

FACULTAD DE INGENIERÍA

Escuela Académico Profesional de Arquitectura

Tesis

**Percepción de la arquitectura accesible y el nivel de
autonomía de los usuarios del Centro del Adulto
Mayor "El Porvenir" en Huancayo - 2023**

Andrea Nathaly Arzapalo Sánchez
Andrea Tinoco Tupayachi

Para optar el Título Profesional de
Arquitecta

Huancayo, 2023

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

INFORME DE CONFORMIDAD DE ORIGINALIDAD DE TESIS

A : Felipe Gutarra Meza
Decano de la Facultad de Ingeniería

DE : Alberto Alejandro Chaupiz Olivera
Asesor de tesis

ASUNTO : Remito resultado de evaluación de originalidad de tesis

FECHA : 03 de noviembre de 2023

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para saludarlo y en vista de haber sido designado asesor de la tesis titulada: **“PERCEPCIÓN DE LA ARQUITECTURA ACCESIBLE Y EL NIVEL DE AUTONOMÍA DE LOS USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR “EL PORVENIR” EN HUANCAYO - 2023”**, perteneciente a las estudiantes Arzapalo Sanchez Andrea y Tinoco Tupayachi Andrea, de la E.A.P. de Arquitectura; se procedió con la carga del documento a la plataforma “Turnitin” y se realizó la verificación completa de las coincidencias resaltadas por el software dando por resultado 0 % de similitud (informe adjunto) sin encontrarse hallazgos relacionados a plagio. Se utilizaron los siguientes filtros:

- Filtro de exclusión de bibliografía SI NO
- Filtro de exclusión de grupos de palabras menores (Nº de palabras excluidas: 40) SI NO
- Exclusión de fuente por trabajo anterior del mismo estudiante SI NO

En consecuencia, se determina que la tesis constituye un documento original al presentar similitud de otros autores (citas) por debajo del porcentaje establecido por la Universidad.

Recae toda responsabilidad del contenido de la tesis sobre el autor y asesor, en concordancia a los principios de legalidad, presunción de veracidad y simplicidad, expresados en el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales – RENATI y en la Directiva 003-2016-R/UC.

Esperando la atención a la presente, me despido sin otro particular y sea propicia la ocasión para renovar las muestras de mi especial consideración.

Atentamente,



Alejandro Alberto Chaupiz Olivera

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD

Yo, Andrea Nathaly Arzapalo Sanchez, identificada con Documento Nacional de Identidad No. 71465635, de la E.A.P. de Arquitectura de la Facultad de Ingeniería la Universidad Continental, declaro bajo juramento lo siguiente:

1. La tesis titulada: "**PERCEPCIÓN DE LA ARQUITECTURA ACCESIBLE Y EL NIVEL DE AUTONOMÍA DE LOS USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR "EL PORVENIR" EN HUANCAYO - 2023**", es de mi autoría, la misma que presento para optar el Título Profesional de Arquitecto.
2. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, para la cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas, por lo que no atenta contra derechos de terceros.
3. La tesis es original e inédita, y no ha sido realizado, desarrollado o publicado, parcial ni totalmente, por terceras personas naturales o jurídicas. No incurre en autoplagio; es decir, no fue publicado ni presentado de manera previa para conseguir algún grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, pues no son falsos, duplicados, ni copiados, por consiguiente, constituyen un aporte significativo para la realidad estudiada.

De identificarse fraude, falsificación de datos, plagio, información sin cita de autores, uso ilegal de información ajena, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a las acciones legales pertinentes.

02 de noviembre de 2023.



Andrea Nathaly Arzapalo Sanchez

DNI. No. 71465635

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD

Yo, Andrea Tinoco Tupayachi, identificada con Documento Nacional de Identidad No. 72642935, de la E.A.P. de Arquitectura de la Facultad de Ingeniería la Universidad Continental, declaro bajo juramento lo siguiente:

1. La tesis titulada: **"PERCEPCIÓN DE LA ARQUITECTURA ACCESIBLE Y EL NIVEL DE AUTONOMÍA DE LOS USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR "EL PORVENIR" EN HUANCAYO - 2023"**, es de mi autoría, la misma que presento para optar el Título Profesional de Arquitecto.
2. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, para la cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas, por lo que no atenta contra derechos de terceros.
3. La tesis es original e inédita, y no ha sido realizado, desarrollado o publicado, parcial ni totalmente, por terceras personas naturales o jurídicas. No incurre en autoplagio; es decir, no fue publicado ni presentado de manera previa para conseguir algún grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, pues no son falsos, duplicados, ni copiados, por consiguiente, constituyen un aporte significativo para la realidad estudiada.

De identificarse fraude, falsificación de datos, plagio, información sin cita de autores, uso ilegal de información ajena, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a las acciones legales pertinentes.

02 de noviembre de 2023.



Andrea Tinoco Tupayachi

DNI. No. 72642935

TESIS FINAL

INFORME DE ORIGINALIDAD

0%

INDICE DE SIMILITUD

0%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

0%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 11%

Excluir bibliografía

Activo

AGRADECIMIENTOS

Al finalizar esta etapa increíble de nuestras vidas, queremos extender un sincero agradecimiento a quienes hicieron viable este sueño: Dios, nuestros padres, nuestra alma mater la Universidad Continental, nuestros hermanos y nuestro asesor, que en todo momento fueron fuentes de inspiración, apoyo y fortaleza, asimismo a todas las personas que nos han apoyado y han hecho posible la realización de esta investigación, en especial a los que nos abrieron sus puertas y compartieron sus conocimientos. Muchas gracias por todo.

DEDICATORIA

A mis padres, Norma Sánchez y Marco Arzapalo, que estuvieron para mí, incondicionalmente, demostrándome su enorme cariño, confianza y admiración, A mi hermano José Antonio, por apoyarme y nunca dudar de mí, son ellos mi motor para salir a delante y no dejar de esforzarme.

A todas las personas, familiares y amigos que confiaron en mí y estuvieron para mi tanto en los buenos como malos momentos en el transcurso de mi vida.

Andrea Arzapalo Sanchez

A mis padres, Rubén Darío y Luz Elena, por su amor, trabajo, paciencia y dedicación durante mis años de preparación, me siento privilegiada de ser su hija. A mi hermano Sergio Luciano, por ser fuente de inspiración, respeto, darme consejos y apoyarme toda la vida.

A mis familiares y amigos por enseñarme que la paciencia y voluntad son primordiales para cumplir mis objetivos.

Andrea Tinoco Tupayachi

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS	ii
DEDICATORIA	iii
ÍNDICE GENERAL	iv
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE FIGURAS	viii
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	xii
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	1
1.1. Planteamiento y formulación del problema	1
1.1.1. Planteamiento del problema	1
1.1.2. Problema general	2
1.1.3. Problemas específicos	3
1.2. Objetivos	3
1.2.1. Objetivo general	3
1.2.2. Objetivos específicos	3
1.3. Justificación e importancia	3
1.3.1. Justificación social	4
1.3.2. Justificación natural	4
1.4. Hipótesis y descripción de variables	4
1.4.1. Hipótesis General	4
1.4.2. Hipótesis Específicas	4
1.4.3. Variables	5
1.5. Matriz de consistencia	6
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	7
2.1. Antecedentes del problema	7
2.1.1. Referentes Teóricos	19
2.1.2. Referentes Internacionales	21
2.1.3. Referentes Nacionales	28
2.2. Bases teóricas	30
2.2.1. El adulto mayor	30
2.2.2. Envejecimiento de la población	31
2.2.3. Hogares con algún miembro adulto mayor	31
2.2.4. Tipo de problema de salud y razones de no asistencia a establecimientos de salud	

2.2.5.	Población adulta mayor con alguna discapacidad	32
2.2.6.	Condiciones de exclusión en el Perú	32
2.2.7.	Situación de las personas con discapacidad en Perú	33
2.2.8.	Escalas de Valoración Funcional del Adulto Mayor	33
2.2.9.	Accesibilidad en los espacios arquitectónicos	37
2.2.10.	Ciudades amigables con las personas adultas mayores	47
2.2.11.	Conceptos básicos para diseñar un edificio accesible	50
2.2.12.	Arquitectura terapéutica	52
2.2.13.	Autonomía del adulto mayor	54
2.3.	Definición de términos básicos	57
CAPÍTULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN		60
3.1.	Método y alcance de investigación	60
3.1.1.	Método general	60
3.2.	Tipo de investigación	60
3.3.	Alcance de la investigación	60
3.4.	Enfoque de la investigación	60
3.5.	Diseño de la investigación	60
3.6.	Operacionalización de variables	61
3.7.	Técnicas Utilizadas En La Recolección De Datos	63
3.8.	Instrumentos Utilizados En La Recolección De Datos	63
CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN		65
4.1.	Resultados descriptivos	65
4.2.	Resultados inferenciales	71
4.3.	Discusión de los resultados	74
CAPÍTULO V PROPUESTA ARQUITECTÓNICA		78
5.1.	Análisis de usuarios	78
5.1.1.	Tipo de usuario	78
5.2.	Descripción del terreno	81
5.2.1.	Localización y Ubicación de terreno	81
5.2.2.	Estado actual del entorno	81
5.2.3.	Análisis vial	81
5.2.4.	Condiciones ambientales	84
5.2.5.	Servicios Básicos	85
5.2.6.	Análisis paisajístico	85
5.3.	Programa Arquitectónico	86
5.4.	Calculo de aforo	92
5.5.	Plano de Ubicación y localización	92

5.6. Concepto	93
5.7. Plot Plan	94
5.8. Plano de Zonificación	95
5.9. Plano de Subzonas	96
5.10. Planos de arquitectura	97
5.11. Vistas 3D	98
CONCLUSIONES	106
RECOMENDACIONES	109
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	110
ANEXOS	114
Anexo 1: Solicitud de autorización	114
Anexo 2: Cuestionarios	115
Anexo 3: Base de datos	121
Anexo 4: Validación de las encuestas por médicos geriatras	124
Anexo 5: Fichas de Observación	130
Anexo 6: Fotografías	140
Anexo 6: Base de datos en SPSS	143

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Matriz de consistencia.....	6
Tabla 2. Centro de participación activa para la 3ra edad	22
Tabla 3. Residencia de ancianos Steinfeld	23
Tabla 4. Residencia Hogar de Ciudades Andritz.....	25
Tabla 5. Centro Socio Sanitario	27
Tabla 6. Hospital Geriátrico PNP.....	28
Tabla 7. Residencia Geriátrica San Lázaro	28
Tabla 8. Hospital Geriátrico San Isidro Labrador.....	29
Tabla 9. Magdalena Sofía Barat	29
Tabla 10. Arcadia Hotel Resort.....	30
Tabla 11. Actividades básicas en la vida diaria	34
Tabla 12. Actividades instrumentales	35
Tabla 13. Porcentaje de pendiente.....	43
Tabla 14. Factores que aseguran la movilidad.....	51
Tabla 15. Operacionalización de variables.....	61
Tabla 16. Percepción de la arquitectura accesible	65
Tabla 17. Percepción de la seguridad (normativa nacional A.120)	66
Tabla 18. Percepción de la Intensión Espacial (funcionalidad)	67
Tabla 19. Autonomía de los adultos mayores.....	68
Tabla 20. Independencia de los adultos mayores (Actividades Básicas)	69
Tabla 21. Realización de actividades cotidianas (Actividades instrumentales)	70
Tabla 22. Correlación entre percepción de la arquitectura accesible y autonomía	72
Tabla 23. Correlación entre normativa nacional A.120 y autonomía	73
Tabla 24. Correlación entre funcionalidad y autonomía.....	74
Tabla 25. Zona Administrativa.....	86
Tabla 26. Zona Residencial Internos	87
Tabla 27. Zona Residencial Médicos	87
Tabla 28. Zona Servicios Generales.....	88
Tabla 29. Zona de Servicios Complementarios	89
Tabla 30. Zona Recreativa y Terapéutica.....	90
Tabla 31. Zona Médica	91
Tabla 32. Exteriores	91

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Dimensión de veredas	38
Figura 2. Estacionamiento.....	40
Figura 3. Dimensión de Ascensor	42
Figura 4. Dimensiones de Rampa	43
Figura 5. Dimensiones del baño.....	46
Figura 6. Dimensiones de lavatorios	47
Figura 7. Medidas de lavabo	47
Figura 8. Color cálido	52
Figura 9. Color Neutro	53
Figura 10. Percepción de la arquitectura accesible.....	66
Figura 11. Percepción de la seguridad (normativa nacional A.120)	67
Figura 12. Percepción de la Intensión Espacial (funcionalidad).....	68
Figura 13. Autonomía de los adultos mayores	69
Figura 14. Independencia de los adultos mayores (Actividades básicas)	70
Figura 15. Realización de actividades cotidianas (Actividades instrumentales).....	71
Figura 16 Interpretación del coeficiente de Rho de Spearman	71
Figura 17. Flujograma de usuarios permanentes y recurrentes.....	79
Figura 18. Flujograma de personal administrativo, médico y visitantes eventuales	80
Figura 19. Plano de localización y ubicación	81
Figura 20. Análisis vial de la Av. Mariscal Castilla	82
Figura 21. Análisis vial de la Av. La Cantuta	82
Figura 22. Flujo vehicular	83
Figura 23. Flujo Peatonal	83
Figura 24. Asolamiento 1.....	84
Figura 25. Asolamiento 2.....	84
Figura 26. Diagrama de vientos en Huancayo.....	85
Figura 27. Análisis paisajístico	86
Figura 28. Plano de Ubicación y localización	92
Figura 29. Lamina conceptual.....	93
Figura 30. Plot Plan.....	94
Figura 31. Plano de Zonificación	95
Figura 32. Plano de Subzonas	96
Figura 33. Planos de arquitectura	97
Figura 34. Vista exterior del Hall de ingreso principal - Av. La Cantuta	98
Figura 35. Vista interior de los consultorios médicos	98

Figura 36. Vistas del interior de la sala de rehabilitación de la zona médica.....	99
Figura 37. Vista interior de la sala de espera de la zona médica	100
Figura 38. Vista interior de los talleres	100
Figura 39. Vistas exteriores de los talleres	101
Figura 40. Vista interior del comedor	103
Figura 41. Vista exterior del comedor.....	104
Figura 42. Vista interior de la zona residencial	105

RESUMEN

El objetivo principal de la investigación fue determinar la relación existente entre percepción de la arquitectura accesible y la autonomía de los usuarios del centro del adulto mayor “El Porvenir” en Huancayo - 2023. El diseño de investigación fue no experimental, transversal con un nivel correlacional, las unidades de análisis fueron adultos mayores del centro “El Porvenir” Huancayo, la muestra de estudio la conformaron 70 adultos mayores a los cuales se le aplicaron 2 cuestionarios de acuerdo con las variables de estudio. Como resultado inferencial general se obtuvo el valor de $p = 0.117$ y el coeficiente de correlación de 0.163 y como resultados descriptivos se obtuvo que el 61,4% (43) de los adultos mayores muestran un nivel medio de percepción de la arquitectura accesible, seguido por un 31.4% (22) de adultos mayores que presentan un nivel alto de percepción de la arquitectura accesible, un 7.1% (5) que muestran un nivel bajo de percepción de la arquitectura accesible. Por otro lado, el 84,3% (59) de los adultos mayores muestran un nivel alto de autonomía, seguido por un 10,0% (7) de adultos mayores que presentan un nivel medio y un 5,7% (4) que muestran un nivel bajo. Se utilizó el análisis inferencial por la prueba no paramétrica de Rho de Spearman y se encontró un coeficiente de correlación de 0.163 y no significativa ($p = 0.177$) entre las variables. Se concluye que no existe correlación entre percepción de la arquitectura accesible y la autonomía de los usuarios del centro del adulto mayor “El Porvenir” en Huancayo – 2023. La falta de relación se debe a que casi todos los adultos mayores tienen autonomía alta, y al no haber mucha muestra de otros niveles, es difícil comparar como cada nivel percibe la arquitectura accesible.

