



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ARQUITECTURA

**“Arquitectura Geronto-Geriátrica para Reforzar el Envejecimiento
Activo del Adulto Mayor en la Ciudad De Huaraz, 2021”**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Arquitecto

AUTORES:

CHINCHAY FERNANDEZ, Luis Angel (ORCID: 0000-0003-1914-6133)

GÓMEZ GÓMEZ, Yuraima Del Carmen (ORCID: 0000-0001-5153-5126)

ASESOR:

MG. MONTAÑEZ GONZALES, Juan Ludovico (ORCID: 0000-0002-9101-3813)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Arquitectura

HUARAZ — PERÚ

2021

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a mis padres y familiares que inspiraron el avance del trabajo con su verdadero significado del amor y apoyo incondicional.

Y.D.C.G.G.

Dedico el presente trabajo a mis padres y familiares que me motivaron para continuar y nunca quedarme atrás por la larga travesía del estudio.

L.A.C.F

AGRADECIMIENTO

A Dios, por brindarnos salud, sabiduría y perseverancia para alcanzar una de las metas más importantes en la vida. Por guiar nuestros caminos siempre para bien y permitirnos siempre seguir adelante.

A nuestros padres, por todo el apoyo incondicional que nos han brindado, por cada uno de sus consejos, por permitirnos llegar a dónde estamos y principalmente por ser un modelo a seguir para la vida. Por enseñarnos a luchar y cumplir cada uno de nuestros sueños.

A nuestros docentes de la facultad de Ingeniería y Arquitectura, quienes contribuyeron en nuestra formación profesional, a los adultos mayores del Hospital II Essalud por su grandioso apoyo.

Finalmente, a nuestro asesor de tesis Mg. Montañez Gonzales Juan Ludovico, gracias por su paciencia y por compartir su capacidad y experiencia profesional para la concreción de este trabajo. A todas las personas que nos alentaron con sus palabras, gracias por sus consejos y amistad.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria	I
Agradecimiento.....	II
Índice de Contenidos	III
Índice de Tablas	IV
Índice de Gráficos y Figuras	V
Índice de Anexos	VI
Resumen	VII
Abstract	VIII
I. INTRODUCCIÓN.....	10
II. MARCO TEÓRICO.....	18
III. METODOLOGÍA.....	27
3.1. Tipo y Diseño de Investigación	27
3.2. Variables y Operacionalización.....	29
3.3. Participantes.....	29
3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	30
3.5. Procedimientos	32
3.6. Método de Análisis de Datos	33
3.7. Aspectos Éticos	33
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	35
V. CONCLUSIONES.....	56
VI. RECOMENDACIONES.....	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
ANEXOS	64

Índice de Tablas

Tabla 1: Técnicas e instrumentos de recolección de datos	32
Tabla 2: Actividades recreativas que gustarían realizar	35
Tabla 3: Frecuencia con la que gustarían realizar actividades recreativas.....	36
Tabla 4: Tiempo que gustarían realizar actividades recreativas.....	37
Tabla 5: Preferencia de talleres educativos	38
Tabla 6: Preferencia de talleres de actividades físicas.....	39
Tabla 7: Tipos de terapias que gustarían recibir	40
Tabla 8: Tiempo que gustarían recibir las terapias.....	41
Tabla 9: Resultado de evaluación de actividades instrumentales de la vida diaria.....	42
Tabla 10: Resultado de evaluación de actividades básicas de la vida diaria.....	43
Tabla 11: Ficha documental barreras arquitectónicas – señalización.....	44
Tabla 12: Ficha documental normatividad-accesibilidad	45
Tabla 13: Ficha documental normatividad-ambientes	46
Tabla 14: Datos análisis de caso 1	47
Tabla 15: Datos análisis de caso 2	48
Tabla 16: Datos análisis de caso 3	49
Tabla 17: Criterios de análisis de casos.....	50
Tabla 18: Comparación de análisis de casos según criterios	51
Tabla 19: Matriz de consistencia lógica	64
Tabla 20: Matriz de operacionalización de variables.....	65
Tabla 21: Resumen de operacionalización con enfoque cualitativo	67
Tabla 22: Resumen de operacionalización con enfoque cuantitativo.	68

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Población adulta mayor por región	11
Gráfico 2: Situación y vulnerabilidad de la población adulta mayor	12
Gráfico 3: Población adulta mayor en Áncash y provincias	13
Gráfico 4: Porcentaje adultos mayores por sexo	14
Gráfico 5: Aumento porcentual de población según edad	15
Gráfico 6: Ubicación de unidades de muestreo	29

Índice de Anexos

Anexo 1: Matriz de consistencia lógica.

Anexo 2: Matriz de operacionalización de variables.

Anexo 3: Resumen de operacionalización con enfoque cualitativo.

Anexo 4: Resumen de operacionalización con enfoque cuantitativo.

Anexo 5: Instrumentos - Cuantitativo.

Anexo 6: Instrumentos - Cualitativo.

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud informa que a medida que la proporción de la población adulta mayor aumenta rápidamente, el problema mundial se genera por la falta de servicios y el descuido de esa población para satisfacer sus necesidades de su calidad de vida. Por ello, este estudio tuvo como objetivo analizar e identificar al proceso de envejecimiento activo de las personas mayores en Huaraz, 2021. Por lo cual el estudio tiene un enfoque mixto, con preponderancia cualitativa de tipo y diseño descriptivo transaccional-transversal. Se tuvo una población de 3.618 adultos mayores, se obtuvo una muestra de 245 adultos mayores los cuales fueron pacientes del área de geriatría del Hospital II (Essalud). Para la recolección de datos se emplearon encuestas, entrevistas y análisis documentales, las cuales se aplicaron en el área de estudio considerada. Se obtuvo como resultados que las actividades y los talleres reducen las falencias de los adultos mayores mediante la aplicación de estas, por otra parte, los ambientes y los espacios públicos de la ciudad de Huaraz carecen de implementación según las necesidades de desplazamiento, debido a la presencia de barreras arquitectónicas, ocasionando dificultades en el desenvolvimiento con el contexto y las personas adultas mayores. Se concluye que es necesario servicios e infraestructuras adecuadas para el adulto mayor que permitan el desarrollo y bienestar de dicha población, dirigida hacia servicios de interés integral para la salud y el ocio, la mejora de la calidad de vida, promoviendo el envejecimiento activo de las personas mayores, dentro de los marcos y requisitos normativos compatibles con las necesidades de dicha población de la ciudad de Huaraz.

Palabras Clave: Envejecimiento activo, arquitectura geronto-geriátrica, centro integral, adulto mayor, arquitectura universal.

ABSTRACT

The World Health Organization reports that as the proportion of the elderly population increases rapidly, the global problem is generated by the lack of services and the neglect of that population to meet their needs. Therefore, this study aimed to analyze, identify and contribute to the active aging process of older people in Huaraz by 2021. Therefore, the study has a mixed approach, with a qualitative preponderance of type and a transactional-cross-sectional descriptive design. There was a population of 3,618 older adults, a sample of 245 older adults was obtained who were patients from the geriatric area of Hospital II (Essalud). For data collection, surveys, interviews and documentary analyzes were used, which were applied in the study area considered. The results were obtained that the activities and workshops reduce the deficiencies of the elderly through the application of these, on the other hand, the environments and public spaces of the city of Huaraz lack implementation according to the needs of displacement, due to the presence of architectural barriers, causing difficulties in coping with the context and the elderly. It is concluded that adequate services and infrastructures are necessary for the elderly that allow the development and well-being of said population, directed towards services of integral interest for health and leisure, the improvement of the quality of life, promoting the active aging of the older people, within the frameworks and regulatory requirements compatible with the needs of said population of the city of Huaraz.

Keywords: Active aging, geronto-geriatric architecture, integral center, elderly, universal architecture.

I. INTRODUCCIÓN

En estos tiempos el aumento de la población adulto mayor ha sido progresivamente superior al de los infantes, generando así una gran preocupación por la falta de espacios e infraestructuras adecuadas para la adaptación según las necesidades de las PAM (Personas Adultas Mayores), así como también los escasos de estrategias que salvaguarden la salud y el envejecimiento activo, pese a la existencia de normas y leyes que protegen al adulto mayor.

El envejecimiento de la población es el resultado de una tendencia constante de disminución de las tasas de fecundidad y aumento de la esperanza de vida. Este cambio demográfico ha aumentado el número y la proporción de personas mayores de 60 años. Como resultado, se acerca el momento en que el número de ancianos superará al número de jóvenes por primera vez en la historia (OMS, 2015). A lo largo de los años se hizo indispensable mantener la prevalencia de su autonomía al mayor tiempo que sea posible, el entorno y la vivienda se considera de vital importancia para trabajar con la seguridad y la accesibilidad al servicio del adulto mayor. No debe partir de un simple acto de adaptación, sino del mismo acto de planificación, adaptado a las necesidades de los adultos mayores de 60 años en términos de bienestar cultural, social, económico, físico y emocional. (García 2017)

Según el Boletín de Salud y Envejecimiento de la Organización Mundial de la Salud, había 605 millones de personas mayores en el 2000, siendo esta la undécima población más grande del año. Como resultado, se espera que esta población alcance los 2000 millones en el 2050, duplicando esta proporción para una población total de 22%. Además, se estima que para ese año el mundo tendrá mayor porcentaje de adultos mayores que la población menor de 15 años. (OMS, 2015). Esta estimación ante el incremento en la población adulta mayor genera importantes desafíos, tanto a nivel de edificación y entorno, ya que se presentará impedimentos por las barreras urbanísticas y arquitectónicas del contexto actual, tales como veredas inadecuadas, insuficiencia de rampas, espacios de recreación con mobiliarios urbanos inadecuados a la necesidad del adulto mayor, transporte y señalización, escaleras y pisos inapropiados para una movilización correcta, la iluminación y los colores para la diferenciación y visualización.

Según el término del Decenio del Envejecimiento Saludable y Activo (2020-2030), “La cifra de personas de 60 años a más habrá aumentado en un 34%, de 1000 millones en 2019 a 1400 millones. Para 2050, la población a nivel mundial de personas mayores será más del doble y alcanzará los 2100 millones.” La OMS (2020) menciona que “En el último año, aproximadamente 1 de cada 6 personas mayores de 60 años sufrieron algún tipo de abuso en entornos comunitarios. El maltrato de las personas mayores puede conllevar graves lesiones físicas y consecuencias psicológicas prolongadas”. Las estadísticas muestran que se espera que el número de abusos aumente significativamente en todo el mundo debido a las altas tasas de envejecimiento en muchos países, la escasez de recursos y el espacio total infrutilizado.

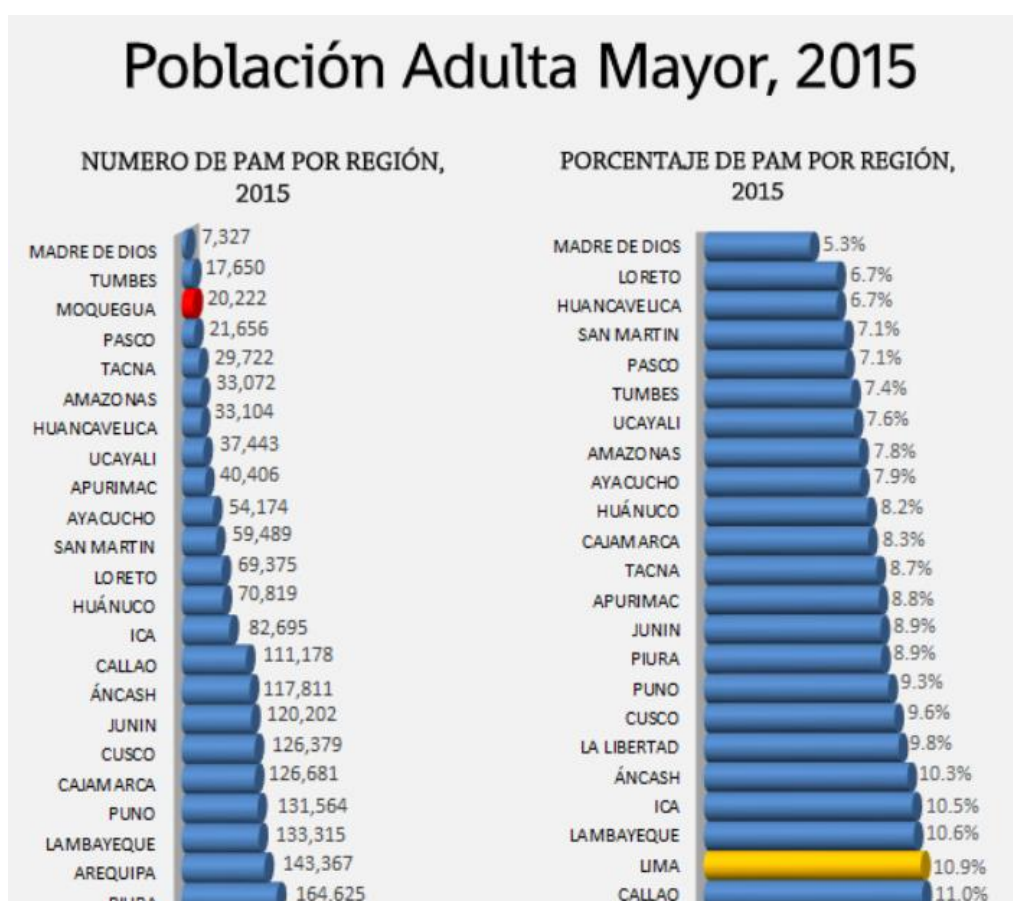


Gráfico 1: Población adulta mayor por región.

Fuente: INEI

Actualmente en el Perú la población adulta mayor se incrementó de acuerdo a las estadísticas de longevidad, en cuanto al INEI (2020) menciona que el proceso de envejecimiento de la población peruana, aumenta la proporción de la población adulta mayor de 5.7% en el año 1950 a 12,7% en el año 2020 (p. 01). Teniendo en cuenta la estadística de salud del adulto mayor según el INEI (2020) “El 82,3% de la población adulta femenina con el 72,9% de la población adulta masculina sufre de problemas de salud que padecen alguna enfermedad (p. 10). Al ser vulnerables a padecer enfermedades requieren de una atención adecuada, a pesar de ello la atención en centros de salud u hospitales no contemplan estos requisitos en su totalidad, puesto que no solamente se centran en la atención del adulto mayor, sino de los usuarios en general, por ese motivo el trato no se adecua a mantener la salud perenne de las PAM. Este aumento de vida significa no solo la verificación de nuevos y diferentes grupos sociales, sino también la mayor complejidad de esta etapa de la vida. Este fenómeno crea nuevas necesidades y demandas, pero no para las personas jóvenes, sanas y productivas, sino para los usuarios mayores que dependen de la función física, las cualidades y la cognición para interactuar adecuadamente entre sí. Neugarten (1974)

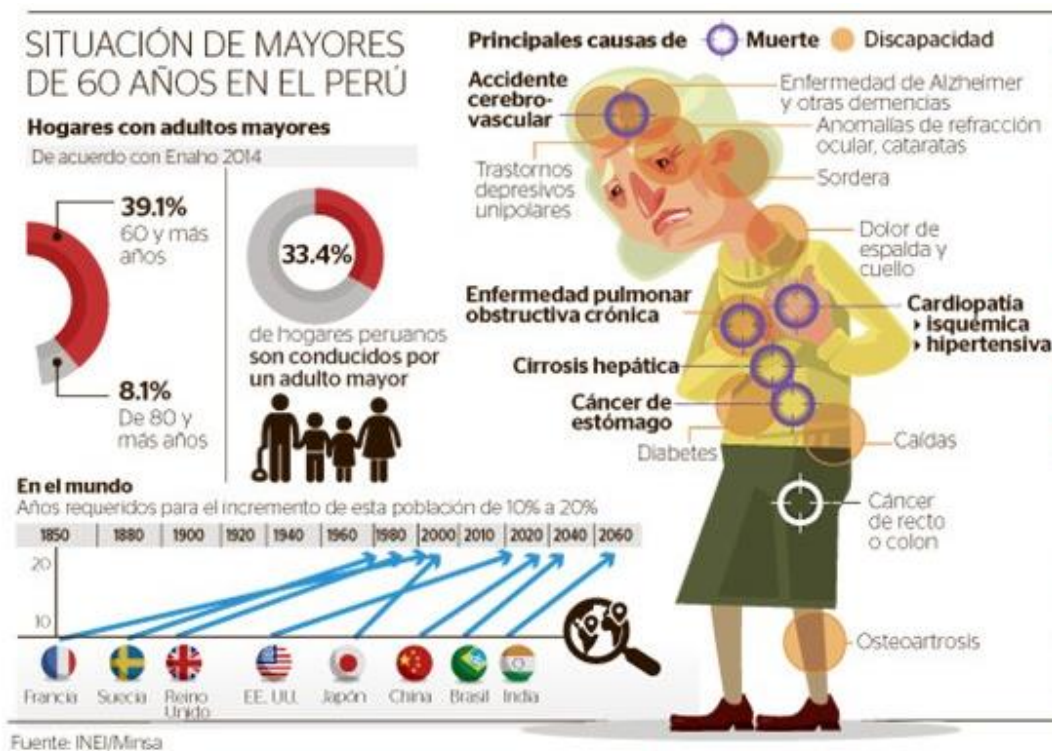


Gráfico 2: Situación y vulnerabilidad de la población adulta mayor.

Fuente: INEI/Minsa

En Perú, en el año 2016 se propuso la Ley N° 30490 “Ley del Adulto Mayor”, mediante el Decreto Supremo 007-2018-MINP, Esto asegura que las personas mayores estén efectivamente protegidas por el país y deben integrarse plenamente en el desarrollo social, económico, político y cultural de la ciudad. Por lo cual en su artículo 6 señala “El Estado promueve los derechos y emite lineamientos, dispositivos legales, planes, programas, proyectos y normas en materia de personas adultas mayores”.

La ley estipula que la calidad de vida de las personas mayores es la percepción de su lugar en relación con sus metas, expectativas, estándares e inquietudes. Este concepto está influenciado por la salud física, el estado psicológico, el nivel de dependencia, las relaciones sociales y su relación con el medio. En relación a dicho concepto en el artículo 10 se crea el CIAM (Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor). De modo que se salvaguardare y brinde atención a las PAM, pese a esta ley se observa el maltrato en incremento y abandono a dicha población, según el Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual (2018) “Atendió 133,697 casos, de los cuales 8,108 son de personas mayores de 60 años, lo que representa el 6.15% de todos los casos atendidos”. Por lo tanto, el desarrollo a menudo se aborda en relación con los adultos mayores y su salud física, incluida la salud, el entorno físico y la atención médica.

