

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

**FACULTAD DE ARQUITECTURA Y URBANISMO
CARRERA PROFESIONAL DE ARQUITECTURA**



**“INFRAESTRUCTURA INTEGRAL PARA MEJORAR
LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LA
PROVINCIA DE TACNA”**

TESIS

TOMO I

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE :
ARQUITECTO**

TESISTA : BACH. ARQ. MARIA ALEJANDRA VARGAS GALDOS

ASESORA : ARQ. JORGE ESPINOZA MOLINA

TACNA – PERU

2015

“La arquitectura para la tercera edad debe ser una buena combinación entre arquitectura para el ocio y la arquitectura terapéutica”.
Vejez Arquitectura y Sociedad, Arquitecto Eduardo Frank, 1998.

DEDICATORIA

A Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Agradecer hoy y siempre a mi mamá Patricia con mi papá Ricardo, mis abuelos Julio, Lucha y Cristóbal; ya que me brindan el apoyo, la alegría y me dan la fortaleza necesaria para seguir adelante.

Agradecer a mis amigos que me brindaron todo su apoyo, tiempo y paciencia.

A mis asesores que con su experiencia y tiempo invertido me ayudaron para poder realizar una de mis metas.

AGRADECIMIENTO

M *i gratitud, principalmente está dirigida al Dios Todopoderoso por haberme dado la existencia y permitido llegar al final de mi carrera universitaria.*

Igualmente agradezco a mis docentes que fueron la guía en cada uno de mis pasos, brindándome su conocimiento, experiencia, valores y dedicación para lograr una base sólida para mi profesión.

RESUMEN

El envejecimiento de una persona se entiende como un proceso de cambios estructurales y funcionales que ocurren después de alcanzar la madurez reproductiva, dichos cambios se caracterizan por la pérdida progresiva de las capacidades de adaptación y de interacción del ser humano con su medio ambiente y tienden a acentuarse dependiendo de las características del entorno.

La exclusión del anciano de la vida ciudadana, la familia y la no auto aceptación de sus cambios trae como consecuencias sentimientos de inutilidad, depresión, angustia, miedos, soledad, aislamiento, inseguridad e incluso, suicidio.

En nuestra localidad donde el crecimiento del Adulto Mayor va en aumento, no se cuentan con una institución encargada solamente para las personas de la tercera edad, donde se les de la calidad de vida y el cuidado que ellos requieren; un lugar fijo donde ellos puedan pasar, disfrutar y alargar su ciclo de vida.

Para eso se presenta el proyecto de tesis **INFRAESTRUCTURA INTEGRAL PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LA PROVINCIA DE TACNA**, que trata de crear un centro especializado encargado de satisfacer las necesidades del Adulto Mayor, en ambientes con una infraestructura ideal, diseñada especialmente para su atención, intentando mantener o mejorar su autonomía, mediante un programa de trabajo que favorezca un envejecimiento digno y saludable.

ABSTRACT

The aging of a person is understood as a process of structural and functional changes that occur after reaching reproductive maturity, these changes are characterized by progressive loss of adaptability and interaction of humans with their environment and tend to accentuated depending on the characteristics of the environment.

The exclusion of the elderly of city life, the family and no auto accept its consequences changes brings feelings of worthlessness, depression, anxiety, fear, loneliness, isolation, insecurity and even suicide.

In our locality where the growth of the Elderly is increasing not have an institution responsible only for older people, where they were quality of life and care they require; a fixed place where they can go, enjoy and extend its life cycle.

For this thesis project is presented *INFRASTRUCTURE INTEGRATED TO IMPROVE QUALITY OF LIFE FOR OLDER IN THE PROVINCE OF TACNA*, trying to create a specialized center to meet their needs for Older Adults in environments with an ideal infrastructure designed especially for your attention, trying to maintain or improve their autonomy through a work program that promotes healthy and dignified aging.

INDICE DE GRÁFICOS

- **Grafico N° 1.**- Mapa Político de Perú
- **Grafico N° 2.**- Mapa de la Delimitación Regional de Tacna
- **Grafico N° 3.**- Mapa de la Delimitación Distrital de Pachia.
- **Grafico N° 4.**- Vista aérea del terreno (Imágenes Google).
- **Grafico N° 5.**- Adulto Mayor: Analfabetismo por Sexo según Provincia.
- **Grafico N° 6.**- Fachada de la Residencia para el Adulto Mayor “ARCADIA”.
- **Grafico N° 7.**- Foto interior del modelo de Departamento.
- **Grafico N° 8.**- Foto interior del modelo de comodoi Suite.
- **Grafico N° 9.**- Foto interior del modelo de Suite.
- **Grafico N° 10.**- Fachada de la Residencia Geriátrica “EL ROBLE”.
- **Grafico N° 11.**- Grupo de Adulto Mayores, en algunas actividades por aniversario.
- **Grafico N° 12.**- Imágenes de tipos de vegetaciones el distrito de pachia.

INDICE DE CUADROS

- **Cuadro N° 1.-** Región Tacna, Número total por sexo en las personas adultas mayores.
- **Cuadro N° 2.-** Región Tacna, Población total por sexo.
- **Cuadro N° 3.-** Región Tacna, Población Adulto Mayor en la Provincia.
- **Cuadro N° 4.-** Adulto Mayor: Morbilidad.
- **Cuadro N° 5.-** Adulto Mayor: Tasa de desempleo.
- **Cuadro N° 6.-** Adulto Mayor que cuenta con pensión.
- **Cuadro N° 7.-** Adulto Mayor: Servicios de Salud.
- **Cuadro N° 8.-** Adulto Mayor: Entidades públicas y privadas.
- **Cuadro N° 9:** Afiliación al Sistema Privado de Pensiones por AFP, según grupo de edad al 31 de diciembre del 2012.
- **Cuadro N° 10:** Ingreso mensual según grupos de edad.
- **Cuadro N° 11:** Población adulta mayor de 65 años, según condición de afiliación a un sistema de pensiones.

INDICE

CAPÍTULO I: GENERALIDADES _____	11
1. CAPÍTULO I: GENERALIDADES _____	12
1.1. INTRODUCCIÓN _____	12
1.2. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO _____	12
1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA _____	15
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN _____	16
1.5. OBJETIVOS _____	16
1.5.1. Objetivo General _____	16
1.5.2. Objetivo Especifico _____	16
1.6. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS _____	17
1.6.1. Hipótesis General _____	17
1.6.2. Hipótesis Específicos _____	17
1.7. SELECCIÓN DE VARIABLES _____	17
1.7.1. Variable Independiente _____	17
1.7.2. Variable Dependiente _____	17
1.8. METODOLOGÍA E INSTRUMENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN _____	18
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO _____	20
2. CAPITULO II: MARCO TEÓRICO _____	21
2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS _____	21
2.1.1. Historia del Perú y los adultos mayores _____	21
2.1.2. Servicios de atención a los ancianos _____	22
2.1.3. Inicios de la geriatría. _____	24
2.1.4. Diagnóstico de las personas adultas en el Perú _____	26
2.1.5. Por Salud _____	27
2.1.6. Por Actividades _____	32
2.1.7. De la Salud en Tacna _____	35
2.2. ANTECEDENTES CONCEPTUALES _____	36
2.2.1. Precisiones conceptuales _____	36
2.2.2. Otras definiciones importantes _____	38
2.2.3. Sobre la infraestructura de las residencias integrales para el Adulto Mayor _____	40
2.3. ANTECEDENTES CONTEXTUALES _____	43

2.3.1. Dimensión Socio Cultural	43
2.3.2. Dimensión Económica	46
2.3.3. Dimensión Urbano – Ambiental.	51
2.4. ANTECEDENTES NORMATIVOS	58
2.4.1. Reglamento Nacional De Edificaciones	58
2.4.2. Resolución Ministerial N°1379-78-Vc-3500 Del 21/08/78; Nte. A-060	60
2.4.3. Resolución Ministerial N° 482-96-SA/DM., De 08/08/96. Normas Técnicas para Proyectos de Arquitectura Hospitalaria	60
2.4.4. Leyes de Referencia	60
2.4.5. Otras Publicaciones.	62
CAPITULO III: PROPUESTA ARQUITECTÓNICA	67

3.1 ANÁLISIS DE LUGAR

3.1.1 Aspectos Físicos Ambientales

- a) Ubicación Geográfica
- b) Límites
- c) Topografía
- d) Edafología
- e) Geomorfología
- f) Vegetación
- g) Resistencia del Terreno
- h) Morfología (Saneamiento Físico del Terreno)
- i) Iluminación
- j) Ventilación
- k) Asoleamiento

3.1.2 Aspectos Urbanísticos

- a) Accesos peatonales y vehiculares
- b) Perfil Urbano
- c) Volumetría
- d) Flujos
 - ✓ Flujo Peatonal
 - ✓ Flujo Vehicular
- e) Ángulos de mayor impacto visual

3.1.3 Aspectos Tecnológicos – Constructivos

- a) Materiales de Construcción
 - ✓ La domótica en la infraestructura
- b) Sistemas Constructivos

3.1.4 Aspectos Normativos

a) Reglamento Nacional de Edificaciones

- ✓ Título 2: Habilitaciones Urbanas – Consideraciones Generales de las Habilitaciones.
- ✓ Título 3: Edificaciones – Condiciones Generales de las Edificaciones.

3.1.5 Formulación de la Propuesta

- a) Premisas de Diseño
- c) Síntesis Programática
- d) Conceptualización

3.2 DESARROLLO DEL ANTEPROYECTO

3.2.1 Plano de Ubicación, perimétrico

3.2.2 Plano topográfico

3.2.3 Planimetría General

3.2.4 Cortes del conjunto

3.2.5 Elevaciones del conjunto

3.2.6 Plano de Techos

3.3 DESARROLLO DEL PROYECTO

3.3.1 Desarrollo de la unidad seleccionada a nivel de proyecto

3.3.2 Plantas por actividades

3.3.3 Plano de Cortes

3.3.4 Plano de Elevaciones

3.3.5 Plano de Trazado de Planimetría

3.3.6 Plano de Techos

3.3.7 Plano de detalles constructivos y arquitectónicos

3.3.8 Cuadro de acabados

3.3.9 Imágenes en 3D

3.3.10 Maqueta

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES _____	83
BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS _____	85
ANEXOS _____	87

CAPÍTULO I: GENERALIDADES

1. CAPÍTULO I: GENERALIDADES

1.1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de una persona se entiende como una etapa de cambios estructurales y funcionales del proceso natural, universal, progresivo y continuo de todo el ciclo de vida.

Dichos cambios se caracterizan por la pérdida progresiva de las capacidades de adaptación y de interacción del ser humano con su medio ambiente, con la calidad de servicios de salud y las enfermedades sufridas durante la infancia, adolescencia y adultez.

En el envejecimiento humano resaltan, en gran parte, las elevadas tasas de enfermedades que suelen dar como resultado sombrías expectativas en sociedades donde predomina el concepto de adulto mayor, vinculado con su alejamiento del proceso productivo y del desempeño de roles poco significativos.

Se estima que existen 580 millones de adultos mayores en el mundo y que 350 millones viven en países en desarrollo rompiendo con el mito que está es una característica poblacional de los países ricos.

En Tacna encontramos establecimientos de salud y hospitales que brindan atención con un enfoque Integral a la población adulto mayor siendo este el responsable de liderar y cumplir el paquete de atención integral de salud al Adulto Mayor.

Pero estos no cuentan con una institución encargada solamente para las personas de la tercera edad, donde se les de la calidad de vida, cuidado que ellos requieren; un lugar fijo donde ellos puedan pasar, disfrutar y alargar su ciclo de vida.

1.2. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

El área delimitada de estudio para la ubicación del predio denominado Delfín Veliz, en el Distrito de Pachia, provincia y departamento de Tacna.



Grafico N° 1: Mapa Político del Perú



Grafico N° 2: Mapa de Tacna

El distrito de Pachia es un distrito organizado territorialmente con un desarrollo urbano ambiental sostenible, basado en la agroexportación y el ecoturismo, con servicios básicos y eficientes, su población es unida y participativa, goza de salud y educación integral de calidad; el distrito se encuentra articulado vialmente.



Grafico N° 3: Delimitador del Distrito de Pachia



Grafico N° 4: vista satelital del terreno

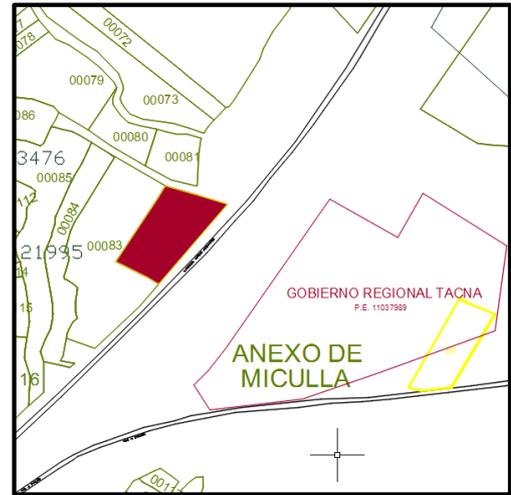


Grafico N° 5: Plano de localización del terreno

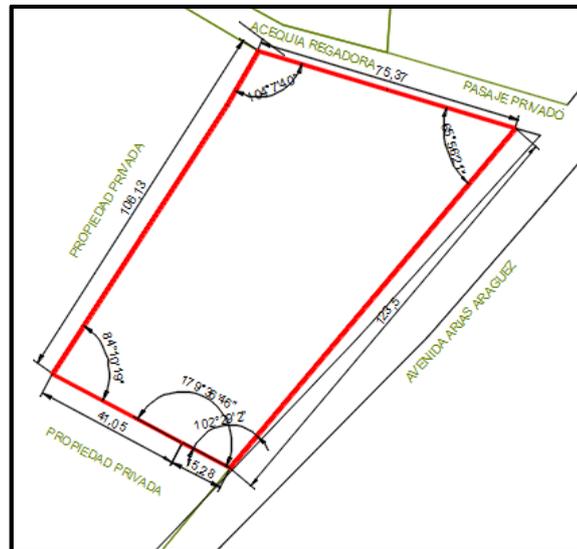


Grafico N° 5: Plano perimétrico del terreno

Linderos y medidas perimétricas

Por el Norte: Con el pasaje rustico en línea recta de 75,37 ml.

