tales como la verbalización y el razonamiento continúan en aumento de los 40 a 60 años. Puede existir alguna pérdida de memoria reciente pero otras habilidades permanecen intactas, aún la memoria reciente, si se ha seguido utilizando consistentemente está menos propensa a disminuir. Así, según la oportunidad y estímulos brindados la persona puede seguir asimilando nueva información a lo largo de su vida (Burdman, 1986).

Por otro lado, la idea del rechazo a los cambios a innovaciones tampoco responde a la realidad; los ancianos responden a la innovación y cambio con el mismo nivel de aceptación o rechazo que se encuentra en las personas más jóvenes.

Otro mito, sostenido en nuestras culturas, es que los ancianos están separados del mundo que los rodea; de acuerdo a esto, lo ancianos retraen no solo de la fuerza laboral; sino también de la sociedad, refugiándose en sí mismos, rechazando cualquier tipo de contacto social y perdiendo el interés por un mundo más amplio. Generalmente, son la mala salud, las dificultades económicas, el acceso limitado al transporte y otros los factores que inciden en el retraimiento de la persona anciana de las actividades que normalmente desarrollaban.

#### **4.1.3 Transición de la edad adulta a la ancianidad**

Envejecer como fenómeno total significa involución, que no es más que la detención de la evolución.

La senescencia o envejecimiento es un estado del proceso biológico, que tiene características específicas que tipifican esta edad y que son resultantes de las modificaciones y variaciones funcionales, psíquicas y sociales; es un acontecer fisiológico.

Del envejecimiento no se conoce con seguridad cuando comienza, pero sí se ha determinado algunas causas, tales como factores hereditarios o de constitución física. El ser humano empieza a notar la vejez alrededor de los 45 años y llega al límite máximo alrededor de los 110 años.

#### **4.1.4 Cambios biológicos en la ancianidad**

Según los estudios realizados al respecto por la Organización Mundial de la Salud y por datos obtenidos de exploraciones clínicas en personas de la tercera edad podemos señalar los siguientes:

**Aparato respiratorio:** hay disminución de la capacidad vital, en un joven se mantiene entre 4.5 y 5 litros; mientras que en un anciano es alrededor de 3. El aparato respiratorio es poco resistente a los procesos infecciosos que cursan a veces sin fiebre. Una de las características del envejecimiento es el enfisema senil. Al lado del enfisema y precediéndole a menudo, se presenta la bronquitis senil, como un trastorno muy común entre los ancianos.

**Aparato cardiovascular:** todo el aparato circulatorio – corazón, arterias, venas y linfáticos – participa de los trastornos de la involución. Hay disminución de la capacidad de trabajo cardíaco; con enlentecimiento o aceleración de la frecuencia cardíaca.

Las venas también alteran sus funciones; las de los miembros inferiores, por ejemplo, soportan una presión muy alta y que con los años las lleva a hacerse varicosas; derivándose en muchos casos una dermatitis crónica y en último grado en ulceraciones.

La alteración involutiva más característica del aparato cardiovascular es la arteriosclerosis, que consiste en el engrosamiento del tejido conectivo.

Aparato digestivo: hay disminución de la motilidad intestinal; una ligera insuficiencia hepática es hallazgo común en el anciano, especialmente si corresponde a lo que ha sido dado en llamar un buen comedor. El hígado se debilita gradualmente, después de los 65 años ya no es capaz de metabolizar el azúcar con rapidez. El páncreas limita sus funciones a las necesidades del anciano y solo claudica cuando ha sido asiento de lesiones anatómicas que merman su capacidad funcional. La diabetes cuando se presenta pasados los 60 años por lo general tiene carácter benigno.

Aparato urinario: el riñón senil participa de la atrofia general del organismo que envejece, sin embargo, sigue cumpliendo a la medida de las necesidades orgánicas del anciano.

Aparato locomotor: la fuerza muscular disminuye, hay limitación y lentitud en la producción de movimientos, frecuentemente temblor de extremidades y cabeza. A nivel de los huesos hay déficit de calcio, lo que hace al anciano propenso a las fracturas. En esta etapa la talla disminuye principalmente por atrofia de los discos intervertebrales.

Glándulas endocrinas: Presenta atrofia e hipofunción generalizada, hay disminución en la secreción de andrógenos y estrógenos. La disminución de la resistencia al stress es demostración de la inhibición de la actividad hipofisaria y cortico – suprarrenal.

Órgano de los sentidos: los más afectados por el proceso de involución son: el oído y la visión.

Vista: presenta reacción dificultosa de los ojos a los cambios de luz y distancia; el diámetro pupilar se encuentra disminuido. La tendencia a la catarata corre paralela con la edad. La catarata senil es una opacidad blanquecina del cristalino que casi siempre comienza en la periferia y converge hacia el núcleo de forma radiada.

Oído: este órgano presenta una progresiva disminución de la percepción de 10 tonos agudos extendiéndose poco a poco para los tonos graves, hasta la casi total pérdida de la audición.

Faneras: la piel como órgano protector del cuerpo, sufre cambios inevitables, a menudo con características familiares y que configuran lo que conocemos como un anciano: piel arrugada, seca y de aspecto apergaminado.

Piel: el anciano presenta hiperpigmentación por zonas, conocidas como manchas o pecas seniles. Los cabellos alteran su coloración, se vuelven escasos y quebradizos con crecimiento desproporcionado en zonas específicas. En las mujeres durante el climaterio, aparecen o aumentan los vellos del labio superior y del mentón. Los cambios de la piel predisponen también a las infecciones.

Sistema termorregulador: hay disminución de la temperatura basal en el anciano, presentando temperaturas corporales de generalmente 36p a 36.5p.

#### **4.1.5 Cambios psíquicos en la ancianidad**

Dentro del campo intelectual se da un enlentecimiento del ritmo y de la actividad intelectual; hay disminución de la memoria de fijación y de la capacidad de aprendizaje de nuevos símbolos y operaciones; por el contrario presenta una mayor minuciosidad, es decir, una mayor capacidad para la percepción de detalle. El sueño es mucho más superficial, en promedio de 5 a 6 horas diarias.

La memoria de evocación no es afectada. Se da el empobrecimiento de la capacidad de expresión que la mayor parte de las veces se hacía a expensas de las limitaciones del vocabulario. Este fenómeno se suele observar, en sus comienzos alrededor de los 65 años y mucho antes si presenta arteriosclerosis.

La alteración progresiva de las funciones mentales lleva a la demencia senil, una de las más frecuentes enfermedades

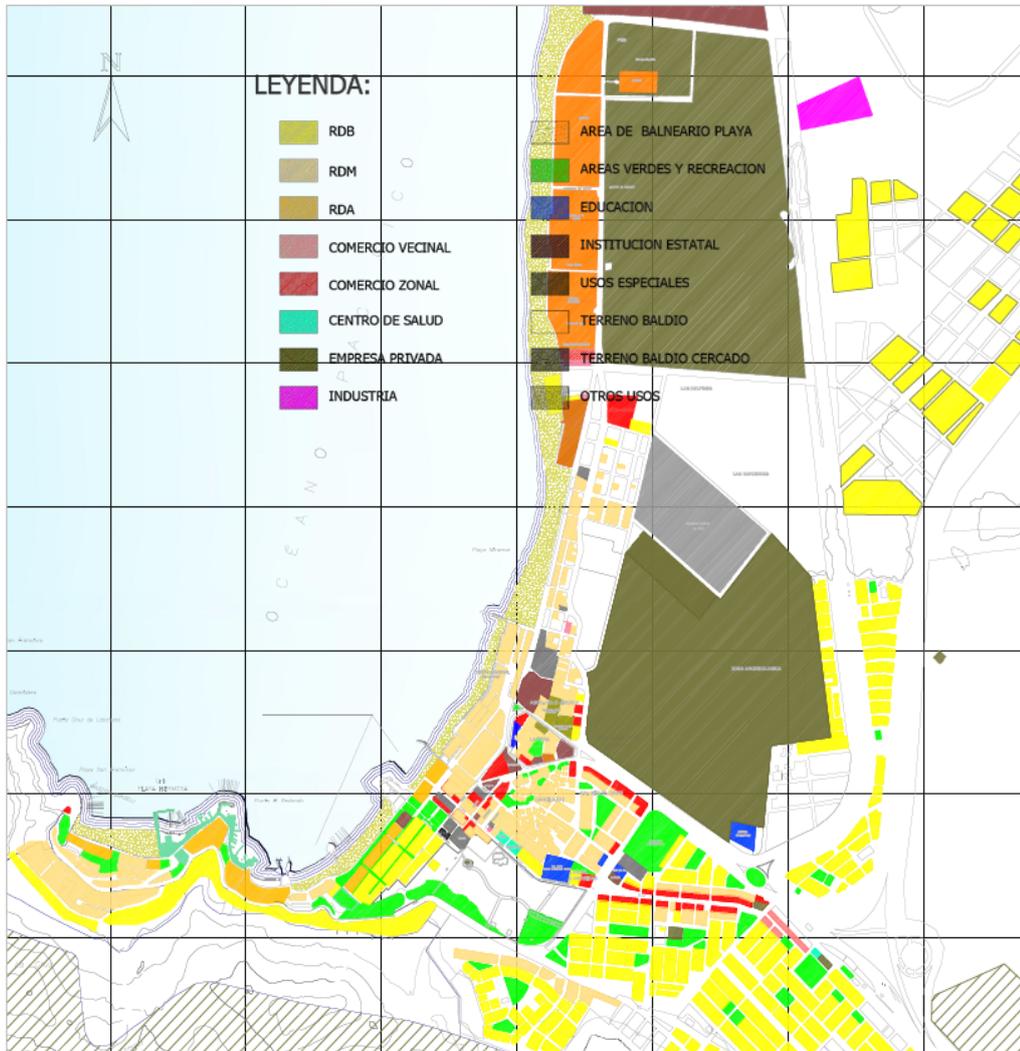
mentales del anciano, la cual se presenta generalmente en edades muy avanzadas, aunque su aparición en edades tempranas está ligada a la arteriosclerosis, las enfermedades de Pick o de Alzheimer.

En el campo de la esfera afectiva, es difícil establecer criterios sobre la evolución de la personalidad afectiva del anciano, sin embargo, se puede señalar una mayor acentuación de los caracteres generales previos de la afectividad.

Sin embargo, el problema psíquico del anciano no es un problema que pueda fragmentarse fácilmente, sino que debe analizarse en conjunto con los aspectos sociales, los cuales influyen en el comportamiento de éste.



#### **4.2 Zonificación del entorno inmediato**



**LEYENDA:**

- |                                                                                                      |                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  RDB              |  AREA DE BALNEARIO PLAYA   |
|  RDM              |  AREAS VERDES Y RECREACION |
|  RDA              |  EDUCACION                 |
|  COMERCIO VECINAL |  INSTITUCION ESTATAL       |
|  COMERCIO ZONAL   |  USOS ESPECIALES           |
|  CENTRO DE SALUD  |  TERRENO BALDIO            |
|  EMPRESA PRIVADA  |  TERRENO BALDIO CERCADO    |
|  INDUSTRIA        |  OTROS USOS                |

Elaboración: el autor

## **CAPÍTULO V**

### **PRUEBA Y RESULTADOS**

#### **5.1 Análisis estadístico de la realidad del adulto mayor en Perú**

##### **5.1.1 Características demográficas del adulto mayor**

El hombre es un ser gregario por naturaleza, de tal manera que el entorno social influye permanentemente en las diferentes etapas de su vida. El conocimiento de las características de los cambios ocurridos en estas etapas es importante en la medida que nos permite evaluar las tendencias hacia las que se orienta una determinada población.