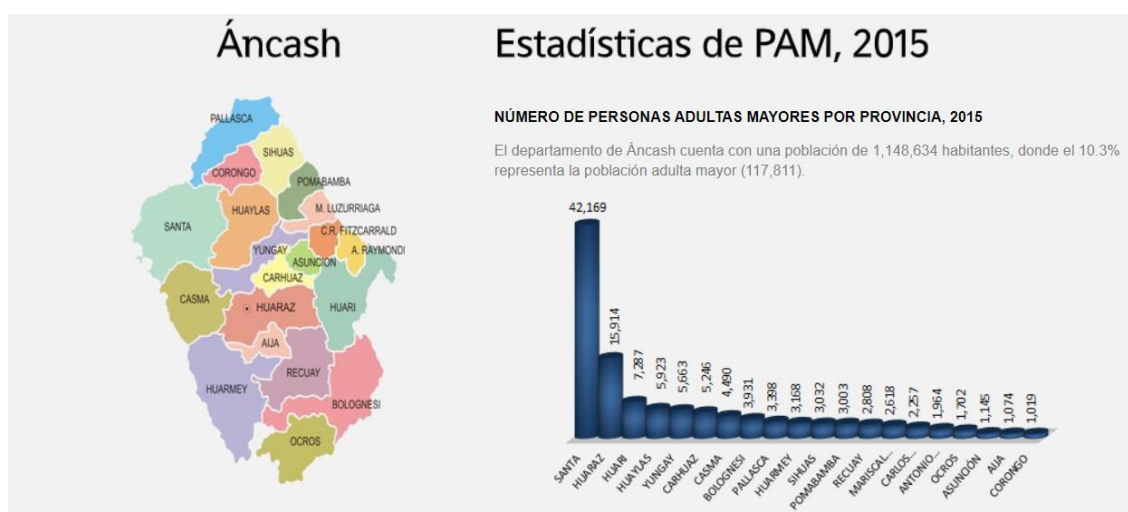


Gráfico 3: Población adulta mayor en Áncash y provincias.

Fuente: INEI/Estadísticas de PAM

En el departamento de Ancash la población de PAM cuenta con 1,148.634 habitantes, donde el 10.3% representa la población adulta mayor con 117,811

(Estadísticas de PAM, 2015). El proceso de envejecimiento demográfico plantea diferentes desafíos y exigencias por la incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas, incluyendo las carencias que se presentan por las condiciones de pobreza y la exclusión social presentes. Por lo cual es claro que la infraestructura y el medio ambiente contribuyen al desarrollo, en este sentido, la arquitectura y el diseño brindan soluciones para crear espacios confortables para las personas mayores y así ayudar a minimizar todo tipo de deterioro mental o físico. (Herrera, 2012).

Consecuentemente en la ciudad de Huaraz se ha visto reflejado cubrir la necesidad de los adultos mayores ya que presentan un porcentaje mayor de abandono y desinterés por parte de su familia y del Estado, como también el contexto donde se encuentran no brindan la accesibilidad y el desplazamiento adecuado, a pesar que existe el asilo Mosquera Paucar, se observó que el contexto arquitectónico, urbanístico y la atención del mismo no cumple con las necesidades y requerimientos del adulto mayor, la ciudad de Huaraz se encuentra en la segunda posición de PAM con 15,914 habitantes.

Esta problemática no es reciente ya que por medio de un estudio histórico temporal se pudo comprobar que según los resultados de la ENAHO (Encuesta Nacional de Hogares) correspondiente al trimestre 2010 reveló que la población con



Gráfico 4: Porcentaje adultos mayores por sexo.
Fuente: INEI/Estadísticas de PAM

60 años de edad a más representa el 8,6% del total de la población, comparando con el trimestre 2009 que observa el aumento en 0,2 punto porcentual de las personas adulta mayor, por los grupos de edad se representa un incremento de 0,2 punto porcentual. (INEI, 2010 p. 25). Correspondiente al trimestre 2011 se pudo revelar también el aumento y el cambio de las PAM, por ello los resultados fueron: La población con 60 años de edad a más representa el 9,2% del total de la población, comparando con el trimestre 2010 que observa el aumento en 0,6 punto

porcentual de las personas adulta mayor, por los grupos de edad se representa un incremento de 0,5 punto porcentual. (INEI, 2011 p. 28).

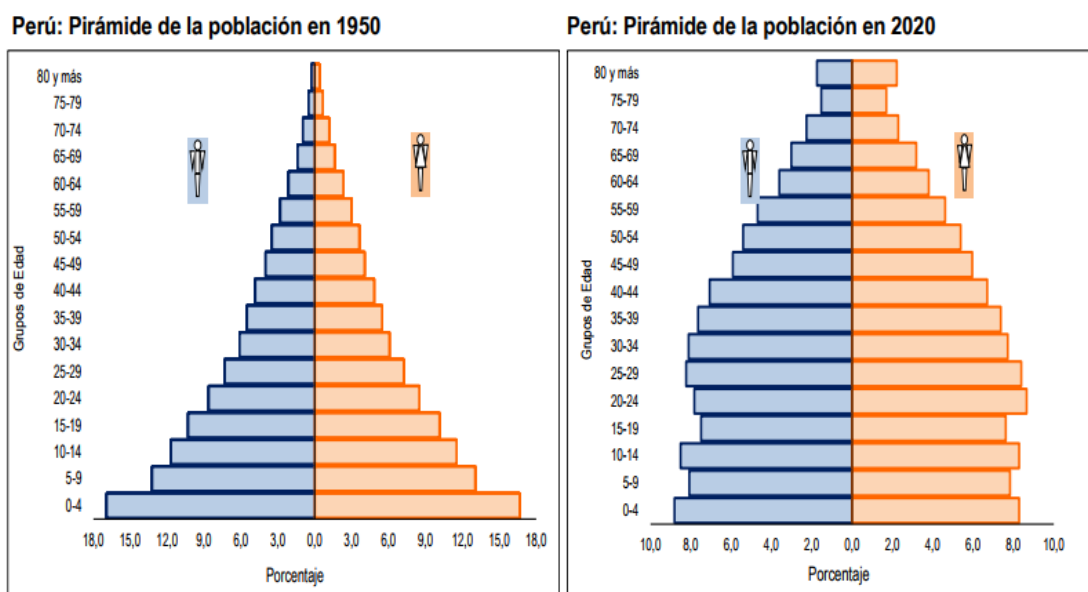


Gráfico 5: Aumento porcentual de población según edad.
Fuente: INEI

Ante esta problemática, la población adulta mayor de acuerdo a los resultados del INEI, representaba el 8,6% de personas para el año 2010, y para el año 2020 representa 12,7%. Por lo tanto, se estima que la población adulta aumentará al 16,8% para el año 2030. Debido a los importantes cambios demográficos en el país durante las últimas décadas, la estructura de la población por edad y sexo ha experimentado cambios considerables debido a un aumento gradual, y se necesita que su contexto y atención albergue y satisfaga todas las necesidades para reforzar el envejecimiento activo del adulto mayor. Por consiguiente, ante el incremento poblacional de las PAM, su estilo y calidad de vida deben ser monitoreados y protegidos a medida que sus capacidades biológicas, cognitivas y sociales disminuyen gradualmente con el paso de los años. Esto afecta su autonomía y sus relaciones con los demás, ya que se encuentran en una situación de riesgo y de vulnerabilidad social. Por lo tanto, están sujetos a discriminación.

Bajo los argumentos señalados, existe un enfoque común para el creciente número de problemas existenciales de las personas mayores, la falta de suficiente infraestructura y espacio urbano y, por lo tanto, existe la necesidad de crear espacios para satisfacer las necesidades de las personas mayores, buscando su integración, en vista de ello, nació la necesidad de investigar sobre la Arquitectura

Geronto-Geriátrica para reforzar el envejecimiento activo del adulto mayor en la ciudad de Huaraz, aplicando los conceptos y las necesidades que presentan las PAM según los espacios con calidad de confort y funcionalidad que se requieran, para así evitar el degrado de sus funciones cognitivas y físicas como persona por la avanzada edad.

Actualmente existen diversos motivos que fomentan el pensamiento de que el adulto mayor ha cambiado con el pasar del tiempo, esto se refleja en el hecho innegable de la prolongación de la vida que conlleva el declive de sus capacidades como sujetos activos. En base a lo mencionado, para la formulación del problema se hizo diferentes preguntas en base a la problemática para determinar en qué nivel se beneficiará a las PAM, de acuerdo a esta interrogante se hizo la siguiente pregunta principal ¿De qué manera la arquitectura geronto-geriátrica ayudo a reforzar el envejecimiento activo del adulto mayor en la ciudad de Huaraz? De acuerdo a la pregunta principal se formularon las preguntas derivadas de acuerdo a 1.- ¿Cuáles son los espacios y ambientes necesarios para el adulto mayor?, 2.- ¿Cuáles son las actividades que desarrollan un envejecimiento activo?, 3.- ¿Cuáles son las características principales de la arquitectura geronto-geriátrica? y 4.- ¿Cuál es el perfil del adulto mayor y sus necesidades?

La presente investigación se justificó a partir del aumento progresivo de la población adulta mayor, cuyo proceso de envejecimiento conlleva al declive de sus condiciones físicas, cognitivas y genera situaciones de discapacidad y dependencia. Por ello, la investigación brindo aportes en la ciudad y en la sociedad, analizando la arquitectura geronto-geriátrica se logró analizar los nuevos ambientes y espacios que brinden la interacción de las PAM, se conoció sistemas de orientación y estimulación de espacios que no se reflejan actualmente para los adultos mayores, esto ayudo a tomar conciencia de estos cambios y alternativas para mejorar la calidad de atención, haciendo que no se sientan excluidos en la sociedad. También permitió conocer acerca de la variable poco usada en el ámbito social y arquitectónico, sobre la situación de los ancianos abandonados por familiares. En el Perú existen organizaciones que apoyan a las personas mayores, pero lamentablemente son pocas y no se impulsa ningún programa de acción o apoyo para lograr un mejor futuro y felicidad. De hecho, el envejecimiento del

cuerpo conduce a una serie de pérdidas de habilidades, pero la mayor pérdida que una persona puede infligir es social y emocional. Así mismo se buscó contribuir al desarrollo de la arquitectura en relación con el proceso de envejecimiento del adulto mayor activo y dependiente en nuestro contexto, ya que no sólo cambian las demandas constructivas, sino también las necesidades vitales que influyen en sus emociones. En este sentido no es sólo cuestión de proyectar un equipamiento, sino también considerar el entorno y servicios complementarios, como menciona el especialista en geronto arquitectura Robert Lapuyade: “La arquitectura para el adulto es una realidad y debe existir ya que el ser humano tiene cambios de acuerdo a sus necesidades y en muchos casos las edificaciones tradicionales no son útiles” (Lapuyade, 2013). El instrumento de evaluación utilizado permitió identificar las necesidades, falencias y obstáculos que presentan las PAM, se pudo realizar otras investigaciones que analizaron a fondo el problema y así potenciaron el objetivo y se obtuvo mejores resultados.

El objetivo general de la presente investigación fue, Analizar la Aplicación de la Arquitectura Geronto-Geriátrica en el Reforzamiento del Envejecimiento Activo del Adulto Mayor en la Ciudad De Huaraz, 2021. De tal manera se consideró 4 objetivos específicos, los cuales son 1.- Identificar los espacios y ambientes que satisfagan las necesidades del adulto mayor, 2.- Analizar las características de la arquitectura geronto-geriátrica para desarrollar una adecuada calidad de vida del adulto mayor, 3.- Identificar las actividades que fomenten un desarrollo integral en su envejecimiento activo, finalmente 4.- Analizar el perfil del adulto mayor para poder satisfacer sus necesidades.

De igual forma se determinó la existencia de hipótesis de investigación e hipótesis nula de acuerdo al enfoque metodológico de la investigación, H_1 : La Arquitectura Geronto-Geriátrica Reforzaré el Envejecimiento Activo del Adulto Mayor en la Ciudad De Huaraz, puesto que brindará espacios y ambientes que brinden un proceso de vida de acuerdo a las necesidades que se presentan según las falencias que produce el pasar de los años y así no queden en una zona de olvido y la H_0 : La Arquitectura Geronto-Geriátrica no Reforzaré el Envejecimiento Activo del Adulto Mayor en la Ciudad De Huaraz, puesto que no brindará espacios y ambientes que brinden un proceso de vida de acuerdo a las necesidades que se

presentan según las falencias que produce el pasar de los años, ocasionando dejarlos en una zona de olvido.

II. MARCO TEÓRICO

La resolución de problemas significa lidiar a una realidad complicada en la cual los factores sociales, psicológicos y biológicos interactúan. El envejecimiento es una etapa de la vida, entendida como parte del propio proceso de envejecimiento, y se da sobre determinados temas específicos. Por tanto, el régimen de envejecimiento no se puede generalizar. A medida que una persona cambia en función de sus patrones espirituales, estructuras de personalidad, creencias, valores, la cultura, el proceso social con el que entran en contacto y donde ocupan un contexto social y ecológico particular. En principio se buscó contrarrestar este fenómeno de acuerdo a las necesidades con interacciones del medio físico y su entorno. Como ser vivo, el ser humano sufre cambios internos para crecer y desarrollarse, así como cambios externos que ocurren en el hombre al desarrollarse en su entorno sociocultural, y tienen una interacción entre el objeto y el entorno, los dos se influyen mutuamente y cambian. Lo interesante es la interacción entre las personas mayores y su entorno sociocultural y las interacciones que ocurren en estas interacciones. El incremento de la población adulta mayor ha generado gran preocupación por la falta de atención y prioridad que se le debería de dar a las PAM, se realizaron diferentes investigaciones en el ámbito nacional e internacional que buscaron una solución ante el problema, para disminuir el hecho que agrava el aumento de mortalidad que conlleva el envejecimiento y la dependencia que se genera por la falta de espacios de acuerdo a su necesidad y la prevención de sus falencias a través de un buen envejecimiento activo. Para analizar las investigaciones que se mencionará se tomó en cuenta a la variable independiente y dependiente, la cual muestran los procesos y resultados de diferentes investigaciones.

Empezando por investigaciones nacionales se encontró a Hernández & Chanamé (2016) que en su investigación “Las Condiciones Espacio - Funcionales Del Asilo De Ancianos De Chiclayo Y Su Influencia En La Calidad De Vida Del Interno” su objetivo era aclarar el impacto de las condiciones espaciales-funcionales de los residentes del asilo en su calidad de vida, se afirma que la arquitectura en sus

elementos funcionales y espaciales afectan la calidad de vida humana. La investigación es de naturaleza mixta, se contó con una población de 50 ancianos con una muestra de 20 personas mayores, y se evaluó el diseño formal y los requerimientos funcionales de cada espacio. Si bien el equipo cuenta con los procedimientos necesarios, se concluye que aún hay espacio insuficiente para actividades adicionales, y desde la perspectiva de los residentes, el 70% califican como ambientes buenos y adecuados los espacios del asilo, y el 75% desearía practicar actividades complementarias como el deporte, la artesanía, la agricultura, la danza y la lectura en áreas designada para tal fin. Así mismo, Jara (2019) en su investigación titulada “Criterios arquitectónicos para espacios de esparcimiento del adulto mayor en Chimbote, 2019” se pretendió explicar los criterios de construcción de recreación para adultos mayores de Chimbote 2019. Se tuvo una población de adultos mayores de 23,000 y con una muestra n probabilística de 34, los cuales incluye personal del centro para personas mayores y arquitectos que están familiarizados con el tema. Este estudio se basa en las contribuciones de Lynch (2008): “El trabajo basado en el usuario debe proporcionar un espacio que pueda asociarse favorablemente y ofrecer una experiencia positiva, y esto se lograra cuando se alcance estudiar al usuario y así conocer sus necesidades”, por otro lado reforzando este aporte esta, Pallasma (2012) el cual afirma que se debe conocer las necesidades, antropometría, actividades y preferencias del usuario, ya que al pasar de los años y tener una edad avanzada se tiene ciertas características que pueden limitar referente a la arquitectura”. Se utilizo un enfoque positivista no experimental con diseño descriptivo simple, con métodos de investigación y 13 items utilizados para recopilar información, la confiabilidad del instrumento es por α Cronbach = 0,53; la validez se determinó por criterios de evaluación de expertos. Los métodos de análisis de datos incluyeron tablas de frecuencia y gráficos. De esto podemos concluir que el 79.41% de los adultos mayores indican que no se tuvo en cuenta los parámetros de edificación en los actuales espacios dedicado a los adultos mayores en Chimbote. Finalizando con Paullo (2019) en su investigación “Comparación de la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en el distrito de Wanchag - Cusco 2018” con el objetivo de comparar la calidad de vida de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en el distrito de Wanchag – Cusco. Se

realizo un estudio observacional, transversal, comparativo y prospectivo. Se aplicó la escala de Calidad de Vida MGH. En los resultados comparando ambos grupos, el 62.70% de los institucionalizados perciben baja calidad de vida a causa de su salud física, mientras los no institucionalizados tienen alta calidad de vida 78,40%. El 62,60% con poco apoyo familiar tienen baja calidad de vida en el asilo, mientras que el 73,80% de los que viven en sus hogares, refieren calidad de vida alta, según su independencia, el 57.40% de los institucionalizados refieren tener baja calidad de vida, y los no institucionalizados calidad de vida alta 65,5%. El 58.50% de los que tienen poca satisfacción por la vida viven en el asilo, a diferencia de los que viven en sus domicilios 41.50%. Respecto a la calidad de vida en general los institucionalizados, tienen baja calidad de vida 61,70%, a diferencia de los que viven en sus domicilios 38.30%. Se concluye que existe diferencia significativa en la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados del distrito de Wanchag Cusco.

En el ámbito de la investigación internacional, Espinoza, Ibáñez & Gaibor (2018) en su estudio “Propuesta arquitectónica inclusiva de espacios físicos en el centro gerontológico de Quevedo, Ecuador” muestran un proyecto desarrollado con el objetivo de remodelar e incrementar las áreas de recreación, salud y alojamiento a través del diseño de espacios adecuados. Cabe destacar que, para obtener información relevante con respecto a las directrices de diseño inclusivo, se analizó de manera general diversas teorías correspondientes a centros gerontológicos, arquitectura inclusiva y diseño universal, así como se llevó a cabo una investigación descriptiva, de carácter cuantitativa, lo que permitió recopilar información correspondiente a las percepciones y opiniones de los involucrados. En lo que respecta a la población, se consideró la aplicación de encuestas dirigidas a los colaboradores del Centro Gerontológico y a los familiares de los pacientes de horario diurno. Los resultados obtenidos del trabajo de campo demostraron que el Centro Gerontológico precisa de cambios, principalmente a nivel de seguridad, en los espacios de recreación y en la zona residencial. Con base a la información obtenida, se concluyó la necesidad de mejorar las áreas diseñadas en base a las Normas Técnicas de la Población Adulto Mayor. Por otra parte, Córdova & Vallejo (2019) en su investigación “Análisis de la Realidad Socio Espacial del Adulto Mayor en la Ciudad de Riobamba, que Propicie el Diseño Arquitectónico de un Centro

Geriátrico que Satisfaga sus Necesidades.” tuvo como objetivo analizar la realidad socio espacial del adulto mayor en la ciudad de Riobamba para posteriormente realizar una propuesta de un centro geriátrico, debido a que los limitados equipamientos arquitectónicos; los adultos mayores se encuentran abandonados en albergues improvisados e inadecuados, o en las calles, expuestos a las inclemencias del tiempo y sin los cuidados básicos que este grupo vulnerable requiere. La metodología utilizada para la recolección de información fue cualitativa mediante el levantamiento de fichas de observación y la realización de entrevistas a profesionales especializados en el área de geriatría. Posteriormente se analizó los referentes arquitectónicos, se concluyó que los adultos mayores requieren un lugar ergonómico, accesible, seguro y tranquilo para poder realizar sus actividades diarias y previo al análisis técnico del estudio urbano, se considera la ubicación del proyecto en el sector de “Las Abras” por ser un lugar libre de contaminación atmosférica, visual y auditiva, amplio y con accesibilidad a la infraestructura básica que puede brindar total bienestar al adulto mayor. La propuesta está enfocada en aportar un envejecimiento activo para que los adultos mayores se sientan útiles e independientes, disminuyendo sus problemas de salud mediante la creación del diseño arquitectónico de un modelo de centro geriátrico cooperativo participativo relacionado con áreas verdes, la privacidad (residencia) y la variedad de espacios comunes en donde las personas puedan realizar cualquier actividad grupal, lo cual ayuda para la interacción con personas de su misma edad de forma activa, colaborativa y solidaria, así mismo Giai (2015) en su estudio “Actividades recreativas en adultos mayores internos en un hogar de ancianos” se tuvo como objetivo valorar la realización de actividades recreativas en un hogar geriátrico, para ello se aplicó el método de estudio cualitativo y correlacional realizado en adultos mayores internos en el hogar "Santa Marta" en la ciudad de Mendoza, Argentina. Con una población de 105 adultos y la muestra quedó conformada por 99 que aceptaron participar. Se aplicó un cuestionario y entrevista individual y las pruebas de Pearson y de Fisher para analizar las actividades recreativas en relación con la edad, el sexo y el tiempo de estadía en la institución. Se realizó actividades recreativas que se clasificaron en intramuros y extramuros, estas últimas, que se concretaban los fines de semana y coincidían con las visitas familiares, fueron las preferidas, especialmente entre aquellos con menor tiempo de estadía en la

institución. Concluyendo las actividades recreativas internas y externas en la institución con la colaboración de especialistas y voluntarios según una estrategia adecuada y optimizada. La preferencia de los adultos mayores por las actividades externas se apoya en su necesidad de interactuar y socializar con sus familiares y otros ancianos, lo que los aleja de experimentar estados vivenciales negativos. Es importante prever la inclusión de los ancianos con más tiempo de estadía en las actividades recreativas externas y estimular la concurrencia de los familiares con periodicidad.