Palabras Clave:

Arquitectura accesible, Autonomía, Adulto Mayor.

ABSTRACT

The main objective of the research was to determine the relationship between the perception of accessible architecture and the autonomy of the users of the senior center "El Porvenir" in Huancayo - 2023. The research design was non-experimental, cross-sectional with a correlational level, the units of analysis were older adults of the center "El Porvenir" Huancayo, the study sample consisted of 70 older adults to whom 2 questionnaires were applied according to the study variables. As a general inferential result, a value of $p = 0.117$ and a correlation coefficient of 0.163 were obtained, and as descriptive results, 61.4% (43) of the older adults showed a medium level of perception of accessible architecture, followed by 31.4% (22) of older adults with a high level of perception of accessible architecture, and 7.1% (5) with a low level of perception of accessible architecture. On the other hand, 84.3% (59) of older adults show a high level of autonomy, followed by 10.0% (7) of older adults presenting a level and 5.7% (4) showing a low level. Inferential analysis by Spearman's Rho nonparametric test was used and a correlation coefficient of 0.163 and not significant ($p = 0.177$) was found between the variables. It is concluded that there is no correlation between the perception of accessible architecture and the autonomy of the users of the "El Porvenir" senior center in Huancayo - 2023.

Key words:

Accessible architecture, Autonomy, Elderly.

INTRODUCCIÓN

La arquitectura accesible, es fundamental para todo tipo de centros de salud, ya sean hospitales, clínicas, centros de tratamiento, etc., y más si se trabaja con adultos mayores, de acuerdo con la Norma A.120 “Accesibilidad Para Personas Con Discapacidad Y De Las Personas Adultas Mayores”, por lo que se debe tener en cuenta muchos factores que actualmente no se aplican en nuestro país, del mismo modo, se analizará como la arquitectura accesible necesita más que una estructura rígida y monocromática, por lo que se hablará de la influencia que tiene la arquitectura terapéutica sobre los centros de salud y como afecta positivamente los niveles de autonomía en los adultos mayores y al personal. La presente investigación estará basada en conocer las necesidades que presentan los Adultos Mayores, tanto físicas como funcionales, dentro de la arquitectura, lo cual se medirá con la Escala de Lawton & Brody y el índice de Barthel, para conocer las actividades que los usuarios a estudiar pueden realizar y de esta manera, poder implementar la arquitectura del Centro del Adulto Mayor (CAM) en Huancayo.

Esta investigación está estructurada en cinco capítulos los cuales explicaremos a continuación:

Capítulo I, en este capítulo se aborda la problemática de nuestra investigación mediante el planteamiento de estudios, el problema general y los problemas específicos de investigación, asimismo, el objetivo general y los objetivos específicos, posteriormente se estudia la justificación e importancia, por último, desarrollar la hipótesis y descripción de variables; es al final de este capítulo donde se observa nuestra matriz de consistencia.

Capítulo II, el siguiente capítulo se subdivide en: antecedentes del problema ya sean nacionales e internacionales, para comprender como es concebida nuestra investigación desde estudios científicos que se relacionan con nuestro tema, del mismo modo, se toman referentes teóricos, nacionales e internacionales de proyectos ya existentes, para tener un conocimiento más amplio y real. A continuación, se estudian las bases teóricas de las condiciones actuales del usuario a estudiar (el adulto mayor) y de nuestras variables que reforzaran nuestra investigación. Finalmente, se definen los términos básicos usados a lo largo de la tesis.

Capítulo III, posteriormente se identifica, interpreta y sustenta la metodología y alcance aplicado en la investigación. En este capítulo observaremos el cuadro de operacionalización de variables, también, los instrumentos utilizados en la recolección de datos.

Capítulo IV, es aquí donde se observan los resultados obtenidos mediante nuestras encuestas y fichas de observación, éstos, son procesados, analizados y discutidos con nuestros antecedentes nacionales e internacionales, confrontando o compartiendo nuestros resultados.

Seguidamente, se proponen las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

Cabe resaltar que nuestra investigación tiene como objetivo determinar el nivel de relación existente entre la percepción de la arquitectura accesible y la autonomía de los usuarios del centro del adulto mayor “El Porvenir” en Huancayo – 2023.

Capítulo V, finalmente en este capítulo se desarrolla una propuesta arquitectónica respondiendo a las necesidades de los usuarios estudiados, analizando el entorno urbano y buscando la integración de la propuesta.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1. Planteamiento y formulación del problema

1.1.1. Planteamiento del problema

El grupo social de los adultos mayores es muy importante en cada familia. A pesar de esto, a menudo no se les da la importancia adecuada, especialmente desde una perspectiva urbano-arquitectónica. Es crucial que el entorno construido tenga en cuenta las necesidades de los adultos mayores para mejorar su seguridad, accesibilidad y calidad de vida, lo que puede hacer que su permanencia en esta etapa sea más agradable, beneficiosa, segura y confortable para su salud.

El cuidado personal de los adultos mayores está directamente relacionado con su autonomía, que es esencial para su capacidad funcional en la realización de actividades diarias. Sin embargo, el envejecimiento puede provocar una disminución de esta debido a diversos factores como el deterioro físico y mental, incluyendo la función cognitiva. Según Campo et al. (2018), las personas mayores que se encuentran en instituciones pueden experimentar una disminución significativa en la capacidad funcional, lo que se traduce en una incapacidad para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Estas últimas, en particular, están significativamente relacionadas con el deterioro que se experimenta a causa de la institucionalización (el proceso de trasladar a las personas mayores a una institución como un hogar de ancianos o una residencia asistida), lo que actúa en detrimento de la autonomía del adulto mayor. Además, al verse obligados a adaptarse a un entorno desconocido, se deterioran sus relaciones personales y se pierde la competencia y la historia personal.

Asimismo, es importante tener en cuenta que, en las últimas décadas, la estructura demográfica ha cambiado significativamente en todo el mundo. La tasa de natalidad y mortalidad ha disminuido, y las condiciones de vida han mejorado, lo que ha llevado a un aumento en la esperanza de vida y, por lo tanto, el incremento de la población de adultos mayores. Es fundamental que la sociedad tome medidas para adaptarse a esta tendencia demográfica y brindar un ambiente más adecuado para que los adultos mayores puedan envejecer de manera saludable y segura.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la proporción de la población mundial que tiene 60 años o más se duplicará entre el 2000 y el 2050, pasando del 11% al 22%. Además, se estima que el número absoluto de personas de 60 años o más aumentará de 900 millones en el 2015 a 1 400 millones para el 2030, y 2 100 millones para el 2050, llegando posiblemente a 3

200 millones en el 2100 (OMS, 2016). En América Latina, se espera que la esperanza de vida aumente a 80,7 años para las mujeres y 74,9 años para los hombres entre el 2025 y el 2030 (OMS, 2016).

En Perú, como en otras partes del mundo, se ha registrado un aumento en la longevidad de las personas. Actualmente, el 10,4% de la población total son personas adultas mayores, lo que equivale a 3 345 552 habitantes del país. Se espera que esta cantidad ascienda a 3 593 054 para el 2020 y a 8,7 millones para el 2050, según proyecciones demográficas (INEI, 2018:21).

Sin embargo, a pesar del incremento en el porcentaje de la población adulta mayor, no se están considerando adecuadamente sus necesidades al momento de diseñar espacios arquitectónicos y espacios urbanos. En el caso de esta investigación, se ha centrado en analizar la problemática de la accesibilidad a espacios arquitectónicos dedicados a pacientes geriátricos en el centro El Porvenir, uno de los pocos centros especializados para el adulto mayor en Huancayo.

Se considera que hay pocos centros geriátricos debido a que, en la cosmovisión andina, los abuelos de una familia conviven con sus hijos y nietos. A pesar de esto, el asilo de la Sociedad de Beneficencia de Huancayo en Coto Coto, Chilca cuenta con una población de 47 ancianos entre hombres y mujeres en calidad de abandono. Esto indica que, aunque las familias se hacen cargo de sus adultos mayores, no lo hacen de la manera adecuada, ya que estos requieren de una observación constante y cuidados especiales.

Actualmente, el seguro social de salud EsSalud brinda servicios para adultos mayores que cuentan con seguro social, ya sea por haber trabajado y haberse jubilado o por sus familiares que les brindan cobertura de atención en función al reporte de beneficiarios. Sin embargo, si una persona no cuenta con seguro social, la única forma de acceder a las atenciones médicas es mediante el SIS (Sistema Integral de Salud). A pesar de que esta alternativa debería brindar cobertura a toda la población no asegurada en EsSalud, muchos adultos mayores tienen dificultades para acceder debido a sus limitaciones físicas o problemas de visión y audición.

En conclusión, la investigación analiza las condiciones del Centro El Porvenir, en función de las necesidades de los usuarios, específicamente los pacientes geriátricos, para esto se adopta un enfoque sensible y humano, reconociendo la relación entre el tiempo y el envejecimiento en los seres humanos. Asimismo, el envejecimiento es una etapa inevitable de la vida para todos y, así como la niñez fue una etapa corta pero intensa, la arquitectura debe ofrecer condiciones adecuadas para que los adultos mayores disfruten plenamente de esta etapa de la vida.

1.1.2. Problema general

¿Qué relación existe entre percepción de la arquitectura accesible y la autonomía de los usuarios del centro del adulto mayor “El Porvenir” en Huancayo - 2023?

1.1.3. Problemas específicos

- ¿Qué relación existe entre la seguridad y la autonomía de los usuarios del centro del adulto mayor “El Porvenir” en Huancayo - 2023?
- ¿Qué relación existe entre la intensión espacial y la autonomía de los usuarios del centro del adulto mayor “El Porvenir” en Huancayo - 2023?

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo general

Determinar la relación existente entre percepción de la arquitectura accesible y la autonomía de los usuarios del centro del adulto mayor “El Porvenir” en Huancayo - 2023.

1.2.2. Objetivos específicos

- Determinar la relación existente entre la seguridad y la autonomía de los usuarios del centro del adulto mayor “El Porvenir” en Huancayo - 2023.
- Determinar la relación existente entre la intensión espacial y la autonomía de los usuarios del centro del adulto mayor “El Porvenir” en Huancayo - 2023.

1.3. Justificación e importancia

La arquitectura accesible es una disciplina especializada en analizar las condiciones de vialidad, circulación y orientación para todas las personas, incluyendo a aquellas con limitaciones físicas. A través de estudios de campo y observación rigurosa, se pueden identificar los requisitos específicos que cada persona necesita para moverse en la ciudad de manera segura y efectiva. En el marco de nuestra investigación, nos centramos en medir los indicadores propuestos en nuestras variables, que son la percepción de la arquitectura accesible del CAM y el nivel de autonomía de los usuarios adultos mayores. Al realizar nuestro diagnóstico inicial, observamos una falta de acondicionamiento para las distintas condiciones físicas, terapéuticas y patológicas que sufren los adultos mayores dentro del Centro El Porvenir. Esto justifica nuestra investigación tanto desde un punto de vista académico como científico.

Asimismo, nuestra investigación busca abordar una casuística real con usuarios vulnerables y la manipulación de nuestras variables nos proporcionará nuevos datos y métricas que no se tenían anteriormente sobre esta infraestructura. Desde el enfoque de la arquitectura accesible y

la autonomía. Estos hallazgos nos permitirán compartir los resultados y proponer un plan de mejoramiento o una propuesta arquitectónica para la zona de investigación.

1.3.1. Justificación social

Existen estudios que demuestran que el contacto directo con la naturaleza puede tener un impacto positivo en la salud de las personas, y también puede mejorar la eficiencia en el lugar de trabajo. Según investigadores, las zonas con espacios verdes fomentan la generosidad y sociabilidad, fortalecen los lazos sociales y aumentan el sentido de comunidad, la confianza mutua y la disposición a ayudar a los demás, también se ha encontrado que la exposición a la naturaleza puede acelerar la recuperación de las personas enfermas. (Francés Ming Kuo, 2011).

1.3.2. Justificación natural

La implementación de prácticas ambientales sostenibles, como la creación de áreas verdes, la reducción del uso de agua, el establecimiento de huertos y zonas agrícolas, la plantación de árboles y la utilización de recursos naturales disponibles, es esencial para preservar el medio ambiente y promover la salud del planeta.

Además, es importante destacar los beneficios de una arquitectura terapéutica y accesible que no solo mejora el medio ambiente, sino que también puede mejorar la calidad de vida de los pacientes geriátricos del Centro El Porvenir. Estos beneficios incluyen la creación de áreas con intensidad espacial que transmiten calma, armonía y bienestar a los pacientes, lo que puede tener un impacto positivo en su bienestar emocional y físico. Por lo tanto, es importante implementar prácticas sostenibles y diseñar edificios terapéuticos y accesibles para mejorar tanto el medio ambiente como la calidad de vida de las personas.

1.4. Hipótesis y descripción de variables

1.4.1. Hipótesis General

Existe una relación significativa entre percepción de la arquitectura accesible y la autonomía de los usuarios del centro del adulto mayor “El Porvenir” en Huancayo - 2023

1.4.2. Hipótesis Específicas

- Existe una relación significativa entre la seguridad y la autonomía de los usuarios del centro del adulto mayor “El Porvenir” en Huancayo – 2023.
- Existe una relación significativa entre la intensidad espacial y la autonomía de los usuarios del centro del adulto mayor “El Porvenir” en Huancayo - 2023

1.4.3. Variables

Arquitectura Accesible

La arquitectura accesible entiende que todas las personas, sin importar su estado, tienen el derecho de transitar por la ciudad de forma segura, garantizando estructuras que eviten barreras y obstáculos de cualquier tipo.

Niveles de autonomía de los usuarios adultos mayores

Los niveles de autonomía de los usuarios adultos mayores se refieren a la capacidad que tienen las personas mayores para realizar actividades de la vida diaria de manera independiente y autónoma. Estos niveles pueden variar desde una alta autonomía, en la que la persona mayor puede realizar todas las actividades diarias sin ayuda, hasta una baja autonomía, en la que la persona mayor necesita ayuda para realizar las actividades más básicas. Es importante tener en cuenta los niveles de autonomía de los usuarios adultos mayores al diseñar tecnologías y servicios para este grupo de población, ya que esto puede ayudar a garantizar que los productos y servicios sean accesibles y útiles para ellos, y a mejorar su calidad de vida en general.