Por el este: Con el terreno con código catastral N°00083 en línea quebrada de dos tramos de 41,05 ml. Y 15,28 ml.

Por el oeste: Con el terreno con código catastral N°00083 en línea recta de 106,13 ml.

Por el sur: Con la Av. Arias Aragüés en línea recta de 123,5 ml.

Perímetro: 361.33 ml.

Áreas del terreno:

Pre urbano:	2,400.00 m ²
Rural:	<u>4,800.00 m²</u>
TOTAL:	7,200.00 m ²

1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la ciudad de Tacna, según la encuesta demográfica y salud familiar ⁽¹⁾, las personas consideradas adultas mayores son componentes de un grupo minoritario, que han sido consideradas dentro de esas prioridades publicadas por la Asociación Nacional del Adulto Mayor y Red Nacional del Adulto mayor ⁽²⁾ donde la población de 65 y más años de edad constituye el 8,1 % en el área rural y 4,0 % en el área urbana.

Aproximadamente sólo un 25% del total de los adultos mayores están amparados por la Seguridad Social, son los jubilados de las empresas públicas o privadas que aportaron durante su vida productiva para lograr ésta protección en su vejez. Los que no aportaron o los que no ejercieron ocupaciones dependientes, si no tuvieron la capacidad o la precaución de ahorrar, a riesgo de devaluaciones monetarias, y si no tienen el apoyo familiar están condenados a una vida de desamparo. Algunos son acogidos en instituciones de inspiración caritativa y otros que el gobierno apoya en una mínima cantidad mensual con la “Pensión 65” para su supervivencia.

Las personas adultas mayores que cuentan con una pensión o están afiliadas en la Oficina Nacional de Pensiones (ONP) es de un total de 2784 adultos y los que no cuentan con ninguna pensión es de un total de 19237 adultos, dando un total de 24467 adultos mayores en la Provincia de Tacna.

Del total de adultos mayores afiliados a un SIS ⁽³⁾ en la Provincia de Tacna para el control integral de salud es realizado al 78.34% de estos; de los cuales el 40.28% son aparentemente sanos.

¹ Proyecto Observatorio De La Salud/La Salud En El Perú/DOC. Carlos Bardalez Del Aguila

² Asociación Nacional del Adulto Mayor y Red Nacional del Adulto Mayor (ANAMH-RENAMH)/Capítulo III/Derechos y Obligaciones.

³ Sistema Integral De Salud/Programa Regional De Poblaciones/Tacna/Gobierno Regional Tacna.

En la Región de Tacna solo existen dos centros de atención para las personas adultas mayores que se hacen cargo solo de un 45 % de adultos mayores en abandono, siendo estos centros de infraestructura insuficiente la Provincia de Tacna.

Del 40.28% de adultos mayores, que se encuentra aparentemente sano, no cuenta con un centro especializado donde pasar su vejez, sean atendidos y puedan realizar actividades según las capacidades que estos demuestran, dejando atrás el cargo y molestia familiar, creando un ambiente donde se sientan útiles y así lograr la calidad de vida propicia que desean.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El proyecto de tesis INFRAESTRUCTURA INTEGRAL PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LA PROVINCIA DE TACNA tratara de satisfacer las necesidades requeridas por el adulto mayor, Afiliándolo a una Residencia, con espacios confortables donde se puedan desarrollar actividades motoras, generando el aprendizaje, recreación, atención y un mejor termino de vida.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. Objetivo General

DISEÑAR UNA INFRAESTRUCTURA INTEGRAL PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LA PROVINCIA DE TACNA, buscando mejorar su calidad de vida, la cual promueva la integración social de los adultos mayores.

1.5.2. Objetivo Especifico

- Incentivar el desarrollo de actividades sociales de encuentros tanto entre los adultos mayores y con las familias y la comunidad con el propósito de integrarse a la sociedad; Creando espacio de encuentro e intercambio para mejorar la formación del adulto mayor.

- Considerar criterios paisajistas, innovadores y la utilización de materiales modernos que permitan ofrecer un confort entre las personas albergadas.
- Se realizara un diagnostico situacional del adulto mayor en la provincia de Tacna, con el fin de establecer condicionantes de diseño modernos y contemporáneos para brindar una calidad de vida apropiada en el proyecto a plantear.

1.6. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

1.6.1. Hipótesis General

“EL PROYECTO DE INFRAESTRUCTURA INTEGRAL PERMITIRÁ MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LA PROVINCIA DE TACNA”.

1.6.2. Hipótesis Específicos

- ✓ La residencia y atención del adulto mayor, permitirá la interrelación del adulto mayor dándole una mejor calidad de vida.
- ✓ El diseño con tratamiento paisajista y materiales innovadores, conseguirá un mejor confort para el adulto mayor.
- ✓ Las actividades acorde a las capacidades del adulto mayor, permitirá despertar el interés respectivo y el reconocimiento del desenvolvimiento activo de este grupo de personas.

1.7. SELECCIÓN DE VARIABLES

1.7.1. Variable Independiente

- ✓ Infraestructura residencial integral

1.7.2. Variable Dependiente

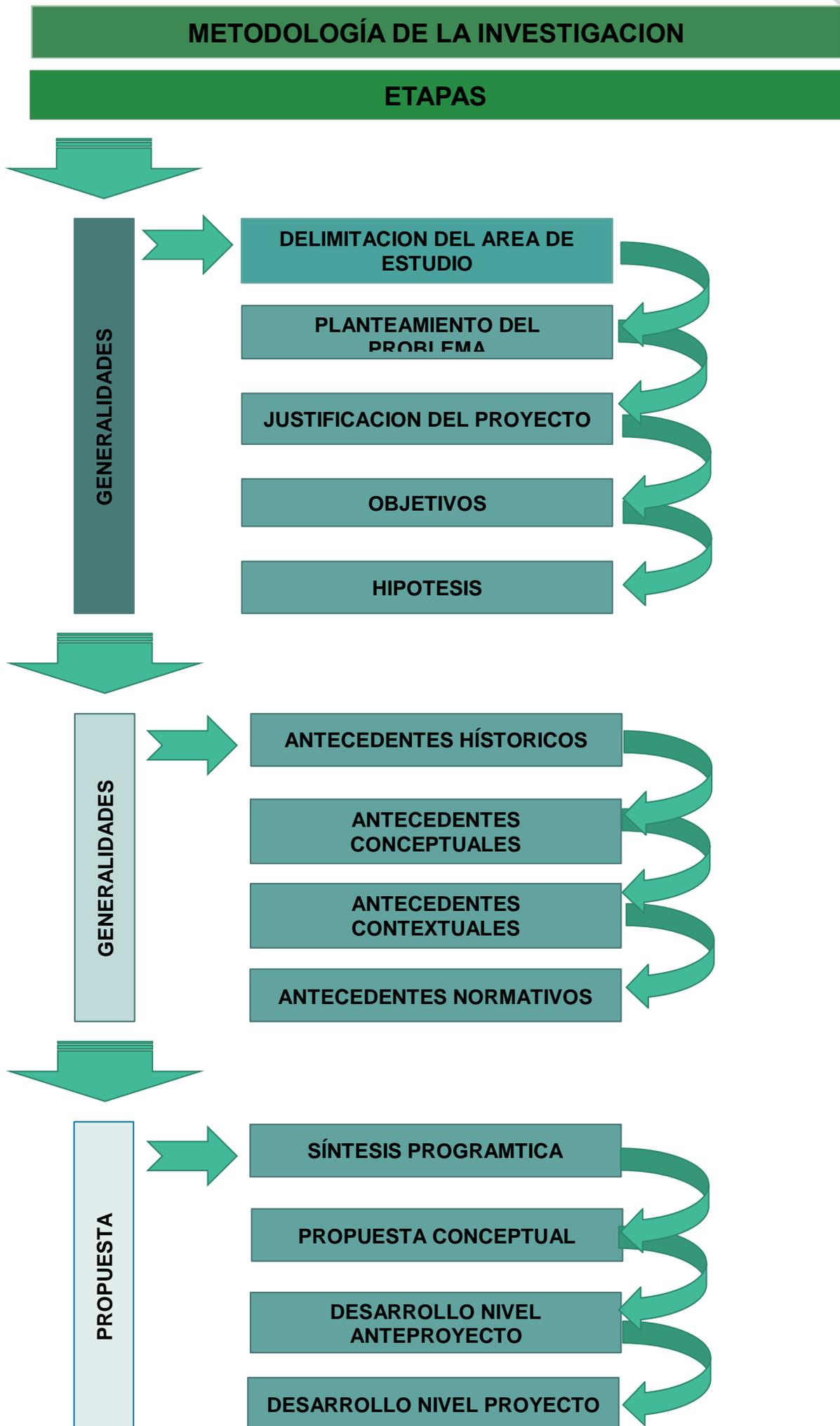
- ✓ Integración e interrelación social de los adultos mayores

1.8. METODOLOGÍA E INSTRUMENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Metodología: Descriptivo – Explicativo

Descriptivo: Se explica la situación actual en la cual se encuentran un porcentaje de los adultos mayores de la provincia de Tacna, reflejando así las decadencias y las necesidades, proponiendo una infraestructura tipo residencia para los adultos mayores la cual ayudara a la integración para la mejora de su salud y la prolongación de su calidad de vida.

Explicativo: nos permite establecer objetivos, hipótesis y generar conclusiones más específicas de las necesidades que los adultos mayores, logrando un mayor impacto para el desarrollo del proyecto.



CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2. CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

2.1.1. Historia del Perú y los adultos mayores

En el Perú existen evidencias de vida humana que datan de más de 15 mil años de antigüedad que posteriormente se fueron conformando en diversos grupos y pueblos que desarrollaron sus respectivas lenguas y culturas en los espacios regionales andinos, entre los que destacan los paracas, nazca, mochica, huari, Tiahuanaco, chimú y los inca⁴.

Hacia el año 1500, la organización política inca había incorporado a la mayoría de las formaciones sociales andinas, conformando el Tahuantinsuyo. Esta vasta y compleja formación económica social se constituyó teniendo como sustento un modelo teocrático de gobierno, en el que la elite Inca se ubicaba en la cúspide del sistema y era considerada de origen divino.

En el Incanato, la base de la organización social y económica era el ayllu, que estaba conformado por grupos de familias con lazos de parentesco. La economía inca se basaba en el trabajo colectivo; en ella el anciano mantenía su estatus laboral de manera permanente, desempeñando labores adecuadas a su condición biológica. Al llegar a edades muy avanzadas, el ayllu se encargaba de su manutención. No se dispone de información respecto a la situación del adulto mayor en otros pueblos preincas o coetáneos a los incas pero por la estructura de poder teocrática y la base agropecuaria de la producción de la mayoría de éstos, la supervivencia del grupo estuvo asentada tanto en la capacidad de acción de los adultos y jóvenes como en los conocimientos y saberes de los mayores o ancianos.

En la colonia se produjo una división tajante entre la sociedad de españoles y la de indios; surgiendo sectores intermedios –mestizos, cholos– caracterizados por pugnar por diferenciarse de los indios y por asemejarse o asimilarse a los españoles. Los negros, introducidos en América como esclavos, constituyeron una categoría aparte de la

⁴ Desarrollando respuestas integradas de los sistemas de cuidados de la salud para una población en rápido envejecimiento, INTRA II – PERÚ.

estructura social. Su inclusión social ha significado un largo y duro proceso que se inició con el reconocimiento de su condición humana hasta su manumisión a mediados del siglo XIX. Se configuró así, en estas tierras, una sociedad estamental multiétnica, plurilingüe y multicultural.

Durante la colonia nacen las primeras instituciones hospitalarias; se fundan hospitales y hospicios bajo el amparo de la religión Católica. Después se estableció la enseñanza de una medicina medieval; el ejercicio y control de la profesión se dio a través del protomedicato.

Las relaciones entre el Perú y los países vecinos fueron difíciles desde el inicio de la vida republicana. Los problemas con Chile llevaron a la Guerra del Pacífico en 1879. Tras cinco años de guerra, el Perú perdió parte de sus territorios en el sur. El periodo de postguerra se caracterizó por una economía destruida y, en lo político, por una pugna por el poder entre los caudillos militares derrotados por el ejército chileno. Durante 30 años el Perú estuvo gobernado por sucesivos dictadores, para luego dar paso a un sistema democrático que fue interrumpido por intermitentes golpes de Estado, lo cual ha determinado que una constante de nuestra vida republicana sea la alternancia entre gobiernos elegidos y dictaduras civiles o militares.

En estos periodos de la república 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 laboral⁵.

2.1.2. Servicios de atención a los ancianos

A mediados del siglo XIX, con el desarrollo de la medicina en el Perú bajo la influencia de la medicina francesa, inglesa y alemana, surgió el interés por satisfacer las necesidades de atención de los ancianos, especialmente de aquellos de sectores populares.

⁵ Desarrollando respuestas integradas de los sistemas de cuidados de la salud para una población en rápido envejecimiento, INTRA II – PERÚ.