##### **5.1.2 Volumen de la población**

Según el IX censo de población y IV de vivienda la población censada del Perú es de 22 048 0356 habitantes distribuidos a lo largo de 1 285 515, 60 km<sup>2</sup> siendo en América del sur el cuarto país más poblado después de Brasil, Argentina y Colombia. Dentro de este contexto, la población de Tercera Edad, constituye el 7% del total, lo que significa que existen alrededor de 1 millón 544 mil personas comprendidas en este grupo, de las cuales el 48,3 % (745417) son varones y el 51,7 % (798270) mujeres.

Un análisis comparativo de los censos de 1972, 81 y 93 nos indican que este grupo poblacional se ha incrementado en los dos períodos intercensales, crecimiento que podemos atribuir a la mejora en las tasas de supervivencia, al mejoramiento en la atención de los servicios de salud para este grupo poblacional y a la disminución de la mortandad.

Para el período 72 – 81 se dio un incremento poblacional acumulado de 29.1 % mientras que en el período 81 – 93 fue de

50.0 %, con una tasa de incremento ligeramente superior al 2.2 del promedio nacional para este mismo periodo

**CUADRO N° 1**  
**PERÚ: POBLACIÓN CENSADA DE 60 A MÁS AÑOS SEGÚN**  
**SEXO, 2007**

<b>SEXO</b>	<b>POBLACIÓN</b>	
	<b>ABSOLUTO</b>	<b>RELATIVO</b>
TOTAL PAÍS	22,048,356.00	100
POBLACIÓN DE 60 A MÁS	1543687	7.0
<b>HOMBRES</b>		
POBLACIÓN TOTAL	10,956,375.00	49.7
POBLACIÓN DE 60 A MÁS	745,417.00	3.4
<b>MUJERES</b>		
POBLACIÓN TOTAL	11,091,981.00	50.3
POBLACIÓN DE 60 A MÁS	798,270.00	3.6

Fuente: INEI – Censos Nacionales 2007

**CUADRO N° 2**  
**PERÚ: POBLACIÓN DE 60 A MÁS, POR TASA DE CRECIMIENTO**  
**INTERCENSAL, SEGÚN GRUPOS DE EDAD, 1981, 1993 Y 2007**

GRUPOS DE EDAD	AÑOS CENSALES				
	1981		1993		2007
	ABS	%	ABS	%	ABS
TOTAL PAÍS	13538208	100	17005210	100	22048356
POBLACIÓN DE 60 A MÁS	797055	5.9	1028930	6.1	1543687
60 – 64	274570	2	336250	2	517563
65 - 69	186809	1.4	236900	1.4	363300
70 – 74	143616	1.1	180273	1.1	271044
75 - 79	77845	0.6	121025	0.7	175471
80 Y MÁS	114215	0.8	154482	0.9	216304

Fuente: INEI – Censos Nacionales 2007

Si analizamos las cifras a nivel departamental, encontraremos que Lima concentra el mayor porcentaje de población anciana con un 30 % del total de este grupo; asimismo es significativa su presencia en departamentos como: Puno (6.2 %), Piura (6.0%), La Libertad (6.0%), Cajamarca y Ancash (5.6% y 5.0 % respectivamente). Por otro lado, el mayor porcentaje de longevos de este grupo lo encontramos en el departamento de Lima, Puno, Piura, La Libertad, Cajamarca, Cusco Ancash.

La vejez extrema o longevidad comienza a los 80 años y se extiende hasta los 100 o 110 años, límite de las posibilidades de vida del hombre, salvo excepciones.

**CUADRO N° 3**  
**PERÚ: POBLACIÓN DE 60 AÑOS A MÁS POR GRUPO DE EDAD SEGÚN**  
**DEPARTAMENTO: 2007**

DEPARTAMENTO	TOTAL	GRUPO DE EDAD			
		60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79
<b>TOTAL</b>	<b>1543687</b>	<b>517568</b>	<b>363300</b>	<b>271044</b>	<b>175471</b>
AMAZONAS	18622	6636	4367	3316	1958
ANCASH	78252	26331	18034	14025	8925
APURÍMAC	33109	10147	7508	6211	3774
AREQUIPA	68901	22046	15972	12209	8200
AYACUCHO	44542	13803	10402	8125	4943
CAJAMARCA	86320	28993	19119	15769	9880
PROV. CONST. CALLAO	44724	15371	11412	7629	5016
CUSCO	73550	24590	16743	12808	7910
HUANCAVELICA	29648	9682	6960	5234	3255
HUÁNUCO	37212	13780	8779	6130	3869
ICA	41412	13095	9961	7045	4996
JUNÍN	70319	23615	16874	12634	8424
LA LIBERTAD	92663	30596	21240	16313	10969
LAMBAYEQUE	61944	20366	14173	10770	7656
<b>LIMA</b>	<b>462399</b>	<b>155846</b>	<b>113290</b>	<b>80141</b>	<b>52305</b>
LORETO	30202	11202	7604	5142	3254
MADRE DE DIOS	2155	883	552	339	203
MOQUEGUA	9372	3147	2125	1674	1092

PASCO	11789	4374	2834	1933	1301
PIURA	93862	31628	21002	16551	10912
PUNO	96035	30545	21125	17340	10539
SAN MARTÍN	24305	9198	5653	4159	2470
TACNA	11473	4064	2546	1916	1298
TUMBES	8443	2919	1862	1468	965
UCAYALI	12434	4711	3163	2163	1297

Fuente: INEI – Censos Nacionales 2007

### 5.1.3 Datos demográficos

#### COMPARATIVO LIMA – Y EL DISTRITO DE ANCÓN

P: Edad por grandes grupos	P: Según sexo		
	Hombre	Mujer	Total
0 - 14	969241	933858	1903099
15 – 64	2506042	2682281	5188323
60+	238188	276132	514320
Total	3713471	3892271	7605742

Fuente: INEI – Censos Nacionales 2007

**Departamento Lima**

P: Edad por grandes grupos	P: Según sexo		
	Hombre	Mujer	Total
0 - 14	10428	10177	20605
15 – 64	25094	21419	46513
60+	2915	2812	5727
<b>Total</b>	<b>38437</b>	<b>34408</b>	<b>72845</b>

Fuente: INEI – Censos Nacionales 2007

#### Departamento Lima - Distrito de ANCÓN

P: Edad por grandes grupos	P: Según sexo		
	Hombre	Mujer	Total
0 - 14	220	214	434
15 – 64	642	552	1194
60+	100	70	170
<b>Total</b>	<b>962</b>	<b>8360</b>	<b>1798</b>

Fuente: INEI – Censos Nacionales 2007

#### 5.1.4 Composición de la población por sexo y edad

Las características poblacionales varían de acuerdo al sexo y edad de los diferentes grupos, constituyéndose en las características demográficas más importantes porque ayudan a explicar el comportamiento diferencial de los grupos etarios frente a factores como la ocupación.

El conocer el comportamiento de los diferentes grupos poblacionales permitirá desarrollar planes y programa orientados a cubrir las necesidades específicas de cada uno de ellos.

### **5.1.5 Composición por sexo**

De acuerdo a las cifras censales, la distribución de la población por sexo mantiene las características demográficas ya conocidas, una población femenina ligeramente superior a la masculina, debido a la mayor sobrevivencia de la mujer.

Según el censo de 2007, la población masculina mayor de 60 años constituye el 48.3% que en términos absolutos constituye 745 mil 417 habitantes. La población femenina es de 798 mil 270, es decir 51.7%.

Esta estructura es casi similar a la del censo de 1993 en el que la población masculina fue el 47.8% y la femenina el 52.2%.

En el período intercensal 1993 – 2007, tanto la población masculina como la femenina se ha incrementado; la población masculina creció en 51.7% (253942), mientras que la población femenina se incrementó en un 48.5% (260815).

### **CUADRO N° 4**

**PERÚ: POBLACIÓN DE 60 AÑOS A MÁS POR GRUPO DE EDAD SEGÚN  
DEPARTAMENTO: 2007**

AÑOS CENSALES	POBLACIÓN DE 60 Y MAS			DISTRIBUCIÓN RELATIVA		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
1981	797055	371705	425350	100	46.6	53.4
1993	1028930	491475	537455	100	47.8	52.2
2007	1543687	745417	798270	100	48.3	51.7

Fuente: INEI – Censos Nacionales 2007

El índice de masculinidad es un indicador de la relación entre el número de hombres y mujeres en una determinada población, y se define como el número de hombres por cada 100 mujeres.

#### **5.1.6 Composición por edad**

El censo de 2007, como ya se mencionó evidencia que nuestro país presenta una población joven, aunque la tendencia es al envejecimiento.

En los últimos periodos intercensales la población adulta (60 años y más) se ha incrementado con respecto a los de menor edad. El último censo registró un 7% para la población mayor de 60 años, y un incremento de 514 mil 757 personas que se incorporaron a este grupo etario en el último periodo intercensal. En el censo de 1993 la población mayor de 60 años significó el 6% (1028930) del total poblacional, mientras que en 1972 solo 97 mil 055 habitantes.

Asimismo, la relación de dependencia par ancianidad, se incrementó durante el período último intercensal, pasando de 7.4 en 1993 a 8.0 para 2007.

La relación de dependencia es un indicador de la relación entre personas en edad dependiente (menores de 15 años y mayores de 60 años) y las personas en edades económicamente productivas (15 a 60 años).

## **5.2 Conclusiones finales**

La mejora en las tasas de supervivencia, el aumento de la longevidad así como la disminución de las tasas de mortalidad son factores que han incidido en que la población de tercera edad se incremente en las últimas décadas.

El rol del adulto mayor dentro del grupo familiar ha ido cambiando conforme se han modificado las relaciones al interior de este, siendo básicamente en la familia rural en la que el adulto mayor mantiene su jerarquía casi hasta el fin de sus días.

La industrialización y el fortalecimiento de la familia nuclear han minimizado la participación del adulto mayor dentro del núcleo familiar al mismo tiempo que lo ha expulsado del medio laboral.

Los cambios psico-físicos dentro del proceso involutivo son especificaciones que tipifican a las personas de tercera edad y que no necesariamente inhabilitan sus capacidades físicas e intelectuales para un desarrollo productivo.

En nuestra sociedad, a través de los años, la situación del adulto mayor ha sido de total postergación y nula significación en social, sin que hasta la actualidad se refleje un cambio sustancial de estas condiciones.

En el aspecto demográfico, la población de tercera edad ha mantenido un incremento constante en los dos últimos periodos intercensales, observándose un incremento acumulado de 51.7% en la población masculina y de 48.5% en la femenina durante el período 93 – 07.