1.5. Matriz de consistencia

Tabla 1. Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA
PERCEPCIÓN DE LA ARQUITECTURA ACCESIBLE Y EL NIVEL DE AUTONOMÍA DE LOS USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR “EL PORVENIR” EN HUANCAYO - 2023

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	METODOLOGÍA
<p>GENERAL</p> <p>¿Qué relación existe entre percepción de la arquitectura accesible y la autonomía de los usuarios del centro del adulto mayor “El porvenir” en Huancayo - 2023?</p>	<p>GENERAL</p> <p>Determinar el nivel de relación entre percepción de la arquitectura accesible y la autonomía de los usuarios del centro del adulto mayor “El porvenir” en Huancayo - 2023.</p>	<p>GENERAL</p> <p>Existe una relación entre percepción de la arquitectura accesible y la autonomía de los usuarios del centro del adulto mayor “El porvenir” en Huancayo - 2023</p>	<p>VARIABLE 1</p> <p>PERCEPCIÓN DE LA ARQUITECTURA ACCESIBLE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Seguridad • Intensión Espacial (Funcionalidad) 	<ul style="list-style-type: none"> • TIPO: Correlacional • ENFOQUE: Cuantitativo • NIVEL: Correlacional Simple • MÉTODO: Científico • DISEÑO: No experimental • VARIABLES DE ESTUDIO <ul style="list-style-type: none"> • PERCEPCIÓN DE LA ARQUITECTURA ACCESIBLE • AUTONOMÍA DEL ADULTO MAYOR • POBLACIÓN: Conformada por 1270 adultos mayores registrados y empadronados en el centro del adulto mayor El Porvenir • MUESTRA: No probabilística por conveniencia • TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS Trabajo de campo y encuestas en el Centro El Porvenir. • INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS Encuesta de la percepción de la arquitectura accesible Test del Índice de Barthel Escala de Lawton y Brody • TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS Estadística descriptiva. Análisis de correlación • DATOS PARA REALIZAR LA PRUEBA DE HIPÓTESIS Recolección de datos de ambas variables y procesamiento estadístico con Chi Cuadrado. Además, se realizará una propuesta arquitectónica como solución a la problemática
<p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <p>1.1 ¿Qué relación existe entre la seguridad y la autonomía de los usuarios del centro del adulto mayor “El porvenir” en Huancayo - 2023?</p>	<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>Determinar la relación existente entre la seguridad y la autonomía de los usuarios del centro del adulto mayor “El porvenir” en Huancayo - 2023.</p>	<p>HIPÓTESIS ESPECIFICAS</p> <p>Existe una relación entre la seguridad y la autonomía de los usuarios del centro del adulto mayor “El porvenir” en Huancayo - 2023.</p>			
<p>1.2 ¿Qué relación existe entre la intención espacial y la autonomía de los usuarios del centro del adulto mayor “El porvenir” en Huancayo - 2023?</p>	<p>Determinar la relación existente entre la intención espacial y la autonomía de los usuarios del centro del adulto mayor “El porvenir” en Huancayo - 2023.</p>	<p>Existe una relación entre la intención espacial y la autonomía de los usuarios del centro del adulto mayor “El porvenir” en Huancayo - 2023</p>	<p>VARIABLE 2</p> <p>NIVEL DE AUTONOMÍA DEL ADULTO MAYOR</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades Básicas • Actividades Instrumentales 	

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del problema

AGUIRRE en su tesis de pregrado titulada “**Terapia ocupacional, una disciplina para la autonomía del adulto mayor**”. Presentada en la **Universidad Central del Ecuador como un estudio de caso 2022**. “**La importancia de promover la autonomía en adultos mayores a través de una intervención que incluya prevención, rehabilitación y mantenimiento, ante posibles limitaciones físicas y cognitivas.**”. El autor en esta investigación aborda la importancia de promover la autonomía en los adultos mayores a través de una intervención que incluye estrategias de prevención, rehabilitación y mantenimiento. **El objetivo** del estudio es mostrar como la edad y patologías como la movilidad y el deterioro cognitivo pueden influir en la capacidad de las personas mayores para realizar las actividades diarias de forma independiente. **La metodología** utilizada se basó en una revisión sistemática y recopilación de datos teóricos y empíricos de estudios previos. Las estrategias de intervención más habituales en terapia ocupacional son el entrenamiento en actividades de la vida diaria y la estimulación cognitiva. Además, es importante analizar las barreras arquitectónicas que pueden contribuir a la pérdida de independencia, haciendo hincapié en la necesidad de adaptar las instalaciones y edificios a las necesidades de las personas mayores para garantizar su independencia **Finalmente**, el autor destaca la importancia de la Terapia Ocupacional en la fomentación de la independencia del adulto mayor y señala la necesidad de tener en cuenta la adaptación arquitectónica como un factor crucial en su intervención.

VASQUEZ Claudia en su tesis de pregrado titulada “**El diseño universal en un centro de rehabilitación y reinserción para discapacitados en la ciudad de Chiclayo**”. (1) Presentada en la **Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo** como un estudio de caso 2020: “**La desigualdad social y cultural (discriminación, barreras arquitectónicas, atención médica básica y dependencia económica) es un factor que afecta de manera directa el comportamiento de la persona discapacitada dentro de la sociedad.**” La autora en esta investigación se centra en el contexto de espacios poco accesibles, especialmente a lugares públicos. Uno de los **objetivos** es identificar los Principios de la Arquitectura universal para ello se realizó un estudio teórico del Diseño Universal para comprender sus principios. **La metodología** que usó es investigación aplicada con diseño de investigación descriptiva basándose en fichas de recolección de datos, gráficos estadísticos y planimetría en ella desarrollan una propuesta de investigación proyectual en función al diseño de espacios que cuenten con circulaciones aptas para

personas que presenten algún tipo discapacidad, resultando en la inclusión de todas las personas que usen estos espacios. En el desarrollo de su investigación se plantea la aplicación de Principios de Diseño Universal para un centro de rehabilitación y reinserción para personas con discapacidades. Resaltando un diseño funcional y amigable a disposición de personas con habilidades diferentes, que muestre un único mensaje: inclusión. **Finalmente** se conoce acerca de los principios de Diseño Universal, esto permitió que el proyecto presente un mejor entendimiento sobre el usuario y las necesidades de este, presentando cada estrategia, idea o intención enfocada a responder cada uno de los principios. Se pasa de la exclusión, donde solo un grupo de personas pueden hacer uso de un espacio, a la inclusión donde se crean las mismas oportunidades para todos los usuarios. Asimismo, los proyectos analizados dirigen sus estrategias a responder las necesidades de los usuarios planteando la accesibilidad como prioridad, el desplazamiento en el edificio, la seguridad en el uso, los ambientes adecuados para rehabilitación y el uso de áreas verdes; cumpliendo así con el concepto de “diseñar para todas las personas para dar paso a la inclusión”. (1)

DUEÑAS Camila en su tesis **de pregrado** titulada “**Arquitectura terapéutica y sostenible, Integración para la arquitectura hospitalaria**”. (2) Presentada en la **Universidad Piloto de Colombia** como un estudio **de caso 2020: “El déficit en la infraestructura hospitalaria en Cundinamarca y de los impedimentos que la arquitectura hospitalaria tradicional trae tanto para el paciente como para el medio ambiente”**. La autora en esta investigación **se centra en el contexto** donde los diseños carecen de luz natural, ventilación cruzada, visuales y experiencias erróneas al paciente además de un mal manejo de residuos que aumenta la huella de carbono. Uno de los **objetivos** es desarrollar un diseño con base en las cualidades de la arquitectura terapéutica y hospitalaria con el fin de disminuir el tiempo de recuperación de los pacientes, a través de la generación de sensaciones de confort en ellos. **La metodología** que usó es la investigación y análisis, a través de visitas de campo e interacción con la población se desea conocer las condiciones hospitalarias de la comunidad objetivo y poder determinar las carencias infraestructurales, para realizar una recolección de material documental existente acerca de la arquitectura hospitalaria y sus tendencias, como son la terapéutica y sostenible y finalmente poder hacer un reconocimiento del terreno, para poder realizar la conexión de la propuesta con el sistema hospitalario. **Finalmente** se determina que los hospitales con diseños basados en la arquitectura terapéutica y sostenible colaboran con la reducción del tiempo de recuperación en los pacientes, además de disminuir la huella de carbono generada por estos establecimientos. Así como la fusión entre interior y exterior que facilita y cambia las maneras de ver y estar en el lugar. Al identificar a

la infraestructura hospitalaria como un lugar de bienestar, que reduzca el estrés, para dejar de lado la connotación negativa, integrando las temáticas arquitectónicas se obtendrá un servicio completo y de larga duración para todos los usuarios del hospital, sin descuidar al medio ambiente. (2)

RODRÍGUEZ Lizbeth y ZARE Celina en su tesis de **pregrado** titulada **“Necesidades arquitectónicas, condiciones tecnológicas de seguridad y estimulación cognitiva para satisfacer la atención del adulto mayor, Víctor Larco Herrera, 2019”**. (3) Presentada en la **Universidad César Vallejo** como un estudio de caso 2020: **“Necesidades arquitectónicas, condiciones tecnológicas de seguridad y estimulación cognitiva.”** Los autores en esta investigación **se centran en el contexto** de la necesidad arquitectónica, las condiciones tecnológicas de seguridad y la estimulación cognitiva que satisfagan la atención del adulto mayor en Víctor Larco Herrera, esto se da porque actualmente las necesidades de espacios arquitectónicos en Víctor Larco Herrera son deficientes, por ello baja el nivel de satisfacción del adulto mayor en sus actividades ocupacionales como en la atención. Uno de los **objetivos** es determinar las necesidades arquitectónicas, condiciones tecnológicas de seguridad y estimulación cognitiva, para satisfacer la atención del adulto mayor. Nos plantea una investigación estructurada en cinco partes que sintetizan las necesidades y características arquitectónicas funcionales para un adulto mayor. **La metodología** que usaron es descriptiva no experimental donde se calificó la atención y la asistencia que se les brinda a los adultos mayores en el distrito de Víctor Larco Herrera, como los espacios arquitectónicos, seguridad o condiciones tecnológicas y desarrollo cognitivo. **Finalmente** logran la clasificación del adulto mayor, siendo estas: físicas y emocionales, la coordinación óculo-manual, debilidad, composición corporal y equilibrio, dependencia, deterioro mental, padecimiento de enfermedades crónicas y fragilidad e inmovilidad. Asimismo se logra establecer un tipo de atención geriátrica acorde la clasificación del adulto mayor (por edades), de esta modo se identifican las actividades que ellos pueden desarrollar de la misma manera, es decir, según su etapa y condición física, y así precisar los ambientes por zonas para las diferentes actividades que desarrollan los ya mencionados, para concluir determinando las cualidades arquitectónicas y tecnológicas de seguridad, y la estimulación que se debe desarrollar en los ambientes. (3)

SILVA DÍAZ y MENDOZA QUIJANO en su estudio titulado **“Capacidad de autocuidado en adultos mayores para la realización de actividades instrumentales de la vida diaria del centro poblado el Ron Cajaruro”**. Presentada en la **Universidad Nacional de Cajamarca** como un estudio de caso 2020. **“La habilidad de los adultos mayores de El Ron Cajaruro para cuidarse a sí mismos al realizar actividades cotidianas”**. Los autores en esta investigación se enfocan en el problema creciente del envejecimiento de la población y cómo afecta la calidad de vida de los

adultos. La investigación tuvo como **objetivo** determinar la capacidad de autocuidado de los adultos mayores del centro poblado El Ron Cazaruro para realizar actividades instrumentales de la vida diaria. **La metodología** utilizada fue un enfoque cuantitativo, descriptivo, observacional, prospectivo, transversal y univariado. La muestra fue de 86 ancianos y se utilizó un método de encuesta y técnica de cuestionario, utilizando un instrumento modificado de Lawton y Brodie "Activities of Daily Living Tools". **Finalmente**, en el Centro Poblado El Ron Cazaruro, más de la mitad de los adultos mayores tienen una capacidad de autocuidado limitada en la realización de actividades instrumentales de la vida diaria. Esto sugiere que se necesita promover el autocuidado en este grupo de edad para mejorar su calidad de vida y su capacidad de ser independientes.

VALDERDE Diana en su tesis de **pregrado** titulada “**Nivel de satisfacción de los adultos mayores sobre la calidad de los cuidados de enfermería en un centro de atención del adulto mayor**”. (4) Presentada en la **Universidad Nacional Mayor de San Marcos** como un estudio de caso 2019: “**En el Perú las personas adultas mayores son más vulnerables por poseer características específicas, por lo que se necesita una atención exclusiva y diferenciada que ayude a sobrellevar los cambios naturales de la edad, sobre todo en programas sanitarios como el Tayta Wasi.**” La autora en esta investigación **se centra en el contexto** de la atención brindada en el centro de atención Tayta Wasi, analizando la calidad del servicio que sea beneficiosa para la salud y aminore los riesgos del paciente que está siendo atendido. Uno de los **objetivos** es determinar el nivel de satisfacción de los adultos mayores sobre la calidad de los cuidados de enfermería en el Centro de Atención del Adulto Mayor “Tayta Wasi”. **La metodología** que usó es Estudio de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo y de corte transversal. El tipo de muestreo fue no probabilístico, teniendo como muestra 54 adultos mayores atendidos por el servicio de enfermería. La técnica fue la entrevista y el instrumento la Escala tipo Likert Modificada. **Finalmente** se concluye que la atención de los adultos mayores sobre la calidad de cuidados es alta, donde se ve que el nivel de satisfacción está acorde al servicio recibido, y es un referente para que más personas del mismo grupo etario asistan a este centro. En este estudio se tomó en cuenta tres dimensiones: interpersonal, técnica y entorno, sobresaliendo la dimensión interpersonal que se caracteriza por el trato directo entre personal del establecimiento y pacientes. (4)

MARTÍN et al. en su artículo científico titulado "**Autonomía en ancianos institucionalizados: relación con el género, la escolaridad y el tiempo de institucionalización**". Presentada en la **Universidad Nacional de Colombia** como un estudio de caso 2019. “**La relación entre la autonomía y ciertos factores como el género, la escolaridad y el tiempo de institucionalización**

en ancianos, con el objetivo de mejorar su atención y cuidado". Los autores en esta investigación se enfocan en examinar el vínculo entre las variables sociodemográficas, la institucionalización, la independencia funcional, la dependencia y el deterioro cognitivo en personas mayores que viven en instituciones. **El objetivo** del estudio fue analizar la relación entre estas variables en adultos mayores institucionalizados en Colombia. **La metodología** utilizada fue descriptiva, con un enfoque cuantitativo. El estudio reclutó a 78 participantes de tres centros ubicados en dos ciudades, a quienes se les administraron tres herramientas de evaluación: el mini examen del estado mental, el índice de Barthel y la escala de calificación de salud mental. Independencia funcional (EVA). Los resultados del estudio mostraron que, aunque la mayoría de las personas mayores tenían baja dependencia y buena independencia general, el 56% de ellos tenían deterioro cognitivo, incluida la actividad motora y las funciones mentales deterioradas. Además, las mujeres tenían significativamente más deterioro cognitivo y adicción que los hombres. También se encontró que las personas con mayor nivel educativo tenían una autonomía moderada, y cuanto más tiempo estaban institucionalizados, menos autonomía tenían. **Finalmente**, los autores sugieren que el género, el nivel de instrucción y el tiempo de institucionalización están asociados con la independencia funcional, la dependencia y el deterioro cognitivo en ancianos institucionalizados. Por lo tanto, estos factores deben ser tomados en cuenta y las intervenciones planificadas y organizadas con esta población.