La Sociedad de Beneficencia de Lima, fundada en 1834 durante el gobierno del general Orbegoso con la finalidad de brindar atención a los desvalidos, se hizo cargo de los hospicios, hospitales y cementerios. Esta sociedad estableció varios hospicios con la función limitada de albergues como el Manrique, Castaño, Ruiz Dávila y Corazón de Jesús, entre otros.

En 1924 fue construido el Asilo San Vicente de Paul, ex Hospicio de Incurables, hoy Hogar Geriátrico perteneciente a la Sociedad de Beneficencia de Lima para la atención de ancianos desvalidos.

La creación del Seguro Social Obligatorio para los obreros en 1936 marcó un hito, dado que por primera vez los trabajadores tendrían asegurada la atención médica durante su vejez, luego de la jubilación. En 1951 este tipo de atención se extendió mediante la forma de Seguro Social. En 1973 se creó el Sistema Nacional de Pensiones de la Seguridad Social que reemplazó a la Caja de Pensiones de la Caja Nacional del Seguro Social, del Seguro Social del Empleado y del Fondo Especial de Jubilación de Empleados Particulares.

Las Fuerzas Armadas se sumaron a la tendencia de brindar ayuda médica especializada a los ancianos. Así, se crearon servicios de atención geriátrica en el Hospital Militar Central en 1975; en el Hospital de las Fuerzas Policiales, en 1982; en el Hospital Central de Aeronáutica, en 1983 y en el Hospital Naval Central, en 1985.

El 27 de agosto de 1982 fue inaugurado en el distrito del Rímac el asilo que lleva el nombre de su benefactora, Ignacia Rodolfo viuda de Canevaro.

En 1998 se creó el servicio de Geriátria en el Hospital de la Seguridad Social Guillermo Almenara Irigoyen (ex Obrero), mientras que en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins (ex Empleado), también de la seguridad social, funciona una unidad de valoración geriátrica.

Recientemente han sido creados servicios de geriatría en algunos hospitales del Ministerio de Salud, tales como Cayetano Heredia, Arzobispo Loayza, 2 de Mayo, Sergio Vinales; sin embargo, éstos aún no están debidamente implementados para un funcionamiento óptimo⁶.

⁶ Desarrollando respuestas integradas de los sistemas de cuidados de la salud para una población en rápido envejecimiento, INTRA II – PERÚ.

2.1.3. Inicios de la geriatría.

La Geriatría como disciplina se inició en nuestro país a mediados del siglo XX. En 1953, un grupo de médicos, interesados en esta relativamente nueva especialidad, decidieron fundar la Sociedad Peruana de Geriatría. El primer presidente fue el Dr. Eduardo Valdivia Ponce. En 1957 esta sociedad se afilió a la Asociación Internacional de Gerontología. Posteriormente entró en crisis debido a que sus miembros no pudieron ponerse de acuerdo respecto a la finalidad e identidad de la institución.

A fines de los 70, otro grupo de médicos creyó necesario formar una sociedad de la especialidad, fundando la Sociedad de Gerontología y Geriatría del Perú en 1978. Su primer presidente fue el Dr. Miguel LLadó. Esta sociedad, reconocida por el Colegio Médico del Perú, viene desempeñándose a través de cursos de educación médica continua de la especialidad. Cuenta con filiales en Arequipa, Trujillo, Cusco y Piura. Su órgano oficial es la Revista Geronto, cuyo primer número apareció en 1982.

Desde la década de los setenta se vienen desarrollando programas de formación en atención geriátrica especializada en algunas universidades nacionales, tanto en la carrera de Medicina como en la de Enfermería.

En la ciudad de Arequipa la Universidad Nacional de San Agustín, a través del Centro Universitario de Salud Pedro P. Díaz, creado en 1979, desarrolla, entre sus actividades, Programas del Adulto y del Adulto Mayor y en proyección social, campañas psicológicas de Atención a Niños, Adultos y Adultos mayores. En la Universidad Católica Santa María, el Programa de Enfermería incluye, entre sus objetivos, orientar sus acciones al cuidado de las necesidades humanas de la mujer, del recién nacido, del niño, adolescente, adulto joven y adulto mayor en estados agudos, crónicos y críticos

El centralismo ha determinado que la mayoría de instituciones para la atención geriátrica se encuentren concentradas en Lima. Sin embargo, en los últimos años, la Seguridad Social ha venido desempeñando una activa labor estableciendo servicios de atención geriátrica y centros de esparcimiento, en las principales ciudades del país.

Por Decreto Supremo en el 2002 se aprobó el “Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2002-2006” con el objetivo de implementar acciones coordinadas entre las organizaciones gubernamentales y la sociedad civil a fin de aumentar la participación e integración social del adulto mayor, a través del incremento en la cobertura y calidad de los servicios de salud, la garantía de una asistencia alimentaria y nutricional y la generación de oportunidades para una vida armónica con la familia y la comunidad. La coordinación, seguimiento y evaluación del mencionado Plan Nacional está a cargo del Ministerio de Promoción de la Mujer y Desarrollo Humano (MIMDES).

Además del Plan Nacional, el Ministerio de Salud considera la atención según las etapas de ciclo vital, desarrollando normas para la atención del adulto mayor en el marco de un modelo integral de atención de la salud.

El 26 de agosto, día del fallecimiento de Santa Teresa Jornet Ibars, cofundadora de la Orden de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados, ha sido instituido como el Día del Anciano Peruano.

En el campo docente y formativo, desde hace más de 10 años se ha integrado en los currículos de pregrado el curso de geriatría en algunas universidades. También se ha establecido la especialidad de geriatría escolarizada en el programa de residentado médico. Recientemente se han instituido programas de maestría y gerontología en diversas universidades. En 1989, la Universidad Peruana Cayetano Heredia creó el Instituto de Gerontología cuya misión es fomentar y realizar investigaciones en los campos de la geriatría y gerontología en el Perú.

Servicios de atención a los ancianos

A mediados del siglo XIX, con el desarrollo de la medicina en el Perú bajo la influencia de la medicina francesa, inglesa y alemana, surgió el

interés por satisfacer las necesidades de atención de los ancianos, especialmente de aquellos de sectores populares. La Sociedad de Beneficencia de Lima, fundada en 1834 durante el gobierno del general Orbegoso con la finalidad de brindar atención a los desvalidos, se hizo cargo de los hospicios, hospitales y cementerios. Esta sociedad estableció varios hospicios con la función limitada de albergues como el Manrique, Castaño, Ruiz Dávila y Corazón de Jesús, entre otros.

La creación del Seguro Social Obligatorio para los obreros en 1936 marcó un hito, dado que por primera vez los trabajadores tendrían asegurada la atención médica durante su vejez, luego de la jubilación. En 1951 este tipo de atención se extendió mediante la forma de Seguro Social. En 1973 se creó el Sistema Nacional de Pensiones de la Seguridad Social que reemplazó a la Caja de Pensiones de la Caja Nacional del Seguro Social, del Seguro Social del Empleado y del Fondo Especial de Jubilación de Empleados Particulares⁷.

Las Fuerzas Armadas se sumaron a la tendencia de brindar ayuda médica especializada a los ancianos. Así, se crearon servicios de atención geriátrica en el Hospital Militar Central en 1975; en el Hospital de las Fuerzas Policiales, en 1982; en el Hospital Central de Aeronáutica, en 1983 y en el Hospital Naval Central, en 1985.

Recientemente han sido creados servicios de geriatría en algunos hospitales del Ministerio de Salud, tales como Cayetano Heredia, Arzobispo Loayza, 2 de Mayo, Sergio Vinales; sin embargo, éstos aún no están debidamente implementados para un funcionamiento óptimo.

2.1.4. Diagnóstico de las personas adultas en el Perú

Según el informe de la Organización Panamericana de la Salud sobre el “Estado del envejecimiento y la salud en América Latina y el Caribe, la situación socioeconómica de los adultos mayores”⁸, el Perú se ubica en la subregión Países Andinos junto con Bolivia, Colombia, Ecuador y Venezuela, en la que el índice de envejecimiento se duplicará en las

⁷ Perfil del Adulto Mayor. INTRA II – PERÚ.

⁸ Estado del envejecimiento y la salud en América Latina y el Caribe, la situación socioeconómica de los adultos mayores

próximas dos décadas y el área rural seguirá siendo importante en cuanto a población adulta mayor.

La población del Perú al igual que muchos de los países en desarrollo se caracteriza por ser joven. El 38% de su población es menor de 15 años, y sólo el 6% corresponde a los 60 años o más cuya proyección al año 2025 será del 12%.

Los adultos mayores, componentes de un grupo minoritario, no han sido mayormente considerados dentro de esas prioridades. Es evidente que las mayores posibilidades para la supervivencia, y el cuidado de la salud la tienen los ancianos del estrato social alto o medio alto con mayor poder económico. En los sectores populares en cambio, la pobreza margina a los mayores de una atención de primera categoría.

Aproximadamente solo el 25% del total de adultos mayores están amparados por la Seguridad Social, y son los jubilados de las empresas públicas o privadas que aportaron durante su vida productiva para lograr ésta protección en su vejez. Los que no aportaron o los que no ejercieron ocupaciones dependientes, si no tuvieron la capacidad o la precaución de ahorrar a riesgo de devaluaciones monetarias, y si no tienen el apoyo familiar están condenados a una vida de desamparo, ya que el gobierno apoya en una mínima cantidad mensual con la “Pensión 65” para su supervivencia ⁽⁹⁾.

2.1.5. Por Salud

2.1.5.1. Definición de enfermedades

La intensidad de las enfermedades, dependen del grado de envejecimiento de cada persona, siendo difícil establecer el comienzo de esta etapa de la vida en función exclusiva de la edad, debido a la creciente longevidad que podemos observar en las sociedades de occidente.

No obstante, a partir de los 65 años una persona es considerada como anciana, reservándose el término de muy anciano a aquellos que superan los 80 años.

⁹ Diagnóstico De Las Personas Adultas Mayores/2011/Región De Tacna

- Arterioesclerosis de las Extremidades¹⁰: es un síndrome caracterizado por el depósito e infiltración de sustancias lipídicas, en las paredes de las arterias de mediano y grueso calibre. Esto provoca una disminución en el flujo sanguíneo que puede causar daño a los nervios y otros tejidos. Los problemas de riego en las extremidades en la arteriosclerosis suelen ocurrir antes en las piernas o los pies y la edad es uno de los factores de riesgo más importantes.

La persona afectada empieza a notar dolor de piernas, hormigueo en los pies estando en reposo, úlceras e incluso gangrena en los pies (el tejido “se muere”, notándose visiblemente)

- Artrosis¹¹: afecta más a las mujeres que a los hombres, y a partir de los 75 años, prácticamente todas las personas tienen artrosis en alguna articulación. La edad, la obesidad y la falta de ejercicio, son algunos de los factores que predisponen a sufrirla. Consiste en una degeneración del cartílago articular por el paso de los años, que se traduce en dificultades de movilidad y dolor articular con los movimientos.

- Artritis¹²: es la inflamación de una articulación, caracterizada por dolor, limitación de movimientos, tumefacción y calor local. Puede estar causada por numerosas enfermedades y síndromes. Se suele detectar pasados los 40 años, en radiografías, sin que antes se haya presentado ningún síntoma.

- Alzheimer: Es una enfermedad neurodegenerativa del sistema nervioso central que constituye la principal causa de demencia en personas mayores de 60 años. Se caracteriza por una pérdida progresiva de la memoria y de otras capacidades mentales.

- Parkinson: El Parkinson es una enfermedad neurodegenerativa que se produce en el cerebro, por la pérdida de neuronas en la sustancia negra cerebral. El principal factor de riesgo del Parkinson es la edad.

¹⁰ Principios de patologías, Pérez Tamayo, López Corella- edición 2007

¹¹ Principios de patologías, Pérez Tamayo, López Corella- edición 2007

¹² Principios de patologías, Pérez Tamayo, López Corella- edición 2009

- Hipertrofia benigna de Próstata: Consiste en un crecimiento excesivo en el tamaño de la próstata a expensas del tamaño celular. Es muy común en los hombres a partir de los 60 años. Para su diagnóstico, es frecuente la “biopsia prostática” y el tacto renal, que además puede detectar síntomas de cáncer.
- Gripe: Se trata de una enfermedad “común” que dura entre 3 y 7 días, pero las personas mayores pueden tener complicaciones que a menudo requieren hospitalización por problemas respiratorios.
- Malnutrición: A menudo, se pasan por alto los problemas de nutrición de la tercera edad, lo que puede traer complicaciones muy serias tales como deshidratación, anemia, déficit de vitaminas, anorexia y gastritis.
- Presión arterial alta: La hipertensión arterial no suele tener síntomas, pero puede causar problemas serios como insuficiencia cardíaca, un derrame cerebral, infarto e insuficiencia renal.
- Problemas Visuales: Con la edad adulta es muy frecuente que nuestra vista vaya perdiendo facultades. Los problemas de visión más frecuentes en las personas mayores son la miopía, presbicia, cataratas, degeneración macular del ojo, glaucoma, tensión ocular.
- Claudicación intermitente: Caracterizado por la aparición de dolor muscular intenso en las extremidades inferiores, en la pantorrilla o el muslo, que aparece normalmente al caminar o realizar un ejercicio físico y que mejora al detener la actividad.
- Demencia senil: Se manifiesta con problemas en las áreas de la memoria, la atención, la orientación espacio-temporal o de identidad y la resolución de problemas. Los primeros síntomas suelen ser cambios de personalidad, de conducta, dificultades de comprensión, en las habilidades motoras e incluso delirios. A veces se llegan a mostrar también rasgos psicóticos o depresivos.
- Osteoporosis: Es una enfermedad en la cual disminuye la cantidad de minerales en el hueso, perdiendo fuerza la parte de hueso trabecular y volviéndose quebradizos y susceptibles

de fracturas. Es frecuente sobre todo en mujeres tras la menopausia debido a carencias hormonales, de calcio y vitaminas por malnutrición, por lo que un aporte extra de calcio y la práctica de ejercicio antes de la menopausia favorecerán en su prevención.