Las diferencias educativas de este grupo poblacional se plasman en los elevados porcentajes de población analfabeta (35.7%), casi tres veces más el promedio nacional; y en el nivel educativo alcanzado por los que sí pudieron estudiar, que señala el nivel primario como el alcanzado mayoritariamente (43.4%). La población femenina de tercera edad es la más afectada por estas limitantes.

En el aspecto preventivo de salud, solo un 56.3% del total de la población de tercera edad, en el área urbana, cuenta con algún tipo de seguro entre enfermedad o accidente.

Deficiencias de tipo físico y psicológico afectan a un 28% del total de este grupo poblacional, siendo las más frecuentes, en orden decreciente, la ceguera y la sordera.

El 36.5% de este grupo poblacional se mantiene dentro de la actividad productiva, siendo principalmente población masculina (78.1%) y solo un 21.9% la femenina.

Los ingresos económicos, también constituye un problema para este grupo poblacional, ya que no cuentan con una cantidad suficiente que les asegure una vida decorosa, siendo el 53.3% de la población urbana la que percibe algún tipo de pensión, sea institucional o del tipo familiar.

Como consecuencia de la insuficiencia de los ingresos percibidos por esta población se puede observar necesidad de contar con ingresos adicionales que les permita satisfacer sus necesidades. Un importante porcentaje de la población anciana de la red urbana cubre sus necesidades con dos o más ingresos parciales.

La participación familiar del anciano a su nueva situación, es de vital importancia para lograr en él una adecuación a sus nuevas condiciones que no genere reacciones patológicas en su comportamiento.

Al cambiar los patrones de conducta de la familia, de acuerdo a los criterios de modernidad, se hace necesaria una estrecha interrelación entre familia y seguridad social de tal manera que este último cree una

infraestructura de servicios que supla las acciones de apoyo que la familia está dejando de lado con respecto al anciano.

Los programas de atención al anciano constituyen servicios necesarios para una rehabilitación integral de este al medio social, por lo que se hace necesario no solo un accionar focalizado sino su implementación en todo ámbito nacional.

### **5.3 Hipótesis para la determinación de la demanda del servicio**

El universo de personas a cubrir parte del concepto de crear un conjunto de infraestructuras de características similares que cobertura al adulto mayor en áreas tales como principalmente ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA – RECREACION ACTIVA Y PASIVA Y RESIDENCIA, para lo cual del total poblacional mayor de 60 años a mas dividirlo en 4 (por ser esto el número preliminar estimado para satisfacer la demanda inmediata de adulto mayor a nivel de Lima Metropolitana).

La estimación de la demanda estaría determinada por 514,320 hab. Entre (4) nos daría 128,540 hab. Entre hombres y mujeres.

De este sub total habría que considerar que se atenderían y usarían de forma más intensa los servicios del complejo un 50% a razón que podría estar inscrito en otras instituciones que brinden servicios similares ya sean privadas o para estatales y sumando a los que no asistirían a estos complejos por un tema socio económico (cuentan con el pleno apoyo familiar y desarrollan actividades en el seno familiar). Quedando un total de 64,540 hab.

De estos últimos el 80% accedería al servicio en el distrito de Ancón, básicamente por un tema económico pues el complejo y sus servicios tendrían un costo de manutención de los servicios por lo que la frecuencia de visita al complejo se reduce a 41,600 hab. Aproximadamente.

Esta población estaría distribuida en 52 semanas (un año) ya los grupos que usarían el complejo serían de 800 habitantes por semana se tendría que dividir entre 52 semanas el usuario final que demandaría los servicios y que aproximadamente serían 800 hab/semana.

Las características y magnitud de la clínica geriátrica estarán condicionadas a una mayor población, pues se consideraría un universo de 1 complejo a nivel Lima Norte y a sus respectivos radios de influencia que determina el MINSA (200 visitas diarias).

En cambio el alojamiento brindará servicios al universo final proyectado en un 18% básicamente por su cercanía a Lima Norte (52 habitaciones individuales).

## **5.4 Características generales del distrito de Ancón**

### **5.4.1 Resumen histórico del distrito**

Ancón es un distrito de suma importancia para la historia y arqueología del Perú, este pueblo de pescadores es considerado tierra ceremonial pre-Inca ya que ahí, hace cuatro mil años, se desarrolló la civilización: Ancón-Supe, una de las más antiguas de la sociedad peruana. Este Ancón prehistórico fue una villa de pescadores, que nos dejó importantes objetos que pueden apreciarse en el museo de Sitio de Ancón.

En 1870, la extensión del ferrocarril implicó la construcción de edificaciones que datan del siglo 19 y que aún pueden encontrarse en el distrito, dichos edificios se complementaron con el periodo moderno de los años sesentas y setentas, que fue cuando el balneario fue considerado el balneario más exclusivo de Lima. Hoy en día la bahía de Ancón está en proceso de remodelación y atrae nuevamente a limeños de toda clase social.

Estos antecedentes históricos, sumados a la pluriculturalidad de su población de hoy en día (básicamente emigrantes del

norte y oriente del Perú) motiva la creación de un espacio acorde a la historia y realidad actual del distrito.

### **5.5 Características urbanas de Ancón**

El terreno elegido está elevado a 11 metros sobre el nivel del mar. El malecón de Ancón en la zona está elevado a 6 metros sobre el nivel del mar.

En terreno está ubicado en  $11^{\circ}45'54''$  S  $77^{\circ}10'15''$ . La elección del terreno se basa en la accesibilidad peatonal para los adultos mayores ya que estaría cerca al malecón y a la necrópolis lo cual sería darle el valor histórico y de identidad al lugar.



## **CAPÍTULO VI**

### **DISCUSIÓN Y APLICACIONES**

#### **6.1 Propuesta conceptual del servicio**

El diseño del “Complejo de SALUD–RECREACION Y RESIDENCIA del Distrito de Ancón”, presenta como propuesta conceptual las siguientes características:

- Contemplará el bienestar del adulto mayor previéndole de servicios varios en áreas diversas como: recreación, atención médica y alojamiento.
- Por su emplazamiento y ubicación geográfica contará con excelente clima y referentes culturales a visitar (turismo interno).
- Se contemplan a nivel arquitectónico amplias áreas verdes, rampas, recorridos visuales agradables y que evoquen la tranquilidad del confort.
- La topografía del terreno se resuelve con plataformas y rampas de baja pendiente además de recorridos claros y directos a las diferentes áreas o sub – zonas.
- La volumetría deberá reflejar la modernidad de nuestros tiempos pero con la máxima adaptación a la geografía y entorno próximo.
- El proyecto contará con una clínica preventiva de alta calificación para atención especializada para el adulto mayor que tendrá un uso para usuarios internos y externos, además un alojamiento con plenas comodidades y confort para este tipo de instalaciones, complementariamente contará con áreas para la recreación pasiva y los servicios anexos (cafeterías, salas de juego, gimnasio, etc.)
- Tecnológicamente, se busca sustentar la oferta y comodidad del servicio para el adulto mayor en toda época del año.

#### **6.2 Definición del objeto arquitectónico**

El equipamiento a diseñar arquitectónicamente consiste en un “COMPLEJO de SALUD-RECREACION Y RESIDENCIA para el ADULTO MAYOR”, de uso público en general a ubicarse en el distrito de Ancón, provincia de Lima .

**I. SERVICIOS  
RECREACIONALES**

- Actividades activas
- Actividades pasivas

**II. SERVICIOS  
COMPLEMENTARIOS**

- De salud y alojamiento
- De apoyo

**6.3 Criterios de dimensionamiento**

Las dimensiones del equipamiento están determinadas por los siguientes criterios:

- Demanda del servicio.
- Parámetros normativos del municipio distrital de Ancón y Lima.
- Medidas mínimas normadas en el Reglamento Nacional de Edificaciones.

**6.4 Criterios de respuesta al contexto ambiental**

**6.4.1 Criterios de respuesta sísmica**

Adecuación a la capacidad portante del terreno.

Racionalidad del diseño para reducir los riesgos sísmicos.

### **6.4.2 Criterios de respuesta ambiental**

Adecuación climática según el sector urbano en el que se inserta el proyecto, es decir, al microclima de Ancón.

Adecuación climática mediante el bioclimatismo y la climatización activa.

Adecuación en los sistemas de iluminación interiores y exteriores.

### **6.5 Criterios de respuesta al contexto urbano**

Integración al lenguaje urbano.

Adecuación de los accesos a la red vial existente

### **6.6 Condicionantes del diseño**

#### **6.6.1 Arquitectónicas**

- Multifuncionalidad de las instalaciones para el adulto mayor.
- Alta intensidad de usos.
- Gran diversidad funcional por la variedad de servicios.

#### **6.6.2 Sociales**

- Identificación cultural del diseño.
- Integración social propiciada por el diseño.
- Racionalización y economía en el sistema constructivo aplicado.
- Seguridad máxima ante siniestros y sismo.

## 6.7 Localización y ubicación del terreno

El “Complejo de SALUD-RECREACION Y RESIDENCIA para el ADULTO MAYOR” se encuentra localizado en el distrito de Ancón entre las Av. Miramar y la Carretera Panamericana Serpentin.

Su localización cumple con los planos de zonificación y estructura urbana vigente de la Municipalidad de Ancón. En la actualidad el terreno se encuentra desocupado y es propiedad de la ONG Española UNION DE OBRAS DE ASISTENCIA SOCIAL (ver plano adjunto).

El “Complejo de SALUD-RECREACION Y RESIDENCIA para el ADULTO MAYOR” cuenta con una superficie de 46 639.26 m<sup>2</sup>.



Elaboración: el autor

## 6.8 Características del terreno

### 6.8.1 Topografía

El terreno presenta una topografía liviana con una pendiente uniforme en dirección de este a oeste de 5% que varía desde el nivel de la vereda -1.50 hasta +0.50 m.s.n.m.

### **6.8.2 Clima**

El distrito de Ancón se caracteriza por sus propias precipitaciones que son del 10%, una humedad 88% y los vientos que llegan de sur oeste con una frecuencia de 6 km/h, estos datos servirán para la toma de partido del proyecto.

## **6.9 Accesibilidad**

### **6.9.1 Accesibilidad vehicular**

Para el proyecto es importante los flujos vehiculares, contamos con la vía principal actual Av. Miramar (dos sentidos), y las dos propuestas que son la Calle 1 y la Calle 2 (dos sentidos), que genera así el ingreso vehicular para las playas de estacionamiento, tanto del complejo como de la clínica preventiva geriátrica y el acceso de servicio de la clínica, talleres y comedor.

### **6.9.2 Accesibilidad peatonal**

Para el proyecto es importante los flujos externos e internos, estos últimos son los que predominan en el complejo articulados con espacios (plazas) que hacen de plataformas de descanso y organizadoras del proyecto, contará con rampas y rutas claras de articulación a lo largo y ancho del complejo.