Para tener un mayor enfoque de la investigación se tomó en cuenta las características del envejecimiento activo y la arquitectura geronto-geriátrica, en base a autores que desarrollan conocimientos del tema, se conoció a fondo las características que pretenden describir al adulto mayor conjuntamente con sus variables, se pudo entender el proceso que conlleva la descripción de cada uno y a qué nivel repercute en su calidad de vida.

Para comenzar con García (s.f.) el envejecimiento en la actualidad se aceleró hace unos años, debido a su alimentación, ritmo de vida y por las condiciones ambientales, en relación con ello, las etapas de su ciclo vital tienen características que lo identifican y definen, por eso todo profesional se debe enfocar en el mundo de la gerontología, las características que lo identifican son el universal: Es parte del ciclo del ser vivo que no pueden cambiar, irreversible: Se da en el transcurso de la vida y no se puede detener, continuo: un sistema lineal de la vida, intrínseco: es íntimo, esencial y propio de cada ser vivo, finalmente heterogéneo: el envejecimiento es diferente de acuerdo a cada persona. En contexto con García, según López et. al. (2019) considera también que las características del envejecimiento son procesos naturales, ocurre en todos los seres vivos, comienza en el momento de nacer, se acentúa en los últimos años, produce limitaciones, es distinto es diferentes personas y los órganos no se envejecen al mismo tiempo.

De acuerdo a Miranda (2006) el término de envejecimiento activo engloba a mejorar las condiciones físicas y psicosociales con el fin de mejorar y tener una calidad de vida adecuada, ampliando las expectativas de vida dentro de los ámbitos de ocupación, productividad, cultura y salud, todo ello brindando una vida digna y satisfactoria para el bienestar particular en base a su independencia con una

participación activa. Aportando el tema según Petersen y Casanova citados por Valverdi (2009), para perdurar la calidad de vida es necesario que se enfoque en objetivos terapéuticos a la estimulación cognoscitiva, a la estimulación física, y al desempeño social de la persona. Existen diferentes tipos de terapias que fueron analizadas por Rodríguez O. (2009), y estas son: terapia de reminiscencia, terapia de validación, musicoterapia, ludo terapia y la terapia hortícola.

Por lo que se refiere Garcia, et. al. (2016) para un envejecimiento activo se debe fomentar oportunidades de empleo, organizar contribuciones activas con voluntarios y capacitaciones de integración, viviendas adaptadas a cada necesidad y la adecuación de edificaciones, transporte y tecnología de acuerdo a las necesidades y realidades del adulto mayor, todo ello para prevenir su deterioro, otros principios para prevenir este declive son las actividades diarias y físicas para generar un bienestar físico, psicológico y social.

Con todo lo anterior, Martínez et. al. (2020) menciona que existen muchos prejuicios contra el envejecimiento, pero se debe entender que se trata de un proceso natural que responde a cambios biológicos, psicoafectivos y culturales, todos envejecemos desde el momento en que nacemos, algunas personas olvidan que todos llegaremos a pertenecer al grupo denominado “adulto mayor”, según el Libro Blanco del Envejecimiento activo, para potenciar se enmarca 5 pautas con el objetivo de: tener buena salud, tener buen funcionamiento físico, tener buen funcionamiento mental, lograr la máxima independencia y autonomía, la vinculación y participación social. Dichas pautas se deben centrar en atrasar la edad al máximo, reduciendo la aparición de enfermedades y de la muerte. Entre otras pautas debe potenciar las dimensiones cognitivas y físicas para trabajar como componente de la fluidez mental, la asociación y la velocidad de respuesta. (p. 36). Por ende, el esfuerzo de atrasar al máximo la edad se debe centrar primordialmente para reducir la aparición de enfermedades, los diferentes tipos de actividad física y sensorial deben contar con propuestas que trabajen como componentes para el fortalecimiento de la fluidez mental, la asociación y la velocidad en las respuestas.

Añádase a esta los determinantes del envejecimiento activo son transversales por la cultura y género, sistemas sanitarios y servicios sociales y curativos que promueven la salud y prevención de enfermedades, conductuales con respecto

al alcohol, medicamentos, cumplimiento terapéutico, tabaquismo, actividad física y alimentación sana; factores personales como biológico, la genética y psicológico; el entorno social y físico con el apoyo social-familiar y la seguridad de vivienda y espacio; finalmente con el determinante económico del trabajo y los ingresos. Al considerar estos determinantes, se espera promover un envejecimiento positivo de acuerdo con el estilo de vida y la función física, funcionamiento cognitivo, emocional y adaptativo, funcionamiento social y participación. Claves para la optimización de las funciones que necesitan en el proceso de envejecimiento. (Melchor, 2019, p.47,56)

En base a la variable y terminología de gerontología, se origina al inicio del siglo XX, teniendo como objetivo el responder todo proceso de envejecimiento que involucra las diferentes disciplinas de la sociología, biología y psicología, ante ellos menciona cuatro ámbitos: la biología del envejecimiento como estudio del organismo, la gerontología social como desempeño y modo de vida del anciano según sus conductas, la psicogerontología como las transformaciones psicológicas y la geriatría como el estudio de las enfermedades con el fin de prevención (García, 2003). En el ámbito de la geriatría, Martínez, Mitchell y Aguirre (2014) menciona que teniendo en cuenta los aspectos clínicos, el tratamiento, la prevención y la rehabilitación temprana, recuerda que el campo médico es aquel que aborda la atención brindada al adulto mayor en términos de enfermedad y salud. También cubre definiciones que incluyen: evaluación, diagnóstico y planificación del tratamiento. Teniendo en cuenta los dominios físico, funcional, social y psicológico. La rehabilitación temprana se refiere al procedimiento de aprendizaje asociado con el régimen de una condición médica y tiene en cuenta dichas áreas mencionadas anteriormente. Se tuvo como objetivo el mejorar la calidad de vida y restaurar la función. Lograr la máxima unificación de los adultos mayores con sus familiares y comunidades con la mejor calidad de vida posible.

La geriatría tiene como base teórica el conocimiento de los cambios en el envejecimiento y los síntomas de las enfermedades con el objetivo de prevenir su decaimiento, el cual influye su entorno psicológico y social, la gerontología o gerontológica se enfoca así mismo en el envejecimiento comprendiendo el espacio, la infraestructura y el entorno social para poder satisfacer las necesidades presentes a lo largo de los años. Para ello se necesita de espacios urbanos

inclusivos, desde el punto de diseño de los espacios exteriores se empezó a tomar mayor importancia para que se cree entornos de vida favorables, ante ello se requiere crear la integración del usuario y el entorno urbano inclusivo, así mismo se conoce como Diseño para Todos o Diseño Universal. Con el mismo contexto, el término nace a partir del aumento de los adultos mayores a nivel mundial, ante ello la arquitectura se viene generando y modificando los inmuebles que se adecuen y adapten con las nuevas condiciones de vida de los adultos mayores (Maya, 2018). Para Salas y Gonzales (2014) el determinante para entender los espacios y las edificaciones, se deben analizar profundizando en los aspectos formales y materiales, promoviendo la comprensión mediante la percepción, destacando la comprensión y participación del adulto mayor en el diseño y el apego e identidad del lugar (p.49). Por otro lado, para The Centre for Excellence in Universal Design (2020), “Diseño Universal se refiere al diseño y la composición de un entorno de manera que pueda ser accesible, incluido y empleado en la mayor medida posible por todas las personas independientemente de su capacidad o discapacidad, edad o tamaño” Por lo que se refiere, las personas son capaces de acceder, desplazarse libremente y entender con confianza los espacios exteriores o ambientes al aire libre, esto involucra la interpretación correcta, la capacidad de seguir instrucciones y niveles de comprensión, este diseño abarca el entorno peatonal, del edificio y de los lugares al aire libre. Las características de las personas son varias, por ende, las necesidades son diferentes, al tener en cuenta se podrá diseñar de acuerdo a sus habilidades y capacidades, reduciendo la dependencia.

El diseño universal presenta principios que orientan al proceso de diseño para alcanzar una concepción inclusiva, se orienta en 7 pautas: 1.- Uso equitativo: El diseño es útil y vendible a personas con diversas capacidades, 2.- Flexibilidad en el uso: El diseño se adapta a una amplia gama de preferencias y habilidades individuales, 3.- Uso simple e intuitivo: El uso del diseño es fácil de entender, independientemente de la experiencia del usuario, el conocimiento, las habilidades lingüísticas, las expectativas e intuición del usuario, adoptando diversas formas de lectura y lenguaje, ya sea a través de símbolos, pictogramas, texturas, colores, entre otros, 4.- Información perceptible: El diseño debe comunicar con eficacia la información necesaria para el usuario, enfocado en maximizar la “legibilidad”, mediante el uso de diferentes formas que transmitan la información esencial

(gráfica, verbal, táctil), que contrasten con sus alrededores, 5.- Tolerancia al error: Dicho diseño minimiza el riesgo y los efectos adversos de acciones accidentales o no intencionales. Enfocado en priorizar la organización de los elementos más utilizados a que sean más accesibles, y la eliminación, 6.- De bajo esfuerzo físico: El diseño se puede utilizar de manera eficiente y cómodamente y con un mínimo de fatiga. Enfocado en que el usuario mantenga una posición neutral de su cuerpo; 7.- Tamaño, espacio para el acceso y uso: Su diseño provee el tamaño y espacio apropiado para el acceso, alcance, manipulación y uso, independientemente del tamaño del cuerpo, la postura y la movilidad del usuario. Con todo lo anterior las capacidades físicas, sensoriales y mentales varían de persona a persona y en la medida en que envejecen. En cuestiones de diseño, es importante que los arquitectos tomen consciencia de las diferencias existentes en las habilidades humanas y las respectivas consideraciones de diseño asociadas a estas, estos servirán de pilar para hacer frente a las necesidades de las personas mayores. En este sentido, las características de la arquitectura geronto van encaminadas a la sustitución de perillas por picaportes de puerta para mayor comodidad, uso de agarraderas y barandillas, iluminación bajo los muebles de la zona, baldosas antideslizantes y contraste de colores ya que es importante mejorar la vista y el estado de ánimo de las personas mayores, especialmente las amplias puertas accesibles a los discapacitados. Por ello, todos los arquitectos necesitan analizar las nuevas necesidades y cómo evolucionan en el entorno existente como barrera arquitectónica. (Rodríguez y Valderrama, 2010)

El objetivo principal de esta arquitectura es realizar un proyecto arquitectónico que se enfoque en crear una buena accesibilidad, brindar una buena iluminación y utilizar colores que sean beneficiosos para la salud de las personas mayores. El lugar para vivir y el medio ambiente son muy importantes debido a los riesgos que enfrentan las personas mayores en el día a día como las caídas y la imposibilidad de voluntariado como ir al baño y ducharse por tal motivo se debe tener las condiciones adecuadas para una mejor calidad de vida y un mejor autocontrol. (Estudio Arquivolta, 2016). Por tanto, la tendencia creciente de la población anciana también significa una necesidad creciente de infraestructuras de larga duración y adecuadas desde el punto de vista de las prestaciones sociales. Es un enfoque

para comprender mejor las expectativas y requerimientos de este importante grupo de personas, con el objetivo de contribuir a la dinámica de los derechos y demandas de las personas mayores, así como las necesidades de infraestructura e instalaciones.

La geriatría y la gerontología procuran tener al anciano integrado en su núcleo social, la ancianidad varía; no por la cronología sino más bien por las condiciones físicas en que se encuentra una persona.

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y Diseño de investigación

Tipo de investigación: Fue básica por que se apoya en teorías existentes ya comprobadas por otros autores que estudiaron el mismo tema, contribuyendo a los conocimientos ya existentes, de tipo transaccional-transversal, puesto que se recolecta datos en un solo momento y en un tiempo único, esta investigación tuvo como fin describir las dos variables, la arquitectura geronto-geriátrica como variable independiente y envejecimiento activo variable dependiente, para analizarlos y describirlos en un determinado momento. De acuerdo a Hernández, Sampieri (2014) los diseños transaccionales-transversales, son aquellas investigaciones que recopilan datos en un único momento, será de nivel descriptivo.

Tipo de diseño descriptivo transaccional-transversal: Fue de tipo descriptivo, se buscó especificar las propiedades, las características y el perfil del objeto de estudio de la investigación que se someta a un análisis, únicamente se pretendió recoger o medir información de manera independiente, por ello su objetivo no fue indicar como se relacionan entre sí las variables mencionadas, como también analizo cómo influirá la arquitectura geronto-geriátrica en el envejecimiento activo del adulto mayor en la ciudad de Huaraz, así mismo Hernández, Sampieri (2014) menciona que consiste en describir fenómenos, situaciones, contextos y sucesos, esto es, detallar como son y se manifiestan.

Diseño Metodológico: La investigación fue de diseño no experimental, por lo cual se realizó sin manipular deliberadamente las variables, es decir, las variables no van a variar, solamente se observó las situaciones ya existentes, en su contexto

natural para luego analizarlos, así como lo menciona Fernández, Sampieri y Baptista (2014), dicha metodología de la investigación solo observa los fenómenos en su ambiente natural y sin manipular las variables para después analizarlos.

Enfoque Metodológico: Tuvo un enfoque cuantitativo, porque se utilizó la recolección y el análisis de datos para contestar las preguntas de la investigación y probar las hipótesis que se establecieron previamente. Según Hernández y Sampieri (2014) la realidad objetiva se analiza mediante medidas numéricas y análisis estadístico para determinar predicciones o patrones sobre el comportamiento del fenómeno o problema en cuestión. Este enfoque utiliza la recopilación de datos para probar hipótesis que ocurren antes del proceso metodológico.

Método de Investigación: El método de investigación que se uso es el mixto, puesto que se usó ambos tipos cuantitativos y cualitativos para definir y apoyar a los resultados en las variables mencionadas anteriormente, Hernández y Sampieri mencionan que la meta de la investigación mixta no reemplaza la investigación cuantitativa o cualitativa, pero utiliza las fortalezas de ambos tipos de investigación para combinarlas y tratar de minimizar las posibles debilidades. Ante esto, dicho método incluye subtipos de estudios mixtos, la cual se basó en método Cualitativo mixto (Cuan-Cual) con preponderancia cualitativo, puesto que la investigación se enfocó en recolectar datos y analizarlos para su interpretación de datos descriptivos.

3.2 Variables y Operacionalización

Variable independiente: Arquitectura Geronto-Geriátrica.

Variable dependiente: Envejecimiento activo

3.3 Participantes

Población: Según el INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática) la población de adultos mayores en la ciudad de Huaraz en el 2015, desde los 60 años a más, es de 15.914 con un aumento porcentual del 2% cada año, esto quiere decir que para el presente año hay 17.570 adultos mayores.



Gráfico 6: Ubicación de unidades de muestreo.

Criterio de inclusión: Se tomo como población de estudio a los pacientes del área de geriatría del Hospital II (Essalud).

Muestra: La muestra se realizó a la población de estudio que son los pacientes del área de geriatría, con un total de 3.618 adultos mayores registrados según el registro obtenido por dichas entidades mencionadas.

z= Valor tomado de acuerdo a la confiabilidad del trabajo, siendo el nivel de confianza 90% = 1.62

E= Error de la muestra es del 5% = 0.05

p= Probabilidad de que la muestra se ajuste a la realidad o probabilidad de éxito es de 50% = 0.5

q= Probabilidad de que la muestra no se ajuste a la realidad 50% = 0.5

N= Población de estudio= 3.618

FÓRMULA
$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{(N - 1) \cdot E^2 + z^2 \cdot p \cdot q}$$

Solución:

$$n = \frac{(1.62)^2 * 0.5 * 0.5 * 3.618}{(3.618 - 1) * (0.05)^2 + (1.62)^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{2.62 * 0.25 * 3.618}{(3.617 * 0.0025) + (2.62 * 0.25)}$$

$$n = \frac{2.373,7698}{9.6975}$$

$$n = 244.78$$

⇒ Serán 245 adultos mayores

Muestreo: Se eligió una muestra Probabilístico de muestreo aleatorio simple, en la que se tomó a 225 adultos mayores al azar del área de geriatría del Hospital II Essalud.

Unidad de Análisis: Fue conformada por los adultos mayores del área de geriatría del Hospital II.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Al desarrollar las técnicas e instrumentos de recolección de datos, donde se concretó los instrumentos a aplicar, se definió los diferentes recursos y medios para recabar la información necesaria en base a entrevistas, encuestas y documentales, obteniendo resultados más eficientes que hagan conocer más a fondo el tema que

se investigó en relación a los objetivos. De acuerdo a ello, se mencionó diferentes autores que definen el medio a usar a continuación:

Técnicas: Las técnicas según Hurtado (2006), define como los procedimientos de recolección, como son las encuestas, la observación, las técnicas sociométricas, documentales, entre otros. Por ende, las técnicas que se utilizaron para la investigación fueron: la encuesta, la entrevista y el análisis documental por tener un enfoque mixto, lo que permitió abordar a mayor extensión los objetivos de acuerdo a su finalidad.

Encuestas: Según Tamayo (2007) esta técnica recoge información formulando preguntas, ya sea directa o indirecta, siendo llenadas por la persona encuestada. Se considero pertinente para la investigación, puesto que estaban dirigidas hacia los pacientes del área de geriatría del Hospital II y a los ancianos del Asilo Mosquera Paucar, y así se pudo conocer sus preferencias y falencias que presentan en diferentes ámbitos, todo ello de acuerdo a las preguntas que se les realizo. Otra técnica importante para obtener resultados fue la **Entrevista:** Según Hurtado (2000) es una conversación entre dos o más personas que supone una interacción verbal, es decir se denomina a un entrevistador y a un entrevistado, esto en base a un tema determinado por pautas o esquemas. Por ello se desarrolló una entrevista dirigida a la encargada del área de geriatría del Hospital II, que por medio de sus conocimientos apporto al momento de investigar la variable estudiada. Finalmente se consideró a Hernández, Fernández & Baptista (2000) menciona que el **Análisis Documental** es la investigación que cumple un papel muy importantes para la investigación y en cualquier proyecto a desarrollar, pues aporta a detectar, consultar la biográfica y obtener materiales que nacen de otros conocimientos e informaciones de manera selectiva, que pueden ser usados de manera selectiva, dando mayor validez y confiabilidad, tomando lo mencionado se utilizó las fichas documentales para la elaboración de casos y según normativas de la variable en estudio. Estas técnicas al ser cuantitativas y cualitativas. permitieron contrastar datos por medio de la aplicación en el campo.