LUNA Lucero en su tesis **de pregrado** titulada **"Análisis de los requerimientos físico-espaciales de un centro de rehabilitación para personas con habilidades diferentes en la ciudad de Tarapoto"**. (5) Presentada en la **Universidad César Vallejo** como un estudio **de caso 2018**: **"Actualmente las personas discapacitadas, ya sean por enfermedades crónicas, congénitas, accidentes laborales o de tránsito, se enfrentan diariamente a dificultades sociales y de servicios de accesibilidad, por la falta de inversiones en programas especializados para la creación de espacios para ellos."** La autora en esta investigación **se centra en el contexto** donde la arquitectura juega un importante papel en el estado emocional de las personas, si comenzamos a poner en práctica la arquitectura sin barrera, lograríamos que las personas con habilidades diferentes se sientan parte de la población, puesto que los estaríamos tomando en cuenta, y al mismo tiempo motivándolos a desarrollar su potencial en diferentes disciplinas logrando así su autonomía. Uno de los **objetivos** es definir los espacios adecuados que permitían el desarrollo físico psicológico de las personas con habilidades diferentes y Determinar los requerimientos físicos de un centro de rehabilitación para el desarrollo de personas con habilidades diferentes. **La metodología** que usó es la investigación no experimental, con instrumentos como la encuesta,

recolección de datos, entrevistas, cuadros estadísticos y observación a instituciones que brindan servicios similares. **Finalmente**, en la ciudad de Tarapoto es clara la necesidad de un centro de rehabilitación para personas con habilidades diferentes, donde las personas puedan mejorar la calidad de vida mediante terapias físicas psicológicas, y áreas de tratamiento, talleres y atención médica. Teniendo en cuenta las normas y parámetros en el proyecto ya que estos serán inclusivos con los diferentes tipos de usuarios y evitará las barreras arquitectónicas. La propuesta se rige por la espacialidad y funcionalidad, insertándose en el entorno y la naturaleza. (5)

MARINA Gabriela en su tesis **de pregrado** titulada “**Análisis físico de los centros del adulto mayor brindados por los servicios de salud pública de la ciudad de Tarapoto**”. (6) Presentada en la **Universidad César Vallejo** como un estudio **de caso 2018: “Centro de atención integral al adulto mayor de Tarapoto”**. La autora en esta investigación **se centra en el contexto** de los centros de salud públicos y la falta de condiciones físico-espaciales en la ciudad de Tarapoto, donde menciona que esta situación perjudica exponencialmente a la recuperación de los pacientes adultos mayores. Uno de los **objetivos** es analizar las condiciones físico-espaciales de los centros del adulto mayor brindados por los servicios de salud pública, de la misma manera se debe evaluar las condiciones de infraestructura, espacialidad, limpieza y mobiliarios, para así conocer sus necesidades. Asimismo, determinar las actividades de preferencia del adulto mayor, para lograr tener un concepto más amplio de las necesidades del usuario para con la arquitectura. **La metodología** que usó se conforma de dos tipos: método descriptivo y método proyectivo, empezando con el estudio de las condiciones físico-espaciales de los centros del adulto mayor y conocer las necesidades de éstos. Para con toda la información adquirida poder efectuar la investigación proyectiva, que se ocupa de desarrollar una propuesta que brinde la solución a las situaciones mencionadas. **Finalmente** se logra analizar los espacios físicos que brinda el centro del adulto mayor en Tarapoto, dando como resultado la escasez de éstos y el mal funcionamiento de sus áreas, asimismo se encontró carencias en la infraestructura y espacialidad de los ambientes, con la recolección de datos obtenido se brindan distintas soluciones para el método proyectivo, y la funcionalidad de éste, siendo su pilar, la eliminación de barreras arquitectónicas además de crear espacios acogedores donde se realizarán diversas actividades en pro de la conservación de la salud del adulto mayor. (6)

TOLENTINO Licec en su tesis **de pregrado** titulada “**Centro de bienestar para el adulto mayor con discapacidad motriz en San Juan de Lurigancho**”. (7) Presentada en la **Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas** como un estudio **de caso 2018: “Las ciudades no están siendo diseñadas para incluir a las personas con habilidades diferentes”**. La autora en esta

investigación **se centra en el contexto de cuando** una persona cuando pierde la habilidad de movilizar alguna parte de su cuerpo, su realidad se ve alterada, pierde la capacidad de transitar libre y naturalmente por su entorno. En una sociedad que no toma en cuenta a las minorías, la persona que adquiere una discapacidad en nuestro país ve levantarse frente a ella múltiples barreras físicas, psicológicas, profesionales, urbanas, arquitectónicas y sociales. Por lo que uno de los **objetivos** es diseñar arquitectura para la rehabilitación, que acompañe al usuario en su progreso y se adecue a las necesidades espaciales del lugar. Tomando en cuenta los espacios sin barreras, flexibles y que sean focos públicos de integración. **La metodología** que usó es la investigación no experimental, con instrumentos como la encuesta, recolección de datos, entrevistas, cuadros estadísticos y observación a instituciones que brindan servicios similares. **Finalmente**, esta investigación tuvo la intención de demostrar la necesidad de un centro de rehabilitación para personas con habilidades diferentes, donde puedan tener una rehabilitación integral donde se le ayuda al usuario a alcanzar su más completo potencial físico, psicológico y social trabajando paralelamente en todas las áreas con el objetivo de darle mayor capacidad e independencia posible. Además, el entorno físico (entorno de sanación) del centro médico puede hacer la diferencia en la rapidez y calidad con la que el paciente se recupera. (7)

CAMPO et al. en su artículo científico titulado "**Funcionamiento cognitivo, autonomía e independencia del adulto mayor institucionalizado**". Presentada en la **Universidad Cooperativa de Colombia** como un estudio de caso 2018. "**La relación entre el funcionamiento cognitivo, la autonomía y la independencia en adultos mayores institucionalizados en Colombia**". Los autores en esta investigación se centran en el contexto del proceso de envejecimiento y sus posibles consecuencias en términos de disminución de habilidades físicas y mentales, así como la posible dependencia y discapacidad asociadas a este. El **objetivo** fue evaluar la capacidad cognitiva y el nivel de autonomía e independencia de los ancianos que viven en instituciones. **La metodología** que usaron fue descriptiva cuantitativa de corte trasversal. El estudio se enfocó en 62 personas mayores que viven en instituciones, pero solo se seleccionaron 37 de ellas que cumplieran con los criterios de inclusión requeridos para formar la muestra. Para medir la capacidad cognitiva y el nivel de autonomía de los participantes, se emplearon diversas herramientas, incluyendo el Examen Estatal Mínimo de Actividades Básicas de la Vida Diaria, Escala de Autoevaluación de Autocuidado y Escala de Autocuidado de Barthel. Una vez obtenidos los datos, se aplicó estadística descriptiva para analizar los resultados y sacar conclusiones sobre los adultos mayores estudiados. **Finalmente**, el estudio de los adultos mayores institucionalizados demostró que la mayoría de ellos eran autónomos e independientes en las actividades básicas de la

vida diaria. Sin embargo, se observó un alto porcentaje de deterioro cognitivo grave y moderado en la muestra, lo que indica que la capacidad cognitiva de los ancianos podría estar comprometida. Por lo tanto, se sugiere que se preste especial atención al cuidado cognitivo para mejorar su calidad de vida.

CARUSO Ángela y PASCO Jorge en su tesis de pregrado titulada “**Centro de atención residencial sostenible para adultos mayores en La Molina**”. (8) Presentada en la **Universidad Ricardo Palma** como un estudio de caso 2017: “**La necesidad de las personas de la tercera edad de disponer de espacios accesibles donde puedan desarrollar y mantener el estilo de vida, teniendo en cuenta el diseño de vivienda, el diseño universal, y la arquitectura sostenible**”. Los autores en esta investigación **se centran en el contexto** “El Problema de la Infraestructura de vivienda para Adultos Mayores se resume en que la proyección del crecimiento de la demanda de espacios residenciales especializados no podrá ser cubierta con la oferta actual que ya es insuficiente en términos de cantidad, no posee un diseño específico y carece de los servicios necesarios para cubrir las necesidades de la Población Adulta Mayor”. Por lo que uno de los **objetivos es** estudiar la situación de las personas de la tercera edad del Perú, Lima Metropolitana y La Molina; con la finalidad de determinar las características del usuario y los servicios necesarios para cubrir sus necesidades específicas, tomando en cuenta el diseño de vivienda para adultos mayores contemporáneos que ayuden a definir un programa funcional, con un diseño sostenible que permita el confort y adaptabilidad de los usuarios **Finalmente** se concluye en una propuesta para usuarios de la tercera que incluyan diseño universal e inclusión, para crear espacios accesibles y sostenibles donde las personas puedan desarrollar sus actividades de manera libre y completamente segura. (8)

LAGUADO et al. en su artículo científico titulado “**Funcionalidad del adulto mayor de un centro de salud familiar**” Presentada en la **Universidad del Desarrollo de Chile** como un estudio de caso 2017. “**La información acerca de la funcionalidad de los adultos mayores en Chile es crucial para el bienestar de esta población, la elaboración de políticas públicas, la atención médica y la mejora de su calidad de vida**”. Los autores en esta investigación se centran en el contexto del envejecimiento de la población chilena, se abordó la importancia de una valoración geriátrica integral para detectar funcionalidad reducida en el adulto mayor. **El objetivo** fue determinar la funcionalidad del adulto mayor del Sector 3 del Centro de Salud Familiar Talcahuano Sur. **La metodología** utilizada para este estudio fue el muestreo de oportunidad y el uso del examen médico preventivo de ancianos durante los controles de salud con enfermeras. El promedio de edad de los ancianos estudiados fue de 72 años y 70,9% tenían estudios primarios. La

mayoría, el 97%, presentaba patología crónica, principalmente hipertensión arterial y dislipemia. En cuanto a la funcionalidad, más de la mitad eran autosuficientes, mientras que el resto presentaba algún grado de vulnerabilidad o dependencia. A pesar de que la mayoría tenía una función cognitiva normal, el 16,9% tenía riesgo de caída. **Finalmente**, los autores sugieren que, aunque los adultos mayores muestran altos niveles de funcionamiento y ningún deterioro cognitivo, existen factores que continúan amenazando su funcionamiento. Por ello, es fundamental su rápida identificación y control mediante una valoración geriátrica integral. Esto permitirá la detección temprana de factores que ponen en peligro la funcionalidad del adulto mayor, mejorando así la calidad de vida en la vejez.

ALONSO Fernando en su tesis **doctoral** titulada “**La accesibilidad en evolución: la adaptación persona – entorno y su aplicación al medio residencial en España y Europa**”. (9) Presentada en la **Universidad Autónoma de Barcelona** como un estudio **de caso 2016**: “**La accesibilidad como expresión de la relación entre la persona y el medio está en permanente evolución**”. Los autores en esta investigación **se centran en el contexto de las teorías que interpretan sus fundamentos y justifican que las necesidades evolucionan con nuevas visiones, evidencias, nuevos agentes y disciplinas implicadas**. Por lo que uno de los **objetivos** es la necesidad de una reinterpretación de las relaciones de ajuste persona-entorno seguido de la accesibilidad a los espacios que requieren desarrollándose en diversos campos como la psicología, la terapia ocupacional y la gerontología ambiental. **La metodología** que usó en el análisis no es meramente descriptiva, ni solo fundamentado en el uso de fuentes secundarias, también se ha incluido una investigación empírica para validar el cumplimiento de algunos principios básicos que contribuyen a dar a esta investigación un mayor alcance científico centrándose en la visión evolutiva de la accesibilidad. **Finalmente** se concluye en la sugerencia de hacer la comparación sobre accesibilidad afectiva en viviendas y entornos construidos en diferentes países de Europa, para construir una perspectiva europea de accesibilidad en la que cada país pudiera medir sus avances en relación al conjunto y sus propias condiciones de partida. (9)

LUNA Juan y PEREDA Katty en su tesis **de pre grado** titulada “**Influencia de la percepción espacial en la estimulación psicomotriz para el diseño de un centro geriátrico en el distrito de Moche**”. (10) Presentada en la **Universidad Privada del Norte** como un estudio **de caso 2015**: “**Percepción espacial y estimulación psicomotriz**”. Los autores en esta investigación **se centran en el contexto** de cómo se incrementó la población adulta mayor, y las necesidades que ellos requieren, la cual es el tipo de estimulación psicomotriz, la arquitectura que se encuentra en Moche carece de los espacios adecuados para que los adultos mayores logren realizar las diversas

actividades. Uno de los **objetivos** es realizar una propuesta arquitectónica en la que se determine la influencia de la percepción espacial en la estimulación psicomotriz para que se llegue a diseñar un Centro Geriátrico en Moche, para lo cual también se debe determinar los criterios de la percepción espacial, así como los patrones de estimulación psicomotriz en el adulto mayor, los componentes de diseño arquitectónico siguiendo la percepción espacial en la estimulación psicomotriz. **La metodología** que usaron es descriptiva y proyectual en función a la escasez de centros geriátricos en La Libertad y el incremento de adultos mayores en el lugar mencionado, en el desarrollo de su investigación se da un análisis del entorno urbano de La Libertad, del mismo modo, presentan la necesidad que tiene un adulto mayor de un centro geriátrico, alojamiento y rehabilitación. **Finalmente** se comprueba que la influencia de la percepción espacial puede aumentar los niveles de estimulación psicomotriz y esto ayuda a lograr espacios, donde las personas de la tercera edad se sientan más cómodos y logren realizar más actividades, basándose en lo investigado desarrollaron su propuesta arquitectónica, respetando la circulación funcional, la iluminación natural y el mobiliario y el equipamiento adecuado, para el sector a tratar. (10)

MERIDA María en su tesis de **pregrado** titulada “**Propuesta de eliminación de barreras arquitectónicas y accesibilidad universal en el espacio exterior y los edificios del Centro Universitario Metropolitano**”. (11) Presentada en la **Universidad de San Carlos de Guatemala** como un estudio **de caso 2014: “La movilización fluida dentro de los ambientes físicos es uno de los mayores problemas que enfrentan las personas con discapacidad”**. Los autores en esta investigación **se centran en el contexto** de la realidad en la infraestructura del centro universitario metropolitano, que de manera casi general no incluye diseños con las condiciones apropiadas para que las personas con algún tipo de discapacidad puedan moverse. Las barreras físicas limitan mucho la vida de las personas con estas condiciones, reduciéndolas y limitándose en muchos aspectos básicos como la educación. Por este motivo, uno de los **objetivos** es dar una solución práctica a las barreras arquitectónicas que se encuentran actualmente en el sector que ocupa el centro universitario, eliminándolas y permitiendo el acceso a la población en general. También fomentar la promoción y apoyo a la integración de las personas con discapacidad promoviendo la igualdad de condiciones. **La metodología** que usaron se plantea en varias etapas, definiendo un proceso de investigación, con el objetivo de lograr la solución arquitectónica basada en la realidad encontrada y que responda a las necesidades planteadas. **Finalmente** concluye con una propuesta de mejora para el centro universitario que integra todos los espacios, tanto interiores como exteriores fomentando la accesibilidad y el diseño universal para el uso de todas las personas y fomentar el crecimiento y la eliminación de obstáculos en la educación. (11)