## **6.10 Listado de componentes**

El proyecto de diseño constará con las siguientes zonas:

## **SECTOR I: ÁREAS COMUNES**

### **A. ADMINISTRACIÓN**

#### DESCRIPCIÓN

Hall – atención

2 cajas de escalera

2 servicios higiénicos mujeres

2 servicios higiénicos hombres

2 secretaría – sala de espera

Área de trabajo administración

Administrador

S.h. administrador

Contador

Área de trabajo

Economato

3 almacenes

Hall

Pool auditoría

Auditorio

Pool logística

Logística

Director

S.h. director

### **B. RESTAURANTE**

Viveres

Frigorífico

Control de peso

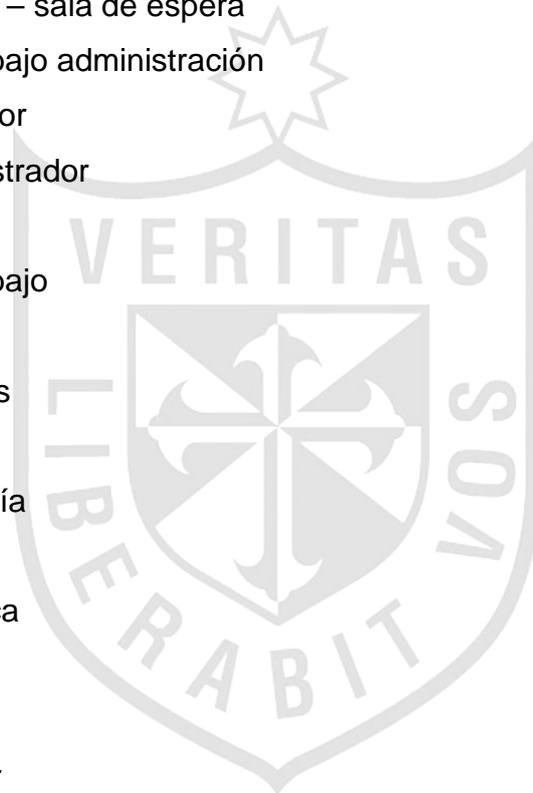
Cocina

Salón – comedor

Terraza de comedor

S.h. de comedor de damas

S.h. de comedor varones



## **SECTOR II: ÁREA MÉDICA**

### **A. DIRECCIÓN MÉDICA**

#### DESCRIPCIÓN

Caja de escalera de hall administración

Hall de administración

Secretaría

Ascensor

Archivo

S.h. damas

S.h. varones

Oficina de director

S.h. director

Sala de juntas

Logística y jefe de personal

Contabilidad

### **B. ADMISIÓN**

Hall principal

Admisión hospitalización (consulta externa)

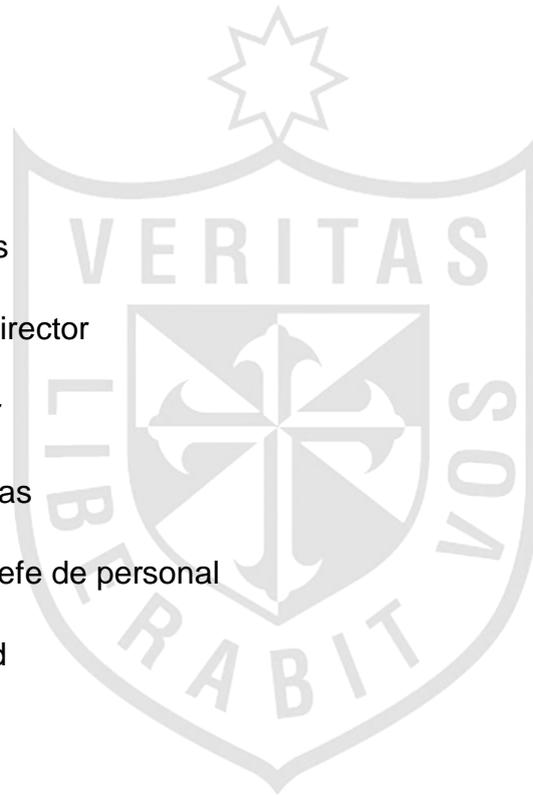
Caja de escalera hall de hospitalización

Ascensor

Ingreso hospitalización

Historias clínicas

### **C. CONSULTORIOS**



Zona de espera (consulta externa)

Estar

Triaje

S.h.

Consultorio medicina general y baño

Consultorio oftalmológico

Consultorio dental

Consultorio urología

**D. LABORATORIOS**

Sala de espera pacientes ext.