Instrumentos de Recolección de Datos: Según Arias (1997) Son los medios naturales empleados para almacenar y recolectar la información requerida, además que son diferentes las maneras y formas de obtener la información que se desea.

Por ello, los instrumentos que se emplearon fueron el cuestionario, una guía de entrevista y la ficha documental.

Cuestionario: Según Hernández Sampieri (1997), es el instrumento más usado para recolectar los datos, consistiendo en una serie de preguntas con respecto a las variables a identificar. Con referencia a dicha definición el cuestionario consto de 6 ítems en base a las 4 dimensiones: características personales, recreación, producción y salud; buscando recaudar la opinión de los adultos mayores para fomentar un envejecimiento activo, en base a preguntas cerradas. Otro instrumento fundamental fue la **Guía de entrevista y rol de preguntas:** Según Lucca y Berrios (2003) la entrevista se define en estructurada y no estructurada, destacando la interacción del entrevistador y entrevistado cuyo deseo es entender más que explicar, por ello la guía consto de 9 preguntas en base a las necesidades y requisitos en base a la rama de la geriatría, así como también a la especialidad que se necesita en base al objetivo de estudio y no estructurada. Finalmente, la **Ficha documental y Análisis de casos:** Según Hernández y Fernández (2010) Fundamenta en la búsqueda e interpretación del medio a través de estudios individuales o grupales tomando posturas como herramienta social para juntar información. Se tomo en cuenta casos que permitieron analizar los requerimientos según las subcategorías de la variable, en base a la observación.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Encuesta	Cuestionario
Entrevista	Guía de entrevista y rol de preguntas
Análisis Documental	Ficha documental y Análisis de casos

Tabla 1: Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

3.5 Procedimientos:

La investigación se inició analizando problemas variables en las diferentes disciplinas y se centró en el contexto local en el que nacen las ideas de investigación. Luego, se realizó la investigación y selección de prerrequisitos,

soporte teórico y construcción del problema general. Finalmente, se profundizó en los métodos, técnicas y herramientas consideradas para resultados futuros.

3.6 Método de Análisis de Datos:

Reyes (2015) así lo afirma. El método de análisis selectivo de datos utiliza estadísticas descriptivas simples. Este método utiliza tablas de distribución de frecuencia para variables cuantitativas y gráficos para variables cuantitativas como gráficos de barras, gráficos circulares, histogramas, gráficos lineales y / o pictogramas y, finalmente, se utilizan pautas para dibujar inferencias y conclusiones de los resultados obtenidos” (p. 14). Asimismo, López (2016) sostiene que “el análisis de datos es un análisis que se realiza luego de que la herramienta ha proporcionado la base de datos para mostrar los resultados de una manera más informativa” (p.45).

3.7 . Aspectos Éticos:

En la investigación se tuvo en claro, en todo el proceso de estudio, la consideración de los aspectos éticos debido a que se estudió a los pacientes del área de geriatría del Hospital Essalud II. Por ello, la investigación conto con una serie de principios y practicas éticas, que se tienen que aplicar al realizarse en todo tipo de investigación, y la presente investigación no se hizo ajena a ello, entre ellos se tuvo: la honestidad, el rigor científico, el respeto, la confidencialidad y la evaluación de riesgos, cuyos principios éticos se hacen presentes en todo el proceso. En consecuencia, esta investigación conto con múltiples prácticas éticas y principios, que se tuvieron en consideración.

- **La Honestidad**

Por ser una cualidad que todas las personas poseen, la presente investigación fue realizada de una manera sincera y coherente. Apegándose al valor de la verdad, se realizó la muestra de datos reales sin alterar ni dar falsos datos en el proceso del análisis, del mismo modo se tuvo la finalidad de ir más allá de las intenciones propuestas, de este modo se logró informar la cantidad de problemas que se encontraron en el lugar de estudio, siendo en este caso el Hospital Essalud II.

- **El Rigor Científico**

Debido al uso de algunos artículos presentes en la investigación que se relacionan a las variables propuestas, se abordó a una discusión con los criterios que ya existen y fueron incluidos (para lograr alimentar la información y veracidad de la presente investigación), por medio de una variedad de autores. Por otro lado, se buscó el desarrollo de un análisis específico en las variadas posiciones que tienen los autores, logrando así discutir las conclusiones en que los autores llegaron, con respecto a la investigación.

- **El Respeto**

Con el objetivo de mantener este principio se brindó el conocimiento informando de una manera verbal a los que fueron participe de las encuestas y de entrevistas. Cabe resaltar que a las personas a las cuales fueron aplicadas los instrumentos para la investigación de campo, se les trato con respeto y amabilidad, y así se logró cumplir con el compromiso ético del estudio.

- **La Confidencialidad**

Toda la información que fue recolectada fue empleada con el único objetivo de la investigación, cabe resaltar que los datos obtenidos no fueron brindados a terceros, por ello no se ha solicitado información personal a los que fueron participes de las encuestas, por ello, se les identifico por nivel de instrucción, género, edad y estado civil, por otro lado, en las personas que se le realizo la entrevista, si conto con sus datos (con su autorización) y así permitió evidenciar la legalidad de la información que se brindó a partir de la entrevista.

- **La Justicia**

La realización de la investigación fue inclinada con el objetivo de obrar y juzgar manteniendo el respeto hacia la verdad, al realizar las encuestas, entrevista y fichas documentales, dejando de lado el gran aprecio que se tiene hacia el Hospital Essalud II, se tuvo como objetivo hallar errores en donde se encuentren los objetos a analizar.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIONES:

ENTREVISTA A ADULTOS MAYORES

OBJETIVO 02: Identificar las actividades que fomenten un desarrollo integral en su envejecimiento activo.	VARIABLE:	N° DE ENTREVISTADOS:
	Envejecimiento Activo	245
	DIMENSIÓN:	INDICADOR:
	Recreación	Actividades

PREGUNTA RE01:

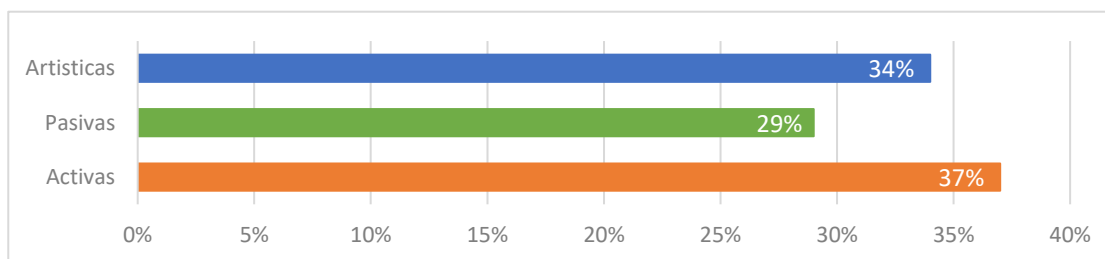
Tabla 01

Actividades recreativas que gustarían realizar.

N°	CRITERIOS	PORCENTAJE %
01	Activas	37%
02	Pasivas	29%
03	Artísticas	34%
	TOTAL	100%

Gráfico 01

Preferencia de Actividades Recreativas



Interpretación:

El 34% de los adultos mayores entrevistados gustarían realizar actividades artísticas, tales como dibujo, pintura, manualidades, escultura entre otros, por otro lado, el 37% de ellos gustarían realizar actividades activas como caminatas, deportes, aeróbicos y excursiones, y el 29% preferiría realizar actividades pasivas.

Tabla 2: Actividades recreativas que gustarían realizar.

OBJETIVO 02: Identificar las actividades que fomenten un desarrollo integral en su envejecimiento activo.	VARIABLE: Envejecimiento Activo	N° DE ENTREVISTADOS: 245
	DIMENSIÓN: Recreación	INDICADOR: Actividades

PREGUNTA RE02:

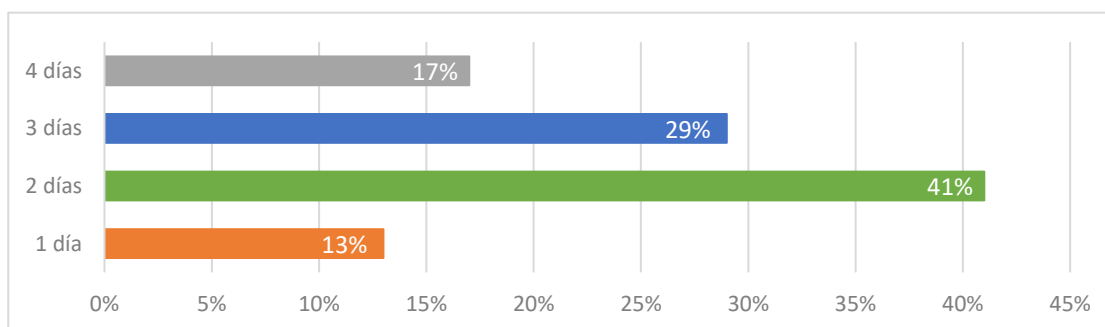
Tabla 02

Frecuencia con la que gustaría realizar actividades recreativas.

N°	CRITERIOS	PORCENTAJE %
01	1 día	13%
02	2 días	41%
03	3 días	29%
04	4 días	17%
TOTAL		100%

Gráfico 02

Frecuencia con la que gustaría realizar actividades recreativas.



Interpretación:

El 41% de los adultos mayores entrevistados siendo casi la mitad del total, les gustaría realizar las actividades recreativas 2 días a la semana, el 29% de los mismos preferirían realizarlos 3 días, y con una minoría de 13% de ellos les gustaría realizarlos 1 día a la semana.

Tabla 3: Frecuencia con la que gustaría realizar actividades recreativas.

OBJETIVO 02: Identificar las actividades que fomenten un desarrollo integral en su envejecimiento activo.	VARIABLE: Envejecimiento Activo	N° DE ENTREVISTADOS: 245
	DIMENSIÓN: Recreación	INDICADOR: Actividades

PREGUNTA RE03:

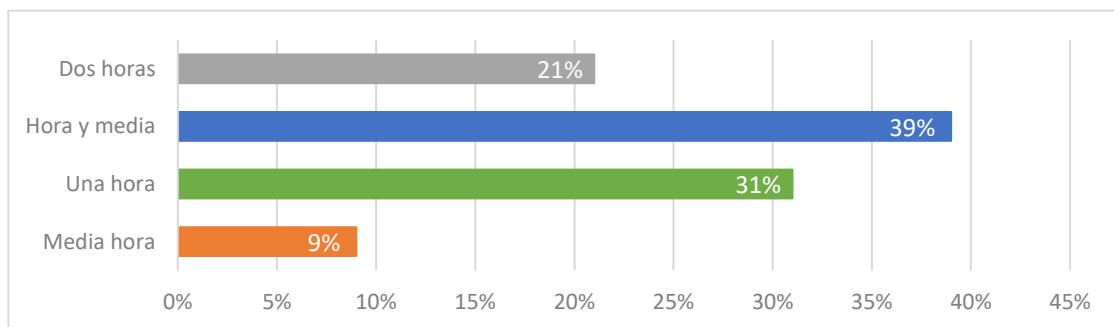
Tabla 03

Tiempo que gustaría realizar actividades recreativas.

N°	CRITERIOS	PORCENTAJE %
01	Media hora	9%
02	Una hora	31%
03	Hora y media	39%
04	Dos horas	21%
TOTAL		100%

Gráfico 03

Tiempo que gustaría realizar actividades recreativas.



Interpretación:

El 39% de los adultos mayores entrevistados les gustaría realizar dichas actividades recreativas una hora y media al día, el 31% de los mismos les gustaría realizarlos una hora al día, por otro lado, el 9% solo les gustaría realizar las actividades recreativas media hora al día.

Tabla 4: Tiempo que gustaría realizar actividades recreativas.

OBJETIVO 02: Identificar las actividades que fomenten un desarrollo integral en su envejecimiento activo.	VARIABLE: Envejecimiento Activo	N° DE ENTREVISTADOS: 245
	DIMENSIÓN: Producción	INDICADOR: Talleres

PREGUNTA PR01:

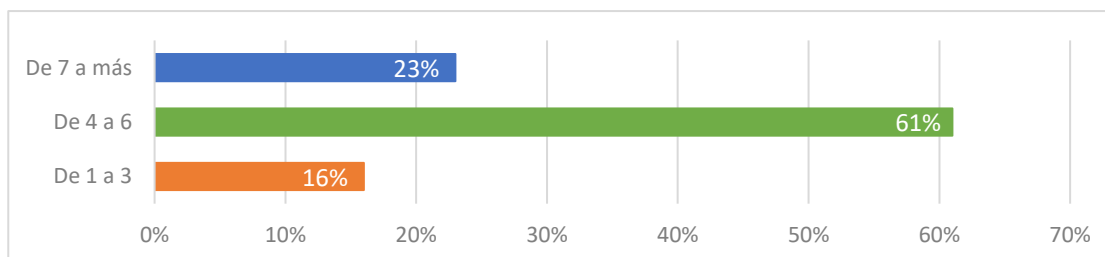
Tabla 04

Preferencia de talleres educativos.

N°	CRITERIOS	PORCENTAJE %
01	De 1 a 3	16%
02	De 4 a 6	61%
03	De 7 a más	23%
TOTAL		100%

Gráfico 04

Preferencia de talleres educativos.



Interpretación:

El 61% de adultos mayores entrevistados preferiría realizar de 4 a 6 talleres educativos, notándose una preferencia por los talleres de costura y tejido, memoria y alfabetización y el taller de desarrollo personal, seguidamente el 23% de los mismos preferiría realizar de 7 a más actividades, viéndose la misma preferencia por los talleres anteriores, por otra parte, el 16% de ellos solo les gustaría realizar de 1 a 3 talleres educativos.

Tabla 5: Preferencia de talleres educativos.

OBJETIVO 02: Identificar las actividades que fomenten un desarrollo integral en su envejecimiento activo.	VARIABLE: Envejecimiento Activo	N° DE ENTREVISTADOS: 245
	DIMENSIÓN: Producción	INDICADOR: Talleres

PREGUNTA PR02:

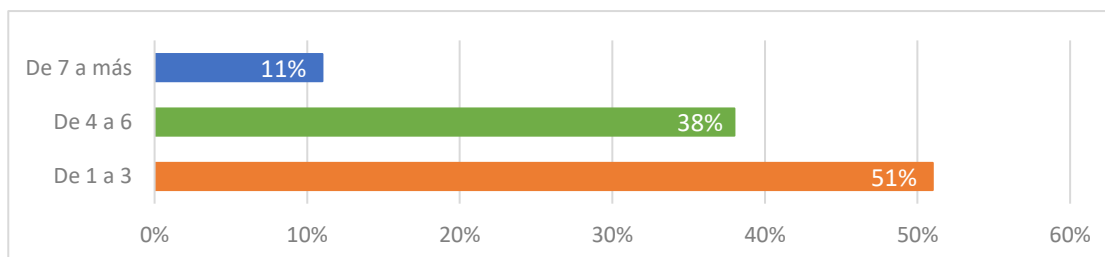
Tabla 05

Preferencia de talleres de actividades físicas.

N°	CRITERIOS	PORCENTAJE %
01	De 1 a 3	51%
02	De 4 a 6	38%
03	De 7 a más	11%
TOTAL		100%

Gráfico 05

Preferencia de talleres de actividades físicas.



Interpretación:

El 51% de los adultos mayores entrevistados preferirían realizar solo de 1 a 3 talleres de actividades físicas, viéndose una preferencia por el taller de cocina, seguidamente el 38% de los mismos preferirían realizar de 4 a 6 talleres, por otra parte, con una minoría del 11% de ellos, les gustaría realizar de 7 a más actividades físicas.

Tabla 6: Preferencia de talleres de actividades físicas.

OBJETIVO 02: Identificar las actividades que fomenten un desarrollo integral en su envejecimiento activo.	VARIABLE: Envejecimiento Activo	N° DE ENTREVISTADOS: 245
	DIMENSIÓN: Salud	INDICADOR: Terapias

PREGUNTA SA01:

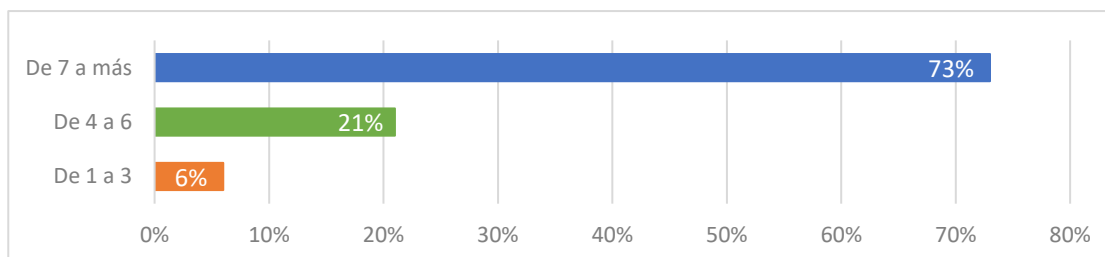
Tabla 06

Tipos de terapias que gustaría recibir.

N°	CRITERIOS	PORCENTAJE %
01	De 1 a 3	6%
02	De 4 a 6	21%
03	De 7 a más	73%
TOTAL		100%

Gráfico 06

Tipos de terapias que gustaría recibir.



Interpretación:

El 73% de los adultos mayores entrevistados siendo la gran mayoría, mencionaron que les gustaría realizar de 7 a más terapias que ayudaran con su salud, de igual manera el 21% de los mismo les gustaría realizar de 4 a 6 terapias, seguidamente con una minoría del 6% de ellos, les gustaría realizar de 1 a 3 terapias para su salud.

Tabla 7: Tipos de terapias que gustaría recibir.

OBJETIVO 02: Identificar las actividades que fomenten un desarrollo integral en su envejecimiento activo.	VARIABLE: Envejecimiento Activo	N° DE ENTREVISTADOS: 245
	DIMENSIÓN: Salud	INDICADOR: Terapias

PREGUNTA SA02:

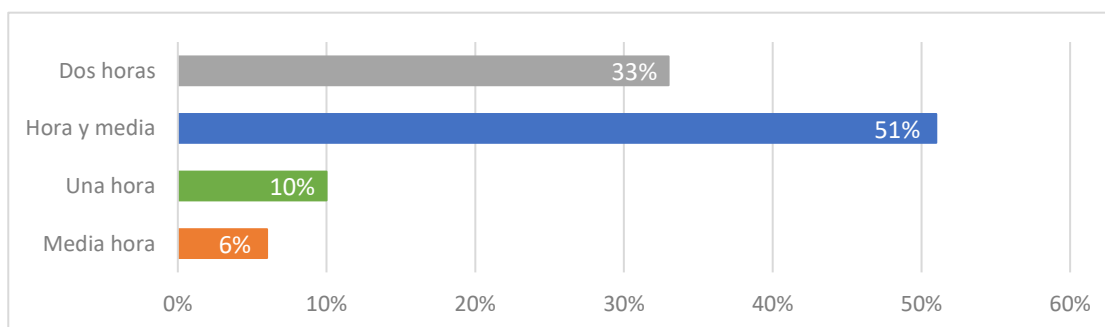
Tabla 07

Tiempo que gustaría recibir las terapias.