DÍAZ Requilda en su tesis de pregrado titulada “**Nivel de satisfacción del adulto mayor respecto a los cuidados que brinda el profesional de enfermería en el Hospital General de Jaén**”. (12) Presentada en la **Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza** como un estudio de caso 2013: “**La atención y cuidados del personal de servicio del hospital general de Jaén depende de factores como el trato amable, actitud del enfermero, el ambiente donde se realiza y como el usuario percibe la atención, sumando todas estas consideraciones se busca analizar el nivel de satisfacción de las personas adultas mayores**” El autor en esta investigación se centra en el contexto de la labor del personal de enfermería en el hospital general de Jaén que brindan el servicio a las personas adultas mayores. Uno de los **objetivos** es determinar el nivel de satisfacción del adulto mayor en relación a los cuidados que obtiene del personal de enfermería. Y como objetivos específicos tenemos el identificar el nivel de satisfacción bajo las dimensiones: cuidados, confirmación, autoimagen, relajación. **La metodología** es descriptivo simple de corte transversal de enfoque cuantitativo y las técnicas de investigación son principalmente entrevistas a los especialistas en la salud mental. **Finalmente**, después de haber recopilado información de los pacientes del hospital de Jaén se concluye que el nivel de satisfacción es en promedio alto dentro de las cuatro dimensiones antes mencionadas. Los usuarios se inclinan por un trato directo, amable y que logre satisfacer sus necesidades. Los cuidados brindados por los especialistas en enfermería demuestran la satisfacción de sus pacientes, siendo más cortos los tiempos de recuperación y mejor recibidas las recomendaciones para mejorar y mantener la salud. Es evidente que el personal se esfuerza por entregar un servicio óptimo resultando en servicio de calidad. (12)

BECERRA Leonardo en su tesis de pre grado titulada “**Arquitectura como herramienta terapéutica en el campo de la salud mental**”. (13) Presentada en la **Universidad de Chile**. El autor en esta investigación se centra en el contexto de la evolución de la psiquiatría a través de un enfoque más integrador y que, a pesar, de estos cambios estructurales siguen existiendo problemas en el área de la salud mental. Asimismo, la arquitectura de las instituciones psiquiátricas no proporciona al paciente un ambiente terapéutico óptimo. Uno de los **objetivos** es realizar un análisis de las estrategias y dispositivos arquitectónicos que se utilizan en el tratamiento de la salud mental. Nos plantea una investigación estructurada en dos partes que logran sintetizar las causantes de la afección mental y como la arquitectura terapéutica influye en la mejora de los pacientes. **La metodología** que usó es de tipo cualitativa descriptiva y las técnicas de investigación son principalmente entrevistas a los especialistas en la salud mental, asimismo, realizan un análisis crítico de la arquitectura utilizada, en el desarrollo de su investigación proponen muchas características sobre el tipo de arquitectura común aplicada para los hospitales psiquiátricos en

Chile y cómo esta arquitectura desfavorece a los pacientes, se analiza los factores arquitectónicos que se usaría como herramienta terapéutica tanto en su programa como en las estrategias de diseño y como la psicología ambiental también viene a ser un elemento fundamental en su estudio. **Finalmente**, se concluye que una buena integración entre la arquitectura como herramienta terapéutica y la salud pueden ampliar la visión de la estrecha relación que guardan ambos campos y como la arquitectura influye en la mejora de la salud de las personas. (13)

CARRANZA en su tesis de pregrado titulada “**Inclusión de personas con discapacidad motriz y visual para cumplimiento de norma técnica A-120 en fiscalización de edificaciones, Chiclayo**”. presentada en la **Universidad Señor de Sipán como un estudio de caso 2021: “edificaciones en la ciudad de Chiclayo que deban cumplir con la norma técnica A-120.”**. En esta investigación, el autor aborda la necesidad de la arquitectura y la importancia del arreglo para dar cumplimiento a la ley N° 29973 sobre los derechos de las personas que tienen limitaciones. El objetivo principal de la investigación es proponer una regulación que garantice el cumplimiento de la Ley. Para lograr esto, se utilizó una metodología cualitativa, descriptiva y focalizada, la cual incluyó la consulta de diversas fuentes de investigación y entrevistas a los responsables de las instituciones que integran la protección de los derechos de las personas con discapacidad en la ciudad de Chiclayo. Se concluyó que la falta de regulación específica incide negativamente en la ejecución de la Norma técnica A-120 y el derecho a la accesibilidad de las personas con discapacidad. Por lo tanto, se debe establecer una institución municipal para monitorear y sancionar a quienes no cumplan con la construcción de caminos accesibles para este grupo de personas, con el fin de mejorar su calidad de vida y su exclusión. (1)

VELA Y VELA en su tesis de pregrado titulada “**Principios de la arquitectura biofílica en el centro integral del adulto mayor de la ciudad de Tarapoto en el año 2022**”. Presentada en la Universidad César Vallejo como un estudio de caso 2022: “Aplicación de los principios de la arquitectura biofílica en el Centro Integral del Adulto.”. Los autores de esta investigación se centran en el contexto del déficit de edificaciones adecuadas para la población de veteranos, enfatizando que muchos centros no consideran la accesibilidad. El objetivo principal del estudio es analizar el efecto de los principios arquitectónicos biofílicos en el Centro Integral del Adulto Mayor de Tarapoto. Para la realización del estudio se utilizó un método fundamental con un diseño no experimental, transversal, descriptivo y correlacional y de enfoque cuantitativo. La población de estudio fueron los adultos mayores del centro y una muestra de 69 veteranos. La recolección de

datos se realizó a través de fichas de observación y cuestionarios. Los resultados del estudio muestran que la aplicación de principios arquitectónicos biofílicos tiene un impacto positivo en el Centro Integrado de Mayores de Tarapoto, aumentando la calidad de vida de los residentes. En conclusión, la investigación destaca la importancia de la arquitectura biofílica en la creación de entornos apropiados para los veteranos y su influencia en la mejora del bienestar de los adultos mayores. (2)

BAUER en su proyecto de tesis titulado "**Residencia y centro de día para el adulto mayor en el departamento de Piura**". presentada en la **Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas como un estudio de caso 2020: "Déficit de la tipología y el gran porcentaje de población adulta mayor en la zona"**. La autora en esta investigación se centra en el contexto del diseño adecuado de espacios para adultos mayores, promoviendo el envejecimiento saludable y la adaptación a la climatización en zonas cálidas. El **objetivo** del proyecto fue diseñar un lugar funcional y de calidad para adultos mayores, tanto físicamente semindependientes como independientes, que requieran atención especializada y eficaz. En cuanto a la **metodología**, el enfoque utilizado fue cualitativo, un diseño no experimental, el cual, para lograrlo, permite obtener datos teóricos y empíricos a través de diversos estudios para promover el envejecimiento saludable a través de la creación de espacios donde las personas mayores quieren estar y se sientan apreciados. Además, los planos deben considerar las condiciones climáticas de una zona cálida como la provincia de Sullán, a fin de crear espacios confortables, que a su vez generen un sentimiento positivo para los usuarios de los principios del sentido de la arquitectura. **Finalmente**, el proyecto pretende garantizar el bienestar y la autonomía de los individuos de edad avanzada. de las personas mayores a través de una arquitectura funcional que aborde las demandas particulares de este sector demográfico. Para ello, se ha considerado la importancia de una adecuada tipología y adaptación a sus necesidades, así como la inclusión de elementos como la climatización y la arquitectura sensorial en la creación de espacios que fomenten su movilidad y comodidad para un envejecimiento saludable. (3)

2.1.1. Referentes Teóricos

Durante siglos, los recintos hospitalarios y sanatorios se construían destinando espacios a áreas verdes que se convertían en grandes jardines con distintos tipos de vegetación, fuentes de agua y senderos. Se creía que las personas sentían mayor satisfacción al estar en contacto directo con la naturaleza y esto ayuda exponencialmente a pacientes con enfermedades físicas y psíquicas, ya que, sanaban más fácilmente al estar en contacto con elementos de la naturaleza. Sin embargo, con el paso del tiempo estos jardines fueron siendo reemplazados progresivamente por

estacionamientos y más edificios. Durante el siglo XX, la idea de sanitizar las áreas médicas fue creciendo, por lo que se comenzaron a eliminar las plantas y árboles, por ser potenciales fuentes de gérmenes. De esta forma, la idea de sanación a través de la naturaleza fue desapareciendo (Hoffens, 2016) (14).

“The only way to keep these places clean was to cover them with metal, stone, or tile—materials that were acoustically reflective. As hospitals became cleaner, they became colder, noisier, and less comforting.” (Sternberg, 2009: 219) / “La única manera de mantener estos lugares limpios era cubrirlos con metal, piedra o azulejos que fueran acústicamente reflectantes. Cuando los hospitales se hicieron más limpios, se volvieron más fríos, ruidosos y menos reconfortantes.” (14)

Durante las últimas décadas se ha desarrollado una reivindicación de la importancia de la naturaleza en los centros de salud. Esta reivindicación ha sido ampliamente estudiada y sustentada científicamente, a diferencia de como sucedía en siglos anteriores, en donde era una idea meramente intuitiva (Hoffens, 2016). (14)

El pionero en esta área de investigación fue el doctor sueco Roger Ulrich a través del Design Based Evidence/ Diseño Basado en la Evidencia (EBD) en el campo de la salud. Ulrich (1984) señala que observar un jardín puede acelerar la recuperación de una cirugía, infecciones u otros malestares. El estudio consistió en la examinación de los registros de recuperación después de la colecistectomía de pacientes en un hospital ubicado en los suburbios de Pennsylvania entre 1972 y 1981. Los resultados mostraron que 23 pacientes quirúrgicos que se alojaban en habitaciones con ventanas que miraban hacia un escenario natural tenían estancias hospitalarias postoperatorias más cortas, tomaron menos analgésicos potentes y recibieron menos comentarios evaluativos negativos en las notas de las enfermeras que 23 pacientes que se alojaban en habitaciones similares, pero cuyas ventanas daban a una pared de albañilería de un edificio.

Ulrich et al. (2004) presentaron la revisión de más de 300 estudios de EBD que apuntaban en la misma dirección que el estudio señalado, descubriendo que el factor que más influye en el estrés ambiental hospitalario es el ruido, y que los factores que más contribuyen al confort y al apoyo de pacientes y personal médico son las áreas de visitantes y los espacios verdes. (14)

- **Healing Spaces: The Science of Place and Well-Being**

Un referente teórico que nos da un punto de vista a favor de la arquitectura terapéutica y como ésta satisface a los pacientes es la médica y neuroinmunología Esther M. Sternberg, quien en su libro

Healing Spaces: The Science of Place and Well-Being (2009) indica que el observar de tres a cinco minutos los espacios en donde abundan los árboles, flores o agua disminuye la ansiedad, el enojo y el dolor. Incluso este tipo de espacios puede inducir cambios en la tensión muscular, presión sanguínea, actividad eléctrica del corazón y el cerebro. Sternberg (2009) narra el desarrollo de un taller organizado por la Academia de Neurociencias para la Arquitectura en Woods Hole en 2005, que tenía como objetivo discutir la incidencia del espacio construido en los estados de ánimo y las respuestas fisiológicas. Dicho taller reunió a arquitectos, seudocientíficos y psicólogos ambientales. Los seudocientíficos que tienen experiencia en el estrés señalaban los estresores del medio ambiente, tales como, pasillos estrechos, habitaciones cerca de ruidosas estaciones de enfermería, poca privacidad para las familias, entre otros. Por ello, los arquitectos plantearon posibles soluciones. Ulrich acuñó el término de salud ecológica, haciendo referencia al diseño en la salud enfocado en el mejoramiento del confort y la consideración de aspectos espirituales y sociales de la vida del paciente. Este tipo de diseño incluye la implementación de jardines, vistas a la naturaleza, obras de arte, música relajante, sonidos de la naturaleza, colores calmantes, y espacios para la congregación de las familias de los pacientes. También incluye características ecológicas como materiales de construcción que mejoran la calidad del aire interior al reducir el gas nocivo, agua reciclada para riego, sistemas de energía renovable, espacios abiertos, senderos naturales y balcones. En la misma línea trabaja una rama de la arquitectura llamada diseño biofílico, adhiriendo a la idea de que la naturaleza tiene efectos curativos (Sternberg, 2009). Sternberg (2009) muestra las distintas investigaciones que se realizan en cuanto a la relación del ambiente construido con la salud del paciente, que van desde el diseño de mobiliario (sillas, camas, encimeras modulares) hasta tecnología ligada a las prótesis mentales, que asisten a los pacientes en la percepción de profundidad, por ejemplo. El campo investigativo en esta área es relativamente incipiente y puede ser ampliamente explotado. (15)

2.1.2. Referentes Internacionales

Tabla 2. Centro de participación activa para la 3ra edad

FICHA DE ANALISIS DE ANTECEDENTES	
PROYECTO	ANALISIS CONTEXTUAL
CENTRO DE PARTICIPACION ACTIVA PARA LA 3RA EDAD	 
ENTORNO	
<p>Ubicado en el la ciudad de Baena, rodeado de viviendas y areas verdes, el entorno lo envuelve haciendolo parte de las casas y encontrandose con un gran parque.</p>	
TERRENO	
<p>El equipamiento se ubica en un espacio de 1,500 m2 con un gran espacio exterior para actividades al aire libre</p>	

PROYECTO	ZONIFICACION
CENTRO DE PARTICIPACION ACTIVA PARA LA 3RA EDAD	
Administracion	
Descanso Medico	
Podologia	
atencion medica	
Informatica e Internet	
Comedor	
Cocina	
Espacio sociocultural	
Pintura/Manualidades	
Salon de Coro	
Gimnasia/Yoga	
Servicios Higienicos	

PROYECTO	ANALISIS DE CIRCULACION
Ingresos y circulacion	
<p>Cuenta con dos ingresos al establecimiento, cuenta con una circulacion fluida especialmente para los adultos mayores, quienes tiene acceso total a todos los espacios que ofrece el centro de participacion.</p>	
<p>La circulacion se basa en lineas rectas que generan grandes pasillos a un solo nivel dando comodidad y libertad al usuario, para despazarse por todo el lugar.</p>	

Nota: Elaboración Propia
 FUENTE DE LA IMÁGEN: Centro Para La Tercera Edad Graz, Austria 2013. [Imagen de la web]. ArchDaily.
 Francisco Gómez Díaz. (2015). [fecha de consulta: 11 de octubre de 2021]. Disponibilidad y acceso:
<https://www.archdaily.pe/pe/773721/centro-de-atencion-personas-3a-edad-francisco-gomez-diaz-plus-baum-la>

Tabla 3. Residencia de ancianos Steinfeld

FICHA DE ANALISIS DE ANTECEDENTES	
PROYECTO	ANALISIS CONTEXTUAL
Residencia de ancianos Steinfeld	
ENTORNO	
Esta residencia para ancianos y casa de retiro se encuentra en el borde occidental de Steinfeld, en una pequeña comunidad en Carintia, Austria. Construido para el bajo consumo energetico y con estructura de madera.	
TERRENO	
Es un edificio de dos pisos de madera, en un terreno casi plano, rodeado de mucha vegetacion hace que el edificio se inserte al panorama haciendolo uno solo	

PROYECTO	ZONIFICACION	
Residencia de ancianos Steinfeld		
Servicio		
Administracion		
Patio central		
Cocina		
SUM		
Descanso medico		
Terraza		
Habitaciones		
Escaleras		

PROYECTO	ANALISIS DE CIRCULACION	
Ingresos y circulacion		
<p>El edificio cuenta con dos ingresos, con circulacion en lineas rectas, entorno del jardin de triple altura dejando pasillos iluminados y ventilados. Al ser de dos pisos cuenta con ascensores para comodidad de los usuarios.</p>		

NOTA: Elaboración Propia

FUENTE DE LA IMÁGEN: Residencia de Ancianos Steinfeld, Carintia, Austria, 2005. [Imagen de la web].