S.h. sala de espera

Rayos x

Cuarto de proyección

Vestuarios

Cuarto oscuro

Radiología

Extracción de sangre

Toma de muestra

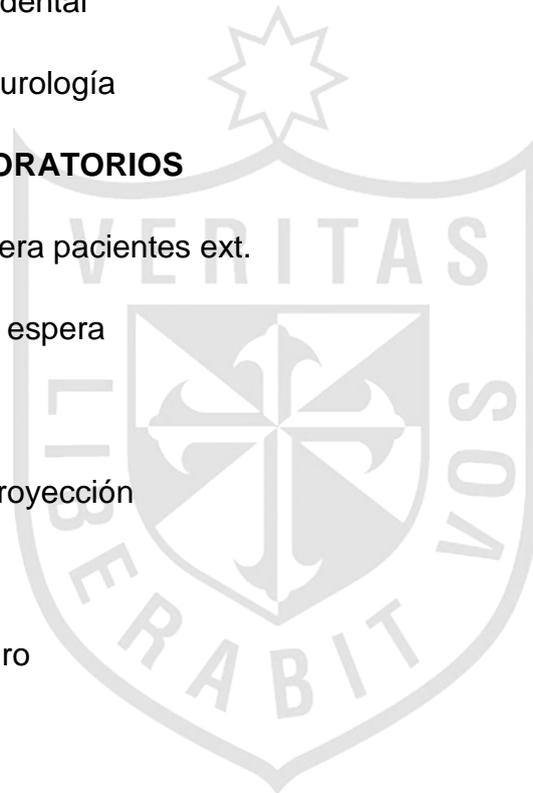
Recepción y entrega

Archivo

Corredor

Depósito de reactivos

Depósito de sangre



Microbiología

Bioquímica

Hematología

Lavado y esterilización

## **E. EMERGENCIA**

Recepción

Estación de enfermeras

S.h. estación de enfermeras

Sala de observación de mujeres

S.h. sala de observación de mujeres

Sala de observación de hombres

S.h. sala de observación de hombres

Traumatología

Depósito de yesos y férulas

Cirugía

Medicina general

S.h. medicina general

Cuarto séptico

Camilla

Estar

Hall de emergencia

Salida de escape caja de escalera de salida de escape

Corredor de emergencia

## **F. PERSONAL MÉDICO Y ASISTENCIAL**

Jefe de guardia

Atención

S.h. jefe de guardia

Ingreso personal médico y administrativo

Cuarto séptico

Depósito de medicinas

Oficina logística

S.h. damas

S.h. varones

Lobby

Jefe de consulta externa

S.h. jefe de consulta externa

Ropa sucia

Ropa limpia

Dormitorio de médicos

S.h. dormitorio de médicos

Estar médico

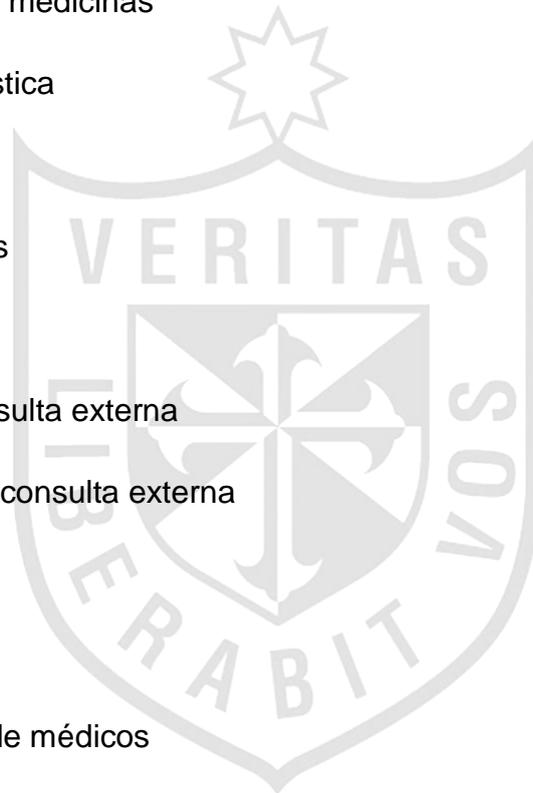
Estar de enfermeras

2 dormitorios de enfermeras

S.h. de enfermeras

Corredor principal médico

Corredor de recepción



## **G. HOSPITALIZACIÓN**

Caja de escalera hall de hospitalización

Hall de hospitalización

Caja de escalera de lobby de rehabilitación

Ascensor

Lobby de servicio

Lobby de rehabilitación

Recepción

Sala de espera pacientes externos

Gimnasio

Útiles

Electroterapia 1

Electroterapia 2

Hidroterapia

S.h. mujeres

S.h. hombre

Ropa limpia

Cuarto séptico

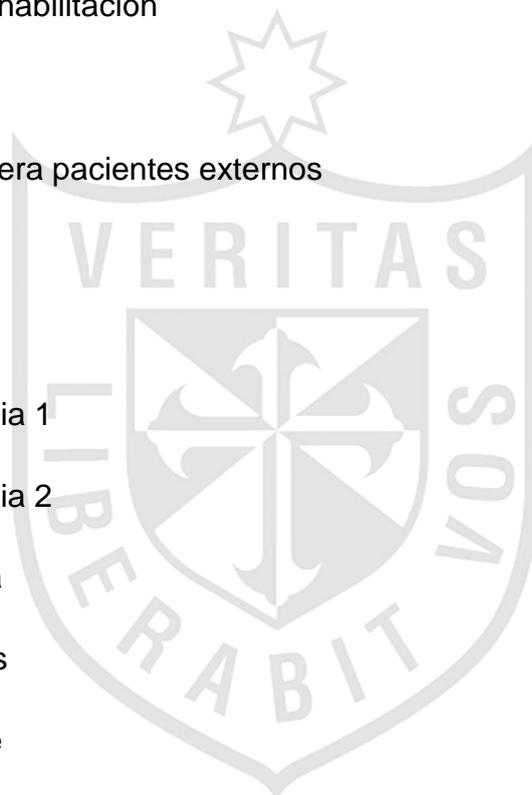
Corredor de hospitalización

Estación de enfermeras

S.h. de estación de enfermeras

14 cuartos de hospitalización con baño y closet

Estar



S.h. de estar

Camillas y sillas

Salida de escape y caja de escalera

## **H. SERVICIOS Y MANTENIMIENTO**

Lobby

Caja de escalera

Ascensor

Atención

Vestidores de mujeres

Vestidores de hombres

Preparado y cocción

Servicio

Almacén

Frigorífico

Almacén central

Jefe de almacén central

Recepción y entrega

Ropa sucia

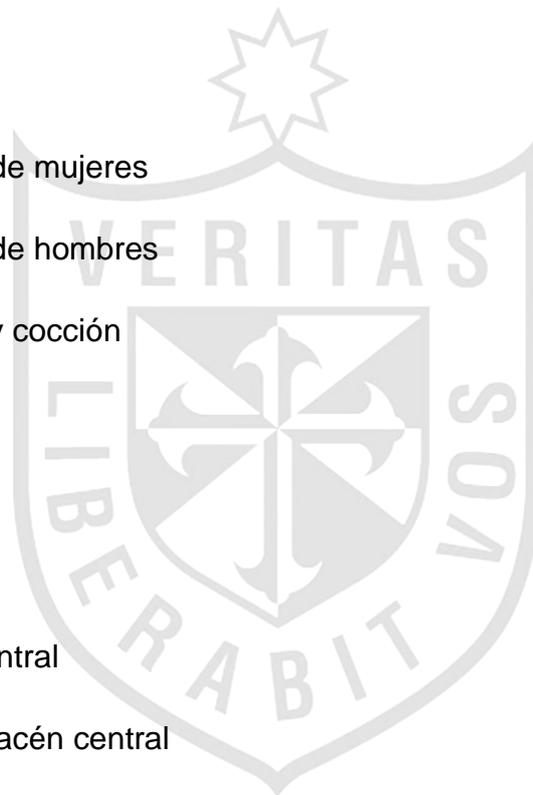
Clasificación y remojo

Lavandería

Área de planchado

Costura

Ropa limpia



Taller de electricidad

Taller mecánica

Jefe de mantenimiento

Depósito de mantenimiento

Cuarto de limpieza

Depósito

Cuarto de máquinas

Área de mantenimiento

Escalera de servicio

Ascensor

Escalera de servicio

Cuarto de máquinas

### **SECTOR III: ÁREA RECREATIVA Y CULTURAL**

#### **A. ÁREA RECREATIVA PASIVA**

##### DESCRIPCIÓN

2 hall

4 servicios higiénicos

2 cajas de escaleras

Despacho

Depósito

2 salones de juegos de mesa

Bingo

Deposito Materiales

Salón de billar

Terraza

## **B. ÁREA DE RECREACIÓN ACTIVA GIMNASIO**

### DESCRIPCIÓN

Hall

Recepción

Oficina

Vestuario de mujeres

Vestuario de hombres

Sala de aeróbicos

Depósito de aeróbicos

Danza

Equipo de sonido

Depósito de danza

Fisioterapia

Depósito de Fisioterapia

Materiales

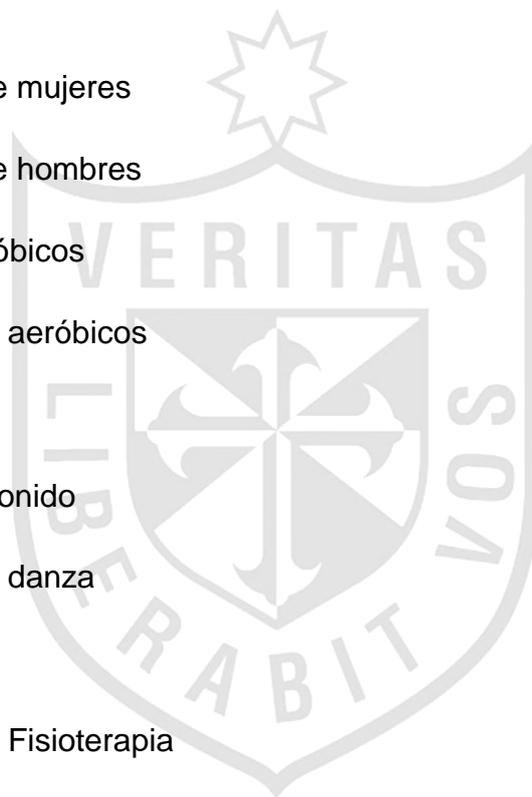
## **C. ÁREA CULTURAL**

### **BIBLIOTECA**

### DESCRIPCIÓN

Hall

S.h. damas



S.h. varones

Sala de lectura N° 1

Sala de lectura N° 2

Terraza

Sala de videos

Videos

Administración

Atención y depósito de libros

## **TALLERES**

### DESCRIPCIÓN

Hall – atención

S.h. mujeres

S.h. hombres

Taller de escultura

Depósito de escultura

Taller de pintura

Depósito de pintura

Taller de carpintería

Depósito de carpintería

Taller de cerámica N° 1

Depósito

Taller de cerámica N° 2



Depósito

## **SALA DE USOS MÚLTIPLES**

### **AUDITORIO**

#### DESCRIPCIÓN

Ingreso

Foyer

Atención

Depósito de atención

Auditorio

Depósito de auditorio

Escenario

Camarín N° 1

Camarín N° 2

Terraza de auditorio

Salón multiusos N° 1

Salón multiusos N° 2

Depósito de salón multiusos N° 2

S.h. varones

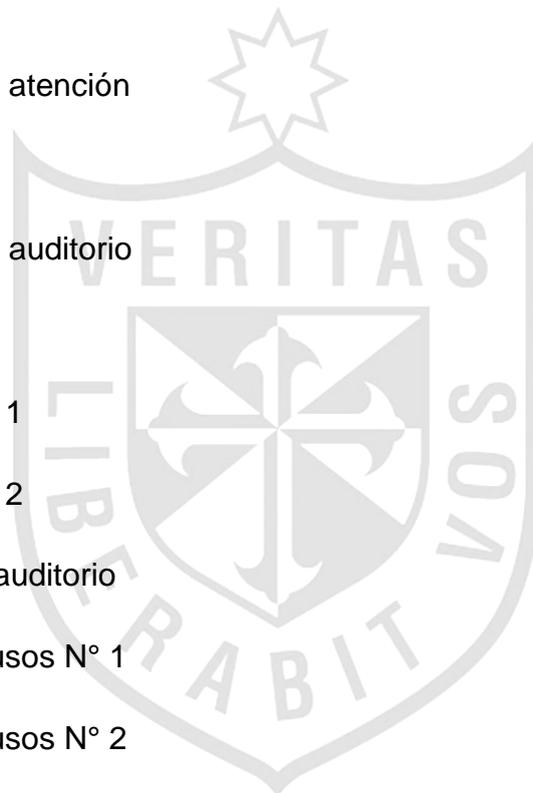
S.h. damas

### **D. ÁREA DE COMEDOR**

#### DESCRIPCIÓN

Entrada

Patio



2 servicios higiénicos varones

2 servicios higiénicos mujeres

Caja de escalera

Cocina

Almacén

2 frigorífico N° 1 y 2

Vestuario mujeres

Vestuario hombres

Espera

2 salones (área de mesas)

Caja de escalera

Despacho

## **E. ÁREA DE HOSPEDAJE**

### **ALOJAMIENTO**

#### **DESCRIPCIÓN**

Entrada

Hall

Sala de TV

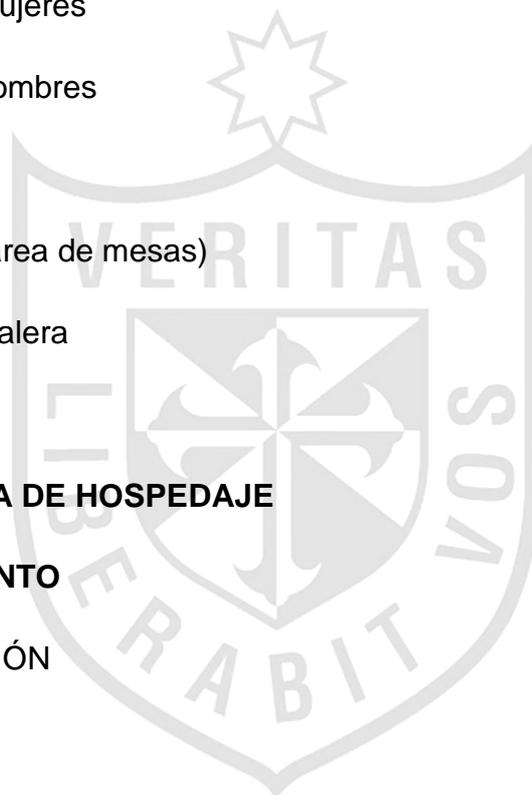
52 habitaciones con baño

Oficio

Lavandería

Cisterna, bomba, tablero

Depósito de enseres



Vestuario personal mujeres

Vestuario personal hombres

2 cajas de escalera

2 ascensores

2 estar

Espera

Recepción

Oficinas

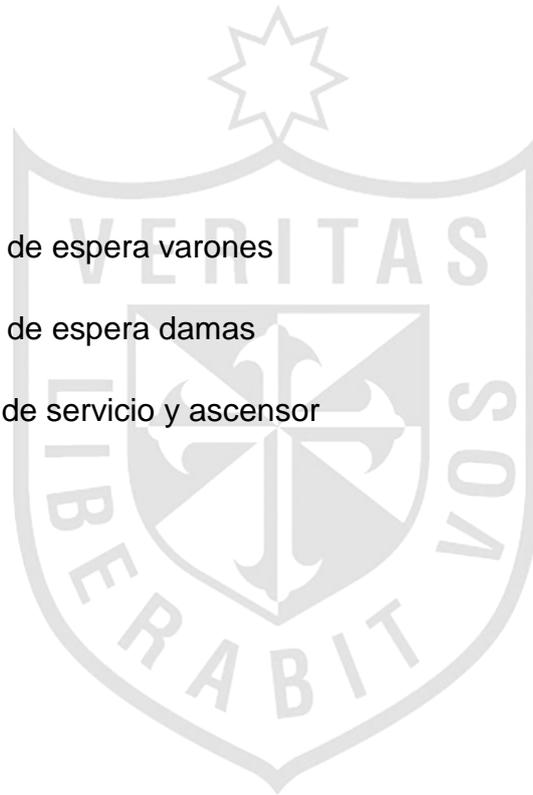
Terraza

S.h. de sala de espera varones

S.h. de sala de espera damas

1 escaleras de servicio y ascensor

S.h. estar



## 6.11 Programación arquitectónica

### PROGRAMACION ARQUITECTONICA CENTRO GERIATRICO Y RESIDENCIA - ANCON

AREA DEL TERRENO : 68 973.10 m2

20 691.93 m2 20% Norma de Hospitales

AREA DEL TERRENO A UTILIZAR : 46 639.26 m2

AREA CONTRUIDA : 17 420. 70 m2

SECTOR	AMBIENTES	AMBIENTES	TIPO/ESPACIO	AFORO	CANT.	PARCIAL/M2	TOTAL/M2	
SECTOR I AREAS COMUNES	A ADMINISTRACION	Hall-Atención	Público		1	90.00	90.00	338.00
		Sala de espera	Semi - Público		1	20.00	20.00	
		Area de trabajo administración	Privado		1	20.00	20.00	
		Admisitrador	Privado		1	20.00	25.00	
		S.h. Administrador	Privado		1	3.50	3.50	
		Contador	Privado		1	20.00	20.00	
		Area de trabajo	Privado		1	30.00	30.00	
		Economato	Privado		1	13.00	13.00	
		Almacén	Privado		3	10.00	30.00	
		Auditoría	Privado		1	20.00	20.00	
		Logística	Privado		1	20.00	20.00	
		Director	Privado		1	20.00	20.00	
		S.h. Director	Privado		1	2.50	2.50	
		S.H. Mujeres	Público		1	12.00	12.00	
	S.H. Varones	Público		1	12.00	12.00		
	B RESTAURANTE	Viveres	Privado		1	9.00	9.00	386.50
		Frigorífico	Privado		1	7.50	7.50	
		Control de peso	Privado		1	18.00	18.00	
		Cocina	Privado		1	60.00	60.00	
		Sala-comedor	Público		1	200.00	200.00	
Terrazaza de comedor		Público		1	65.00	65.00		
S.H. comedor Mujeres		Público		1	12.00	12.00		
S.H.comedor Varones		Público		1	15.00	15.00		
						SUBTOTAL	724.50	