- Accidente Cerebro Vascular (Ictus)¹³: Ocurre cuando un vaso sanguíneo que lleva sangre al cerebro se rompe o es obstruido por un coágulo u otra partícula, lo que provoca que parte del cerebro no consiga el flujo de sangre que necesita, quedándose la zona sin riego, por lo que no pueden funcionar y mueren transcurridos unos minutos, quedando paralizada la zona del cuerpo “dirigida” por esa parte del cerebro.
- Diabetes Mellitus tipo 2: se caracteriza por la producción insuficiente o resistencia a la insulina, constituye una patología muy prevalente entre las personas maduras y es una patología de elevada morbimortalidad¹⁴.

2.1.5.2. Características comunes de los ancianos en la Región Tacna:

•La cualidad de fragilidad asignada a un anciano, dentro de la clínica geriátrica, supone atribuirle la presencia de una situación de alto riesgo de deterioro, fundamentalmente en forma de incapacidad. El término frágil, “algo que se rompe fácilmente”, es suficientemente descriptivo de un grupo de pacientes ancianos relativamente frecuente en la práctica diaria. Son pacientes inestables o que se encuentran en un equilibrio inestable, con riesgo de perder esta estabilidad precaria hacia una situación de incapacidad y dependencia ante un agente o proceso externo que actúe sobre ellos. Su menor reserva o resistencia ante diferentes agresiones les llevarán con mayor o menor rapidez a la pérdida de autonomía.

¹³ Principios de patologías, Pérez Tamayo, López Corella- edición 2007

¹⁴ 3era edad. SALUD, CULTURA Y OCIO/ <http://www.tercera-edad.org/salud/enfermedades.asp>

Sin embargo aún no existe un consenso absoluto sobre cuáles son las características de riesgo que definen esta situación.

• Probablemente esto ocurre debido a que son varias dimensiones las que pueden influir para poner al paciente en situación de fragilidad:

- Aspectos clínicos con la presencia de diferentes enfermedades, fundamentalmente crónicas, que han modulado la forma de envejecer de nuestro paciente.
- Ubicación del paciente por necesidad de hospitalización o de cuidados en instituciones residenciales.
- Situación basal funcional que condiciona su nivel de autonomía personal.

¿Quiénes son los ancianos frágiles?

• Teniendo en cuenta estas diferentes dimensiones y gracias a aportaciones de diversos autores es posible acercarse afinadamente al perfil de estos ancianos. Son pacientes en los que están presentes algunas de estas características:

- Presencia de patología múltiple o patología crónica con alto poder incapacitante.
- Cierta grado de incapacidad que dificulta el autocuidado personal, precisando ayuda en la realización de actividades básicas de la vida diaria: alimentación, deambulación, continencia, baño, vestido, uso del retrete.
- Presencia de deterioro cognitivo.
- Polifarmacia.
- Aislamiento social. Soledad. Pobreza.
- Viudedad reciente.
- Cambio de domicilio reciente.
- Haber sido hospitalizado recientemente.
- Situación que es causa potencial de deterioro funcional y pérdida de autonomía en el anciano

2.1.6. Por Actividades

2.1.6.1. Definición de actividades

- ✓ La promoción de actividad física en los adultos mayores es indispensable para disminuir los efectos del envejecimiento y preservar la capacidad funcional del anciano. Existen varios tipos de actividades que pueden y deben ser promovidos en esta edad. Algunos de ellos son:
- ✓ Actividades Aeróbicas: realización de actividades de bajo impacto como la caminata, ciclismo, natación, hidrogimnasia, subir escaleras, baile, yoga, tai chi y gimnasia aeróbica de bajo impacto. Estas actividades son preferibles a las llamadas de alto impacto, como trotar, correr, o practicar deportes con saltos, que tienen gran prevalencia de lesiones en esta etapa de la vida.
- ✓ Entrenamiento de la Fuerza Muscular: un aspecto fundamental del programa de ejercicio es el fortalecimiento de la musculatura buscando aumentar la masa muscular y la fuerza muscular; evitando así una de las principales causas de incapacidad y de caídas. Además la masa muscular es el principal estímulo para aumentar la densidad ósea.
- ✓ Hidrogimnasia: Las principales ventajas son la disminución de las fuerzas gravitacionales, disminución del estrés mecánico del sistema músculo-esquelético, facilidad para la termorregulación efecto natriuretico y diurético.
- ✓ Actividad social para el adulto mayor
Un enfoque simplista de la recreación en la tercera edad, nos llevaría a considerarlas como una opción individual del tiempo libre, por los niveles de participación y de actualización que pueden generar; sobre todo si se les considera como recurso potenciador, herramientas de acción social que permiten elevar el bienestar y la calidad de vida de las personas de la tercera edad. Los sujetos que envejecen adecuadamente utilizan y disfrutan de todas las posibilidades que existen en su entorno social y en sus propias personas, y están preparados para aceptar, sin

claudicar, las propias limitaciones, la disminución de sus fuerzas y la necesidad de recibir algún tipo de ayuda; pero no renuncian a mantener, dentro de rasgos razonables y posibles, determinados niveles de independencia y autodeterminación.⁽¹⁵⁾

La recreación, desde esta visión, resultan generadores de beneficios múltiples para las personas de la tercera edad, entre ellos podemos mencionar los siguientes:

- ✓ Potenciar la creatividad y la capacidad estética y artística.
- ✓ Favorecer el mantenimiento de un funcionamiento psicomotriz adecuado.
- ✓ Fomentar los contactos interpersonales y la integración social.
- ✓ Mantener, en cierto nivel, las capacidades productivas.
- ✓ Hacer frente a las disminuciones y limitaciones físicas.
- ✓ Mantener equilibrio, flexibilidad y expresividad corporal.
- ✓ Servir como medio de distensión y enfrentamiento activo al estrés y las tensiones propias de esta etapa de la vida.
- ✓ Contribuir al mantenimiento del sentimiento de utilidad y autoestima personal.
- ✓ Fomentar la creatividad y productividad en el uso del tiempo libre.
- ✓ Mantener o desarrollar la capacidad del disfrute lúdico y la apertura hacia nuevos intereses y formas de actividades.
- ✓ Fomentar la comunicación, la amistad y el establecimiento de relaciones interpersonales ricas y variadas.
- ✓ Propiciar el bienestar y la satisfacción personal.

Las modalidades de recreación que pueden ser instrumentadas, dejando siempre abierta la opción de libre elección, serían:

¹⁵ ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD PARA EL ADULTO MAYOR/Doc. Sandra Marcela Mahecha Matsudo/2010

- ✓ Recreación artística y cultural
- ✓ Recreación deportiva
- ✓ Recreación pedagógica
- ✓ Recreación ambiental
- ✓ Recreación comunitaria
- ✓ Los objetivos principales de las actividades se clasifican en los diferentes tipos de recreación expresada
- ✓ Los tipos de recreación artística, cultural, deportiva y pedagógica tienen por finalidad principal el mantenimiento, desarrollo y recuperación de habilidades diversas; servir de estímulo de la creatividad y posibilitar experiencias que contribuyan al bienestar y autoestima de los participantes. Por otra parte, estas actividades propician el establecimiento de relaciones interpersonales e integración social de los sujetos, con independencia de sus favorables efectos sobre la salud y el bienestar psicológico.
- ✓ La recreación ambiental, además de propiciar el disfrute de las relaciones con el medio ambiente, propicia la identificación con este, y fomenta el desarrollo de una cultura sostenible y la motivación por su preservación.
- ✓ En el caso de la recreación comunitaria, esta se orienta a la creación o fortalecimiento de redes de apoyo social, especialmente para las personas que viven solas, o tienen escasos recursos.
- ✓ La recreación terapéutica, puede estar orientada a personas con problemas funcionales, físicos o psicológicos y puede ser ella misma vehículo o instrumento de rehabilitación o complemento de programas diseñados a estos fines.
- ✓ En fin, de lo que se trata es de emplear las actividades de ocio y de recreación para el fomento de estilos de vida en el adulto mayor, que propicien su salud y bienestar y lo impliquen en acciones que le sirvan como instrumento para el crecimiento la autodeterminación personal y su adecuada inserción en la vida comunitaria y social.

- ✓ En el desarrollo de la investigación se emplearon métodos científicos que permitieron cumplimentar las tareas científicas.

2.1.7. De la Salud en Tacna

El mayor porcentaje de la población Tacneña se encuentra en la Provincia de Tacna específicamente en las zonas periurbanas, el mayor porcentaje de nuestra población es adulto 37.75%, de ellos el 50% son mujeres y el otro 50% varones. El 16.9% de adultos programados se encuentran afiliados al SIS. Los adultos que inician Plan de atención integral de salud del adulto solo logran completarlo el 47.36%.

De 12,108 adultos programados para el control integral de salud se le realiza al 78.34% de adultos de los cuales el 40.28% son aparentemente sanos.

Durante el año 2010 la primera causa de morbilidad en el adulto son las infecciones respiratorias de las vías respiratorias superiores 16%, presentándose estos casos en mayor proporción en las mujeres, así mismo apreciamos una tendencia ascendente de las IRA desde el año 2006 a la fecha. No se cuenta con actividades de intervención específica en este daño en vista de que no es una prioridad regional.

La segunda causa son las enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares con el 12%, presentándose la mayoría de los casos en el sexo femenino.

En el 2012 la Encuesta Nacional De Demografía Y Salud (ENDES) mide la presión arterial de la población, dando como resultado que el 32,3 por ciento de los adultos mayores en la región de Tacna sufre de hipertensión arterial

ENDES en el 2012 también midió el nivel de colesterol en la población adulta mayor (población de 60 a más años), del departamento de Tacna registro un 17.9 por ciento muestra colesterol alto; en cuanto a los triglicéridos altos, Tacna ocupa el sexto lugar a nivel nacional al registrar el 12,2 por ciento del promedio nacional.

Los resultados de la ENDES 2012 muestran que el 12.4 por ciento de la población adulta mayor del departamento de Tacna sufre de diabetes.

La tendencia de la obesidad en adultos es descendiente de 12% en el 2006 a 10% en el 2010. Actualmente se están realizando acciones preventivas como las consejerías preventivas en nutrición y el control integral de salud del adulto. La primera causa de defunción en adultos son los accidentes de transporte terrestre 10.6%, que requieren de la intervención de otras instituciones relacionadas a la aplicación de la Ley del consumo de alcohol el cual está relacionado con los accidentes de transporte; la segunda causa son las infecciones respiratorias agudas 6.9% en la que se requiere de educar al adulto sobre el auto cuidado en la prevención de IRAS y la tercera causa es la Tuberculosis 3.9% requiriendo de la estrategia en mención un plan de intervención que considere adherencia al tratamiento, tratamiento supervisado y seguimiento de casos.⁽¹⁶⁾

2.2. ANTECEDENTES CONCEPTUALES

Dentro de los Antecedentes Conceptuales detallamos definiciones, acotaciones y bases teóricas, relacionadas directamente con nuestro tema de tesis y su desarrollo; registradas por autores que hayan investigado acerca de nuestro tema, con la finalidad de puntualizar nuestra óptica de investigación a los lectores, tomando estos antecedentes como fundamentos existentes y registrados; dando validez a nuestra investigación, y concluimos esta etapa con las apreciaciones personales acerca de toma la información conceptual que hemos logrado recopilar.

2.2.1. Precisiones conceptuales

a) Adulto mayor

TERCERA EDAD: La persona que haya cumplido sesenta (60) años, nacional o extranjero con la debida acreditación de residencia ⁽⁴⁾.

ADULTO MAYOR INDIGENTE: Adulto mayor que carece de recursos económicos y/o financieros, o que recibe ingresos insuficientes para su subsistencia, que no está protegido por instituciones de seguridad

¹⁶ ANALISIS SITUACIONAL DE LA ETAPA DE VIDA ADULTO AÑO 2010 "DIRESA TACNA

social y cuyos parientes no están en capacidad de velar por su adecuado sostenimiento conforme a las disposiciones vigentes ⁽¹⁷⁾.

b) Residencia

Casa donde conviven y residen, sujetándose a determinada reglamentación, personas afines por la ocupación, el sexo, el estado, la edad, etc. ⁽¹⁸⁾

c) Atención Integral

Satisfacción de las necesidades físicas, materiales, biológicas, emocionales, sociales, laborales, culturales, recreativas, productivas y espirituales de los adultos mayores y jubilados, para facilitarles una vejez, útil y sana. Se consideran sus hábitos, capacidades funcionales, usos, costumbres y preferencias ⁽⁴⁾.

d) Patologías médicas

Se le atribuye al concepto de patología dos significados: uno lo presenta como la rama de la medicina que se enfoca en las enfermedades del ser humano y, el otro, como el grupo de síntomas asociadas a una determinada dolencia.

En este sentido, esta palabra no debe ser confundida con la noción de nosología, que consiste en la descripción y la sistematización del conjunto de males que pueden afectar al hombre. ⁽⁹⁾

e) Geriatria¹⁹

Cuando hablamos de Geriatria nos referimos a una rama de la medicina, es decir una especialidad médica como pudiera ser la Cardiología o la Pediatría. Tiene unas particularidades que la hacen hoy en día muy necesaria y atractiva, derivadas de lo que es su razón fundamental: el anciano.

f) Ayllu

Es una organización social Inca que se basó en el conjunto de individuos o de familias unidas por ciertos vínculos como un origen

¹⁷ Según Decreto de legislativo NO.199-2006 de la Ley Integral de protección al Adulto Mayor Y Jubilados/ capítulo I/ Disposiciones Generales.