Isidoraauribe. (2015). [fecha de consulta: 11 de octubre de 2021]. Disponibilidad y acceso:

<https://habitatcollectiu.wordpress.com/2015/11/25/residencia-de-ancianos-steinfeld/>

Tabla 4. Residencia Hogar de Ciudades Andritz

FICHA DE ANALISIS DE ANTECEDENTES	
PROYECTO	ANALISIS CONTEXTUAL
Residencia Hogar de Ciudades Andritz	
ENTORNO	
<p>La residencia se encuentra ubicada al limite de la ciudad, lejos del centro urbano en un lugar mas calmado, sin ruidos ni complejos comerciales que alteren la paz del entorno. Esta rodeado de algunas viviendas unifamiliares con extensas areas verdes y algunos establecimientos comerciales pequeños</p>	
TERRENO	
<p>El terreno cuenta con un area de 6950 m2. Es un edificio de dos pisos que rodean una plaza que funciona como eje, donde se busca desarrollar los eventos sociales. Ademas de otros ambientes mas privados para que cada usuario pueda sentir la comodidad del edificio.</p>	

PROYECTO	ZONIFICACION
CENTRO DE PARTICIPACION ACTIVA PARA LA 3RA EDAD	
Administracion	
Alojamiento	
Galerias	
Vestibulo	
Enfermeria	
Plaza central	
Cafeteria	
Servicio	

PROYECTO	ANALISIS DE CIRCULACION
<p data-bbox="354 241 571 268">Ingresos y circulacion</p> <p data-bbox="302 487 626 779">La circulacion gira interiormente entorno a las areas sociales con fluidos pasillos. La circulacion es central e iluminada, al centro cuenta con una plaza multifuncional y conectados con los dormitorios y servicios, en el segundo piso se conecta a traves de puentes. La mayoría del edificio es de uso exclusivo por los residentes</p>	

Nota: Elaboración Propia

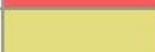
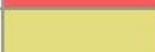
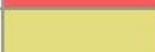
FUENTE DE LA IMÁGEN: Residencia Hogar de Cuidados Andritz. Graz, Austria 2015. [Imagen de la web].

ArchDaily. Dietger Wissounig Architekten. (2016). [fecha de consulta: 11 de octubre de 2021].

<https://www.archdaily.pe/pe/787883/residencia-hogar-de-cuidados-andritz-dietger-wissounig-architekten>

Tabla 5. Centro Socio Sanitario

FICHA DE ANALISIS DE ANTECEDENTES	
PROYECTO	ANALISIS CONTEXTUAL
<p>CENTRO SOCIO SANITARIO SANTA RITA</p> <p>ENTORNO</p> <p>Ubicado en Islas Baleares (España) situado al final de la zona urbana de la Ciudadela de Menorca. Rodeado de gran vegetación por dos frentes y otros equipamientos que mejoran las condiciones en el centro.</p> <p>TERRENO</p> <p>El centro socio sanitario es un edificio de una sola planta cubriendo el 91% del terreno. Con casi la misma cantidad de area en jardines, generando un espacio de circulación abierto, interconectado, fluido y plano, especializado para sus usuarios</p>	

PROYECTO	ZONIFICACION														
<p>CENTRO DE PARTICIPACION ACTIVA PARA LA 3RA EDAD</p> <table border="1"> <tr> <td>Alojamiento</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Espacio Sociocultural</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sala de Descanso</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Taller ocupacional</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Area de Rehabilitacion</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Piscina</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Jardines y areas libres</td> <td></td> </tr> </table>	Alojamiento		Espacio Sociocultural		Sala de Descanso		Taller ocupacional		Area de Rehabilitacion		Piscina		Jardines y areas libres		
Alojamiento															
Espacio Sociocultural															
Sala de Descanso															
Taller ocupacional															
Area de Rehabilitacion															
Piscina															
Jardines y areas libres															

PROYECTO	Accesibilidad
<p>Ingreso Y circulación</p> <p>El equipamiento cuenta con seis ingresos que conectan los espacios de uso comun, que se integran con la circulación interior y exterior</p> <p>La fluidez de la circulación se encuentra mayormente publica logrando la integración del adulto mayor dentro del equipamiento.</p> <p>La circulación se penso y diseño totalmente libre de barreras arquitectonicas, de este modo el adulto mayor dispone de mayor autonomia para moverse dentro del establecimiento, siendo un esfuerzo minimo ya que todas las areas se encuentran interconectadas y a un solo nivel.</p>	

Nota: Elaboración Propia

FUENTE DE LA IMÁGEN: Centro socio sanitario Geriátrico Santa Rita. Ciudadela de Menorca, España 2015.

[Imagen de la web]. ArchDaily. Miguel de Guzmán. (2009). [fecha de consulta: 11 de octubre de 2021].

Disponibilidad y acceso: <https://www.archdaily.pe/pe/626312/centro-socio-sanitario-geriatrico-santa-rita-manuel-ocana>

2.1.3. Referentes Nacionales

Tabla 6. Hospital Geriátrico PNP

HOSPITAL GERIÁTRICO, PNP "SAN JOSÉ". LIMA, 2013		
	<p>CONTEXTO URBANO</p> <p>Se encuentra ubicado en medio de una zona netamente residencial con densidad R4. Se acopla de manera formal y espacial a su entorno urbano, integrándose a los ejes principales de los diferentes equipamientos y próximos al hospital.</p>	<p>CARACTERÍSTICAS DEL REFERENTE</p> <p>La Organización espacial se da de manera lineal, a través de una circulación horizontal que entrega a los diferentes espacios del hospital y otra circulación vertical que lleva a los niveles superiores. Lo que vuelve más accesible al edificio, para las diferentes dificultades que pueda tener el adulto mayor, tales como la dificultad para movilizarse</p>
	<p>El edificio se conforma de un volumen lineal en forma de "L" que se desarrolla en tres niveles, envolviendo a un espacio central dedicado a la recreación pasiva de los adultos mayores. La edificación se retira del límite de la vereda para darle una mejor perspectiva volumétrica al Hospital.</p>	

Tabla 7. Residencia Geriátrica San Lázaro

Residencia Geriatrica San Lazaro, Arequipa Peru 2017		
	<p>CONTEXTO URBANO</p> <p>La Residencia Geriátrica San Lázaro se encuentra ubicada en el distrito de Mariano Melgar una zona es muy tranquila, libre de contaminación ambiental y acústica. Cuenta con acceso para vehículos y personas.</p>	<p>CARACTERÍSTICAS DEL REFERENTE</p> <p>La Residencia Geriátrica San Lázaro cuenta con un área total de 580 m² y 350 m² de área construida en una sola planta, distribuida en 30 ambientes entre habitaciones individuales, dobles y triples, centro de esparcimiento, consultorio médico, tóxico, cocina, lavandería, oficinas administrativas, jardines y amplio patio soleado. Las instalaciones han sido diseñadas con piso sin desniveles para facilitar la movilidad y evitar caídas de los residentes</p>
	<p>El área residencial ha sido diseñada para brindar al residente confort, seguridad, pulcritud y un ambiente cálido. Consta de: 25 habitaciones individuales, dobles y triples acondicionadas en piso laminado, closets, velador, cama box ergonómica, baño portátil y ayudas de movilización, 3 baños geriátricos. Salón para reunión y esparcimiento (TV, juegos, etc). Amplio patio soleado ambientado con musicoterapia y zonas ajardinadas, las que gracias a la benignidad del clima la mayor parte del año, permite disfrutar ampliamente del aire libre para el desarrollo de actividades de recreación, terapia ocupacional y actividades de animación sociocultural.</p>	

Nota: Elaboración Propia

FUENTE DE LA IMAGEN: Residencia Geriátrica San Lázaro, Arequipa - Perú, 2017. [Imagen de la web]. a Lázaro Residencia Geriátrica. [fecha de consulta: 12 de octubre de 2021]. Disponibilidad y acceso: <https://regesal.com/> <https://regesal.com/instalaciones/>

Tabla 8. Hospital Geriátrico San Isidro Labrador

HOSPITAL GERIÁTRICO SAN ISIDRO LABRADOR. ATE VITARTE - LIMA,		
	CONTEXTO URBANO	CARACTERÍSTICAS DEL REFERENTE
	<p>Se encuentra ubicado dentro de una zona Hospitalaria, compuesta por 4 hospitales, que se integra a través de un eje troncal interurbano como es la Carretera central, que logra facilitar la accesibilidad para los usuarios. A su vez se logra ver una armonía espacial y formal respecto a los hospitales que se encuentran a su alrededor, mimetizándose con el entorno.</p>	<p>Área: 1600 m² Se organiza en tres bloques, el primero dedicado a la HODIGE (Hospital de día Geriátrico) y, hospitalización de agudos, a través de corredores. Posee circulaciones horizontales sin mucho recorrido, para optimizar el desplazamiento de los adultos mayores, y para la circulación vertical se desarrolla a través de escaleras y elevadores para poder llegar a los niveles superiores. El área de emergencia se da de manera lineal y en un solo nivel al igual que la administración y servicios complementarios.</p>
<p>El hospital Geriátrico San Isidro Labrador es un centro de atención que brinda prestaciones de salud especializada, y es uno de los centros asistenciales que forma parte de la red asistencial Almenara de EsSalud, este centro hospitalario especializado en brindar atención geriátrica ha sido diseñada especialmente para atender a pacientes adultos mayores y también para aquellos pacientes que requieren de un tratamiento prolongado, dentro de su equipo de trabajo cuenta con un grupo multidisciplinario compuesta por profesionales de la Salud distribuidas en las diferentes áreas como son: Terapia física y rehabilitación, farmacia, laboratorio, radiología, psicología, servicio social.</p>		

Nota: Elaboración Propia

FUENTE DE LA IMAGEN: Hospital Geriátrico San Isidro Labrador, Ate Vitarte - Lima, 2020. [Imagen de la web].

Nacional. [fecha de consulta: 12 de octubre de 2021]. Disponibilidad y acceso:

<https://radionacional.com.pe/noticias/locales/hospital-san-isidro-labrador-cuenta-con-profesionales-entrenados>

Tabla 9. Magdalena Sofía Barat

Magdalena Sofía Barat- Casa hogar geriátrico, La Molina Peru 2002		
	CONTEXTO URBANO	CARACTERÍSTICAS DEL REFERENTE
	<p>La Casa Hogar ubicada en Rinconada del Lago, La Molina, el cual fue donado por el gobierno de Fernando Belaúnde Terry. Diseñada para disfrutar del confort, amplios y lindos jardines, veredas que les permiten caminar y socializar en las glorietas con los demás huéspedes y así gozar del clima y la naturaleza.</p>	<p>Una asociación de derecho privado sin fines de lucro conformada por la Asociación de Antiguas Alumnas del Sagrado Corazón del Perú junto a la Asociación de Religiosas del Sagrado Corazón de Jesús, con el objetivo de responder a la necesidad de atender a las ex alumnas y facilitarles una vivienda digna en un ambiente fraterno de alegría, que mantenga los principios y el espíritu con que fueron formadas por las religiosas del Sagrado Corazón de Jesús.</p>
<p>Cuentan con alojamiento: Dormitorios simples y dobles con baño privado, terraza y jardín. Nutricionistas a cargo de la dieta para cada huésped. Celebraciones religiosas, jardines para socializar y disfrutar del clima. Servicio de enfermería atenta y personalizada. Servicio de limpieza y talleres recreativos como cine, bingo, tai chi, tejido, pintura, entre otras.</p>		

FUENTE DE LA IMAGEN: Magdalena Sofía Barat- Casa hogar geriátrico, La Molina Perú 2002. [Imagen de la web] Magdalena Sofía Barat. [fecha de consulta: 12 de octubre de 2021]. Disponibilidad y acceso: <https://casahogarmagdalenasofiabarar.com/galeria/>

Tabla 10. Arcadia Hotel Resort

Arcadia Hotel Resort - Pachacamac, Lima Peru 2012		
	CONTEXTO URBANO	CARACTERÍSTICAS DEL REFERENTE
	<p>Ubicado en Pachacamac, Lima Peru. Cuenta con un terreno amplio de 15,000 m2. Con jardines y espacios para realizar talleres al aire libre. Diseño espacioso y confortable para todo tipo de hoesped.</p>	<p>Las necesidades de las personas mayores son múltiples y varían con el paso del tiempo, por este motivo, y con el afán de estar siempre a la medida de sus necesidades, ofrecemos un conjunto de servicios que se complementan y buscan ser una solución integral a las necesidades de los mayores.</p>
	<p>Las instalaciones incluyen Piscina Templada, 11,000 m2 de Jardines, Gimnasio, Biblioteca, Capilla, Talleres, entre otras interesantes actividades dentro de un area total de 15,000 m2. Para el cuidado de la salud contamos con Médico de Urgencia. Se hace especial hincapié en la salud, rehabilitación y mantenimiento de los residentes.</p>	<p>Las instalaciones han sido especialmente concebidas, diseñadas y construidas de acuerdo a los más altos estándares internacionales.</p>

Nota: Elaboración Propia

FUENTE DE LA IMÁGEN: Arcadia Hotel Resort - Pachacamac, Lima Perú, 2012. [Imagen de la web] el Economista América (2013). [fecha de consulta: 12 de octubre de 2021]. Disponibilidad y acceso: <https://www.economistaamerica.pe/empresas-eAm-peru/noticias/5238854/10/13/Resort-para-adultos-mayores-Arcadia-iniciara-operaciones-en-noviembre.html>

2.2. Bases teóricas

2.2.1. El adulto mayor

Acorde a la organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), se consideran personas adultas mayores a aquellas que tienen 60 años a más por lo que en el Perú de acuerdo con la Resolución 50/141 aprobada en la asamblea general de Naciones Unidas el término para este grupo etario es: Personas Adultas Mayores. (16)

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), considera anciano o adulto mayor a toda persona mayor de 65 años en países desarrollados y de 60 años a personas en países en vías de desarrollo como el nuestro. (17)

Las personas adultas mayores son sujetos de derecho, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones. Las personas envejecen de múltiples maneras dependiendo de las experiencias, eventos cruciales y transiciones afrontadas durante sus cursos de vida, es decir,

implica procesos de desarrollo y de deterioro. Generalmente, una persona adulta mayor es una persona de 60 años o más de edad. (18)

2.2.2. Envejecimiento de la población

El envejecimiento humano constituye un proceso multidimensional de los seres humanos que se caracteriza por ser heterogéneo, intrínseco e irreversible; inicia con la concepción, se desarrolla durante el curso de vida y termina con la muerte. Es un proceso complejo de cambios biológicos y psicológicos de los individuos en interacción continua con la vida social, económica, cultural y ecológica de las comunidades, durante el transcurso del tiempo. (18)

A raíz de los cambios demográficos vividos en las últimas décadas en nuestro país, el esquema por edad y sexo de la población está variando significativamente. Entre los años 1950 y 1960, la distribución etaria estaba representada en su mayoría por niños y niñas; de esta manera, 42 de cada 100 personas eran menores de 15 años de edad; para el año 2019 los menores de 15 años representan solo el 25 de cada 100 personas. Durante este desarrollo de envejecimiento de la población peruana, se eleva la proporción de las personas adultas mayores de un 5.7% a un 12.4% en los años 1950 al 2019, respectivamente. (19)

2.2.3. Hogares con algún miembro adulto mayor

Para el tercer trimestre del año 2019, el 42.5% de los hogares del país tenía entre sus integrantes al menos una persona de 60 y más años de edad. (19)

En los hogares del área rural del país, se registran adultos mayores en un 42.1%. Por otra parte, el resto urbano representa un 39.0% de viviendas que cuentan con este grupo etario. (19)

2.2.4. Tipo de problema de salud y razones de no asistencia a establecimientos de salud

En el 2019, el 56.2% de adultos mayores presentaron algún síntoma o malestar y el 45.7%, algún accidente o enfermedad. Realizando una comparación con el año 2018, se observa un aumento del 3.8% y 5.9% puntos porcentuales en las categorías Enfermedad/Accidente y Síntoma/Malestar, respectivamente. (19)

En la gran mayoría, las personas de 60 y más años de edad, con alguna dificultad en su salud, optan por remedios caseros o se auto medican (75.7%), en lugar de asistir a un establecimiento de salud.