N°	CRITERIOS	PORCENTAJE %
01	Media hora	6%
02	Una hora	10%
03	Hora y media	51%
04	Dos horas	33%
TOTAL		100%

Gráfico 07

Tiempo que gustaría recibir las terapias.



Interpretación:

El 51% de los adultos mayores entrevistados menciona que, les gustaría realizar las terapias de salud una hora y media al día, seguidamente 33% de los mismos preferiría realizarlos dos horas al día, por otra parte, el 10% preferiría realizar dichas terapias una hora al día.

Tabla 8: Tiempo que gustaría recibir las terapias.

OBJETIVO 02: Identificar las actividades que fomenten un desarrollo integral en su envejecimiento activo.	VARIABLE: Envejecimiento Activo	N° DE ENTREVISTADOS: 245
	DIMENSIÓN: Salud	INDICADOR: Estado de Salud Física

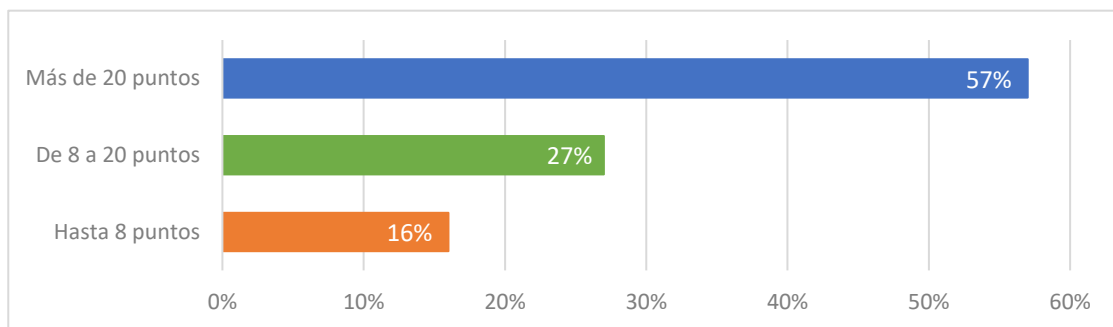
Escala de Lawton y Brody:

Tabla 08

Resultado de evaluación de actividades instrumentales de la vida diaria mediante escala de Lawton y Brody.

N°	GRADOS DE DEPENDENCIA	PORCENTAJE %
01	Hasta 8 puntos	16%
02	De 8 a 20 puntos	27%
03	Más de 20 puntos	57%
TOTAL		100%

Gráfico 08



Interpretación:

El 57% de los adultos mayores entrevistados obtuvieron más de 20 puntos a través de la escala de Lawton y Brody significando esto que será necesario mucha ayuda para que realicen actividades instrumentales del día a día, seguidamente el 27% de los mismos obtuvieron de 8 a 20 puntos significando que necesitan cierta ayuda en sus actividades, por otra parte, el 16% obteniendo hasta 8 puntos, son adultos mayores que pueden realizar dichas actividades por ellos mismos.

Tabla 9: Resultado de evaluación de actividades instrumentales de la vida diaria.

OBJETIVO 02: Identificar las actividades que fomenten un desarrollo integral en su envejecimiento activo.	VARIABLE: Envejecimiento Activo	N° DE ENTREVISTADOS: 245
	DIMENSIÓN: Salud	INDICADOR: Estado de Salud Mental

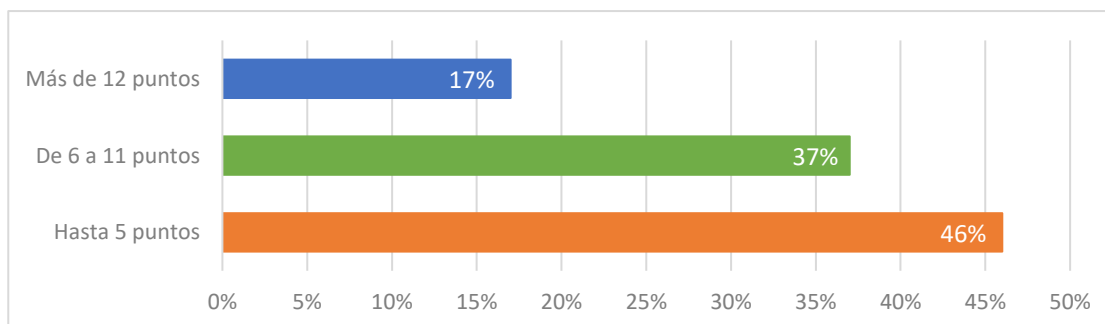
Índice de Katz:

Tabla 09

Resultado de evaluación de actividades básicas de la vida diaria mediante el índice de Katz.

N°	GRADOS DE DEPENDENCIA	PORCENTAJE %
01	Hasta 5 puntos	46%
02	De 6 a 11 puntos	37%
03	Más de 12 puntos	17%
TOTAL		100%

Gráfico 09



Interpretación:

El 46% de los adultos mayores entrevistados obtuvieron hasta 5 puntos mediante el índice de Katz, significando esto que son muy dependientes para realizar actividades básicas de la vida diaria, seguidamente el 37% de los mismos obtuvieron de 6 a 11 puntos significando que necesitan cierta ayuda en sus actividades básicas, por otra parte, el 17% obteniendo más de 12 puntos son adultos mayores que pueden realizar dichas actividades básicas independientemente.

Tabla 10: Resultado de evaluación de actividades básicas de la vida diaria.

FICHA DOCUMENTAL		N° 01
OBJETIVO	Identificar los Espacios y Ambientes que Satisfagan las Necesidades del Adulto Mayor.	
DIMENSION	Barreras Arquitectónicas - Señalización	
INDICADOR	Accesibilidad	

ACCESIBILIDAD UNIVERSAL EN EDIFICACIONES
CAPITULO I
ASPECTOS GENERALES

Artículo 1.- Condiciones Generales

La presente Norma Técnica establece las condiciones y especificaciones técnicas mínimas de diseño para las edificaciones, a fin que sean accesibles para todas las personas, independientemente de sus características funcionales o capacidades, garantizando el derecho a la accesibilidad bajo el principio del diseño universal.

Se deben prever de ambientes, mobiliario y rutas accesibles que permitan el desplazamiento y atención de todas las personas.

Artículo 2.- Ámbito de aplicación

La presente Norma Técnica es de aplicación obligatoria para todas las edificaciones donde se presten servicios de atención al público, sean de propiedad pública o privada; y, para las áreas de circulación común de las edificaciones de uso residencial para las que se exija ascensor.

Artículo 3.- Glosario de términos

Para los efectos de la presente Norma Técnica se consideran las siguientes definiciones.

- **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.

- **Accesibilidad Universal:** Es la condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible.

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

- **Diseño universal:** Es el diseño de productos, entornos, programas y servicios que puedan utilizar todas las personas, sin necesidad de adaptación ni diseño especializado.

- **Persona con discapacidad:** Es aquella que, tiene una o más deficiencias físicas, sensoriales, mentales o intelectuales de carácter permanente que, al interactuar con diversas barreras actitudinales y del entorno, no ejerza o pueda verse impedida en el ejercicio de sus derechos y su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que las demás.

- **Persona con movilidad reducida:** Aquella que, por su diferente condición física, de manera permanente o temporal, por edad, estatura, enfermedad, accidente u otro tipo de condicionante, necesite un entorno adecuado para ejercer sus derechos de manera plena, efectiva y autovalente en igualdad de condiciones con los demás.

- **Ruta accesible:** Circulación que permite el desplazamiento de todas las personas, especialmente aquellas con discapacidad y/o movilidad reducida. Presenta ancho no menor al mínimo establecido en el Capítulo II de la presente Norma Técnica, pavimento de superficie homogénea y antideslizante; se encuentra libre de obstáculos o cualquier barrera que dificulte el desplazamiento y, en el caso de personas con discapacidad sensorial, la percepción del recorrido.

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

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

- **Señalización Podotáctil:** Es un recurso utilizado en las superficies para el tránsito de personas; el cual, a través de cambios de texturas y color, entrega información sobre una ruta accesible para el desplazamiento y seguridad de las personas con discapacidad visual.

- **Servicios de atención al público:** Actividades en las que, una entidad pública o privada, brinda un servicio que pueda ser solicitado libremente por cualquier persona.

		FUENTE: REGLAMENTO NACIONAL DE EDIFICACIONES – A.120	
ARQUITECTURA GERONTO-GERIÁTRICA PARA REFORZAR EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO DEL ADULTO MAYOR EN LA CIUDAD DE HUARAZ, 2021		AUTORES: CHINCHAY FERNANDEZ LUIS ANGEL / GOMEZ GOMEZ YURAIMA DEL CARMEN	
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO - ARQUITECTURA	SEMESTRE ACADÉMICO 2021 - I	DESARROLLO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	ASESOR: MONTAÑEZ GONZALES JUAN LUDOVICO



Tabla 11: Ficha documental barreras arquitectónicas – señalización.

FICHA DOCUMENTAL

N° 02

OBJETIVO	Identificar los Espacios y Ambientes que Satisfagan las Necesidades del Adulto Mayor.
DIMENSION	Normatividad
INDICADOR	Medida Reglamentaria de Circulación y Accesibilidad

CAPÍTULO II
CONDICIONES GENERALES DE ACCESIBILIDAD Y FUNCIONALIDAD

SUB-CAPÍTULO I
AMBIENTES, INGRESOS Y CIRCULACIONES

Artículo 4.- Ingresos

Los ingresos deben cumplir con los siguientes aspectos.

- a) El ingreso a la edificación debe ser accesible desde la acera y el límite de propiedad por donde se accede; en caso de existir diferencia de niveles, además de la escalera de acceso debe incluir rampas o medios mecánicos que permitan el acceso a la edificación.
- b) El ancho libre mínimo de los vanos de las puertas principales de las edificaciones donde se presten servicios de atención al público será de 1.20 m. y de 0.90 m. para las interiores. En las puertas de dos hojas, una de ellas tendrá un ancho libre mínimo de 0.90 m. Para todos los casos, los marcos de las puertas deben ocupar como máximo el 10 o/o del ancho del vano.
- c) De utilizarse puertas con sistema giratorio o similar, debe preverse otra puerta que permita el acceso de las personas en sillas de ruedas, personas con accesorios para desplazamiento, y/o con coches de niños.
- d) El espacio libre mínimo entre dos puertas batientes consecutivas abiertas debe ser de 1.20 m.

Artículo 5.- Circulaciones en edificaciones

Las circulaciones en las edificaciones deben cumplir con lo siguiente:

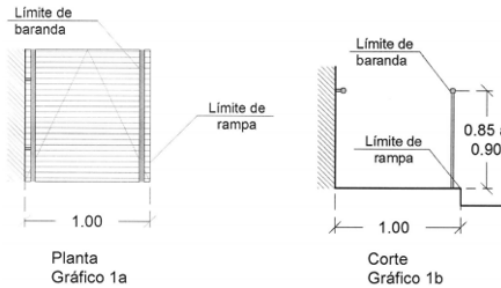
- a) Los pisos deben estar fijos, uniformes y tener una superficie con material antideslizante.
- b) En las escaleras, los pasos y contrapasos de las gradas deben tener dimensiones uniformes, y el radio del redondeo de los cantos de las gradas no debe ser mayor de 13 mm.
- c) Los cambios de nivel hasta de 6 mm., pueden ser verticales y sin tratamiento de bordes; entre niveles de 6 mm. y 13 mm. deben ser biselados, con una pendiente no mayor de 1°.2, y los desniveles superiores a 13 mm. deben ser resueltos mediante rampas.
- d) Las rejillas de ventilación de ambientes bajo el piso y que se encuentren al nivel de tránsito de las personas, deben resolverse con materiales cuyo espaciamiento impida el paso de una esfera de 13 mm.; asimismo, en caso las platinas tengan una sola dirección, éstas deben ser instaladas en forma perpendicular al sentido de la circulación.

- e) Los pisos alfombrados deben estar fijos a su superficie, confinados entre los paramentos que la delimitan y/o sujetas con platinas en sus bordes. El grosor máximo de las alfombras debe ser de 13 mm., y sus bordes expuestos deben fijarse a la superficie del suelo a todo lo largo mediante perfiles metálicos u otro material que cubra la diferencia de nivel.
- f) Los pasadizos de longitudes mayores a 25.00 m. y de ancho menor a 1.50 m. deben contar con espacios de 1.50 m. x 1.50 m. para el giro de una silla de ruedas, cada 25.00 m. de longitud.
- g) Las manijas de las puertas, mamparas y paramentos de vidrio deben ser de palanca con una protuberancia final o de otra forma que evite que la mano se deslice hacia abajo. La cerradura de una puerta accesible debe colocarse a un máximo de 1.20 m. de altura, medida desde la superficie del piso acabado hasta el eje de la cerradura.
- h) Los pisos y/o niveles, de las edificaciones donde se presten servicios de atención al público, de propiedad pública o privada, deben ser accesibles.

Artículo 6.- Características de diseño en rampas y escaleras

Las rampas deben cumplir con lo siguiente:

- a) El ancho mínimo de una rampa debe ser de 1.00 m., incluyendo pasamanos y/o barandas, medido entre las caras internas de los paramentos que la limitan, o la sección de la rampa en ausencia de paramentos. Las rampas de longitud mayor de 3.00 m. deben contar con parapetos o barandas en los lados libres, y pasamanos en los lados confinados. Los pasamanos y/o barandas deben ocupar como máximo el 15 % del ancho de la rampa. (Gráficos 1a, 1 b).



- b) La rampa, según la diferencia de nivel debe cumplir con la pendiente máxima, de acuerdo al siguiente cuadro:

DIFERENCIAS DE NIVEL	PENDIENTE MÁXIMA
Hasta 0.25 m.	12 %
De 0.26 m hasta 0.75 m.	10 %
De 0.76 m. hasta 1.20 m.	8 %
De 1.21 m. hasta 1.80 m.	6 %
De 1.81 m. hasta 2.00 m.	4 %
De 2.01 m. a más	2 %

Para reducir la longitud de la rampa, en relación a la diferencia de nivel, se pueden desarrollar tramos consecutivos intercalados con descansos de longitud mínima de 1.50 m.; pudiendo aplicar, según corresponda, la pendiente máxima entre la diferencia de nivel en cada tramo. (Gráfico 2).

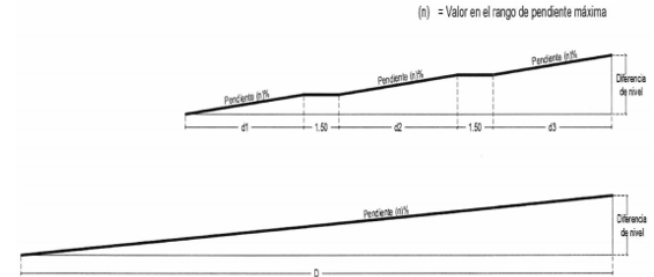


Gráfico 2

- c) Las rampas pueden ser reemplazadas por medios mecánicos, siempre que los controles o sistema de operación se ubiquen al alcance del usuario en silla de ruedas, de acuerdo a las características señaladas en el artículo 9 de la presente norma.
- d) En el caso de rampas con tramos paralelos, el descanso debe abarcar ambos tramos más el espacio de separación entre los dos tramos o muro intermedio, y con una profundidad no menor a 1.50 m.
- e) Al inicio y al final de las rampas se debe colocar señalización. podotáctil que adviertan del cambio de nivel. Asimismo, en el arranque y entrega de rampas se deja un espacio libre de 1.50 m. de diámetro para el giro.
- f) Los espacios bajo rampas, con altura inferior a 2.10 m., deben ser delimitados con elementos de protección colocados en forma permanente.

ARQUITECTURA GERONTO-GERIÁTRICA PARA REFORZAR EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO DEL ADULTO MAYOR EN LA CIUDAD DE HUARAZ, 2021		FUENTE: REGLAMENTO NACIONAL DE EDIFICACIONES – A.120	
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO - ARQUITECTURA		AUTORES: CHINCHAY FERNANDEZ LUIS ANGEL / GOMEZ GOMEZ YURAIMA DEL CARMEN	
SEMESTRE ACADÉMICO 2021 - I	DESARROLLO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	ASESOR: MONTAÑEZ GONZALES JUAN LUDOVICO	



Tabla 12: Ficha documental normatividad-accesibilidad.