¹⁸ *Real Academia Española / RAE*

⁴ Diagnóstico De Las Personas Adultas Mayores/2011/Región De Tacna

¹⁹ <http://www.saludalia.com/salud-familiar/que-es-geriatria>

común (real o ficticio) que eran descendientes de un antepasado común mítico y vivían en un lugar determinado. Entre las comunidades indígenas del Perú en general, el ayllu es la unidad esencial donde se distribuyen la riqueza y los cultivos, etc²⁰.

g) Fragilidad

Debilidad y facilidad para deteriorarse.²¹

h) Recreación

Se entiende por recreación a todas aquellas actividades y situaciones en las cuales esté puesta en marcha la diversión, como así también a través de ella la relajación y el entretenimiento.²²

i) Actividades

Es el conjunto de acciones que se llevan a cabo para cumplir las metas de un programa o subprograma de operación, que consiste en la ejecución de ciertos procesos o tareas.

j) Polifarmacia

Es un especialista en Primer Grado en Medicina General Integral y Especialista Primer Grado en Imagenología ; En el contexto de nuestra sociedad actual es conocida la frecuencia en que está presente la polifarmacia en el adulto mayor, constituyendo la mala prescripción una práctica que se repite.²³

2.2.2. Otras definiciones importantes

a) Actividades de integración

Las actividades de integración en los adultos mayores es indispensable para disminuir los efectos del envejecimiento y preservar la capacidad funcional del anciano. Existen varios tipos de actividades que pueden y deben ser promovidos en esta edad ⁽²⁴⁾.

²⁰ <http://www.historiacultural.com/2010/03/ayllu-inca-organizacion-social.html>

²¹ <http://es.thefreedictionary.com/fragilidad>

²² <http://www.definicionabc.com/social/recreacion.php#ixzz3SxXEHv6x>

²³ http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000100016

⁹ Real Academia Española / RAE

²⁴ 3era edad. SALUD, CULTURA Y OCIO/ <http://www.tercera-edad.org/salud/enfermedades.asp>

b) Tipologías de residencias para el Adulto Mayor

Existen tres tipos de residencias para la tercera edad:

- ✓ La primera clase serían las residencias de ancianos públicas: Este tipo de residencias dependen de un organismo público. Lo más habitual es que dependan de las Comunidades Autónomas, pero hay ocasiones en las que dependen de los Ayuntamientos.
- ✓ Las segundas serían las residencias para la tercera edad privadas: Éstas están gestionadas por empresas, y deben tener las pertinentes autorizaciones de los Organismos Públicos.
- ✓ La tercera clase serían las residencias para la tercera edad concertadas: Son gestionadas por empresas privadas, en este caso la administración pública tiene reservadas todas o parte de las plazas. En estas residencias de ancianos las condiciones de admisión y los precios son los mismos que en las residencias públicas.

c) Infraestructura especializada

Una infraestructura es el conjunto organizado de espacios, servicios y estructuras físicas básicas que permiten se lleve a cabo una actividad humana en un espacio geográfico determinado.

Estos elementos están interconectados formando un sistema que apoya el desarrollo de una sociedad proveyendo materias primas y servicios que aumentan la calidad de vida de un grupo de personas e incluyen tantos activos fijos, sistemas de control y software, así como los procesos ejecutados por las personas que los operan.

La infraestructura se caracteriza por emplear personas para mantener, monitorear y operar dichos activos en tareas administrativas de pedidos, calendarización y cobro de servicios.

Infraestructura especializada consiste en activos, equipos o procesos para la proveeduría de servicios especializados que ayuden a la mejorar la convivencia en una infraestructura.

2.2.3. Sobre la infraestructura de las residencias integrales para el Adulto Mayor

2.2.3.1. Bases teóricas sobre políticas internas

Es objetivo de la política interna es mejorar el bienestar físico, psíquico y social de las Personas Adultas Mayores, a través del incremento en la cobertura y calidad de los servicios socio-sanitarios, la garantía de una asistencia alimentaria y nutricional, y la generación de oportunidades para una vida armónica dentro de su familia y su comunidad.

La Política del Envejecimiento Saludable comprende tres ejes: Salud, Nutrición y Uso del Tiempo Libre. Por su parte el eje de Salud, abarca dos áreas: Promoción de la Salud y Asistencia Médica.

Eje de Salud

a) Área de Promoción de la Salud- Medidas:

Diseñar, implementar y difundir programas financiados y sostenibles que brinden Seguro a los Adultos Mayores (Seguro Universal de Salud) en coordinación con proyectos existentes en el Gobierno Regional de Tacna (Preventivo Promocional) que estimulen la participación en actividades vivenciales, físicas (TAI CHI), recreativas y de autoayuda considerando las condiciones y necesidades de desarrollo humano y calidad de vida.

Reglamentar, implementar y evaluar los servicios y programas de salud asistenciales dirigidos a las personas Adultas Mayores, incorporando y garantizando la atención diferenciada y por niveles de atención, priorizando a la población en situación de pobreza y extrema pobreza, aun si la Región de Tacna no está incluida en el mapa de pobreza ya que existe un 0.3% de pobreza en el Adulto Mayor.

2.2.3.2. Bases teóricas del cuidado del adulto mayor

Esta política tiene como objetivos incrementar los niveles de participación social y participación política de las Personas Adultas Mayores de manera los integre como agente del desarrollo comunitario, entonces se debe:

Promover la constitución, el fortalecimiento y reconocimiento a las asociaciones (aún no inscritas) de Personas Adultas Mayores que permitan fomentar su participación en el desarrollo integral de sus localidades.

Convocar a las organizaciones de Personas Adultas Mayores para establecer los mecanismos de coordinación y participación sostenible, considerando la dimensión cultural y de género.

Trabajar de manera conjunta con las entidades públicas y privadas con el fin de crear una sola organización regional del Adulto Mayor evitando así la duplicidad funcional.

Diseñar e implementar sistemas de vigilancia ciudadana para el cumplimiento de las leyes y normas que eliminen las barreras arquitectónicas y urbanísticas, que faciliten el acceso a los servicios de uso público y otras a favor de las personas adultas mayores para la plena integración social y seguridad física de las Personas Adultas Mayores sin discriminación alguna.

2.2.3.3. Bases teóricas sobre la política de empleo, previsión y seguridad social.

La Política de Empleo, Previsión y Seguridad Social, tiene como objetivo promover oportunidades para las Personas Adultas Mayores a través de mecanismos que permitan mejorar su calificación e inserción en el mercado laboral garantizando un nivel mínimo de ingresos y su acceso a los servicios de previsión y seguridad social, ya que en la Región de Tacna los Adultos Mayores solo 10,500 cuentan con una pensión, es decir, un 50,6% entonces:

Se debe de desarrollar programas descentralizados de promoción de la micro, pequeña y mediana empresa con énfasis en las actividades productivas y de servicios, de acuerdo a las características y necesidades de las personas

Adultas Mayores, que promuevan su acceso a mercados, créditos, desarrollo empresarial y nuevas tecnologías, así como fomentar que los programas de desarrollo regional y local que incluyan programas de empleo para las Personas Adultas Mayores.

Promover la responsabilidad social empresarial para facilitar el acceso al mercado de las personas Adultas Mayores y el desarrollo de programas especiales de inclusión laboral o de servicio para las Personas Adultas Mayores

2.2.3.4. Bases teóricas sobre la relación entre la infraestructura y la calidad de vida

El objetivo de esta política del Plan Provincial es elevar el nivel educativo y cultural de la población adulta mayor, promover una imagen positiva del envejecimiento y la vejez, e incrementar en la sociedad el reconocimiento hacia los valores y experiencias de la vida de las personas Adultas Mayores, entonces:

Se debe incorporar en las currículas de todos los niveles de educación básica regular (inicial, primaria y secundaria) más educación superior y otras modalidades del sistema educativo, conceptos fundamentales sobre temas de envejecimiento saludable y vejez, de tal manera que los niños y adolescentes de Tacna tomarán conciencia y respetarán al Adulto Mayor.

Formular y desarrollar Programas Intergeneracionales que transmitan conocimientos, habilidades e intercambio de experiencias que permitan disminuir las brechas generacionales.

Promover la igualdad de oportunidades y combatir la discriminación hacia las Personas Adultas Mayores, con participación de todas las entidades públicas y privadas de la Región de Tacna.

Promover programas de capacitación en gerontología y geriatría en la educación superior, formando recursos humanos calificados para la atención de las Personas Adultas Mayores.

Promover programas de capacitación y/o ocupacionales para la incorporación de las Personas Adultas Mayores al mercado laboral, aprovechando la experiencia acumulada y el tiempo disponible.

Difusión de la Ley N° 28803, (Ley del Adulto Mayor) Ley que los ampara en la Constitución, en la Región Tacna, a través de los medios de comunicación.

2.3. ANTECEDENTES CONTEXTUALES

2.3.1. Dimensión Socio Cultural

2.3.1.1 Aspecto poblacional: Población del Adulto Mayor

a) Población Adulto Mayor por Sexo

La población Adulta Mayor en el departamento de Tacna incremento en un 0.4% en el año 2010 al 2011, según la proyección poblacional del INEI. La población masculina es mayor que la femenina.

Cuadro N° 1: Región Tacna, Número Total por Sexo en las Personas Adultas Mayores

AÑOS	2010	%	2011	%
HOMBRES	12056	51,75	12659	51,74
MUJERES	11242	48,25	11808	48,26
TOTAL	23298	100	24467	100

Fuente: INEI - Censos Nacionales 2007 : XI de Población y VI de Vivienda

b) Población Adulto Mayor Urbano y Rural

Desde el año 2010 donde la población urbana no era muy diferenciada con la rural, progresivamente se ha venido dando una despoblación en el área rural, representando solo el 8,2% para el año 2009, a diferencia en el área urbana la cual se ha ido incrementando año a año (91,8%). Esto conlleva a que la mayor proporción de la morbilidad y mortalidad se concentre en la ciudad capital del departamento.

Cuadro Nº 2: Región Tacna, Población Total por sexo.

EDAD	URBANO		RURAL	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
60-64	3819	3365	862	632
65-69	2655	2435	654	520
70-74	1721	1702	469	417
75-79	1081	1115	328	311
80 a +	804	1067	266	244
TOTAL	10080	9684	2579	2124

Fuente: INEI - Censos Nacionales 2007 : XI de Población y VI de Vivienda

c) Población Adulto Mayor por Provincia.

La Región de Tacna cuenta con una población proyectada de 21,758 Adultos Mayores (Según el INEI - 2010)

En La Región de Tacna podemos considerar también a sus provincias por estar inmersas en las soluciones y políticas de desarrollo las cuales describiremos a continuación:

PROVINCIA DE CANDARAVE:

La capital de esta provincia es la ciudad de Candarave, con una población total de 10,338 habitantes según censo del INEI 2007. Limita al norte con la provincia de Mariscal Nieto (Departamento de Moquegua), al sur con la Provincia de Tarata y al oeste con la Provincia de Jorge Basadre. Esta provincia se divide en seis distritos: Candarave, Cairani, Camilaca, Curibaya, Huanuara, Quilahuani, La población adulta mayor en esta provincia está representada por 1181 Adultos Mayores, representando el 5.43% del 85.09% de Adultos Mayores en la Región de Tacna.

PROVINCIA DE JORGE BASADRE:

La capital de esta provincia es la ciudad de Locumba; con una población total 12,230 habitantes según INEI para el 2010. Limita al norte con la Provincia de Ilo (Departamento de Moquegua), al este con la Provincia de Candarave, al Sur

con la Provincia de Tacna y al Oeste con el Océano Pacífico. Esta Provincia se Divide en Tres distritos: Ilabaya, Ite y Locumba. La población Adulto Mayor en esta Provincia está representada por 755 personas representando el 3.46% del 85.09% de Adultos Mayores en la Región de Tacna.

PROVINCIA DE TARATA:

La Provincia de Tarata es una provincia del Sureste del Perú, situada en la Región de Tacna. Limita al Norte con la Provincia de Candarave y la Provincia de el Collao (Departamento de Puno), al este con la República de Bolivia, al Sur y al Oeste con la Provincia de Tacna. Esta Provincia se divide en ocho distritos: Tarata (capital de la provincia), Chucatamani, Estique, Estique-Pampa, Sitajara, Susapaya, Tarucachi y Ticaco. La población Adulta Mayor en esta Provincia está representada por 1308 personas representando el 6.02% del 85.09% de Adultos Mayores en la Región Tacna.

PROVINCIA DE TACNA:

La Provincia de Tacna es una de las cuatro Provincias que conforman el Departamento de Tacna; ubicado en la Región Tacna; al Sur del Perú. Su capital es la ciudad de Tacna. Limita al Norte con la Provincia de Jorge Basadre, al Este con la Provincia de Tarata, al Sur con Chile y al Oeste con el Océano Pacífico. Desde el punto de vista Jerárquico de la Iglesia católica forma parte de la Diócesis de Tacna y Moquegua la cual, a su vez, pertenece a la Arquidiócesis de Arequipa. Esta Provincia se divide en diez distritos: Tacna, Alto de la Alianza, y Calana, Ciudad Nueva, Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa, Inclán, Pachia, Palca, Pocollay y Sama. La población Adulta Mayor en esta provincia está representada por 18514 habitantes, representando el 85.09% de Adultos Mayores.