## SECTOR II-AREA MEDICA

A	DIRECCION MEDICA	Hall de administración	Público	1	38,00	30,00	127.50			
	DIRECCION GENERAL	Sala de espera (1.80 x m2 x 2 personas x oficina )	Semi - Público	1	20,00	20,00				
Secretaría Dirección General (4.80 m2 x persona)		Semi - Público	1	12,00	12,00					
Dirección General		Privado	1	12,00	12,00					
S.H. Dirección General		Privado	1	2,50	2,50					
Secretaría Dirección General de Directores		Semi - Público	1	12,00	12,00					
Dirección Ejecutiva		Privado	1	12,00	12,00					
Dirección Administrativa		Privado	1	12,00	12,00					
Sala de Reuniones (12 personas x 1.5m2 x personas)		Privado	1	15,00	15,00					
PERSONAL ADMINISTRATIVO		Oficina de Enfermera Jefe	Privado	1	10,00	10,00				
		Oficina Jefatura de Personal	Privado	1	10,00	10,00				
	Oficina de Personal	Privado	1	12,00	12,00					
	Oficina Jefatura de Logística	Privado	1	10,00	10,00					
	Oficina Logística (COMPRAS)	Privado	1	15,00	15,00					
	Oficina de Economía	Privado	1	10,00	10,00					
	Oficina de Cuerpo Médico	Privado	1	10,00	10,00					
	Capellania (0.36 m2 x cama)	Semi - Público	1	18,00	18,00					
	S.H.Varones (2 cub. WC- 2 Urinarios - 2 lavatorios)	Público	1	8,00	8,00					
	S.H. Mujeres (2 cub.WC - 2 lavaderos)	Público	1	8,00	8,00					
B	ADMISION E HISTORIAS CLINICAS	Hall	Público	1	80,00	80,00	284.50			
		Sala de espera ( 10 personas x consulta, 1.2 x persona, 1.5 x discapitado	Semi - Público	1	13,50	13,50				
		Admisión Citas y Registro (módulo de 1.5x2 m2)	Semi - Público	1	12,00	12,00				
		Caja 1 módulo	Semi - Público	1	5,00	5,00				
		Archivo de historias clínicas	Semi - Público	1	20,00	20,00				
		Almacén de historias clínicas	Privado	1	30,00	30,00				
		Triaje	Privado	1	12,00	12,00				
		Servicio Social	Privado	1	12,00	12,00				
		S.H. Varones ( 2cub WC - 2 urinarios - 2 lavatorios)	Público	1	8,00	8,00				
		S.H. Mujeres ( 2cub WC - 2 lavatorios)	Público	1	8,00	8,00				
		S.H. Discapacitado Varones	Público	1	4,00	4,00				
		S.H. Discapacitado Mujeres	Público	1	4,00	4,00				
		S.H. Personal Varones ( 2cub WC - 2 urinarios - 2 lavatorios)	Privado	1	8,00	8,00				
		S.H. Personal Mujeres ( 2cub WC - 2 lavatorios)	Privado	1	8,00	8,00				
		Limpieza	Semi - Público	1	4,00	4,00				
		Residuos sólidos	Semi - Público	1	4,00	4,00				
		Admisión hospitalización (consulta externa)	Semi - Público	1	12,00	12,00				
Ingreso hospitalización	Público	1	40,00	40,00						
C	CONSULTORIO	Recepción	Semi - Público	1	20,00	20,00	318.00			
		Zona de espera (consulta externa)	Semi - Público	4	35,00	140,00				
		Sala de Estar	Semi - Público	1	20,00	20,00				
		Triaje	Privado	1	24,00	24,00				
		S.H. Mujeres	Público	1	7,00	7,00				
		S.H. Varones	Público	1	7,00	7,00				
		Consultorio medicina general y baño	Privado	1	20,00	20,00				
		Consultorio Oftalmológico	Privado	1	20,00	20,00				
		Consultorio Odontología	Privado	1	20,00	20,00				
		Consultorio Psicología	Privado	1	20,00	20,00				
		Consultorio de Rehabilitación	Privado	1	20,00	20,00				
		Consultorio Urología	Privado	1	20,00	20,00				
		D	LABORATORIO	Sala de espera pacientes externos	Semi - Público	1		100,00	100,00	302.00
		S.H. Sala de espera	Semi - Público	1	7,50	7,50				
		Rayos x	Privado	1	25,00	25,00				
		Cuarto de Proyección	Privado	1	9,00	9,00				
		S.H.	Privado	2	6,00	12,00				
		Vestuarios	Privado	2	8,00	16,00				
		Cuarto oscuro	Privado	1	8,00	8,00				
		Radiología	Privado	1	6,50	6,50				
		Extracción de sangre	Privado	1	13,00	13,00				
		Toma de muestra	Privado	1	11,00	11,00				
		Recepción y entrega	Semi - Público	1	12,00	12,00				
		Archivo	Privado	1	10,00	10,00				
		Deposito de reactivos	Privado	1	4,00	4,00				
		Depósito de sangre	Privado	1	4,00	4,00				
		Microbiología	Privado	1	15,00	15,00				
		Bioquímica	Privado	1	13,00	13,00				
		Inmunología	Privado	1	13,00	13,00				
		Hematología	Privado	1	13,00	13,00				
		Lavado y esterilización	Privado	1	10,00	10,00				
E	EMERGENCIA	Recepción	Semi - Público	1	10,50	10,50	223.80			
		Hall de emergencia	Privado	1	35,00	35,00				
		Estación de enfermeras	Privado	1	16,00	16,00				
		S.H. estación de enfermeras	Privado	1	2,50	2,50				
		Sala de observaciones mujeres	Privado	1	20,00	20,00				
		S.H. sala de observaciones mujeres	Privado	1	2,80	2,80				
		Sala de observaciones varones	Privado	1	20,00	20,00				
		S.H. sala de observaciones varones	Privado	1	2,50	2,50				
		Traumatología	Privado	1	20,00	20,00				
		Depósito de yesos y férulas	Privado	1	2,50	2,50				
		Cirugía	Privado	1	20,00	20,00				
		Medicina general	Privado	1	20,00	20,00				
		S.H. medicina general	Privado	1	2,50	2,50				
		Cuarto séptico	Privado	1	5,00	5,00				
		Camillas y sillas	Privado	1	10,00	10,00				
		Estar	Semi - Público	1	17,50	17,50				
		S.H.	Privado	2	3,50	7,00				
		Salida de escape	Privado	1	10,00	10,00				
		F	PERSONAL MEDICO Y ASISTENCIAL	Jefe de guardia	Privado	1		10,00	10,00	292.50
				Atención	Semi - Público	1		8,00	8,00	
S.H. jefe de guardia	Privado			1	4,00	4,00				
Ingreso personal médico y administrativo	Privado			1	50,00	50,00				
Cuarto séptico	Privado			1	5,00	5,00				
Farmacia	Semi - Público			1	20,00	20,00				
Oficina logística	Privado			1	9,00	9,00				
S.H. Mujeres	Privado			1	7,00	7,00				
S.H. Varones	Privado			1	7,00	7,00				
Lobby	Semi - Público			1	50,00	50,00				
Jefe de consulta externa	Privado			1	15,00	15,00				



## **6.12 Consideraciones del proyecto**

Se tomarán en cuenta criterios dimensionales, normativos y ambientales, los que integrados y aplicados nos permitirán desarrollar zonas confortables.

### **6.12.1 Criterios dimensionales**

#### **a. Orientación y asoleamiento:**

Se tomará en cuenta la ubicación y orientación de los diferentes ambientes de las edificaciones, tratando de obtener el mejor confort en las diversas instalaciones. La orientación del alojamiento y áreas recreativas serán orientadas en la medida de lo posible al N – S.

#### **b. Ventilación**

Se tomarán en cuenta la disposición y tamaño de los vanos para lograr una buena circulación, equilibrio y constante renovación del aire que necesita el usuario. En los ambientes en que no sea factible una ventilación natural, se recomienda la utilización de tragaluces, ductos.

#### **c. Iluminación**

Las áreas externas deberán contar con iluminación adecuada para evitar accidentes por ser el usuario preeminente de la tercera edad, al interior de las edificaciones de apoyo deberá contar con iluminación blanca y distribuida de la mejor manera para evitar áreas de baja iluminación.

Las áreas de vestidores, accesos, escaleras, circulaciones, deberán cumplir los requerimientos de iluminación de interiores; para evitar el pánico, confusión y accidentes en casos de corte de fluido eléctrico, se deberá contar con iluminación de emergencia alimentada por una fuente independiente, que brinde suficiente iluminación para un movimiento seguro.

#### **d. Color**

Los colores a elegir deben ser aquellos que induzcan estados de ánimo acorde con las actividades a desarrollarse, se recomienda el uso de colores claros con acabados mates para muros a fin de complementar la iluminación natural y evitar la refracción.

#### **e. Acústica**

Se recomienda el uso de materiales absorbentes y/o difusores, para obtener una mejor propagación y transmisión del sonido, logrando una apropiada audibilidad. Es aconsejable proponer una solución acústica para aislar o separar las zonas bulliciosas de las apacibles, evitando la difusión de ruidos molestos, del exterior al interior, entre espacios.

#### **6.12.2 Criterios constructivos**

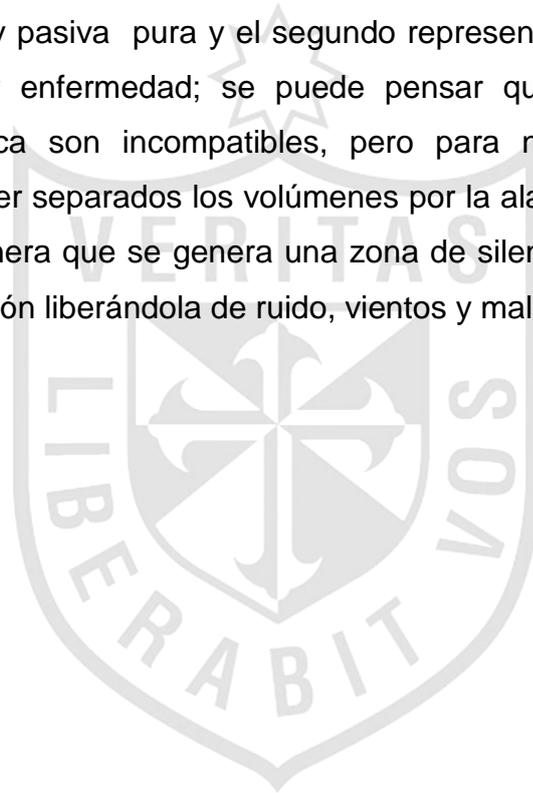
Se utilizará el sistema constructivo convencional, aportado el cual no consideramos detallar por ser ampliamente conocido en sus especificaciones técnicas y constructivas.