FICHA DOCUMENTAL			N° 03																																							
OBJETIVO	Identificar los Espacios y Ambientes que Satisfagan las Necesidades del Adulto Mayor.																																									
DIMENSION	Normatividad																																									
INDICADOR	Medidas Reglamentarias de Ambientes																																									
<p>NORMA A.090</p> <p>SERVICIOS COMUNALES</p> <p>CAPITULO I</p> <p>ASPECTOS GENERALES</p> <p>Artículo 1.- Se denomina edificaciones para servicios comunales a aquellas destinadas a desarrollar actividades de servicios públicos complementarios a las viviendas, en permanente relación funcional con la comunidad, con el fin de asegurar su seguridad, atender sus necesidades de servicios y facilita el desarrollo de la comunidad.</p> <p>Artículo 2.- Están comprendidas dentro de los alcances de la presente norma los siguientes tipos de edificaciones:</p> <p>Servicios de Seguridad y Vigilancia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compañías de Bomberos • Comisarías policiales • Estaciones para Serenazgo <p>Protección Social:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asilos • Orfanatos • Juzgados <p>Servicios de Culto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Templos • Cementerios <p>Servicios culturales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Museos • Galerías de arte • Bibliotecas • Salones Comunales Gobierno • Municipalidades • Locales Institucionales 	<p>CAPITULO II</p> <p>CONDICIONES DE HABITABILIDAD Y FUNCIONALIDAD</p> <p>Artículo 3.- Las edificaciones destinadas a prestar servicios comunales, se ubicarán en los lugares señalados en los Planes de Desarrollo Urbano, o en zonas compatibles con la zonificación vigente.</p> <p>Artículo 4.- Los proyectos de edificaciones para servicios comunales, que supongan una concentración de público de mas de 500 personas deberán contar con un estudio de impacto vial que proponga una solución que resuelva el acceso y salida de vehículos sin afectar el funcionamiento de las vías desde las que se accede.</p> <p>Artículo 5.- Los proyectos deberán considerar una propuesta que posibilite futuras ampliaciones.</p> <p>Artículo 6.- La edificaciones para servicios comunales deberán cumplir con lo establecido en la norma A.120 Accesibilidad para personas con discapacidad.</p> <p>Artículo 7.- El ancho y número de escaleras será calculado en función del número de ocupantes. Las edificaciones de tres pisos o mas y con plantas superiores a los 500.00 m2 deberán contar con una escalera de emergencia adicional a la escalera de uso general ubicada de manera que permita una salida de evacuación alternativa. Las edificaciones de cuatro o más pisos deberán contar con ascensores de pasajeros.</p> <p>Artículo 8.- Las edificaciones para servicios comunales deberán contar con iluminación natural o artificial suficiente para garantizar la visibilidad de los bienes y la prestación de los servicios.</p> <p>Artículo 9.- Las edificaciones para servicios comunales deberán contar con ventilación natural o artificial. El área mínima de los vanos que abren deberá ser superior al 10% del área del ambiente que ventilan.</p> <p>Artículo 10.- Las edificaciones para servicios comunales deberán cumplir con las condiciones de seguridad establecidas en la Norma A.130 «Requisitos de seguridad».</p>	<p>Artículo 11.- El cálculo de las salidas de emergencia, pasajes de circulación de personas, ascensores y ancho y número de escaleras se hará según la siguiente tabla de ocupación:</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Ambientes para oficinas administrativas</td> <td>10,0 m2 por persona</td> </tr> <tr> <td>Asilos y orfanatos</td> <td>6,0 m2 por persona</td> </tr> <tr> <td>Ambientes de reunión</td> <td>1,0 m2 por persona</td> </tr> <tr> <td>Área de espectadores de pie</td> <td>0,25 m2 por persona</td> </tr> <tr> <td>Recintos para culto</td> <td>1,0 m2 por persona</td> </tr> <tr> <td>Salas de exposición</td> <td>3,0 m2 por persona</td> </tr> <tr> <td>Bibliotecas. Área de libros</td> <td>10,0 m2 por persona</td> </tr> <tr> <td>Bibliotecas. Salas de lectura</td> <td>4,5 m2 por persona</td> </tr> <tr> <td>Estacionamientos de uso general</td> <td>16,0 m2 por persona</td> </tr> </tbody> </table> <p>Los casos no expresamente mencionados considerarán el uso mas parecido</p> <p>Artículo 12.- El ancho de los vanos de acceso a ambientes de uso del público será calculado para permitir su evacuación hasta una zona exterior segura.</p> <p>Artículo 13.- Las edificaciones de uso mixto, en las que se presten servicios de salud, educación, recreación, etc. deberán sujetarse a lo establecido en la norma expresa pertinente en la sección correspondiente.</p>	Ambientes para oficinas administrativas	10,0 m2 por persona	Asilos y orfanatos	6,0 m2 por persona	Ambientes de reunión	1,0 m2 por persona	Área de espectadores de pie	0,25 m2 por persona	Recintos para culto	1,0 m2 por persona	Salas de exposición	3,0 m2 por persona	Bibliotecas. Área de libros	10,0 m2 por persona	Bibliotecas. Salas de lectura	4,5 m2 por persona	Estacionamientos de uso general	16,0 m2 por persona	<p>En los casos que existan ambientes de uso por el público, se proveerán servicios higiénicos para público, de acuerdo con lo siguiente:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Hombres</th> <th>Mujeres</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>De 0 a 100 personas</td> <td>1L, 1u, 1l</td> <td>1L, 1l</td> </tr> <tr> <td>De 101 a 200 personas</td> <td>2L, 2u, 2l</td> <td>2L, 2l</td> </tr> <tr> <td>Por cada 100 personas adicionales</td> <td>1L, 1u, 1l</td> <td>1L, 1l</td> </tr> </tbody> </table> <p>Artículo 16.- Los servicios higiénicos para personas con discapacidad serán obligatorios a partir de la exigencia de contar con tres artefactos por servicio, siendo uno de ellos accesibles a personas con discapacidad. En caso se proponga servicios separados exclusivos para personas con discapacidad sin diferenciación de sexo, este deberá ser adicional al número de aparatos exigible según las tablas indicadas en los artículos precedentes.</p> <p>Artículo 17.- Las edificaciones de servicios comunales deberán proveer estacionamientos de vehículos dentro del predio sobre el que se edifica. El número mínimo de estacionamientos será el siguiente:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Para personal</th> <th>Para público</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Uso general</td> <td>1 est. cada 6 pers</td> <td>1 est. cada 10 pers</td> </tr> <tr> <td>Locales de asientos fijos</td> <td>1 est. cada 15 asientos</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Cuando no sea posible tener el numero de estacionamientos requerido dentro del predio, por tratarse de remodelaciones de edificios construidos al amparo de normas que han perdido su vigencia o por encontrarse en zonas monumentales, se podrá proveer los espacios de estacionamiento en predios cercanos según lo que norme el Plan Urbano. Igualmente, dependiendo de las condiciones socio-económicas de la localidad, el Plan Urbano podrá establecer requerimientos de estacionamientos diferentes a las indicadas en el presente artículo. Deberá proveerse espacios de estacionamiento accesibles para los vehículos que transportan o son conducidos por personas con discapacidad, cuyas dimensiones mínimas serán de 3.80 m de ancho x 5.00 m de profundidad, a razón de 1 cada 50 estacionamientos requeridos.</p> <p>Artículo 18.- Las montantes de instalaciones eléctricas, sanitarias, o de comunicaciones, deberán estar alojadas en ductos, con acceso directo desde un pasaje de circulación , de manera de permitir su registro para mantenimiento, control y reparación.</p>		Hombres	Mujeres	De 0 a 100 personas	1L, 1u, 1l	1L, 1l	De 101 a 200 personas	2L, 2u, 2l	2L, 2l	Por cada 100 personas adicionales	1L, 1u, 1l	1L, 1l		Para personal	Para público	Uso general	1 est. cada 6 pers	1 est. cada 10 pers	Locales de asientos fijos	1 est. cada 15 asientos	
Ambientes para oficinas administrativas	10,0 m2 por persona																																									
Asilos y orfanatos	6,0 m2 por persona																																									
Ambientes de reunión	1,0 m2 por persona																																									
Área de espectadores de pie	0,25 m2 por persona																																									
Recintos para culto	1,0 m2 por persona																																									
Salas de exposición	3,0 m2 por persona																																									
Bibliotecas. Área de libros	10,0 m2 por persona																																									
Bibliotecas. Salas de lectura	4,5 m2 por persona																																									
Estacionamientos de uso general	16,0 m2 por persona																																									
	Hombres	Mujeres																																								
De 0 a 100 personas	1L, 1u, 1l	1L, 1l																																								
De 101 a 200 personas	2L, 2u, 2l	2L, 2l																																								
Por cada 100 personas adicionales	1L, 1u, 1l	1L, 1l																																								
	Para personal	Para público																																								
Uso general	1 est. cada 6 pers	1 est. cada 10 pers																																								
Locales de asientos fijos	1 est. cada 15 asientos																																									
			FUENTE: REGLAMENTO NACIONAL DE EDIFICACIONES – A.090																																							
ARQUITECTURA GERONTO-GERIÁTRICA PARA REFORZAR EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO DEL ADULTO MAYOR EN LA CIUDAD DE HUARAZ, 2021			AUTORES: CHINCHAY FERNANDEZ LUIS ANGEL / GOMEZ GOMEZ YURAIMA DEL CARMEN																																							
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO - ARQUITECTURA	SEMESTRE ACADÉMICO 2021 - I	DESARROLLO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	ASESOR: MONTAÑEZ GONZALES JUAN LUDOVICO																																							

Tabla 13: Ficha documental normatividad-ambientes.

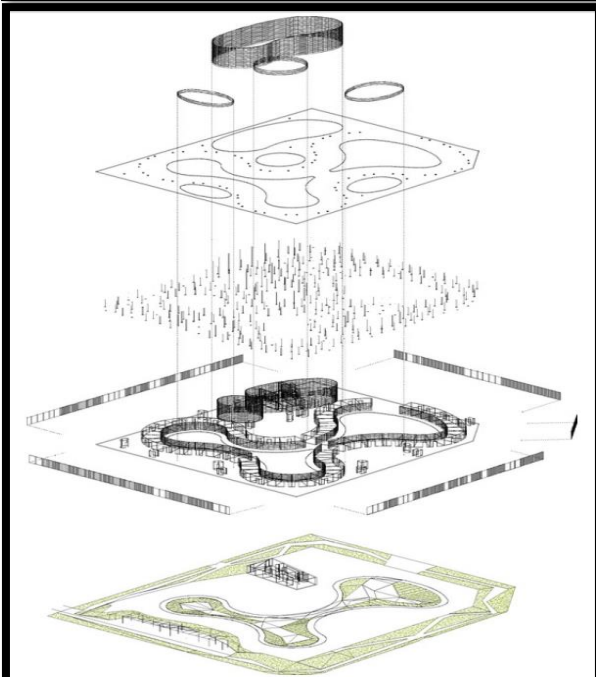
DATOS GENERALES DE LOS CASOS

ANÁLISIS DE CASO 1	
NOMBRE DEL PROYECTO	Centro Socio Sanitario Geriátrico de Santa Rita
UBICACIÓN	Ciudadela de Menorca, España
ARQUITECTO	Manuel Ocaña
ÁREA DEL TERRENO	5900 m ²
AÑO DE CONSTRUCCIÓN	2009
DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO	El objetivo principal fue diseñar un centro geriátrico acorde a las necesidades del adulto mayor. Este diseño resalta los remates en áreas verdes y su desarrollo en una sola planta de sus ambientes.

Tabla 14: Datos análisis de caso 1.



FUENTE: Archidaily



ANÁLISIS DE CASO 2	
NOMBRE DEL PROYECTO	Los Tulipanes Centro Geriátrico y Gerontológico
UBICACIÓN	Huancayo, Perú
ARQUITECTO	Humberto Leiva Arguedas
ÁREA DEL TERRENO	3500 m2
AÑO DE CONSTRUCCIÓN	2007
DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO	Este proyecto está constituido en una residencia del adulto mayor, es una institución privada que brinda servicios en el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes y residentes.

Tabla 15: Datos análisis de caso 2.



ANÁLISIS DE CASO 3	
NOMBRE DEL PROYECTO	Arcadia a Luxury Retirement "Resort"
UBICACIÓN	Lima, Perú
ARQUITECTO	Anónimo
ÁREA DEL TERRENO	15000 m2
AÑO DE CONSTRUCCIÓN	2013
DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO	<p>Arcadia " A Luxury Retirement Resort" ofrece una idea innovadora en Residencias dirigidas a adultos mayores. Arcadia ofrece a los residentes las experiencias más agradables de la vida diaria al brindar alojamiento, entretenimiento y servicios de bienestar en un ambiente feliz que satisface las necesidades físicas, sociales, emocionales y espirituales de cada residente.</p> <p>La instalación está especialmente diseñada y construida con los más altos estándares internacionales para brindar a los residentes la más alta calidad de vida.</p>

Tabla 16: Datos análisis de caso 3.





ARQUITECTURA GERONTO-GERIÁTRICO			ANÁLISIS DE CASOS		
SUB-CATEGORÍA	CÓDIGO	CRITERIO	BUENO	REGULAR	MALO
			3	2	1
BARRERAS ARQUITECTÓNICAS	Nivel de piso	Superficie a un solo nivel	Todo el ambiente se encuentra a un solo nivel	El ambiente cuenta con desniveles mínimos	Existen diferentes tipos de niveles en el ambiente
	Accesibilidad	Circulaciones	Las circulaciones están libres de obstáculos y son anchas	La circulación tiene medias accesibles, pero obstáculos en el camino	Existen obstáculos en la circulación y son demasiado estrechas.
	Elementos de seguridad	Mobiliario y barras de apoyo	El ambiente tiene barras de apoyo en los muros	Existen uno que otra barra de apoyo	No existe ningún elemento de seguridad
SEÑALIZACIÓN	Textura	Tipo de pavimentos	El pavimento es antideslizante y accesible para personas con silla de ruedas	El pavimento es antideslizante pero inaccesible para personas con discapacidad	El piso no presenta ningún tipo de textura, pudiendo así causar algún accidente
	Forma del Ambiente	Formas curvilíneas, asimétricas	En el ambiente tiene formas curvas y simétricas	Solo existen formas simétricas	En el ambiente existen formas con terminación en ángulos
	Líneas de guía	Ayudar al adulto mayor a ubicarse	Hay carteles, mosaicos o líneas que ayuden a la orientación	Existe uno que otro elemento que indica la ubicación del ambiente	No existen colores naturales en el ambiente
COLORES	Colores naturales	Presentan colores como el amarillo, anaranjado, azul y verde	El ambiente tiene colores naturales en muros coberturas y mobiliarios	Existe un color natural en el ambiente	No existen colores naturales en el ambiente
	Colores brillosos	Colores llamativos	Hay dos o más colores que sean llamativos dentro del ambiente	Existe solamente un color brillante	No hay ningún color brillante
	Colores contrastantes	Colores oscuros y claros	Existen colores que sean claramente contrastantes como blanco y negro	Hay colores diferentes mas no contrastantes	No hay ningún tipo de contraste en los colores que se utilizan

Tabla 17: Criterios de análisis de casos.



ARQUITECTURA GERONTO-GERIÁTRICA		ANÁLISIS DE CASOS		
		N°1	N°2	N°3
SUB-CATEGORÍA	CRITERIOS			
BARRERAS ARQUITECTÓNICAS	Nivel de piso	3	2	3
	Accesibilidad	2	1	3
	Elementos de seguridad	1	3	3
SEÑALIZACIÓN	Textura	3	3	3
	Forma del ambiente	1	2	3
	Líneas guía	3	3	3
COLORES	Colores naturales	2	3	3
	Colores brillosos	2	3	1
	Colores contrastantes	3	2	3

Tabla 18: Comparación de análisis de casos según criterios.

La investigación pretende analizar la arquitectura geronto – geriátrica de la mano con el envejecimiento activo del adulto mayor, por ello, se llevó a cabo la aplicación de encuestas a los pacientes del área de geriátrica del Hospital Essalud Huaraz, como también se realizó fichas documentales y análisis de casos.

Según el Objetivo específico 01 que es identificar los espacios y ambientes que satisfagan las necesidades del adulto mayor, se aplicó el análisis de casos tomados como punto de partida, para Hernández & Chanamé según su investigación las condiciones espacio – funcionales son importantes para evaluar el proceso de calidad de vida que necesitan los adultos mayores, ya que considerar ello se debe de tener en cuenta que el espacio es producto de la materialización de los agentes intervinientes, traduciéndolo a la espacialidad que dan lugar a las diferencias socio espaciales que la ciudad va configurando a lo largo de los años. De esta manera, los términos de visibilidad, accesibilidad y apropiación, son vitales para poder interpretar los cambios, todo con miras a mejorar la calidad de vida, en concordancia con Jara, que describe los criterios arquitectónicos para los espacios y ambientes de esparcimientos que generan estándares de construcción, enfatizando posturas que conceptualicen el hecho arquitectónico como respuesta del pensamiento y expresión en base a la adaptación al medio de emplazamiento, la orientación, la luz, el viento y la armonía de ambos que es fundamental teniendo en cuenta el equilibrio de dos etapas de planificación que implica deducir aspectos

intrínsecos a la vida y al desenvolvimiento de las sociedades. Con los resultados de los análisis del Centro Geriátrico y Gerontológico Los Tulipanes, el Centro Socio Sanitario Geriátrico de Santa Rita y el Arcadia a Luxury Retirement “Resort” se da por punto de inicio el considerar los ambientes y áreas verdes con mayor espacialidad, la circulación sin obstáculos y con colores que se diferencien según su función, como también la aplicación de un solo nivel en las edificaciones para su normal circulación mediante rampas. Por ello, nuestra investigación encaja con las posturas de Hernandez & Chanamé y Jara, ambos sustentan y refuerzan el planteamiento del objetivo específico 1 de nuestra investigación, en el punto de satisfacer las necesidades del adulto mayor mediante los espacios y ambientes, esto en base a la observación y la comprensión del entorno, permitiendo que el medio de emplazamiento y el ambiente condicionen el estado, la conducta y la vida de acuerdo al equilibrio para fortalecer los pilares del anciano. Ello hace desarrollar una serie de percepciones de los diversos tipos de criterios del diseño con la intervención social que evidencian claramente las tendencias y la productividad en la expresión de una metodología con el deseo y el valor de calidad de los ambientes construidos para los ancianos, considerando el termino de calidad como un agregado de compromiso final en el producto arquitectónico, fortaleciendo la investigación con el aporte de Lynch afirmando que “el trabajo basado en el usuario debe proporcionar un espacio que pueda asociarse favorablemente y ofrecer una experiencia positiva, y esto se lograra cuando se alcance estudiar al usuario y así conocer sus necesidades”.

Para el Objetivo Especifico 02, que es analizar las características de la arquitectura geronto-geriátrica para desarrollar una adecuada calidad de vida del adulto mayor, se deseaba conocer las terminologías que se menciona, para luego proceder a comparar sus beneficios para el desarrollo de la población anciana, como lo menciona García, las características de dicha arquitectura tienen como finalidad responder todo proceso de envejecimiento que involucra las diferentes disciplinas de la sociología, biología y psicología, ante ello menciona cuatro ámbitos: la biología del envejecimiento como estudio del organismo, la gerontología social como desempeño y modo de vida del anciano según sus conductas, la psicogerontología como las transformaciones psicológicas y la geriatría como el estudio de las enfermedades con el fin de prevención, demostrando que existen

diversas barreras arquitectónicas, urbanísticas y de salud. El objetivo de conocer como interactúan los entornos en el proceso de envejecimiento que propicia el acercamiento interdisciplinario a diferentes propuestas que comprenden la relación entre el ambiente, el envejecimiento y la salud, por eso Martínez, Mitchell y Aguirre consideran también que estos aspectos en términos de salud y enfermedad vienen ocupando priorizar el enfoque físico, social, funcional y psicológico puesto que la geriatría y gerontología son dos términos que hacen referencia a la vejez, los resultados van acorde al sustento teórico, ya que unir la geronto, rama de la arquitectura según su espacialidad y geriátrica, rama encargada de la salud del adulto mayor tienen afinidad, buscan la satisfacción de las necesidades que presentan a lo largo del avance de sus años, en base a ello se aplicó la ficha documental considerando el reglamento nacional de edificaciones A.120, A.090, el cual nos muestra cómo debería ser las características que implica la arquitectura geronto-geriátrica en el desarrollo adecuado de la calidad de vida del adulto mayor. Según el resultado obtenido nuestra investigación va en concordancia con los planteamientos de García como de Martínez, Mitchell y Aguirre, puesto que estos dos autores refuerzan la idea de priorizar ámbitos que relacionen y unan las características tanto de la rama de la geriatría en el campo más concreto dentro de la vejez, concentra mente al centrarse en todos aquellos factores que puedan ayudar a mejorar la salud, tanto física y mental, por su parte la gerontología aborda y complementa el estudio del envejecimiento del ser humano y el por qué, dando soluciones de la mano con la normatividad existente. Apoyándonos también en la postura del Arq. Erick Harúm Esperon y la Arq. Esperanza Duarte, que consideran tomar medidas en base a normativas para la modificación del entorno y de las viviendas desde el punto crítico del diseño en busca de la reducción de riesgos de accidentes, como la mejora de la comunicación y movilidad de la persona adulta mayor.