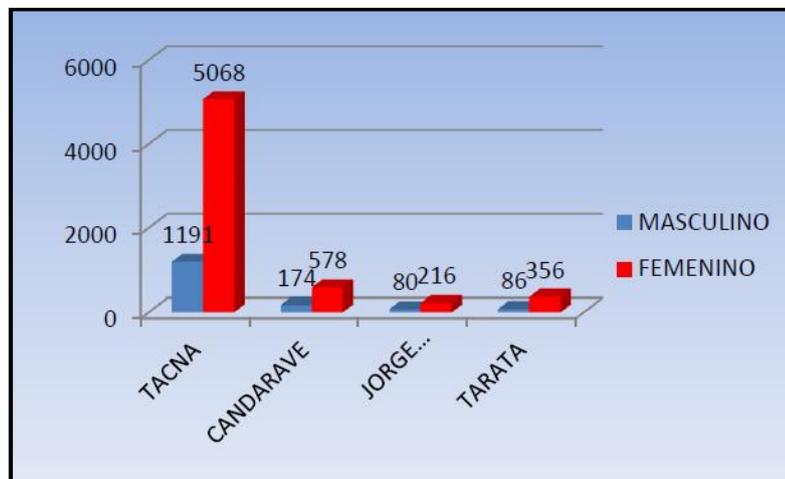
Cuadro Nº 3: Región Tacna, Población Total por sexo.

POBLACIÓN ADULTA MAYOR POR PROVINCIAS		%
TACNA	18514	85,09
CANDARAVE	1181	5,43
JORGE BASADRE	755	3,46
TARATA	1308	6,02
TOTAL	21758	100,00

Fuente: INEI - Censos Nacionales 2007 : XI de Población y VI de Vivienda

d) Población Adulto Mayor por Sexo y Edad
Las referencias con las que se cuentan son los Proyectos de Alfabetización llevados a cabo a través de la Gerencia de Desarrollo Social, del Gobierno Regional de Tacna.

Además debemos considerar las instituciones formadoras regulares, supervisadas por el Ministerio de Educación a través de la Dirección Regional de Educación, a través de las UGEL de las cuatro Provincias.

Gráfico Nº 1: Adulto Mayor: Analfabetismo por Sexo según Provincia

FUENTE: PROYECCIÓN POBLACIONAL SEGÚN INEI

2.3.2. Dimensión Económica

a) Actividad económica del Adulto Mayor.

Se observa en el siguiente cuadro, la tasa de la actividad económica de la población adulta mayor desde el 2008 es de 56%, en el año 2009 es de 55.45% y en el año 2010 es de 48.78%, como se observa

la actividad económica está disminuyendo debido a factores como la edad.

Cuadro Nº 4: Adulto Mayor: Morbilidad

TASA	2008	2009	2010
ACTIVIDAD	56.79	55.45%	48.78%
INACTIVIDAD	43.21	44.55	51.22

Fuente: INEI - Censos Nacionales 2007 : XI de Población y VI de Vivienda

b) Actividad económica del Adulto Mayor (Tasa de Desempleo)
Se observa en el siguiente cuadro la tasa de desempleo de la población adulta mayor desde el 2008 es de 2.8%, en el año 2009 es de 8.52% y en el año 2010 es de 2.05%, como se observa la tasa de desempleo aumento en un 2.055 para el año 2010 y en el año 2009 tuvo un incremento lato de 8.52 % debido a la falta de nuevas oportunidades de trabajo por ya pertenecer a la edad del Adulto Mayor.

Cuadro Nº 5: Adulto Mayor: Tasa de Desempleo

AÑOS	2008	2009	2010
TASA	2.8	8.52	2.05

Fuente: INEI - Censos Nacionales 2007 : XI de Población y VI de Vivienda

c) Población Adulta Mayor que cuenta con Pensión
Se puede observar que las personas Adultas Mayores que cuentan con pensión en la ONP es de un total de 2784 personas Adultas Mayores y no cuentan con ninguna pensión es de 19237 personas adultas mayores, de un total de 24467 personas adultas Mayores.

Cuadro Nº 6: Adulto Mayor: Que cuenta con Pensión

ONP	OTROS	NINGUNO	TOTAL
2784	2446	19237	24467

Fuente: INEI - Censos Nacionales 2007 : XI de Población y VI de Vivienda

d) Adulto Mayores con acceso a servicio de Salud (SIS, ESSALUD)
Se puede observar en el cuadro, que es mayor la cantidad de adultos mayores que no cuentan con ningún servicio de salud, con un

subtotal de 17264 y los que tienen atención de salud en ESSALUD es de 539 adultos mayores en menor cantidad.

Cuadro Nº 7: Adulto Mayor: Servicio de Salud

ESSALUD	SIS	OTROS	NINGUNO	TOTAL
539	5441	1223	17264	24467

e) Residencias para atención de personas Adultas Mayores
Se puede observar que en la Región de Tacna solo existen 2 Centros de atención para las personas adultas mayores coberturando solo a 45 adultos mayores en abandono, siendo estos muchos más en la Región de Tacna.

Cuadro Nº 8: Adulto Mayor: Entidades Públicas y Privadas

INSTITUCION	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
HOGAR GERIATRICO SAN PEDRO DE TACNA	12	22	34
HOGAR "SAN JOSE HERMANAS DE LOS POBRES"	3	8	11

f) Sistema privado de pensiones.

Alternativamente al sistema estatal existen modelos privados de atención y seguridad social bajo la forma de Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP). Estos sistemas, más flexibles, se aplican en otros países. En nuestro país el sistema privado de pensiones se institucionalizó en 1995. Actualmente funcionan cuatro AFP: HORIZONTE, PROFUTURO, INTEGRAL Y UNION VIDA, con un total de 2'551,503 trabajadores afiliados en el 2001. En la Tabla 3.15 se presenta el número de afiliados mayores de 50 años.

Cuadro Nº 9: Afiliación al Sistema Privado de Pensiones por AFP, según grupo de edad al 31 de diciembre del 2012

Grupo de edad en AFP	Número de afiliados
De 50 a 65 años	253,138
Más de 65	11,567
Total	264,705

g) Ingreso laboral mensual de la población Adulta mayor. Puede observarse que el grupo de 65 y más años durante todo este período percibe ingresos por debajo del promedio, aumentando la diferencia notablemente a partir de 1997, período en el que junto con el grupo de los más jóvenes (14 a 18 años) experimentaron la mayor reducción en relación al promedio total. Asimismo, el grupo de 50 a 65 años, de haber sido el primero en términos de ingresos percibidos, ocupa el segundo lugar a partir de 1992.

Cuadro N° 10: Ingreso mensual según grupos de edad

Edad	1986-1989	1992	1997	1998
14 a 18 años	225.50	211.77	193.05	191.55
19 a 34 años	580.03	406.65	514.02	564.97
35 a 49 años	842.81	573.38	663.41	802.52
50 a 65 años	909.30	568.81	657.38	682.46
65 años o más	621.11	469.28	340.50	300.91
Promedio total	686.91	475.07	557.32	640.24

Elaboración propia en base a las Encuestas de Hogares del Ministerio de Trabajo y del INEI.

h) Pensión y Jubilación

Envejecer en el Perú generalmente significa deterioro económico debido a que las pensiones no han aumentado a la par que la inflación. En consecuencia, el jubilado no puede vivir exclusivamente de su pensión. Lo más frecuente es que la persona adulta mayor deba recurrir al apoyo de familiares cercanos, pero, como es de suponer, esa ayuda no puede ser constante, en un contexto en el que las remuneraciones son bajas y el desempleo y la pobreza afectan a la mayor parte de la población.

Por otro lado, el mercado laboral casi no acepta la participación de la población de 60 años y más, siendo mucho menos receptivo respecto a la población femenina adulta.

Las pensiones de jubilación constituyen uno de los principales medios de asegurar un ingreso. Sin embargo, las políticas sociales orientadas a masificar los beneficios de la jubilación, sin contar con el sustento necesario a través de los adultos productivos, determinaron el desequilibrio y la sobrecarga en los sistemas de

pensiones, contribuyendo de esta manera a que las personas adultas mayores se constituyeran en uno de los sectores más pobres de la población del país.

En la actualidad el Perú se encuentra en una etapa de transición de un sistema de distribución administrado por el Estado a un sistema de capitalización individual administrado por la empresa privada (AFP). El número de pensionistas fuera de la PEA aumentó de 67,700 en 1972 a 97,599 en 1981 y a 312,000 en 1993, concentrándose en Lima aproximadamente la mitad de estas personas.

Asimismo, es necesario considerar que en 1995 se dispuso un significativo aumento en la edad mínima de jubilación; la edad de jubilación en las mujeres se incrementó en diez años, de 55 a 65 años, y en los hombres, de 60 a 65 años, ocasionando la desaceleración en el incremento de pensionistas ocupados.

En cuanto a la afiliación del adulto mayor de 65 años (beneficiario de pensión por jubilación) a un sistema de pensiones, se observa que en el año 2002 el 41.66% de la población adulta mayor estaba afiliada a un sistema de pensiones; el 97% al Sistema Nacional de Pensiones (SNP) y el resto a un seguro privado de pensiones.

Cuadro Nº 11: Población adulta mayor de 65 años, según condición de afiliación a un sistema de pensiones.

Condición de afiliación	2012
No afiliado	58.33%
Afiliado	41.67%
- Sistema Nacional de Pensiones	97.72%
- Seguro privado de pensiones	2.28%

i) Sistema Nacional de Pensiones.

Se puede observar el número de pensionistas afiliados al sistema Nacional de Pensiones y a otras entidades cuya población pensionista está bajo la administración de la Oficina de Normalización Previsional (sistema estatal ONP).

Cuadro N° 12: Población adulta mayor de 65 años, según condición de afiliación a un sistema de pensiones.

Fondo	Nro. de pensionistas
Sistema Nacional de Pensiones - SNP	383,737
Ministerio de Educación - MINEDU	145,044
Seguro por Accidentes de Trabajo de los Obreros	11,964
Fondo de Derechos Adquiridos - FODASA	2,460
Empresa de Electricidad de Lima - ELECTROLIMA	1,125
Otros	1,987
Total	546,317

Fuente: Oficina de Normalización Previsional (ONP).

2.3.3. Dimensión Urbano – Ambiental.

2.3.3.1. Ejemplos confiables

a) Arcadia, a Luxury Retirement Resort

Es una residencia para personas de la tercera edad, concebida para brindar las comodidades y beneficios de un resort de lujo, asegurando la tranquilidad y bienestar necesarios para que los residentes tengan una vida plena, con total libertad e independencia. Ubicada en la Sub Parcela F-16B. El Olivar en el Distrito de Pachacámac al sur del Departamento de Lima. El objetivo en Arcadia es brindar diariamente la más grata experiencia de vida a sus residentes otorgando servicios de entretenimiento y cuidado de la salud (especialización en geriatría) en un ambiente de bienestar, satisfaciendo las necesidades físicas, emocionales, sociales, culturales y espirituales de cada uno de ellos.(Grafico N°6)

GRAFICO N° 6



Visión

Ser líderes en la prestación integral de servicios al adulto mayor brindando servicios de clase mundial que excedan las expectativas del residente incorporando los más altos estándares internacionales e innovando continuamente, en los mercados definidos.

Misión

Satisfacer plenamente las necesidades físicas, emocionales, sociales y motivacionales del adulto mayor a través de instalaciones y servicios del más alto nivel, la pasión del equipo por el bienestar y completa satisfacción de los residentes logrando brindarles la más alta calidad de vida.

Valores

- ✓ Integridad
- ✓ Excelencia
- ✓ Pasión por el Servicio
- ✓ Compromiso

Opciones de Vivienda

Tipos de residencias para personas de la tercera edad según su estilo de vida:

a) Residencias independientes

Para usuarios sin necesidad de atención permanente especializada, pudiendo disfrutar de las diversas actividades de recreación internas que cuentan o yendo a la ciudad de Lima ya sea en su propio auto o el transporte que Arcadia pone a su disposición.

Departamentos de dos ambientes de 70m² aproximadamente, con sala de estar, las residencias del primer piso cuentan con terrazas al aire libre, kitchenet, cocina, friobar, microondas, dormitorios, y baños completos especialmente diseñados para personas mayores y habilitado con barandas de seguridad. (Grafico N°7).

Grafico N°7



Grafico N°8: Sistema Funcional



Senior Suite amplia con dormitorio y baños completos de 38 m² aproximadamente; el primer nivel cuenta con terrazas privadas, el segundo nivel cuenta con ventanas a los jardines y los baños especialmente diseñados para personas mayores y habilitado con barandas de seguridad. (Grafico N°9).

Grafico N°9



Suite cómoda con dormitorio y baño completo de 36 m² aproximadamente, el primer nivel cuenta con terrazas privadas, el segundo nivel cuenta con ventanas a los jardines y los baños especialmente diseñados para personas mayores y habilitado con barandas de Seguridad. (Grafico N°10).



b) El Roble, Residencia Geriátrica

Es una institución comprometida con la atención y el cuidado del Adulto Mayor, conformada por un sólido equipo de profesionales: geriatra, médico general, psicóloga,

nutricionista, enfermeros, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, consejeros espirituales, guías y promotoras, preparados para brindarles a nuestros residentes la atención y el cariño que sólo pueden esperar de sus seres queridos.

Ubicada en la Calle las Cascadas del sol 240 Urbanización sol de la Molina, en el departamento de Lima, Perú. (Grafico N°11).

Grafico N°11



Misión:

Mejorar la calidad de vida nuestros residentes, en un ambiente con una infraestructura ideal, diseñada especialmente para su atención, intentando mantener o mejorar su autonomía, mediante un programa de trabajo que favorezca un envejecimiento digno y saludable.