#### **6.13 Toma de partido**

La toma de partido ha consistido en tomar como premisa nuestra hipótesis, la de darle importancia al adulto mayor como patriarca eje importante en la familia para lo cual en nuestro proyecto la organización espacial, lineal de eje formado por una alameda paisajista en torno al cual se disponen los volúmenes y espacios, tienen su inicio en la plazuela formada por la zona administrativa y la plaza central, la misma que recibe y direcciona al visitante y remata en la piscina y clínica preventiva geriátrica, dándole a este último jerarquía, que por su ubicación y tamaño se convierte en el elemento principal del complejo.

La residencia en la parte central del segundo nivel aprovecha y se adecua a la topografía del terreno, éste estaría representando por el adulto mayor, el cual por estar más alto controla visualmente todo el paisaje, lo mismo que el adulto mayor vive del pasado, recuerdos que el controla, ve la vida en retrospectiva.

El eje (organización especial lineal) representada por la vida del adulto mayor, tiene su inicio en la plazuela formada por la zona administrativa y residencia desarrollándose a través de una alameda (eje) por la cual se organiza dos grandes grupos resumidos, el primero como recreación activa y pasiva pura y el segundo representada por el esfuerzo, trabajo, estudio y enfermedad; se puede pensar que estas actividades recreativa – clínica son incompatibles, pero para nuestro complejo es indispensable, tener separados los volúmenes por la alameda, reforzado por árboles de tal manera que se genera una zona de silencio entre la clínica y el área de recreación liberándola de ruido, vientos y malas vistas.



## CONCLUSIONES

1. Se concluye que el proyecto de diseño arquitectónico propuesto responde a las necesidades de la localidad y da un mejor uso del terreno, ya que está ubicado entre un contexto natural y otro arqueológico en abandono, siendo un objeto de transición entre ambos contextos y mejorando la identidad con el lugar. Además, al ser parte de un master plan general contribuirá a mejorar la situación económica, social y espacial del distrito de Ancón.
2. Con la implementación del Complejo de Salud-Recreación y Residencia para el Adulto Mayor, la zona cercana se repotenciara no solo por el nuevo tratamiento de vías y espacio público por el Master Plan, sino que se generara nuevos centros de esparcimiento en la zona al presentarse un área con temática y mayor sensación de permanencia
3. El usar abstracción de elementos propios del lugar genera identidad con el lugar a pesar de ser un proyecto nuevo en la zona. Por ese motivo se plantea el uso de columnas continuas a modo de pórtico tal como se usa en las casonas antiguas de ancón, de esta manera el proyecto busca ser parte del lugar.

## RECOMENDACIONES

1. Identificar las necesidades del sector a trabajar antes de iniciar todo diseño o programación arquitectónica, ya que el saber que necesidades existen da pautas de que otras fuentes de información y procesos se necesitaran.
2. Coordinar con las entidades locales como es la municipalidad y centros de carácter social en el sector para ampliar las posibilidades de conseguir información que será útil para el proceso de diseño.
3. Elaborar el programa arquitectónico de la manera más detallada posible para lograr mayor complejidad al diseño. También será útil para identificar áreas faltantes o que se podrían omitir.
4. Reflexionar que el diseño de un equipamiento urbano al tener una gran escala generara un cambio en la zona. Esto generara nuevos usos de suelo como es la aparición de locales de esparcimiento y otros equipamientos urbanos de menor escala.
5. Idear la mejor manera de integrarse al entorno mediante los lenguajes arquitectónicos presentes en la zona a trabajar para que una nueva edificación sea parte de un entorno debe generar identidad.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

### Bibliográficas

1. Blazer, G (1984) Dan. Síndromes Depresivos en geriatría. Ediciones Barcelona, 362 Págs.
2. Instituto Nacional De Estadística E Informática Inei (2007) Censos Nacionales.
3. Instituto Nacional De Estadística E Informática Inei (1995) Censos Nacionales 2007. Encuesta Nacional de Propósitos Múltiples ENAPROM. 1994, Información preliminar. Lima
4. Instituto Nacional De Estadística E Informática Inei – CELADE (1995). Proyecciones de la Población del Perú 1995 – 2025, CELADE – UNFPA – INEI. Dirección Técnica de Demografía y Estudios Sociales, Lima
5. Llado B. Miguel (1990) Geriatría Vejez y Envejecimiento, Sus problemas. Editorial de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Lima, 389 Págs.
6. Redondo, N (1990) lida. Ancianidad y Pobreza: Una investigación en sectores populares urbanos. Centro de Promoción y Estudio de la Vejez (CEPEV). Editorial Humanista. Buenos Aires, 276 Págs.
7. Revista De Informes Técnicos De La Organización Mundial De La Salud, S
8. Vivanco E. Carlos (1982) Tercera Edad. Aspectos del envejecimiento humano. P. L. Villanueva (Editor). Lima, 276 Págs.

## **ANEXOS**

1. Memoria descriptiva de arquitectura
2. Listado de equipamiento: sala de emergencia.
3. Listado de equipamiento: consultorio de odontología.
4. Listado de equipamiento: consultorio de urología.

### **ANEXO 1**

## MEMORIA DESCRIPTIVA DE ARQUITECTURA

**PROYECTO** : COMPLEJO DE SALUD-RECREACION Y  
RESIDENCIA PARA EL ADULTO MAYOR EN  
ANCÓN

**DISEÑO** : ARRIARÁN JUSCAMAITA ÍTALO J.

**UBICACIÓN GEOGRAFICA** : ANCÓN – LIMA

### A.- INTRODUCCION

#### 1.- GENERALIDADES

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

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

Nuestro país tiene pocos ejemplos de infraestructura agrupada en complejos multiusos para el adulto mayor, normalmente la infraestructura es de tipo municipal, del seguro nacional y de la empresa privada.

Mi interés en el tema se sustenta por el alto déficit y el abandono en gran medida de nuestra sociedad en

infraestructuras que no se considera prioritario por cuanto la utilizan ciudadanos que no consideran productivos económicamente.

El desarrollo de un proyecto que agrupe en un solo complejo – SALUD-RECREACION Y RESIDENCIA, para el adulto mayor es de por si todo un reto y un excelente ejercicio proyectual por la variedad programática y más aún por su ubicación en área urbano privilegiado frente al mar.

A través de un estudio de la zona y como respuesta a un master plan para el sector se determinó platear un proyecto que forma parte de un núcleo integrador para el distrito y distritos aledaños como es el caso de LIMA NORTE.

## **2.- NOMBRE DE LA OBRA**

COMPLEJO DE SALUD-RECREACION Y RESIDENCIA PARA EL ADULTO MAYOR EN ANCÓN

## **3.- UBICACIÓN GEOGRAFICA**

Dirección : Av. Miramar Mz L Lote S/N Sub Lote 1

Localidad : Ancón

Distrito : Ancón

Provincia : Lima

Región : Lima

## **4.- CAPACIDAD**

La capacidad con el nuevo proyecto alcanzará a ocupar el complejo 1050 adultos mayores entre residentes y adultos mayores externos.

## 5.- METAS – PROGRAMACIÓN DE AMBIENTES

### ZONA DE ADMINISTRACIÓN

Hall + sala de espera + economato + almacén + gerencia + s.h + contador + área de trabajo + logística

### ZONA DE SALUD

Hall + almacén + consultorios+ medicina general+ oftalmológico+ odontología+ psicología+ de rehabilitación+ urología + hospitalización + emergencias + salas de espera + s.h. + cuarto de proyección + rayos+ zona de espera (consulta externa) + microbiología + bioquímica + inmunología+ hematología + vestuarios + radiología + extracción de sangre+ toma de muestra + recepción y entrega + estación de enfermeras + s.h. estación de enfermeras + sala de observaciones mujeres y hombres + camillas y sillas + farmacia + dormitorios de enfermeras y médicos + estar de enfermeras y médicos + cuarto de máquinas.

### ZONA DE RECREACIÓN ACTIVA

Hall+ gimnasio + danza + fisioterapia + s.h. +vestidores + talleres de carpintería + pintura + bisutería + manualidades + escultura + cerámica + s.h. oficina.

### ZONA DE REACREACIÓN PASIVA

Hall+ secretaria + sh+ oficina + biblioteca + sala de lectura + sala de videos + sala de bingo + internet + salas de juegos billar + aulas del saber.

### ZONA DE RESIDENCIA PARA ADULTOS MAYORES

Hall + sh + oficina mantenimiento + dormitorios individuales + oficio sala estudio+ sala internet + sala de estar.

### ZONAS COMPLEMENTARIAS

Auditorio + comedor + piscina + cancha multideportiva + s.u.m + zonas de jardinerías.

## **6.- DEL TERRENO**

El terreno tiene un área de 42 775 m<sup>2</sup> con una pendiente de 6 metros de diferencia, según levantamiento topográfico y documentación del instituto geográfico Nacional (IGN),

### **A.- INFRAESTRUCTURA EXISTENTE**

No existen edificaciones en el Terreno

### **B.- CRITERIOS DE DISEÑO**

#### **a) Zonificación**

Las zonas definidas son:

- Zona de Salud – Prevención de enfermedades del adulto mayor.
- Zona administrativa
- Zona de residencia

- Zona de recreación pasiva
- Zona de recreación activa
- Zonas complementarias

### **b) Descripción del proceso**

El enfoque del complejo para el adulto mayor radica básicamente en brindar los siguientes servicios:

Prevención médica y de sostenimiento físico-psicológico.  
(Clínica geriátrica)

Recreación activa y pasiva a través de actividades culturales, físicas, etc.

Residencia.