El 21.9% del grupo etario prefiere no acudir a un establecimiento de salud, por la lejanía, la desconfianza o el déficit de atención por parte del personal. (19)

2.2.5. Población adulta mayor con alguna discapacidad

Durante el 2019, del total de la población que presenta alguna discapacidad el 49.5% son adultos de la tercera edad, (60 años a más). Las mujeres de la tercera edad, con alguna discapacidad, representan el 55.1% y el 43.5% son varones. Esto evidencia una diferencia de 11.6 puntos porcentuales entre ambos sexos. (19)

Entre las diferentes discapacidades que afectan a la población de la tercera edad, las principales son: dificultad para usar los brazos y piernas (32.4%), dificultad para oír (13.8%), para ver (13.8%) y dificultad para aprender o entender (5.8%). En efecto, el 30.8% de los adultos mayores con alguna dificultad tienen dos o más discapacidades. (*“Situación de la Población Adulta Mayor - INEI”, 2019*) (19)

Con respecto a la discapacidad, el informe (19) refiere que del total de la población que padece alguna discapacidad, el 47,6% son adultos mayores, es decir tienen de 60 a más años de edad. En el caso de las mujeres que padecen alguna discapacidad, el 50,7% son adultas mayores, mientras que en los hombres es 44,6%. Esto muestra una diferencia de 6,1 puntos porcentuales entre ambos sexos, donde la mujer adulta mayor es quien más padece de algún tipo de discapacidad. La incidencia de discapacidad es mayor en el Área rural (55,6%) comparada con en el Área urbana (44,7%). Por grupos de edad, de los adultos mayores que presentan alguna discapacidad, el 15,1% tienen de 60 a 70 años y el 32,5% de 71 a más años de edad. (19)

2.2.6. Condiciones de exclusión en el Perú

El tema de la exclusión no es nuevo para la sociedad, se han visto casos de discriminación, exclusión, etc., en muchas partes del mundo; y Perú no es la excepción.

Muchas personas con diversas discapacidades atraviesan estas situaciones día a día, dentro de este grupo de personas se encuentran los adultos mayores, ya que por la edad se les dificulta realizar diversas actividades y muchos de ellos, también, pierden la facultad de sus sentidos, tales como la visión, audición, etc.

Existen diversas situaciones presentes en nuestro país, el abandono de las personas mayores es muy

alto, se observan a muchos de estos buscando trabajos, pero se les discrimina por el mismo motivo: son mayores para “esos” empleos, por lo que gran porcentaje de este grupo tiene dificultades económicas. Asimismo, las personas con discapacidades son discriminadas por entidades públicas, financieras, transporte público, etc.

2.2.7. Situación de las personas con discapacidad en Perú

Perú es aún un país en desarrollo por lo que se presenta casos de pobreza, desnutrición, falta de empleos, carencia de educación, alto índice de accidentes y en zonas rurales escasos servicios de salud. Esto causa, las diversas discapacidades en nuestro país.

La accesibilidad favorece de alguna manera a toda la población, pero actualmente las barreras dificultan la integración de personas afectadas ya sea de forma permanente o circunstancial.

Personas con discapacidades permanentes: consecuencia de privaciones físicas, sensoriales o mentales.

Personas mayores: Personas de la tercera edad discapacitadas o no discapacitadas.

Personas afectadas por circunstancias transitorias: acciones o circunstancias que pueden resultar incapacitantes.

2.2.8. Escalas de Valoración Funcional del Adulto Mayor

2.2.8.1. Índice de Barthel

Fue diseñado por Mahoney y Barthel en 1955 con el fin de medir la evolución de pacientes en un hospital para enfermos crónicos de Maryland, el cual fue publicado diez años después. (20)

Descripción y Normas de aplicación

Valora la facultad de un adulto mayor para realizar de forma dependiente o independiente las actividades básicas de la vida diaria (ADVD). Los cuales son: (20).

Tabla 11. Actividades básicas en la vida diaria

Comer	Independiente	Capaz de comer por si solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser preparada y servida por otra persona
	Necesita Ayuda	para comer la carne o el pan, pero es capaz de comer por el solo.
	Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona
Vestirse	Independiente	Es capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda.
	Necesita Ayuda	Realiza solo al menos la mitad da las tareas en un tiempo razonable.
	Dependiente	Necesita que alguien lo vista.
Arreglarse	Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona
	Dependiente	Necesita alguna ayuda
Deposición	Continente	Ningún episodio de incontinencia
	Accidente Ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda, enemas o supositorios
	Incontinente	
Micción	Continente	Ningún episodio de incontinencia, capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo.
	Accidente Ocasional	Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos
	Incontinente	
Ir al baño	Independiente	Entra y sale solo y no necesita ayuda de otra persona
	Necesita Ayuda	Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo
	Dependiente	Incapaz de manejarse sin ayuda
Traslado sillón-cama	Independiente	No precisa ayuda
	Mínima Ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.
	Gran Ayuda	Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada
	Dependiente	Necesita grúa o alzamiento por dos personas.

Deambular	Independiente	Puede andar 50 metros o su equivalente por casa sin ayuda ni supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (muletas o bastón) excepto andador. Si utiliza prótesis debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo. En silla de ruedas se mueve 50 metros. No requiere ayuda ni supervisión.
	Necesita Ayuda	Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Precisa utilizar andador
Subir y bajar escaleras	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona
	Necesita Ayuda	
	Dependiente	Incapaz de salvar escalones

Fuente: Elaboración propia

2.2.8.2. Índice de Lawton y Brody

La escala de Lawton es uno de los instrumentos de medición de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) más utilizado internacionalmente y la más utilizada en las unidades de geriatría de España. Su traducción al español se publicó en el año 1993. (20)

Descripción y normas de aplicación

Evalúa la capacidad funcional mediante 8 ítems. Los cuales son: (20)

Tabla 12. Actividades instrumentales

Capacidad para usar el teléfono	Utiliza el teléfono por iniciativa propia.
	Es capaz de marcar bien algunos números familiares
	Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar
	No utiliza el teléfono
Hacer compras	Realiza todas las compras necesarias independientemente
	Realiza independientemente pequeñas compras
	Necesita ir acompañado para cualquier compra
	Totalmente incapaz de comprar

Preparación de la comida	Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente.
	Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes
	Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada.
	Necesita que le preparen y sirvan las comidas
Cuidado de la casa	Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados).
	Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas.
	Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza.
	Necesita ayuda en todas las labores de casa
	No participa en ninguna labor de la casa
Lavado de la ropa	Lava por si solo toda la ropa.
	Lavo por si solo pequeñas prendas
	Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro
Uso de medios de transporte	Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche.
	Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte.
	Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona.

Fuente: *Elaboración Propia*

2.2.9. Accesibilidad en los espacios arquitectónicos

En nuestro entorno urbano logramos encontrar muchas dificultades en la accesibilidad para personas que poseen diversas discapacidades, como lo es la presencia de escaleras como solución para los desniveles, la mayoría de rampas con una excesiva pendiente, la falta de acondicionamiento para los servicios higiénicos, la ausencia de pasamanos y zócalos en las paredes, pasillos muy angostos, la carencia de ascensores en lugares públicos y privados, la falta de mantenimiento a calzadas y aceras, generando rupturas en lo ya mencionado y de esta manera creando barreras para quienes padecen alguna discapacidad, de igual manera, la ausencia de mobiliario urbano adecuado.

2.2.9.1. Accesibilidad en Espacios Públicos

Itinerarios accesibles

Un itinerario accesible se denomina a aquellas áreas de circulación, donde los peatones puedan transitar en un mismo nivel, es decir, es aquello que cuente con la suficiente anchura y permita la movilidad de personas en sillas de ruedas. ORTEGA, Leticia G. (21)

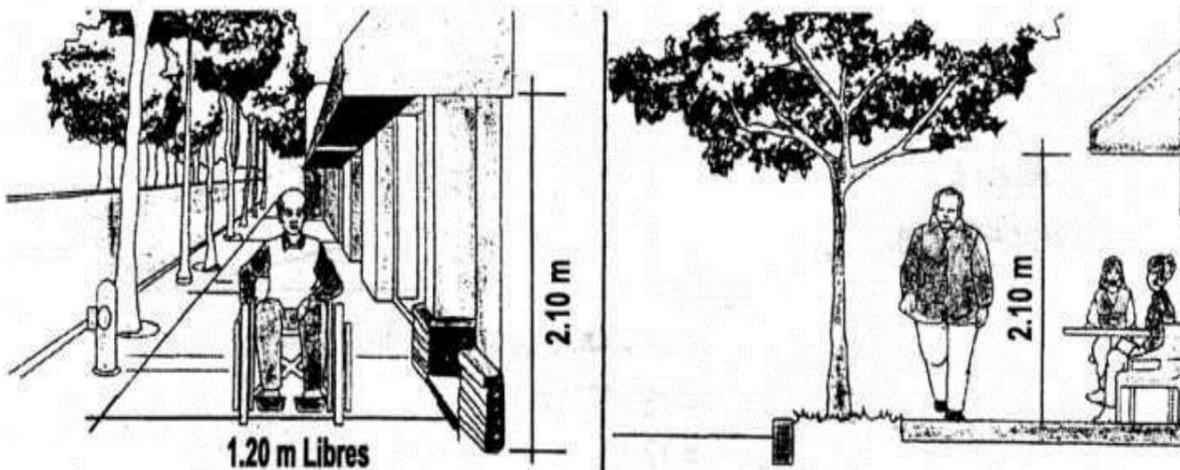
En cuanto a los itinerarios peatonales accesibles, se busca la movilidad reducida para el rápido desplazamiento entre las edificaciones y el transporte público o sitios de interés, con la finalidad de llevar una vida con independencia y normalidad.

En nuestro entorno urbano se debe analizar:

a. Veredas

- Tiene como función el flujo exclusivamente peatonal, debe ser diseñada preferentemente recta, con pavimento estable, libre de obstáculos, liso y antideslizante.
- En este elemento se recomienda utilizar una textura diferente que sirva para avisar cambios de nivel o sentido, como para los cruces peatonales, rampas, escaleras, etc.
- Se recomienda un ancho mínimo de 1.20m.

Figura 1. Dimensión de veredas



Fuente: Norma Técnica A.120 "Accesibilidad para Personas con Discapacidad y de las Personas adultas Mayores"

b. Pendientes

- Se debe considerar la pendiente transversal en la accesibilidad de la ruta. Ya definida la ruta accesible de 0.90m de ancho con máximo 2% de pendiente transversal, el espacio sobrante puede ser utilizado para elaborar la pendiente vehicular en los diferentes accesos.

c. Cruces peatonales

- Son un factor relevante en la ciudad, generalmente los cruces peatonales se ubican en las esquinas e intersecciones de calles.
- Las consideraciones para tomar en cuenta son:
- Se requiere que el ancho del rebaje coincida con las demarcaciones en la calzada que demarca el cruce peatonal. En el caso de inexistencia de lo mencionado, se requiere un ancho mínimo de 1.20m.
- No debe existir diferencia (pendiente) entre la vereda y la calzada.
- El máximo de pendiente que se puede alcanzar es de 12% entre calzadas y veredas.
- Si el ancho de la vereda es menor a 1.20m, la acera debe disminuir en todo su ancho hasta estar al nivel de la calzada.
- Se debe considerar una franja táctil de advertencia, en el desnivel de la vereda y la calzada.

d. Accesibilidad a los diversos equipamientos

- Los equipamientos tanto públicos como privados olvidan ciertos elementos básicos para una accesibilidad adecuada, esto incluye lo ya mencionado: el ancho mínimo en veredas (para la circulación de una silla de ruedas), las pendientes exageradas, los escalones omitiendo el ingreso libre para personas con discapacidades motrices, o diversos obstáculos para las diferentes discapacidades.