Visión:

Quieren ser aquel lugar en el cual todo adulto mayor anhela vivir, sin preocuparse por su salud porque siempre tendrá a un médico dentro de la misma casa, que además será su amigo, quien le brindará atención y cariño, quien lo cuidará y velará porque siempre esté mejor de lo que se pudiera esperar.

Quieren ser considerados como un Centro geriátrico referencial, pero principalmente aspiramos a ser reconocidos por la imagen que nuestros residentes y sus familiares tienen de nosotros; que cada uno de ellos sienta que tomo la decisión más acertada al venir a compartir nuestro hogar.

Infraestructura:

Moderna Residencia Geriátrica, construida en un área de 2300 m², ofrece a sus residentes una infraestructura idealmente diseñada para el confort y prevención de barreras arquitectónicas, además de cálidos, bonitos y modernos ambientes.

Amplias habitaciones individuales, dobles y suites, con sillones de descanso, instalación de televisión por cable, sistema de llamada con atención inmediata, detectores de humo, ventilación e iluminación natural. Con baño geriátrico incluido.

Control de enfermería en cada planta y Amplia sala de usos múltiples, comedor, Salas de estar en cada planta, biblioteca, sala de Tv, sala de terapias y talleres, música ambiental.

Ayudas técnicas:

Nuestro moderno equipamiento ha sido específicamente diseñado para atender las necesidades de nuestros adultos mayores: camillas, camas clínicas, oxígeno, elevador de inodoro, ascensor, rampas, pasadizos con barras de seguridad, sillas de baño, Lavandería, Contamos con el equipamiento necesario para llevar a cabo el proceso de lavado y cuidado de la ropa de toda la residencia. Máxima seguridad: extintores, equipos contra incendios, luces de emergencia, detectores de humo, estratégicamente ubicados. Estacionamiento interno y externo. Jardines: más de 1200m² de hermosos jardines.

Servicios:

Residencia Permanente.

Residencia Temporal.

Clínica de Día.

Consultorios Externos De Geriatría Y Psiquiatría.

Mantener o repotenciar las habilidades de nuestros residentes, propiciando su independencia, es nuestro principal objetivo.

Valoración Geriátrica Integral por todo el equipo, informe que será detallado en la historia clínica y en la reunión familiar. Seguimiento mensual por geriatra encargado de la atención, el cual se informará permanentemente al familiar responsable.

Atención de Enfermería 24 horas y asistencia de auxiliares de enfermería permanentemente.

Introducción a los diferentes talleres de actividades para prevención del incremento de la dependencia del Adulto Mayor, Recuperación y/o mantenimiento del mayor grado de autonomía posible.

Horario de visitas sin restricciones y el fomento de la participación activa de los familiares en el desarrollo del programa de trabajo, a fin de mantener el vínculo familiar. (Grafico N°11)



2.3.3.2. Conclusiones de los ejemplos confiables

- ✓ Las residenciales para adultos de la tercera edad son albergues exclusivos para el cuidado y bienestar de este grupo humano
- ✓ Las residenciales están a cargo de personas agradables a dedicación exclusiva para atender las necesidades del adulto mayor las 24 horas.
- ✓ Estos centros especializados para la atención del adulto mayor, causan un efecto de valoración al ser humano en esta etapa de su vida.
- ✓ Se empeña en propiciar REUNIONES FAMILIARES, en donde Ud. compruebe la evolución de su familiar redundara en una grata permanencia para el huésped y en una gran tranquilidad para Ud. de saberlo bien cuidado.

2.3.3.3. Diagnóstico de los ejemplos confiables

Los ejemplos confiables, nos muestran situaciones diferentes de residencia para el adulto mayor dando una mejor comodidad y experiencia de vida, a diferencia de nuestra provincia en los cuales el centro dedicados a este tipo de actividad no cumple con lo mínimo indispensable para poder satisfacer el estilo de vida y calidad de servicio.

2.4. ANTECEDENTES NORMATIVOS

2.4.1. Reglamento Nacional De Edificaciones

Norma A.020 Vivienda

CAPITULO IV, Condiciones Adicionales para Conjuntos Residenciales y Quintas.

Articulo 29.- los conjuntos residenciales y las quintas están compuestas por edificaciones independientes unifamiliares o multifamiliares, espacios para estacionamiento vehicular, áreas comunes y servicios comunales.

Articulo 31.- en los conjuntos residenciales y en las quintas, cuando estén conformados por viviendas unifamiliares, se permitir el

crecimiento hasta una altura máxima de tres niveles, pudiendo solo en estos casos , autorizarse su construcción por etapas, para tal efecto, el promotor consignara esta posibilidad en la documentación de compraventa de las viviendas, debiendo proporcionar a os propietarios los planos de las ampliaciones correspondientes, el sistema de construcción empleado y el Reglamento Interno.

Norma A.050 Salud

CAPITULO I.

ARTICULO I. Puesto de Salud.- Establecimiento de primer nivel de atención. Desarrolla actividades de atención integral de salud de baja complejidad con énfasis en los aspectos preventivo-promocionales, con la participación activa de la comunidad y todos los actores sociales.

Norma A.120 Accesibilidad para personas con discapacidad.

CAPITULO I

GENERALIDADES

Artículo 1.- La presente Norma establece las condiciones y especificaciones técnicas de diseño para la elaboración de proyectos y ejecución de obras de edificación, y para la adecuación de las existentes donde sea posible, con el fin de hacerlas accesibles a las personas con discapacidad.

Artículo 3.- Para los efectos de la presente Norma se entiende por:
 Persona con discapacidad: Aquella que, temporal o permanentemente, tiene una o más deficiencias de alguna de sus funciones físicas, mentales ó sensoriales que implique la disminución o ausencia de la capacidad de realizar una actividad dentro de formas o márgenes considerados normales.

Accesibilidad: La condición de acceso que presta la infraestructura urbanística y edificatoria para facilitar la movilidad y el desplazamiento autónomo de las personas, en condiciones de seguridad.

Ruta accesible: Ruta libre de barreras arquitectónicas que conecta los elementos y ambientes públicos accesibles dentro de una edificación.

Barreras arquitectónicas: Son aquellos impedimentos, trabas u obstáculos físicos que limitan o impiden la libertad de movimiento de personas con discapacidad.

Señalización: Sistema de avisos que permite identificar los elementos y ambientes públicos accesibles dentro de una edificación, para orientación de los usuarios.

Señales de acceso: Símbolos convencionales utilizados para señalar la accesibilidad a edificaciones y ambientes.

Servicios de atención al público: Actividades en las que se brinde un servicio que pueda ser solicitado libremente por cualquier persona. Son servicios de atención al público, los servicios de salud, educativos, recreacionales, judiciales, de los gobiernos central, regional y local, de seguridad ciudadana, financieros, y de transporte.

2.4.2. Resolución Ministerial N°1379-78-Vc-3500 Del 21/08/78; Nte. A-060

Objetivos:

Establecer los requisitos mínimos de diseño que faciliten el acceso, tránsito y estancia de las personas con discapacidad en los establecimientos de salud.

2.4.3. Resolución Ministerial N° 482-96-SA/DM., De 08/08/96. Normas Técnicas para Proyectos de Arquitectura Hospitalaria

- Programa Funcional Arquitectónico de Puestos de Salud” aprobado por RM N° 179-94-SA/DM. 25 de mayo de 1994.
- Normas Técnicas para la Elaboración de Proyectos Arquitectónicos de Centros de Salud” aprobadas por RM N° 708-94-SA/DM. 26 de diciembre de 1994.
- Normas de Identificación y Señalización de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud” aprobadas por RM N° 861-95-SA/DM. 15 de diciembre de 1995.

2.4.4. Leyes de Referencia

- Asociación Nacional del Adulto Mayor y Red Nacional del Adulto Mayor (ANAMH-RENAMH),

Capítulo III

Derechos y Obligaciones.

ARTICULO 5.

DERECHOS. Derivado de los derechos individuales consignados en la Constitución de la República y otras leyes, se reconocen los derechos del Adulto Mayor y Jubilados, los siguientes:

- a) Que se reconozca la vejez como un periodo muy significativo de la vida humana por su experiencia y sabiduría.
- b) Tener acceso a los servicios públicos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación;
- c) Tener trabajo digno que les permita alcanzar una mejor calidad de vida;
- d) Desarrollar actividades y ocupaciones en bien de su salud integral;
- e) Ser siempre tratado con el respeto y con la dignidad que merecen por su mera condición de personas;
- f) No ser discriminado y no ser calificado como enfermo por su condición de adulto mayor o jubilado;
- g) Ser respetado en su privacidad e intimidad y a conservar la sanidad de su cuerpo y la atención de sus temores
- h) Tener una educación que favorezca el auto-cuidado y el conocimiento de su salud, en beneficio de su autoestima y pre afirmación como persona;
- i) Un ambiente de trabajo y condiciones de vida que no incrementen su vulnerabilidad;
- j) Que sus conocimientos, actitudes y prácticas culturales sean tomado en cuenta, valoradas y respetadas;

ARTICULO 8.

DEBERES, Son deberes del Adulto Mayor y Jubilados:

- a) Permanecer activos, capaces y útiles den la medida que se lo permita su condición física y psicológica.
- b) Practicar principios adecuados de salud.
- c) Planificar y prepararse para afrontar la vejez y la jubilación;
- d) Actualizar sus conocimientos y habilidades.
- e) Ajustar sus demandas a las condiciones económicas de su familia.
- f) Ser tolerantes, solidarios, compartir sus conocimientos, experiencias y valores con las generaciones jóvenes.

- g) Participar activamente en la vida cívica y cultural de su comunidad y del país en la medida de sus posibilidades físicas y psicológicas;
- h) Desarrollar formas de prestación de servicios a la comunidad.
- i) Respetar y comprender a las generaciones más jóvenes en sus opiniones y actuaciones con el fin de lograr a través de la reciprocidad, igual respeto y comprensión.

2.4.5. Otras Publicaciones.

- **ACTIVIDAD FISICA Y SALUD PARA EL ADULTO MAYOR**
Sandra Marcela Mahecha Matsudo

La práctica de actividad física regular es una de las prioridades en salud pública como forma de prevención de enfermedades crónico-degenerativas especialmente en la Tercera Edad. Los principales beneficios evidenciados científicamente son : control del peso corporal, disminución de la grasa corporal, aumento de la masa muscular, fuerza muscular, flexibilidad y densidad ósea, aumento del volumen sistólico, ventilación pulmonar, consumo máximo de oxígeno, disminución de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial y mejora del perfil de lípidos; existe también mejora del auto-concepto, auto-estima, imagen corporal y disminución del stress, ansiedad, insomnio, consumo de medicamentos y mejora de las funciones cognitivas y de la socialización. En esta etapa de la vida están indicadas de preferencia las actividades aeróbicas de bajo impacto, como caminar, nadar, bailar, la hidrogimnasia o bicicleta. El entrenamiento de fuerza es fundamental y puede ser prescrito con algunos cuidados inclusive en individuos hipertensos o con problemas cardiovasculares. El entrenamiento contribuye para mejorar la fuerza muscular, para la manutención de la independencia funcional, mejora la velocidad de andar y el equilibrio, disminuye la depresión, aumenta la densidad ósea y evita las caídas. Existen algunas situaciones clínicas específicas en que el entrenamiento de fuerza muscular debe ser prioritario al

entrenamiento aeróbico como en los casos de artritis severa, limitación de la movilidad articular, amputación y pacientes con problemas de locomoción. Para mantener la independencia funcional la prioridad de variables que deben ser trabajadas son: entrenamiento de la fuerza muscular, equilibrio, entrenamiento aeróbico, movimientos corporales totales y cambios en el estilo de vida. Además de los protocolos específicos lo más importante es estimular el cambio o la mantención de un estilo de vida activo en que el anciano suba escaleras, permanezca más tiempo de pie, haga contracciones de la musculatura abdominal y perineal cuando está sentado, cuide del jardín, cuide de la casa y evite usar el control remoto.

➤ **ANÁLISIS Y EVALUACIÓN 1ER SEMESTRE 2008 DE LA ETAPA DE VIDA ADULTO MAYOR**

La DIRESA Tacna en sus 71 establecimientos de salud (Centro y Puestos de salud) más el hospital de referencia Regional donde se brinda atención con enfoque Integral a la población adulto mayor siendo la profesional de Enfermería responsable de liderar el cumplir el Paquete de Atención Integral de salud al Adulto Mayor.

- A nivel de DIRESA TACNA se logra de cobertura de Atención Integral el 48% según programación anual, estamos dentro de las coberturas óptimas.
- Realizar el análisis de la información en forma cualitativa y cuantitativamente e con el equipo de gestión del establecimiento de salud para la intervención oportuna.
- Reforzar las actividades preventivas promocionales en los EESS con énfasis en sesiones educativas y visita familiar integral.
- Realizar trabajo de investigación de auditoria en historias del Adulto mayor en el Centro de salud de Ciudad Nueva.

REGION DE SALUD TACNA, ETAPA DE VIDA ADULTO MAYOR, ATENCIÓN INTEGRAL, X MICRO REDES, VALORACION MENTAL.

MICROREDES	Pob INEI	PROG ANUAL		VALORACION MENTAL COGNITIVA				AVANCE 1er SEMESTRE	
		N°	%	NORMAL	LEVE	MODER	SEVE	N°	%
METRO	7252	950	13,1	341	37	5	0	383	40,3

CONO SUR	5605	511	9,1	161	69	1	0	231	45,2
CONO NORTE	5223	775	14,8	287	42	17	1	347	44,8
LITORAL	506	189	37,4	146	28	1	0	175	92,6
FRONTERA	1645	230	14,0	165	28	2	0	195	84,8
J BASADRE	651	205	31,5	76	13	7	0	96	46,8
TARATA	442	348	78,7	106	18	2	0	126	36,2
CANDARAVE	591	328	55,5	95	33	8	0	136	41,5
ALTO PERU	93	79	84,9	29	12	6	0	47	59,5
TOTAL	22008	3615	16,4	1406	280	49	1	1736	48,0

➤ ANALISIS SITUACIONAL DE LA ETAPA DE VIDA ADULTO AÑO 2010-DIRESA TACNA.