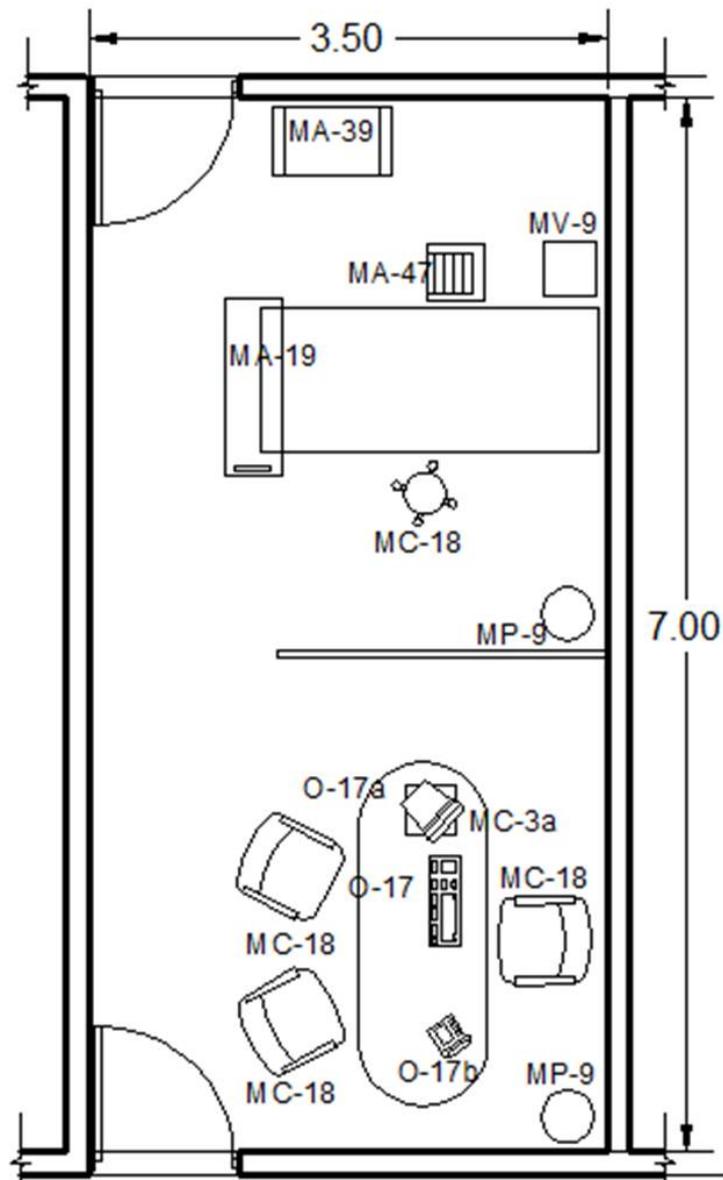
Este proyecto forma parte de un master plan propuesto para la zona con la finalidad de generar el equipamiento urbano necesario para las necesidades del distrito e integrar el distrito espacialmente.

#### **NOTA**

- Afirmado con espesor de 0.20mt en piso, patios, vereda y empedrados.
- Las ventanas serán en carpintería de madera.
- Se utilizará concreto armado en las principales estructuras como son las placas, muros.
- En los techos virtuales se utilizará carpintería de madera.

## **ANEXO 2**

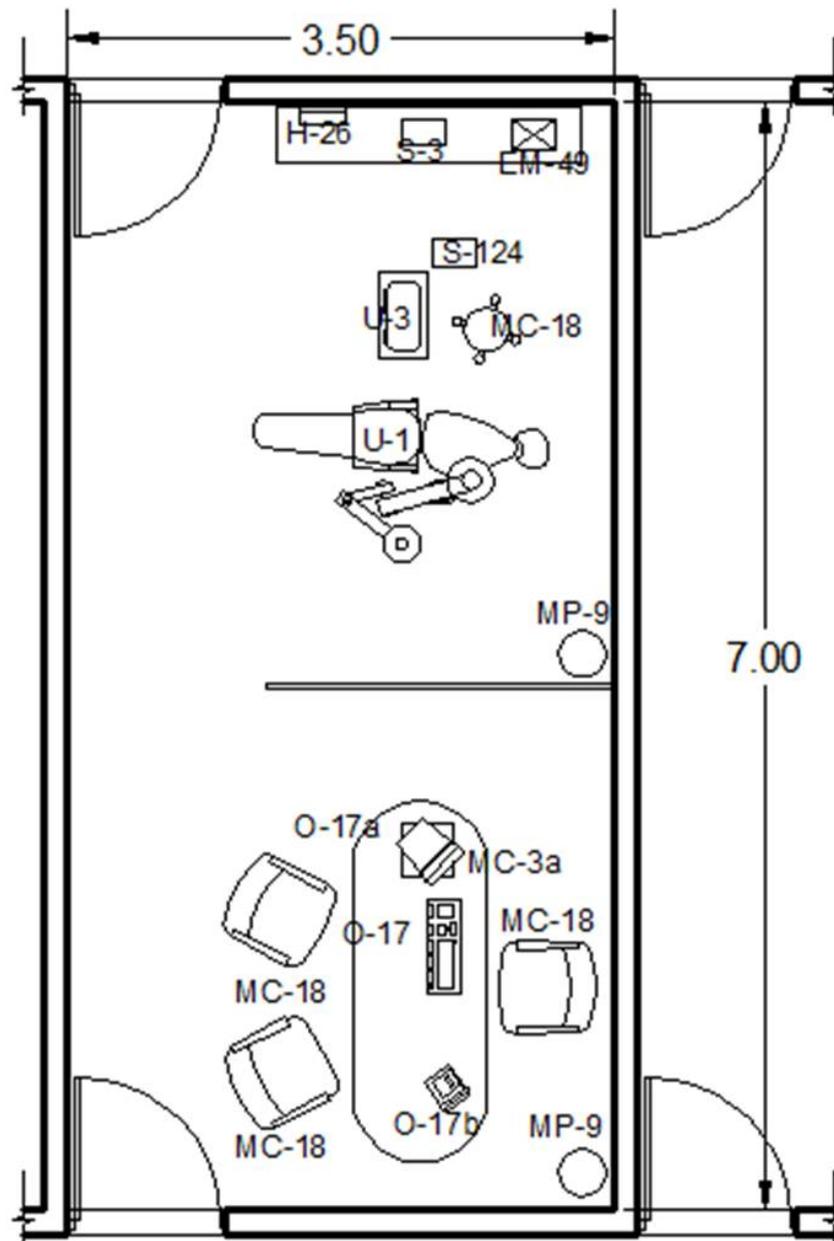
## LISTADO DE EQUIPAMIENTO: SALA DE EMERGENCIA



LISTADO DE EQUIPAMIENTO	
MC-18	SILLA METALICA GIRATORIO, RODABLE ASIENTO ALTO
O-17A	IMPRESORA DE 80 CARACTERES
O-17	COMPUTADORA
MA-39	MESA METALICA, RODABLE TIPO MAYO, PARA ENTREGA DE INSTRUMENTOS
MC-39	SILLON METALICO CON BRAZOS
MC-18	SILLA METALICA GIRATORIO, RODABLE ASIENTO ALTO
MV-9	VELADOR METALICO
MC-18	SILLA METALICA GIRATORIO, RODABLE ASIENTO ALTO
MP-9	PAPELERA DE PLASTICO PARA OFICINA

### ANEXO 3

## LISTADO DE EQUIPAMIENTO: CONSULTORIO DE ODONTOLOGÍA

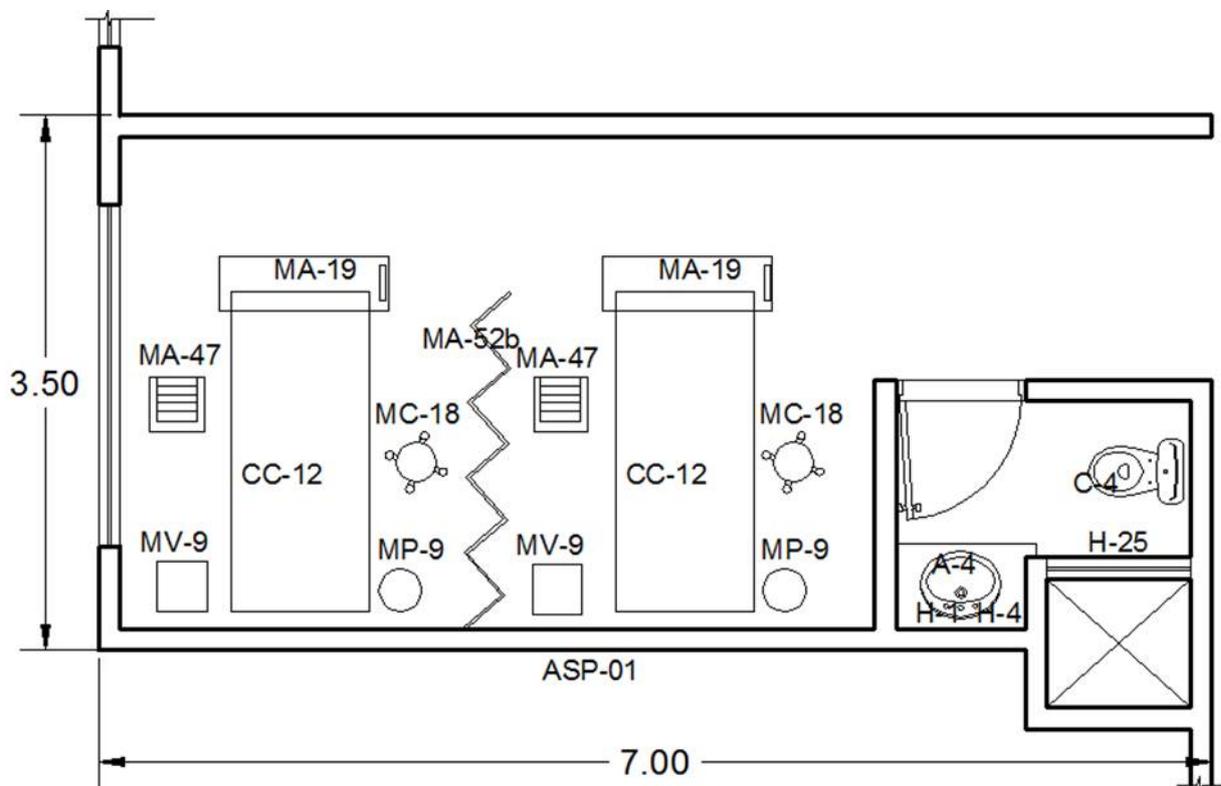


### LISTADO DE EQUIPAMIENTO

H-26	DISPENSADOR DE TOALLAS DE PAPEL
MC-18	SILLA METALICA GIRATORIO, RODABLE ASIENTO ALTO
MP-9	PAPELERA DE PLASTICO PARA OFICINA
MC-39	SILLON METALICO CON BRAZOS
MC-18	SILLA METALICA GIRATORIO, RODABLE ASIENTO ALTO
O-17	COMPUTADORA
O-17A	IMPRESORA DE CARACTERES
S-3	ESTERILIZADOR ELECTRICO AL SECO CAP 28LTS. 25 x h=28
U-1	SILLON DENTAL
U-3	UNIDAD DENTAL

### ANEXO 4

## LISTADO DE EQUIPAMIENTO: CONSULTORIO DE UROLOGÍA



### LISTADO DE EQUIPAMIENTO

A-4	LAVATORIO DE CERAMICA VITRIFICADA DE 20"X15" CONTROL DE MANO
C-4	INODORO DE PORCELANA VITRIFICADA CON TANQUE BAJO, COLOCADA EN PISO
CC-12	CAMA METALICA DE UNA PLAZA PARA RESIDENTE, DIMENSIONES 202 X 92 X 40CMS
G-4	GIRO DE AGUA FRIA
H-1	ESPEJO CON MARCO METALICO PULIDO/ESPEJO DE PARED DE 40X60 CMS
H-25	PORTAROLLO EMPOTRADO PARA PAPEL HIGIENICO
MC-18	SILLA METALICA FIRATORIO, RODABLE ASIEN TO ALTO
MA-19	MESA RODABLE METALICA PARA COMIDA, PACIENTES
MA-47	.....
MA-52b	BIOMBO METALICO DE TRES CUERPOS
MP-9	PAPELERA DE PLASTICO PARA OFICINA
MV-9	VELADOR METALICO