Por otro lado, el objetivo específico 03 que es identificar las actividades que fomenten un desarrollo integral en su envejecimiento activo, se aplicó las encuestas para conocer los intereses que tenía cada adulto mayor según las preguntas propuestas, para ello, Gai en su investigación actividades recreativas en adultos mayores internos en un hogar de ancianos, considera que es una estrategia adecuada y optimizada la necesidad de interactuar y socializar mediante

actividades internas y externas que fomenten la eliminación de estados vivenciales negativos, y así prever la inclusión de los ancianos con más tiempo de estadía en dicha estimulación. Acorde con Miranda al considerar las actividades que mejoran las condiciones físicas y psicosociales, ampliando sus expectativas en la vida, particularmente en base a su independencia con una participación activa, existiendo diferentes ámbitos de ocupación, productividad, cultura y salud, el cual les brindaría una vida digna y satisfactoria, para Rodríguez existen diferentes terapias que ayudan la estimulación cognoscitiva, estimulación física y al desempeño social del adulto mayor. Ante esto, en los resultados obtenidos de acuerdo a las encuestas realizadas arrojaron que el 37% prefieren las actividades activas con una frecuencia de 3 días y un lapso de hora y media de participación, el 61% prefieren de 4 a 6 talleres educativos, el 51% prefieren de 1 a 3 talleres de actividades físicas, el 73% les gustaría recibir de 1 a 7 terapias diferentes con un lapso de una hora y media. Esto demuestra el interés que tienen los adultos mayores para la participación de actividades que fomenten la realización plena de su vejez, mencionado dichos resultados, nuestra investigación encaja con la sustentación de Gai, Miranda y Rodríguez al considerar la participación en actividades y terapias son la base fundamental de un desarrollo integral, el cual aporta oportunidades de empleo y accesibilidad de realizar actividades intergeneracionales impulsando un envejecimiento de calidad y el bienestar personal, básicamente al favorecimiento de la salud integral del anciano ejerciendo una función protectora ante muchas enfermedades físicas y mentales, reforzando con la idea de la Doctora Sara Gonzales Blázquez que además de mantener la actividad física continua y brindar una experiencia positiva, el proceso de envejecimiento activo que las personas mayores necesitan, son participar en su vida diaria, social, económica y cultural, posibilita que participen en la sociedad de acuerdo a su condición física, social, potenciales espirituales, necesidades, deseos y capacidades individuales. Con el objetivo específico 04 de analizar el perfil del adulto mayor para poder satisfacer sus necesidades, se consideró la aplicación de las escalas de valorización del Índice de Katz y la de Lawton y Brody, existentes en el ámbito de salud y físico, de acuerdo a Martínez, existen muchos prejuicios contra el envejecimiento por el proceso natural que responde a cambios biológicos, psicoafectivos y culturales, puesto que el perfil de los adultos mayores varía según

los determinantes físico - mentales, y para potenciar este proceso se toma en cuenta tener buena salud y un buen funcionamiento físico, esto reduciría la aparición de enfermedades y de la muerte, por otro lado Melchor define al envejecimiento como la clave para observar el perfil del adulto mayor, ya que de acuerdo a su estilo de vida su función cognitiva puede afrontar cualquier tipo de situación en el proceso de deterioro a través de los años, ante lo expuesto, el instrumento aplicado reveló que el 47% de adultos mayores tienen un grado de dependencia, en la que necesitan cierta ayuda en sus actividades instrumentales de la vida diaria, por otro lado el 51% considera que es independiente en sus actividades básicas de la vida diaria por lo que se considera que la población adulta mayor de la ciudad de Huaraz en el área de geriatría del hospital Essalud tiene un desenvolvimiento favorable para la determinación de su vejez, dichos resultados refuerzan la postura de nuestra investigación con Martínez y Melchor, al mencionar que los factores determinantes para un buen perfil del adulto mayor son los procesos de cuidado y rutina diaria que tienen en su vida, puesto que el proceso de envejecimiento se lleva a cabo de acuerdo a cada sujeto, esto demostraría que el transcurso de los años serían favorables para todo aquel estilo de vida moderado.

Finalmente para el objetivo general que es analizar la Aplicación de la Arquitectura Geronto-Geriátrica en el Reforzamiento del Envejecimiento Activo del Adulto Mayor en la Ciudad De Huaraz, según nuestra hipótesis, se obtuvo de acuerdo a la discusión de cada uno de los objetivos específicos que nos permite considerar que nuestra investigación sí brindará espacios y ambientes que brinden un proceso de vida de acuerdo a las necesidades que se presentan en los adultos mayores, según las falencias que produce el pasar de los años y así no queden en una zona de olvido y discriminación, esto guarda relación con nuestra postura y lo sostenido por García en partir de un acto simple de adecuación del diseño de acuerdo a la necesidad del adulto mayor para así poder generar una vida plena, como también para Herrera que sustenta que la infraestructura y el desenvolvimiento de sus actividades brindan soluciones para reducir el deterioro mental o físico. Según el especialista en Geronto Arquitectura Lapuyade la arquitectura para el anciano es una realidad y debe existir porque las personas con los años cambian de necesidades y muchas veces las construcciones tradicionales no siempre sirven.

Yendo de la mano con el sustento teórico, ya que se observó que van de la misma forma hacia el beneficio del mismo.

V. CONCLUSIONES

A lo largo de esta tesis se ha expuesto que la aplicación de la Arquitectura Geronto-Geriátrica Reforzaré el Envejecimiento Activo del Adulto Mayor en la Ciudad De Huaraz, puesto que brindará espacios y ambientes que brinden un proceso de vida de acuerdo a las necesidades que se presentan según las falencias que produce el pasar de los años.

- Con respecto al Hospital II Essalud y el entorno de la ciudad de Huaraz se pudo observar que el emplazamiento y los ambientes no se encuentran de acuerdo a las necesidades de los adultos mayores, generando el incumplimiento de las normas y parámetros que están establecido de acuerdo a la funcionalidad de los espacios y los ambientes de acuerdo a las medidas que se tiene considerado, de acuerdo a la normativa el espacio y el usuario tienen que satisfacer sus necesidades sin la presencia de alguna dificultad, por ello se concluyó que de acuerdo a la normatividad de los espacios y ambientes no tienen relación de integración con el contexto y las necesidades de los adultos mayores, puesto que existe barreras arquitectónicas que debilitan el desplazamiento normal, los elementos de la geronto arquitectura como es el diseño universal no han sido aplicados en dicho lugar a pesar que se podría aprovechar al máximo en el reforzamiento del envejecimiento activo de las PAM.
- La relación que existe entre los centros geriátricos analizados, como son el Centro Socio Sanitario Geriátrico de Santa Rita, el Arcadia a Luxury Retirement “Resort” y el Centro Geriátrico y Gerontológico Los Tulipanes es que su finalidad y lo que priorizan es lograr la satisfacción del adulto mayor en su confort ambiental, el hincapié que se tiene tanto con el usuario y la naturaleza es también en los ambientes que trabaja en base a una buena iluminación y ventilación, por ello se llegó a la conclusión que aplicando correctamente los parámetros de la Arquitectura Geronto-Geriátrica y sus criterios, se puede llegar a tener ambientes y espacios confortables que se enfoquen a reforzar el envejecimiento, teniendo como resultados que los

adultos mayores logren un buen desenvolvimiento y opten por la reinserción a la sociedad. Al observar a los pacientes del Hospital II Essalud con su entorno y comparar con los proyectos estudiados se pudo observar que no guardan relación con la necesidad y la aplicación de dicha arquitectura, apareciendo barreras que dificultan el desenvolvimiento y bienestar de los adultos mayores por su falta de áreas verdes, de la deficiencia en las rampas y la infraestructura con poca facilidad de desplazamiento por el número de pisos.

- Se logró identificar que las actividades y talleres que pueden recibir los adultos mayores son beneficiosos para ellos, puesto que al pasar los años la estabilidad y el desenvolvimiento de los adultos mayores cambian en proceso de declive si no se tiene el ejercitamiento que se necesita para su vejez óptima, según la clasificación de las actividades y los talleres se muestra la finalidad hacia la persona que lo va a realizar para que en su proceso de envejecimiento obtenga el desenvolvimiento que necesita, por ello se concluyó que los criterios en las actividades activas que se pueden realizar tiene el potencial de fomentar un desarrollo integral así como también los talleres con hincapié en talleres de actividades físicas, con una constancia que permita fortalecer estos procesos. De tal manera la aplicación de todo este proceso permite obtener un valor de desenvolvimiento favorable de los adultos mayores con mayor frecuencia.
- En cuanto a la aplicación de test para evaluar la medida de dependencia y de rutina se identificó a los pacientes del hospital con un grado de dificultad según su perfil, es por ello que los cambios biológicos, psicoafectivos y culturales varían según los determinantes del perfil del adulto mayor, se observó el estilo de vida como punto de inicio, por ello se concluyó que los determinantes físicos se evalúan de acuerdo al proceso de cuidado que el mismo adulto pueda llevar en su vida diaria y en sus actividades básicas para obtener y satisfacer sus necesidades.

VI. RECOMENDACIONES

Considerando la importancia de esta investigación y en función a los resultados obtenidos se formulan algunas recomendaciones.

- ✓ Se recomienda al Hospital II Essalud, que, en su rama de la especialidad geriátrica para el tratamiento de las personas adultas mayores, mejoren su entorno tanto en la infraestructura y en su contexto, para así conseguir condiciones de confort ambiental en base al envejecimiento activo de los adultos mayores que asisten al lugar.
- ✓ Se recomienda al Hospital II Essalud, la capacitación continua de sus especialistas con el uso constante de diversas actividades que fomenten el reforzamiento del envejecimiento activo de las PAM, propuesto y aprobado por la Organización Mundial de Salud (OMS), como son las actividades alternativas que inspiren y equilibren las percepciones del paciente, para ello se debe identificar y tomar en cuenta el beneficio y la reacción de los tratamientos que se puedan llevar a cabo.
- ✓ Se recomienda la capacitación de las personas dedicadas al rubro de la medicina y la arquitectura, de los profesionales y técnicos pertinentes, enfocarse en el Reglamento Nacional de Edificaciones A. 120 y A. 090, que ponen hincapié en la adecuación de los servicios y ambientes que brinden el desplazamiento correcto que requiere el adulto mayor.
- ✓ Se recomienda a las autoridades y entidades privadas de la ciudad de Huaraz, el apoyo y la ejecución de un Centro Geronto-Geriátrico, que brinden espacios de estabilidad y desenvolvimiento activo, puesto que actualmente no se cuenta con uno, este centro debe ir dirigido a la satisfacción y la complementariedad de la fusión de la salud y la arquitectura.
- ✓ Se recomienda a la Municipalidad Distrital de Huaraz, la concientización de sus proyectistas en concordancia con la expansión de la ciudad, que conlleva la creación de espacios y de las barreras existentes en las propuestas de nuevas áreas y ambientes, mediante esta evaluación se concibe la concepción arquitectónica de contribuir a mejorar las condiciones de vida de las PAM.

- ✓ Se recomienda al MINSA informar y concientizar a la población y profesionales responsables de la evolución de la ciudad, en cuanto a la norma legal Ley N° 30490, Ley de la persona adulta mayor, que toma como fundamento las clasificaciones según el plan nacional para adultos mayores independientes (talleres ocupacionales), para adultos mayores frágiles (consulta, diagnóstico y tratamiento) y para adultos mayores dependientes (emergencia e internamiento temporal), todo ello a fin de mantener el equilibrio de vida de aquellos.
- ✓ Se recomienda solicitar y obtener mayor apoyo de las autoridades y profesionales encargados del Hospital II Essalud, así como también información que nos brinden resultados más fehacientes y con mayor valor de consistencia en la investigación.
- ✓ Se recomienda a futuras investigaciones, generar e implementar más cuestionarios y evaluaciones que permitan resultados colectivos en información, beneficiando un amplio coeficiente de observación en las falencias y necesidades de los adultos mayores, como también tomar en cuenta estrategias de comunicación y prevención eficaces para garantizar la seguridad y la salud de las PAM, en épocas de pandemia por ser la población más vulnerable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PAGINAS_WEB

Blanco, M. (2015). *Red Gerontológica. Ancianidad y Arquitectura*.
<http://www.redgerontologica.com/arquitectura3.html>

Estudio Arquivolta (2016) *Geronto Arquitectura para la Tercera Edad*.
<https://estudioarquivolta.wordpress.com/2016/04/25/geronto-arquitectura-arquitectura-para-la-tercera-edad/>

García, I. (s.f.) *Gerontología Divulgativa*. <https://gerontologia.weebly.com/caracteristicas-delenvejecimiento.html>

Geronto-arquitectura: el diseño de espacios idóneos para adultos mayores. (2016).
<https://www.nacion.com/el-mundo/interes-humano/gerontoarquitectura-el-diseno-de-espacios-idoneos-para-adultosmayores/B6YHWDGTNJBODNKOWJWVOBKVOM/story/>

Maya, A. (2018). *Mayores de Hoy*. <https://mayoresdehoy.com/2018/10/05/geronto-arquitectura-el-diseno-deespacios-idoneos-para-adultos-mayores-la-nacion/>

Porto, J. (2018). *Definición de Geriatría*. <https://definicion.de/geriatria/>

Saludemia (2014). *Envejecimiento - Lo fundamental - Actividad física y salud mental*.
<http://www.saludemia.com/-/vida-saludable-envejecimiento-lofundamental-actividad-fisica-salud-mental>

SALUD, I. (2019). *Envejecimiento Y Ciclo De Vida*.
<http://innovaensalud.com/blog4/?p=2039>

LEYES

Ley N° 30490. (2016). *Ley de la persona adulta mayor*. *Diario Oficial El Peruano, Lima, Perú, 20 julio de 2014*. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-de-la-persona-adulta-mayor-ley-n-30490-1407242-1/>

LIBRO ELECTRÓNICO

Di Véroli D. (2008) *Arquitectura y Envejecimiento: Hacia un Hábitat Inclusivo*. Editorial Nobuko. <https://www.worldcat.org/title/arquitectura-y-envejecimiento-hacia-un-habitat-inclusivo/oclc/908043310>

- García, R. (2003). *La Vejez el Grito de los Olvidados*.
<https://books.google.com.pe/books?id=kCbWpH55qz8C&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- Hernández Castilla, J. (2019) *Envejecimiento Activo y Demencia*.
<https://www.bubok.es/libros/221212/ENVEJECIMIENTO-ACTIVO-Y-DEMENCIA>
- López Parra, C., Parra Carrilo, A. & Sanchez Gimenez, A. (2019) *El Envejecimiento*. ISBN Libro:978-84-695-8917-5.
<https://www.bubok.es/libros/228791/EL-ENVEJECIMIENTO>
- Martínez Huete, J., González Martínez, M. & Cardenas Romero, C. (2020) *Adulto Mayor, Actividad Física y Envejecimiento Activo*. ISBN eBook: 978-84-686-7115-4.
<https://www.bubok.es/libros/262363/Adulto-mayor-actividad-fisica-y-envejecimiento-activo>
- Neugarten, B. (1999) *Los Significados de la Edad*, Editorial: Herder.
<https://www.casadellibro.com/libro-los-significados-de-la-edad/9788425420900/668111>

BIBLIOTECA ELECTRONICA

- Alvarado García, A. M., & Salazar Maya, A. M. (2014). *Análisis del envejecimiento*.
<http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
- García Ramos, M., & Miranda Ramos, (2016) *El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas*. AMC [online]. 2016, vol.20, n.3, pp.330-337. ISSN 1025-0255. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552016000300014&script=sci_abstract&lng=es

TESIS EN LINEA

- Córdova Vinicio, A., & Vallejo Veloz, M. (2020) *Análisis de la Realidad Socio Espacial del Adulto Mayor En La Ciudad De Riobamba, Que Propicie El Diseño Arquitectónico De Un Centro Geriátrico Que Satisfaga Sus Necesidades*.
<http://201.159.222.95/handle/123456789/1672>
- Espinoza Rendón, L., Ibáñez Rocero, G., & Gaibor Espín, G. (2018). *Propuesta arquitectónica inclusiva de espacios físicos en el centro gerontológico de Quevedo, Ecuador*. *Opuntia Brava*, 10(2), 260-274.
<http://200.14.53.83/index.php/opuntiabrava/article/view/104>

Gómez Luque, I. F. (2018). *Programa de actividad física en la capacidad funcional del adulto mayor de los Centros de Desarrollo Integral de la Familia del distrito de Comas*, 2017.

https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCVV_e0f39080bfb1a446e79392a5285ac9c8

Jara Alamo, S. (2020) *Criterios Arquitectónicos para Espacios de Esparcimiento del Adulto Mayor* Chimbote, 2019.

https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCVV_abbaf268040dbce8dce9a6a7b0c28980

Paullo Nina, M. (2019). *Comparación de la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en el distrito de Wanchag - Cusco* 2018.

https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNSA_699f64ee3160baa35ca65505ad666fb7

Zevallos Zavaleta, R. N. (2018). *Dependencia funcional, deterioro cognitivo leve y depresión en ancianos institucionalizados de la ciudad de Lima*.

https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCVV_8d86522391708a8626223e7f09f34d71

ARTÍCULO DE REVISTA EN LINEA

Decade of Healthy Ageing (2020-2030) *Estrategia mundial de la OMS sobre el envejecimiento y la salud*. [https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-](https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-es.pdf?sfvrsn=73137ef_4)

[es.pdf?sfvrsn=73137ef_4](https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-es.pdf?sfvrsn=73137ef_4)

Díaz, L. (2017). *Envejecimiento Activo: Geronto-Arquitectura, para ellos, para todos*. En *Vela*

Giai M. (2015) *Actividades recreativas en adultos mayores internos en un hogar de ancianos*. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2015;41(1):67-76.

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=55515&fbclid=IwAR2VDjUZXeCRptrUYZyG5zKO3zwAdwLFRajJrOwPIQZWGFa8qTfDy4VLkvA#>

Hernández Chanamé, J., & Chanamé Carretero, M. (2016). *Las Condiciones Espacio – Funcionales del Asilo de Ancianos de Chiclayo y su Influencia en la Calidad de Vida del Interno*. *Revista. Ingeniería: Ciencia, Tecnología e Innovación* VOL 3/Nº 2 – ISSN

<http://revistas.uss.edu.pe/index.php/ING/article/view/435>

Herrera, M. J., Torres Egea, M. P., & García Hernández, M. (2012). *Proceso de envejecer: cambios físicos, cambios psíquicos, cambios sociales*. Barcelona: Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontología.

Jaimes Ortiz de la Huerta, D. (2006). *Gerontología, Geriatria y Medicina Interna*. D.F. México: Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina.

Miranda, J. (2006). *Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo*. España: Universidad de la Rioja

Salas Cardenas, S., Sanchez Gonzalez, D. (2007) *Envejecimiento de la Población, Salud y Ambiente Urbano en América Latina, Retos del Urbanismo Gerontológico*. Revista de la Facultad de Arquitectura Universidad Autónoma de Nuevo León, ISSN 2007-1639, N^o. 9, 2014, págs. 31-49.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4889786>

Ramona, R. (2012). *Envejecimiento Activo –Enfoque de Intervención*, Granada, España

Rodríguez, O. (2009). *Rehabilitación funcional del anciano*.
http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_5_09/san14509.htm

Tirado et. al. (2018) *La situación de la población adulta mayor en el Perú: Camino a una nueva política (1ª ed)*. Editorial KAS. <https://cdn01.pucp.education/idehpucp/wp-content/uploads/2018/11/23160106/publicacion-virtual-pam.pdf>

Valverdi, J. (2009). *La estimulación cognitiva en los adultos mayores: De la mente al objeto*. Argentina: Ministerio de Salud de la Ciudad de Santa Fe.

ARTÍCULO DE BOLETIN INFORMATIVO

INEI (2018). *Ancash Resultados Definitivos*. Lima, octubre de 2018.
<https://www.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/ninez-y-adulto-mayor/1/>

INEI (2018). *Ancash Resultados Definitivos*. Lima, octubre de 2018.
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1552/02TOMO_01.pdf

INEI (2018). *Censos Nacionales 2017: XII de Población y VII de Vivienda*. Perú: Crecimiento y distribución de la población, 2017 Lima, junio 2018 Primeros

Resultados. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1530/libro.pdf

Martinez Mitchell, A. (2014) *Manual de Medicina Preventiva y Social I, SALUD DEL ADULTO MAYOR - GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA*. <http://preventivaysocial.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2014/04/Unidad-5-Salud-Adulto-Mayor-V-2013.pdf>

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2015). *Estadísticas de PAM, 2015. Comisión Multisectorial*. <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/Ancash2.html>

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2015). *Población Adulta Mayor, 2015. Comisión Multisectorial*. <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/Estadisticas.html>

OMS (2018) *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

OMS. (2015). *Informe Mundial Sobre el Envejecimiento y la Salud. Estados Unidos de América: OMS (Organización Mundial de la Salud)*.