Del total de la población de Tacna el mayor % se encuentra en el grupo de adultos (37%) y se encuentra en la provincia de Tacna El avance en las actividades de gestión es del 100%, El 16.9% de adultos programados se encuentran afiliados al SIS.

Los adultos que inician Plan de atención integral de salud del adulto solo logran completarlo el 47.36%.

De 12,108 adultos programados para el control integral de salud se le realiza al 78.34% de adultos de los cuales el 40.28% son aparentemente sanos.

Durante el año 2010 la primera causa de morbilidad en el adulto son las infecciones respiratorias de las vías respiratorias superiores 16%, presentándose estos casos en mayor proporción en las mujeres, así mismo apreciamos una tendencia ascendente de las IRAs (Infecciones Respiratorias Asmáticas), desde el año 2006 a la fecha

La segunda causa son las enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares con el 12%, presentándose la mayoría de los casos en el sexo femenino.

Desde el año 2006 al presente año se mantiene la misma tendencia horizontal de casos.

Este daño a pesar de ser una Estrategia Sanitaria Nacional no cuenta con insumos para realizar las actividades preventivas y de promoción en adultos, no está cubierto por el SIS

La tercera causa de morbilidad es la obesidad y otros de hiperalimentación (10%), con mayor predominio en las mujeres. La tendencia de la obesidad en adultos es descendente de 12% en el 2006 a 10% en el 2010. Actualmente se están realizando acciones

preventivas como las consejerías preventivas en nutrición y el control integral de salud del adulto. La primera causa de defunción en adultos son los accidentes de transporte terrestre 10.6%, que requieren de la intervención de otras instituciones relacionadas a la aplicación de la Ley del consumo de alcohol el cual está relacionado con los accidentes de transporte; la segunda causa son las infecciones respiratorias agudas 6.9% en la que se requiere de educar al adulto sobre el auto cuidado en la prevención de IRAS y la tercera causa es la tuberculosis 3.9% requiriendo de la estrategia en mención un plan de intervención que considere adherencia al tratamiento, tratamiento supervisado y seguimiento de casos.

➤ ACTIVIDAD FISICA Y SALUD PARA EL ADULTO MAYOR

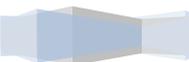
RESUMEN

La práctica de actividad física regular es una de las prioridades en salud pública como forma de prevención de enfermedades crónico-degenerativas especialmente en la Tercera Edad. Los principales beneficios evidenciados científicamente son : control del peso corporal, disminución de la grasa corporal, aumento de la masa muscular, fuerza muscular, flexibilidad y densidad ósea, aumento del volumen sistólico, ventilación pulmonar, consumo máximo de oxígeno, disminución de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial y mejora del perfil de lípidos; existe también mejora del auto-concepto, auto-estima, imagen corporal y disminución del stress, ansiedad, insomnio, consumo de medicamentos y mejora de las funciones cognitivas y de la socialización. El entrenamiento de fuerza es fundamental y puede ser prescrito con algunos cuidados inclusive en individuos hipertensos o con problemas cardiovasculares. El en entrenamiento contribuye para mejorar la fuerza muscular, para la manutención de la independencia funcional, mejora la velocidad de andar y el equilibrio, disminuye la depresión, aumenta la densidad ósea y evita las caídas. Existen algunas situaciones clínicas específicas en que el entrenamiento de fuerza muscular debe ser prioritario al entrenamiento aeróbico como

en los casos de artritis severa, limitación de la movilidad articular, amputación y pacientes con problemas de locomoción.

CAPITULO III: PROPUESTA ARQUITECTÓNICA



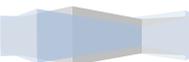


















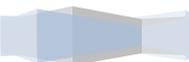












CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones:

- El estudio de los Antecedentes Históricos del desarrollo e influencia que tuvo el adulto mayor, nos ayuda a ver que el Proyecto se constituye como un fundamento en la formulación de objetivos, los mismos que estarán evidenciados en la Propuesta Arquitectónica.
 - La población adulta mayor recibe atención de medicina general; requiere atención geriátrica y de especialidades para enfermedades crónico-degenerativas, así como atención preventivo-promocional y educativa.
 - La mayoría de los usuarios adultos mayores no tiene capacidad adquisitiva para pruebas diagnósticas, medicinas y para procedimientos especializados.
 - La familia desempeña un rol importante en la satisfacción de necesidades básicas y de atención de salud de la persona adulta mayor, encontrándose esta acción limitada por la escasez de recursos económicos.
 - Se requiere una atención de salud diferenciada, integral y especializada para las personas adultas mayores.
 1. Los usuarios se sienten insatisfechos con la atención de salud por:
 2. Marginación, maltrato, mayormente de parte del personal administrativo, de enfermería y técnico.
 3. Personal de salud y administrativo no capacitado en al atención geronto-geriátrica.
 4. Dificil acceso al Sistema Integral de Salud (SIS).
 - El personal de salud manifiesta un alto grado de insatisfacción y frustración por las carencias del Centro de Salud, inadecuada infraestructura y falta de personal, logística y de apoyo del personal jerárquico superior.
 - En los Antecedentes Contextuales para su utilidad se hizo un análisis diagnostico situacional del lugar donde se emplazara el proyecto, servirá
-

para dar una respuesta espacial, funcional y formal en el lugar; el mismo que deberá estar contextualizado en su entorno inmediato.

- La información recopilada es suficiente para fundamentar la propuesta del proyecto arquitectónico de la tesis, el compromiso está en diseñar y construir espacios habitables adecuados para el desarrollo de actividades que ayuden al desarrollo del Adulto Mayor tomando en cuenta las particularidades locales, el lugar de emplazamiento y ubicación.
- Se logró desarrollar una propuesta para una residencia integral mejorando la calidad de vida del Adulto Mayor en la Provincia de Tacna cuyos resultados espaciales, funcionales, formales responden a las necesidades del usuario, a su vez mejorando el servicio y la instrucción integral en el distrito de Pachia.

Recomendaciones:

El diseño y la construcción de una Residencia para las personas Adultas Mayores, conlleva a adoptar los métodos y procesos de su diseño y edificación dentro de los parámetros de la conservación del medio ambiente, la eficiencia energética y el uso racional de los recursos naturales.

La justificación del proyecto trata de satisfacer las necesidades requeridas por el adulto mayor, Afiliándolo a una Residencia, con espacios confortables donde se puedan desarrollar actividades motoras, generando el aprendizaje, recreación, atención y un mejor término de vida.

BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS

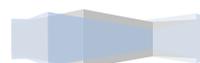
Bibliografía Física:

- **HERNÁNDEZ, FERNÁNDEZ Y BAPTISTA**, “Metodología de la Investigación”, 1ª. Edición, Editorial Pascal. (2003)
- **ASOCIACIÓN NACIONAL DEL ADULTO MAYOR Y RED NACIONAL DEL ADULTO MAYOR (ANAMH-RENAMH)**, Capitulo III de Derechos y Obligaciones.
- **PROYECTO OBSERVATORIO DE LA SALUD**, La Salud En El Perú de Doctor Carlos Bardales Del Águila.
- **SISTEMA INTEGRAL DE SALUD**, Programa Regional De Poblaciones, en la Provincia de Tacna por el Gobierno Regional Tacna.(2013)
- **DECRETO DE LEGISLATIVO NO.199-2006 DE LA LEY INTEGRAL DE PROTECCIÓN AL ADULTO MAYOR Y JUBILADOS**, capítulo I de Disposiciones Generales.
- **ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD PARA EL ADULTO MAYOR**, de la Doc. Sandra Marcela Mahecha Matsudo publicado en el año 2010.
- **ANÁLISIS SITUACIONAL DE LA ETAPA DE VIDA ADULTO**, del año 2010 por Diresa Tacna.
- **DIAGNÓSTICO DEL ADULTO MAYOR DE LA REGIÓN DE TACNA**, publicado en el 2011, por el Gobierno Regional de Tacna.

Bibliografía virtual:

- **3era edad. SALUD, CULTURA Y OCIO.**
 - <http://www.tercera-edad.org/salud/enfermedades.asp>
- **DIRECCION REGINAL DE SALUD TACNA**
 - http://www.tacna.minsa.gob.pe/uploads/desp/Adulto_Mayor_1_S08.pdf
 - http://www.tacna.minsa.gob.pe/uploads/desp/ANALISIS_%20ADULTO_2010.pdf
- **Real Academia Española**
 - <http://www.RAE.com/significado/residencia/desp/RAE>.
 - http://www.RAE.com/significados_científico/patología_médica/desp/RAE.
- **Reglamento Nacional de Edificaciones**

- <http://www.urbanistasperu.org/rne/reglamentonacionaldeedificaciones.htm>
- **Ministerio de Salud**
 - http://www.minsa.gob.pe/ogdn/cd1/NLS_24/rm072-99-SA.pdf
 - <http://www.minsa.gob.pe/dgiem/cendoc/pdfs/NORMAS%20TECNICAS%20PARA%20INFRAESTRUCTURA%20EN%20SALUD.pdf>



ANEXOS

- a) Presupuesto: se basa al cuadro de precios unitarios publicada por el ministerio de vivienda mediante la Resolución Ministerial N° 367-2014-VIVIENDA con vigencia del 1 al 31 de enero del 2015.

Presupuesto			
	Descripción	Categoría	Valor
Muros y Columnas	Pacas de concreto de 15 cm, con albañilería armada, ladrillo con columnas de concreto armado y vigas de estructura de madera	C	195.21
Techos	Aligerados de concreto , viguería metálica, con policarbonato	D	91.40
Pisos	Loseta Veneciana de 30 x30, alfombra, oseta vinílica	E	55.01
Puertas y Ventanas	Puertas de madera fina (caoba), vidrio tratado transparente, con marco de madera corriente.	D	71.24
Revestimientos	Tarrajeo Frotachado, con yeso modulado y pintura lavable de color banco	F	53.81
Baños	Baños completos de marca nacional con mayólica banca y sistema de barras de seguridad	D	24.43
Instalaciones Eléctricas	Corriente monofásica, sistema de instalaciones especiales, telefonía, cable satelital, aire acondicionado	A	255.13
Instalaciones Sanitarias	Agua fría , agua caliente, sistema de bombeo de agua	B	186.29
TOTAL			932.52

Valor de obra			
	Área de construcción (m2)	Valor unitario (s/.)	Presupuesto tentativo (s/.)
Edificación Nueva	1845.43	932.52	1720900.384
		Dólares	546317.5821

b) Ficha Técnica de Terreno

<u>FICHA TECNICA- TERRENO</u>		N° 000-001						
INFRAESTRUCTURA INTEGRAL PAR EL ADULTO MAYOR								
	1.00.- DATOS GENERALES							
	PROPIETARIO.- Agosto Pizarro Arias Juana Calderon de Pizarro							
		UBICACIÓN.- Predio denominado "DELFIN VELIZ" , ubicado en el sector MICULLA Distrito Pachía, provincia y departamento Tacna.						
OBSERVACIONES : Las áreas y demás datos correspondientes, se han tomado de la Partida N°05120261 del Registro de Predios de Tacna y de la constatación en campo.								
2.00.- VERIFICACIONES EFECTUADAS:								
INFRAESTRUCTURA DE SERVICIOS URBANOS.- La zona de ubicación del predio cuenta con pistas, veredas, servicios públicos y domiciliarios de agua, desagüe y energía eléctrica. El entorno es de uso rústico.	ZONIFICACIÓN Y USO ACTUAL.- La zonificación normativa es Agrícola Sostenible AS. El uso actual es de vivienda.							
LINDEROS Y PERÍMETRO.- Por el Norte: Con el pasaje rustico en linea recta de 75,37 ml. Por el este: Con el terreno con codigo catastral N°00083 en linea quebrada de dos tramos de 41.05 ml. Y 15,28 ml. Por el oeste: Con el terreno con codigo catastral N°00083 en linea recta de 106,13 ml. Por el sur: Con la Av. Arias Araguez en linea recta de 123,5 ml. Perímetro: 361.33 ml.								
ÁREA DEL TERRENO <table border="0"> <tr> <td>Pre urbana</td> <td>2,400.00 m²</td> </tr> <tr> <td>Rural</td> <td>4,800.00 m²</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>7,200.00 m²</td> </tr> </table>	Pre urbana	2,400.00 m ²	Rural	4,800.00 m ²	Total	7,200.00 m²	ASPECTO LEGAL.- El predio se encuentra inscrito en la Partida N°05125814 del Registro de Predios de Tacna; conCodigo Catastral N°00082	
Pre urbana	2,400.00 m ²							
Rural	4,800.00 m ²							
Total	7,200.00 m²							
DESCRIPCIÓN.- Se trata de un predio ubicado en el Pueblo Tradicional de Pachía el cual consta de una parte urbana y otra rural. El predio está destinado al uso de casa huerta.								

c) Fotografías de la maqueta



Vista N° 1



Vista N° 2

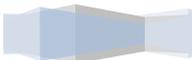




Vista N° 3



Vista N° 4



- d) Imagen en 3D
Perspectiva del proyecto completo



Espacios interiores



CENTRO GERIATRICO







SALON DE VISITAS







ADMINISTRACION





RESIDENCIAS









COCINA COMEDOR



CAPILLA



AREA DE SERVICIO



AREA DE CULTIVO



TALLERES



GENERALES