OMS (2015) *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1

OMS (2015) *Maltrato de Las Personas Mayores. Datos y Cifras*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>

Organización de las Naciones Unidas. (2017). *Envejecimiento*. <http://www.un.org/es/sections/issuesdepth/ageing/index.html>

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia lógica

TÍTULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS
ARQUITECTURA GERONTO- GERIÁTRICA PARA REFORZAR EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO DEL ADULTO MAYOR EN LA CIUDAD DE HUARAZ, 2020	<p>Pregunta Principal</p> <p>¿De qué manera la arquitectura geronto-geriátrica ayudará a reforzar el envejecimiento activo del adulto mayor en la ciudad de Huaraz?</p> <p>Preguntas Derivadas</p> <p>1.- ¿Cuáles son los espacios y ambientes necesarios para el adulto mayor?</p> <p>2.- ¿Cuáles son las actividades que desarrollan un envejecimiento activo?</p> <p>3.- ¿Cuáles son las características principales de la arquitectura geronto-geriátrica?</p> <p>4.- ¿Cuál es el perfil del adulto mayor y sus necesidades?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Analizar la aplicación de la Arquitectura Geronto-Geriátrica en el reforzamiento del Envejecimiento Activo del Adulto Mayor en la Ciudad De Huaraz.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>1.- Identificar los espacios y ambientes que satisfagan las necesidades del adulto mayor.</p> <p>2.- Identificar las actividades que fomenten un desarrollo integral en su envejecimiento activo.</p> <p>3.- Analizar las características de la arquitectura geronto-geriátrica para desarrollar una adecuada calidad de vida del adulto mayor.</p> <p>4.- Analizar el perfil del adulto mayor para poder satisfacer sus necesidades.</p>	<p>Hi: La Arquitectura Geronto-Geriátrica Reforzará el Envejecimiento Activo del Adulto Mayor en la Ciudad De Huaraz, puesto que brindará espacios y ambientes que brinden un proceso de vida de acuerdo a las necesidades que se presentan según las falencias que produce el pasar de los años y así no queden en una zona de olvido.</p> <p>Ho: La Arquitectura Geronto-Geriátrica no Reforzará el Envejecimiento Activo del Adulto Mayor en la Ciudad De Huaraz, puesto que no brindará espacios y ambientes que brinden un proceso de vida de acuerdo a las necesidades que se presentan según las falencias que produce el pasar de los años, ocasionando dejarlos en una zona de olvido.</p>

Tabla 19: Matriz de consistencia lógica.

Anexo 2: Matriz de operacionalización de variables

TÍTULO	OBJETIVOS	VARIABLE DEL ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	SUB DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
" ARQUITECTURA GERONTO-GERIÁTRICA PARA REFROZAR EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO DEL ADULTO MAYOR EN LA CIUDAD DE HUARAZ, 2021"	<p>Objetivo General</p> <p>Analizar la aplicación de la Arquitectura Geronto-Geriátrica en el reforzamiento del Envejecimiento Activo del Adulto Mayor en la Ciudad De Huaraz.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>1.- Identificar los espacios y ambientes que satisfagan las necesidades del adulto mayor.</p> <p>2.- Identificar las actividades que fomenten un desarrollo integral en su envejecimiento activo.</p> <p>3.- Analizar las características de la arquitectura geronto-geriátrica para desarrollar una adecuada calidad de vida del adulto mayor.</p> <p>4.- Analizar el perfil del adulto mayor para poder satisfacer sus necesidades.</p>	Arquitectura Geronto-Geriátrica	"Se encarga de estudiar, pensar y diseñar los espacios ideales para el desarrollo y desenvolvimiento de los adultos mayores los cuales empiezan a tener ciertos cambios físicos, mentales y sensoriales con el pasar de los años, ya que varias diferencias en las variaciones del envejecimiento normal y el anormal o demencial dependiendo de la calidad de vida de la persona" Altarriba, (1992).	La arquitectura geronto-geriátrica está destinado a satisfacer las necesidades del adulto mayor de acuerdo a su normatividad; según la señalización, los colores y las barreras arquitectónicas.	Barreras arquitectónicas	Mobiliarios urbanos	Tipología de rampas y escaleras	Ficha documental
							Tipología de mobiliarios	
							Nivel de piso	
							Accesibilidad	
					Color		Color natural	
							Color brillante	
					Normatividad	Condiciones de diseño	- Medida reglamentaria de ambientes.	
		- Medida reglamentaria de circulación y accesibilidad.						
		Señalización		-Iluminación				
				-Ventilación				
				Textura				
				Líneas guía				
		Características personales		Sexo				
				Estado civil				
Nivel de instrucción								
Nº de hijos								
Recreación	Actividades pasivas	- Preferencias sobre actividades pasivas.						
		- Frecuencia de uso en actividades pasivas.						
		- Tiempo de permanencia en actividades pasivas.						
							Ordinal	

		Envejecimiento Activo	Mundial de la salud- OMS 2013 p. 79)	características personales según su condición.			- Preferencias sobre actividades activas.	Nominal
					Recreación	Actividades activas	- Frecuencia de uso en actividades activas. - Tiempo de permanencia en actividades activas.	
						Actividades artísticas	- Preferencias sobre actividades artísticas. - Frecuencia de uso en actividades artísticas. - Tiempo de permanencia en actividades artísticas.	
					Producción	Talleres educativos	- Preferencia en talleres educativos	
						Talleres de actividades físicas	- Preferencia en actividades físicas	
					Salud	Terapias de estimulación	- Preferencia de terapias de estimulación - Tiempo de permanencia de terapias de estimulación.	
						Mental	Estado de salud Mental	
						Físico	Estado de salud física	
							Índice de Katz y escala de Lawton y Brody	

Tabla 20: Matriz de operacionalización de variables.

Anexo 3: Resumen de operacionalización con enfoque cualitativo.

DISEÑO DE RECOLECCION DE DATOS CUALITATIVOS						
VARIABLE DE ESTUDIO	METODO DE RECOLECCIÓN		OPERACIONALIZACION DE CATEGORIAS			ESCALA DE MEDICIÓN
	HERRAMIENTA DE RECOLECCIÓN		SUB-CATEGORIAS	CÓDIGOS	CRITERIOS	DOCUMENTAL
VARIABLE INDEPENDIENTE ARQUITECTURA GERONTO - GERIÁTRICA	Objetivo General Analizar la aplicación de la Arquitectura Geronto-Geriátrica en el reforzamiento del Envejecimiento Activo del Adulto Mayor en la Ciudad De Huaraz.	Objetivos Específicos 1.- Identificar los espacios y ambientes que satisfagan las necesidades del adulto mayor. 2.- Identificar las actividades que fomenten un desarrollo integral en su envejecimiento activo.	Barreras arquitectónicas	Mobiliarios urbanos	Tipología de rampas y escaleras	FICHA DOCUMENTAL
					Tipología de mobiliarios	
					Nivel de piso	
					Accesibilidad	
			Colores	/	Elementos de seguridad	
					Color natural	
			Normatividad	/	Color brillante	
					- Medida reglamentaria de ambientes.	
			Señalización	/	- Medida reglamentaria de circulación y accesibilidad.	
					-Iluminación	
					-Ventilación	
					Textura	
Líneas guía						
				Forma del ambiente		

Tabla 21: Resumen de operacionalización con enfoque cualitativo.

Anexo 4: Resumen de operacionalización con enfoque cuantitativo.

DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS CUANTITATIVOS						
VARIABLE DE ESTUDIO	MÉTODO DE RECOLECCIÓN		OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE			ESCALA DE MEDICIÓN
	HERRAMIENTA DE RECOLECCIÓN		DIMENSIONES	SUB-DIMENSIONES	INDICADORES	MÚLTIPLE
VARIABLE DEPENDIENTE ENVEJECIMIENTO ACTIVO	Objetivo General Analizar la aplicación de la Arquitectura Gerontogeriatrica en el reforzamiento del Envejecimiento Activo del Adulto Mayor en la Ciudad De Huaraz.	Objetivos Específicos 3.- Analizar las características de la arquitectura gerontogeriatrica para desarrollar una adecuada calidad de vida del adulto mayor. 4.- Analizar el perfil del adulto mayor para poder satisfacer sus necesidades.	Características personales		Sexo Estado civil Nivel de instrucción N° de hijos	Ordinal
			Recreación	Actividades pasivas	- Preferencias sobre actividades pasivas.	
					- Frecuencia de uso en actividades pasivas.	
					- Tiempo de permanencia en actividades pasivas.	
				Actividades activas	- Preferencias sobre actividades activas.	
					- Frecuencia de uso en actividades activas.	
					- Tiempo de permanencia en actividades activas.	
				Actividades artísticas	- Preferencias sobre actividades artísticas.	
					- Frecuencia de uso en actividades artísticas.	
					- Tiempo de permanencia en actividades artísticas.	
			Producción	Talleres educativos	- Preferencia en talleres educativos	
				Talleres de actividades físicas	- Preferencia en actividades físicas	
			Salud	Terapias de estimulación	- Preferencia de terapias de estimulación - Tiempo de permanencia de terapias de estimulación.	
				Mental	Estado de salud Mental	
				Físico	Estado de salud física	
						Índice de Katz y escala de Lawton y Brody

Tabla 22: Resumen de operacionalización con enfoque cuantitativo.



Anexo 5: Instrumentos - Cuantitativo

INTRODUCCIÓN

El presente cuestionario está dirigido a los adultos mayores, se le agradece de ante mano su participación y el tiempo brindado para responder este cuestionario. La información recabada tiene como objetivo analizar y averiguar cuáles son las necesidades del adulto mayor para así brindar un envejecimiento activo a lo largo de sus años, así mismo aportará de manera significativa ante una solución futura, recolectando la información brindada por su persona.

INSTRUCCIONES

Marcar con una X en los espacios correspondientes: marque 3 o 4 como máximo

CARACTERÍSTICAS PERSONALES

Género: Hombre Mujer

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

N° Hijos:.....

Estado Civil:

Sin Instrucción Primaria Secundaria Técnica Superior

RECREACIÓN

1.- ¿Qué actividades recreativas le gusta o le gustaría realizar en su tiempo libre?

ACTIVAS	PASIVAS	ARTÍSTICAS
Excursión <input type="checkbox"/>	Leer <input type="checkbox"/>	Dibujo y Pintura <input type="checkbox"/>
Aeróbico <input type="checkbox"/>	Juego de Mesa <input type="checkbox"/>	Manualidades <input type="checkbox"/>
Caminatas <input type="checkbox"/>	Contemplación <input type="checkbox"/>	Danza <input type="checkbox"/>
Tai Chi <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	Canto <input type="checkbox"/>
Vóley <input type="checkbox"/>	_____	Teatro <input type="checkbox"/>
Futbol <input type="checkbox"/>	_____	Escultura <input type="checkbox"/>

2.- ¿Con qué frecuencia le gustaría participar en dichas actividades?

1 día 2 días 3 días 4 días

3.- ¿Cuánto tiempo le gustaría participar en dichas actividades?

Media hora Una hora Hora y media Dos horas

PRODUCCION

1.- ¿Qué tipo de talleres educativos preferiría realizar?

Desarrollo personal	<input type="checkbox"/>	Memoria y alfabetización	<input type="checkbox"/>
Educación emocional	<input type="checkbox"/>	Teatro	<input type="checkbox"/>
Costura y tejido	<input type="checkbox"/>	Cómputo	<input type="checkbox"/>

2.- ¿Qué tipo de talleres de actividades físicas preferiría realizar?

Taller de Danza	<input type="checkbox"/>	Baile	<input type="checkbox"/>
Natación	<input type="checkbox"/>	Yoga	<input type="checkbox"/>
Aeróbicos	<input type="checkbox"/>	Cocina	<input type="checkbox"/>

SALUD

1.- ¿Qué tipo de terapias de estimulación le gustaría recibir?

Biblioterapia	<input type="checkbox"/>	Fisioterapia	<input type="checkbox"/>
Hidroterapia	<input type="checkbox"/>	Gimnasia	<input type="checkbox"/>
Terapéutica	<input type="checkbox"/>	Terapia respiratoria	<input type="checkbox"/>

2.- ¿Cuánto tiempo le gustaría estar en las terapias de estimulación?

<input type="checkbox"/> Media hora	<input type="checkbox"/> Una hora	<input type="checkbox"/> Hora y media	<input checked="" type="checkbox"/> Dos horas
-------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	---

Gracias por su colaboración.



SALUD - FÍSICO

EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)

CUIDAR LA CASA

Cuida la casa sin ayuda 1

Hace todo, menos el trabajo pesado 2

Tareas ligeras únicamente 3

LAVADO DE ROPA

Lo realiza personalmente 1

Solo lava pequeñas prendas 2

Es incapaz de lavar 3

PREPARACIÓN DE LA COMIDA

Planea, prepara y sirve sin ayuda 1

Prepara si le dan los ingredientes 2

Prepara platos precocinados 3

IR DE COMPRAS

Lo hace sin ninguna ayuda 1

Solo hace pequeñas compras 2

Tienen que acompañarle 3

USO DEL TELÉFONO

Capaz de utilizarlo sin problemas 1

Solo para lugares muy familiares 2

Puede contestar, pero no llamar 3

USO DEL TRANSPORTE

Viaja en trans. Público o conduce 1

Solo en taxi, no en autobús 2

Necesita acompañamiento 3

MANEJO DEL DINERO

Lleva cuentas, va a bancos, etc. 1

Solo maneja cuentas sencillas 2

Incapaz de utilizar dinero 3

RESPONSABLE DE LOS MEDICAMENTOS

Responsable de su medicación 1

Hay que preparárselos 2

Incapaz de hacerlo por sí mismo 3

Nota:

Grado de dependencia: Hasta 8 puntos = Independiente

De 8 a 20 puntos = Necesita cierta ayuda

Mas de 20 puntos = Necesita mucha ayuda



SALUD - MENTAL

EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)

ACTIVIDADES	I	A	D
Se baña			
Se viste y desviste			
Apariencia personal			
Uso de inodoro			
Continencia, micción, defecación			
Trasladarse, acostarse, levantarse			
Caminar			
Se alimenta			

Nota:

I = INDEPENDIENTE A = AYUDA D = DEPENDIENTE

Independiente = 2 Ayuda = 1 Dependiente = 0

El índice de Katz asigna la puntuación de:

- 2 puntos: Actividad que se hace sin apoyo o con mínima ayuda, o sea independientemente. (I)
- 1 punto: Si necesita moderado nivel de ayuda. (A)
- 0 puntos: Si es totalmente dependiente. (D)



Anexo 6: Instrumentos - Cualitativo

ARQUITECTURA GERONTO-GERIÁTRICO			ANÁLISIS DE CASOS		
SUB-CATEGORÍA	CÓDIGO	CRITERIO	BUENO	REGULAR	MALO
			3	2	1
BARRERAS ARQUITECTÓNICAS	Nivel de piso	Superficie a un solo nivel	Todo el ambiente se encuentra a un solo nivel	El ambiente cuenta con desniveles mínimos	Existen diferentes tipos de niveles en el ambiente
	Accesibilidad	Circulaciones	Las circulaciones están libres de obstáculos y son anchas	La circulación tiene medias accesibles, pero obstáculos en el camino	Existen obstáculos en la circulación y son demasiado estrechas.
	Elementos de seguridad	Mobiliario y barras de apoyo	El ambiente tiene barras de apoyo en los muros	Existen uno que otra barra de apoyo	No existe ningún elemento de seguridad
SEÑALIZACIÓN	Textura	Tipo de pavimentos	El pavimento es antideslizante y accesible para personas con silla de ruedas	El pavimento es antideslizante pero inaccesible para personas con discapacidad	El piso no presenta ningún tipo de textura, pudiendo así causar algún accidente
	Forma del Ambiente	Formas curvilíneas, asimétricas	En el ambiente tiene formas curvas y simétricas	Solo existen formas simétricas	En el ambiente existen formas con terminación en ángulos
	Líneas de guía	Ayudar al adulto mayor a ubicarse	Hay carteles, mosaicos o líneas que ayuden a la orientación	Existe uno que otro elemento que indica la ubicación del ambiente	No existen colores naturales en el ambiente
COLORES	Colores naturales	Presentan colores como el amarillo, anaranjado, azul y verde	El ambiente tiene colores naturales en muros coberturas y mobiliarios	Existe un color natural en el ambiente	No existen colores naturales en el ambiente
	Colores brillosos	Colores llamativos	Hay dos o más colores que sean llamativos dentro del ambiente	Existe solamente un color brillante	No hay ningún color brillante
	Colores contrastantes	Colores oscuros y claros	Existen colores que sean claramente contrastantes como blanco y negro	Hay colores diferentes mas no contrastantes	No hay ningún tipo de contraste en los colores que se utilizan



ARQUITECTURA GERONTO-GERIÁTRICA		ANÁLISIS DE CASOS		
		N°1	N°2	N°3
SUB-CATEGORÍA	CRITERIOS			
BARRERAS ARQUITECTÓNICAS	Nivel de piso			
	Accesibilidad			
	Elementos de seguridad			
SEÑALIZACIÓN	Textura			
	Forma del ambiente			
	Líneas guía			
COLORES	Colores naturales			
	Colores brillosos			
	Colores contrastantes			

FICHA DOCUMENTAL		N°
OBJETIVO		
DIMENSION		
INDICADOR		



Se le hace llegar el saludo y el agradecimiento pertinente por parte de los estudiantes de la carrera de Arquitectura, la entrevista va dirigida hacia su persona para obtener respuestas sobre las necesidades del adulto mayor en la rama de la geriatría, la misma que tiene por objetivo recopilar información para fortalecer nuestra investigación desde el punto de vista profesional en la influencia de la Geriatría.

ENTREVISTA

DATOS GENERALES	FECHA:
NOMBRE DE LA PERSONA ENTREVISTADA	
ESPECIALIDAD	
AÑO DE EXPERIENCIA EN EL CAMPO	
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN DONDE LABORA	
CARGO QUE DESEMPEÑA	

GERIATRÍA

1. ¿Por qué considera necesario el estudio de la rama de la Geriatría?

.....
.....

2. ¿A partir de qué edad es necesario recibir el tratamiento de la Geriatría?

.....
.....

3. ¿Cuál será la importancia de conocer la rama de la Geriatría para el adulto mayor en la ciudad de Huaraz?

.....
.....

INFRAESTRUCTURA

4. ¿Cuál es el tipo de infraestructura física que el adulto mayor necesita?

.....
.....

5. Según su criterio- ¿Considera usted que la ciudad tiene el mobiliario y equipo necesario para adecuarse a la necesidad del adulto mayor?

.....
.....

6. A su criterio, ¿Considera que existen centros geriátricos integrales para el adulto mayor en la ciudad de Huaraz?

.....
.....

ACTIVIDADES

7. ¿Cuáles son las actividades que realiza un adulto mayor según la rama de la Geriatría?

.....
.....

8. Según su criterio y conocimiento, ¿De qué manera las actividades influirán en la salud del adulto mayor?

.....
.....

Gracias por su colaboración.