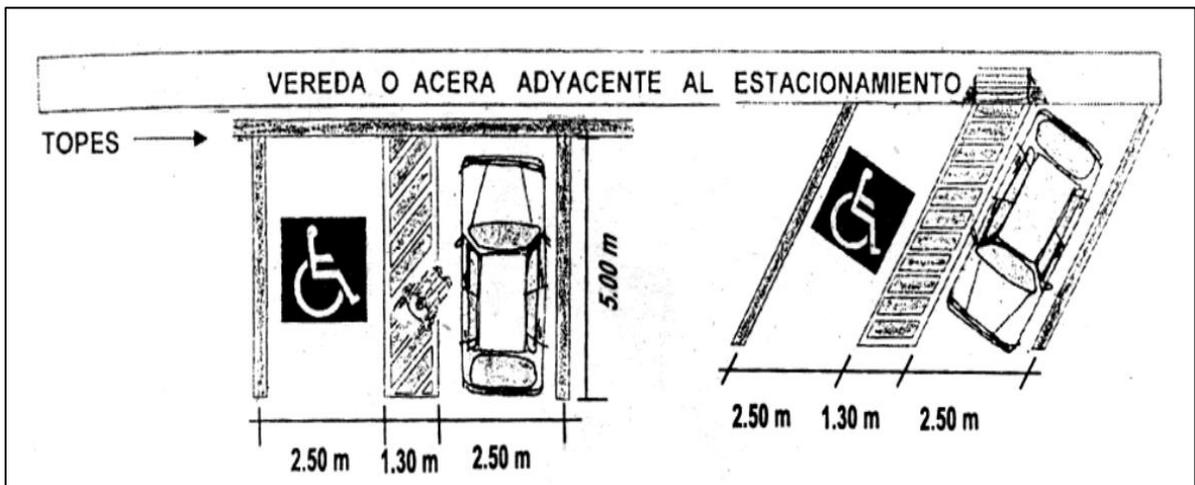
e. Señalización visual

- Principios de la Señalética Accesible
 - Debe ser legible, claro y simple
 - De ser necesario hacer uso de diferentes idiomas
 - El mensaje debe ser inclusivo
- Características de la Señalética Accesible
 - La Tipografía
 - Tamaño de letra
 - Pictogramas guiados por la normativa
 - Contraste cromático
 - El braille en la señalética
 - Altorrelieve en letras.
- Semáforos y señalización sonora
 - La orientación acústica se basa en el uso de un conjunto de señales auditivas para crear un mapa mental del entorno inmediato. Para personas con alguna discapacidad visual, estas señales auditivas se convierten en el principal sustituto de la información visual sobre la dirección y la distancia de las personas y los objetos en su entorno. Sin embargo, la orientación acústica se enfrenta con diversos obstáculos día a día como: el ruido de la ciudad o espacios abiertos que ponen a prueba la capacidad del usuario para distinguir sonidos específicos y por otra parte en espacios cerrados no se cuenta con tratamiento especial para desarrollar la orientación acústica y poder guiar eficientemente al usuario.

f. Estacionamiento público

- Los estacionamientos dirigidos para personas con discapacidades deben estar ubicados lo más cerca de los ingresos o circulaciones peatonales, este ingreso será seguro, accesible y con demarcación en el suelo, asimismo, se debe tener una buena visibilidad entre el usuario y la circulación vehicular. Se debe tener en cuenta que la altura promedio de una persona en silla de ruedas es de 1.30 m, esta altura no se logra visualizar por un vehículo en retroceso. (22)

Figura 2. Estacionamiento



Norma Técnica A120, "Accesibilidad para personas con discapacidad y de las personas adultas mayores"

2.2.9.2. Accesibilidad En Edificaciones

a. Circulaciones Verticales

Escaleras

Si bien es cierto las escaleras no están incluidas en una circulación accesible, sin embargo, se establecen ciertos parámetros que ayudan a personas con movilidad reducida.

El material para las escaleras debe ser antideslizante, aún si ésta se encuentra mojada, se recomienda ensamblar bandas antideslizantes en el filo de las escaleras con un color diferente, asimismo se recomienda añadir una franja con una textura diferente para advertir la presencia de escaleras a las personas con discapacidad visual. (22)

Ascensor

El ascensor viene a ser el principal elemento vertical de la arquitectura e interiorismo, más aún si nos enfocamos en personas con discapacidades. Existen dos tipos de ascensores:

- Ascensores Electromecánicos

Este tipo de ascensores es generado a partir de la combinación de dos sistemas, eléctrico y mecánico; un motor eléctrico y poleas mecánicas, respectivamente, unidos por cables colgantes, para este tipo de ascensor se necesita un cuarto de máquinas.

- Ascensores Hidráulicos

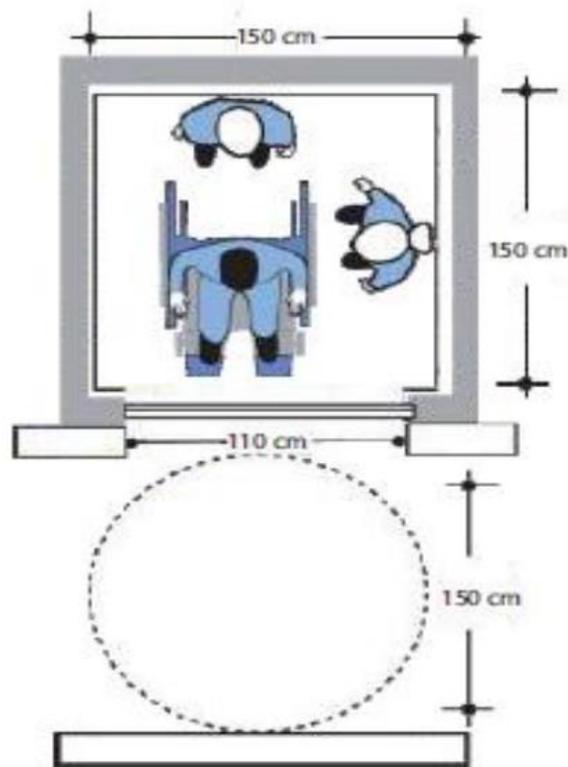
En el caso de los ascensores hidráulicos, que viene a ser una nueva tecnología, se acoplan con facilidad a edificios de poca altura, ya que no necesitan mucho espacio. Este ascensor funciona mediante un sistema de inyección de aceite a presión, por medio de válvulas de control, que activan el funcionamiento del ascensor.

Según la Norma A.120 ACCESIBILIDAD PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES (2019, p. 9) (22)

Los ascensores deben cumplir con los siguientes requisitos:

- Las dimensiones mínimas de la cabina del ascensor en edificaciones de uso público, debe ser de 1.50m de ancho y 1.50m de fondo.
- Las puertas de la cabina deben ser automáticas y con sensor de paso; con un ancho mínimo de 1.10 m. Delante de las puertas debe existir un espacio de 1.50 m de diámetro que permita el giro de una persona en silla de ruedas.

Figura 3. Dimensión de Ascensor



Fuente: Norma Técnica A120, "Accesibilidad para personas con discapacidad y de las personas adultas mayores"

- Los pasamanos deben tener una sección uniforme que permita una segura y fácil sujeción, separado un mínimo de 0.035 m. de la cara interior de la cabina y una altura entre 0.85 m. y 0.90m.
- Las botoneras exteriores e interiores se deben ubicar entre 0.90 m. y 1.35 m de altura. Todas las indicaciones de las botoneras deben tener su equivalente en el sistema Braille.

b. Circulaciones Horizontales

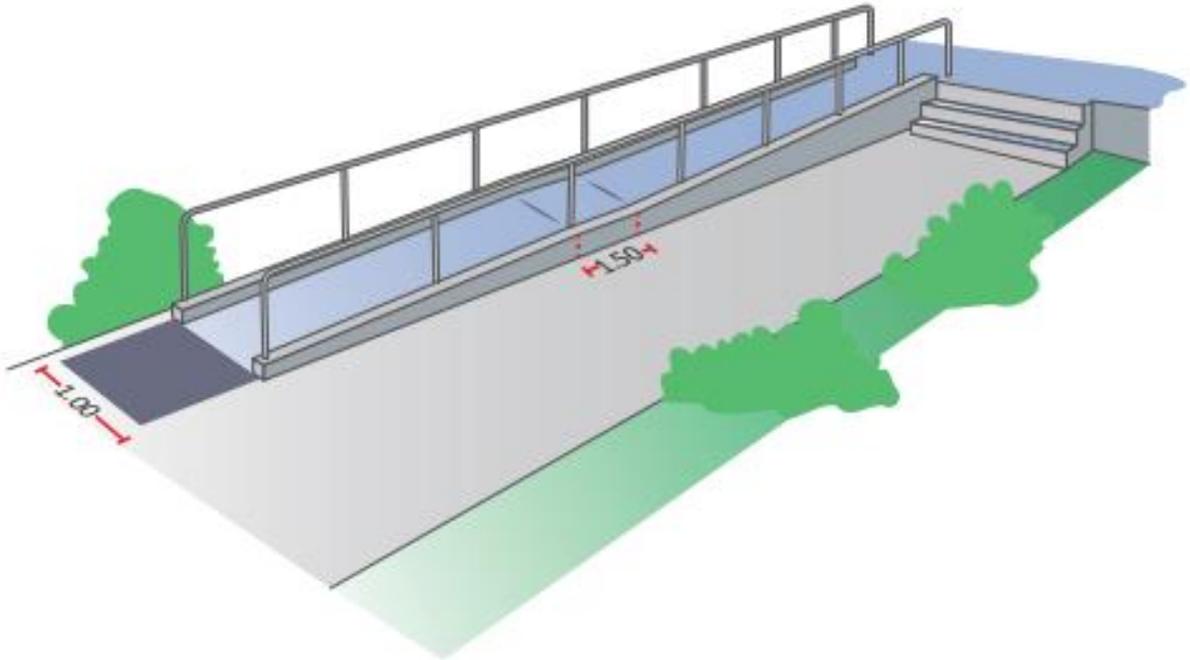
Los pisos deben estar fijos, uniformes y tener una superficie con material antideslizante con dimensiones uniformes:

Rampas

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. contemplarán 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.

Figura 4. Dimensiones de Rampa



Fuente: Norma A.120 "Accesibilidad universal en edificaciones" según RNE, Pág. 13.

Según la Norma A.120 ACCESIBILIDAD PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD (PAG 02) (22)

- Deberá mantener los siguientes rangos de pendientes máximas:

Tabla 13. Porcentaje de pendiente

Diferencias de Nivel	Pendiente Máxima
Hasta 0.25 m	12% de pendiente
De 0.26 m. hasta 0.75 m	10% de pendiente
De 0.76 m. hasta 1.20 m	8% de pendiente
De 1.21 m. hasta 1.80 m	6% de pendiente
De 1.81 m. hasta 2.00 m	4% de pendiente
De 2.01 m. a mas	2% de pendiente

Fuente: Elaboración Propia

Pasamanos en Rampas

El diseño de pasamanos para rampa será ergonómico, preferiblemente circular. El sistema de soporte del pasamano permitirá el recorrido con la mano de manera continua sin interrupciones. En su elaboración se emplearán materiales antideslizantes con texturas adaptables y eviten calentarse excesivamente bajo alguna fuente de calor (como la iluminación solar directa).

Según la Norma A.120 ACCESIBILIDAD PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES (2019, p. 10) (22) :

La sección de los pasamanos debe ser uniforme, que permita una fácil y segura sujeción, de diámetro o lado entre 0.04 m. y 0.05 m., debiendo mantener los pasamanos adosados a la pared una separación mínima de 0.035 m. de la misma.

Pasillos

Dimensiones: la anchura mínima del pasillo dependerá del trazado, del flujo de personas que por él circulen y de las características de las mismas. En ningún caso su anchura será menor de 90 cm, aunque en edificios de uso público lo recomendable es una anchura mínima de 1,20 m. No debe presentar ningún obstáculo a una altura menor de 2,20 m. (22)

- Trazado: Cada 25 m, como máximo, el pasillo dispondrá de espacios en los que se pueda dibujar un círculo como mínimo de 1,50 m de diámetro, para así facilitar a las personas en sillas de ruedas el cambio de sentido de la marcha. Las esquinas y aristas deben ser redondeadas o chaflán.
- Se deben evitar los obstáculos. Si esto no es posible, se colocarán elementos que impidan el paso por debajo del obstáculo (respetando siempre las medidas mínimas del pasillo) y que sean detectables de forma visual y táctil. Se eliminarán los desniveles a través de rebajes o rampas de pendiente adecuada.
- Elementos auxiliares: pueden utilizarse rodapiés, diferenciados cromáticamente de las paredes que aporten información y orienten.

Puertas

Las puertas deben mantenerse cerradas con un sistema de retorno o cierre automático, para evitar obstáculos en espacios de circulación o pasillos, haciendo difícil el tránsito de las personas.

Como método preventivo se colocará un zócalo en la parte baja de la puerta de una altura de 40 cm, para evitar golpes o incidentes que puedan afectar a los usuarios.

Se recomienda, para una mejor ubicación, las puertas deben resaltar de su entorno ya sea con colores diferentes a los de las paredes o materiales lisos o rugosos.

Las puertas transparentes son propicias para personas con discapacidad auditiva. Estas puertas necesitan un tratamiento especial como colocación de bandas anchas de contraste cromático visibles a una altura prudente para que el usuario pueda reconocer rápidamente el objeto y no se golpee contra él.

Baños

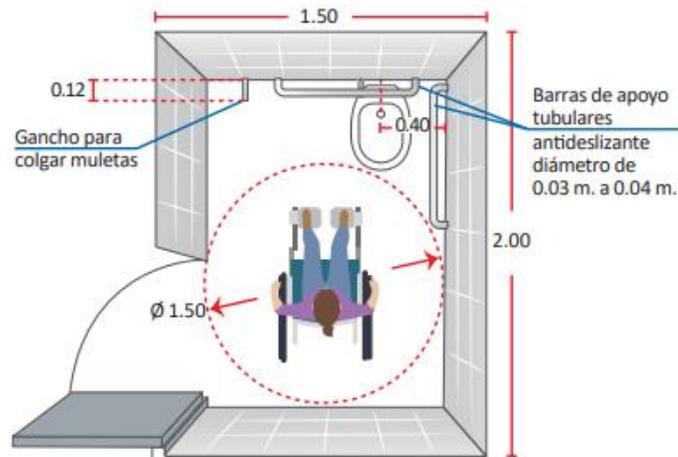
Las dimensiones de los servicios higiénicos están supeditadas por la apertura de la puerta, y por motivos de seguridad estas se deben abrir hacia afuera, o ser de tipo corrediza.

Según la Norma A.120 ACCESIBILIDAD PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES (2019, p. 10) (22)

Los baños deben cumplir con las siguientes condiciones de diseño:

- Las dimensiones interiores y la distribución de los aparatos sanitarios deben contemplar un área con diámetro de 1.50m, ya que permite el giro de una silla de ruedas en 360°.
- El cubículo para inodoro debe tener dimensiones mínimas de 1.50m por 2.00m.

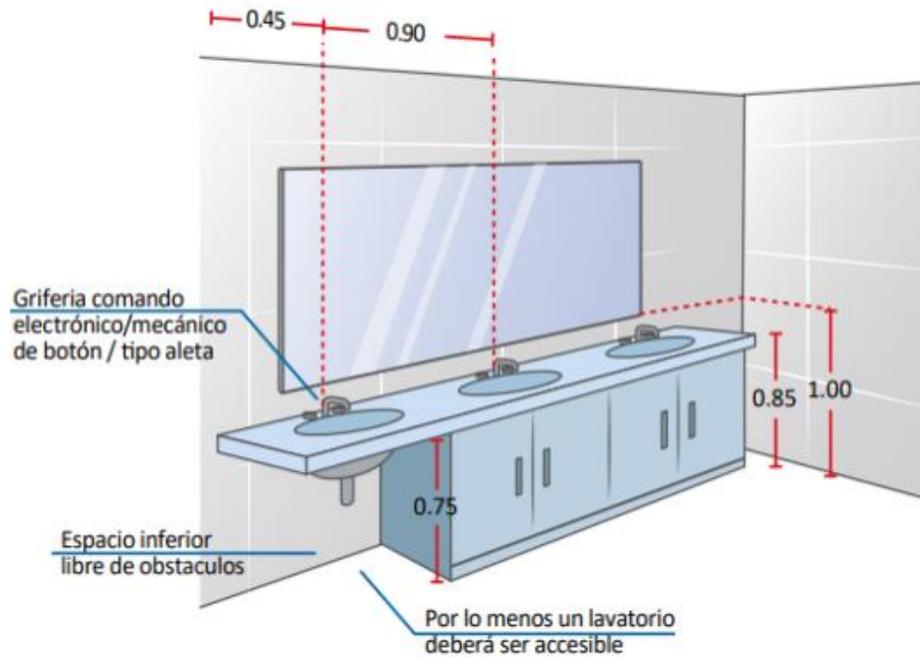
Figura 5. Dimensiones del baño



Fuente: Norma A.120: "Accesibilidad universal en edificaciones" del RNE, pág. 21.

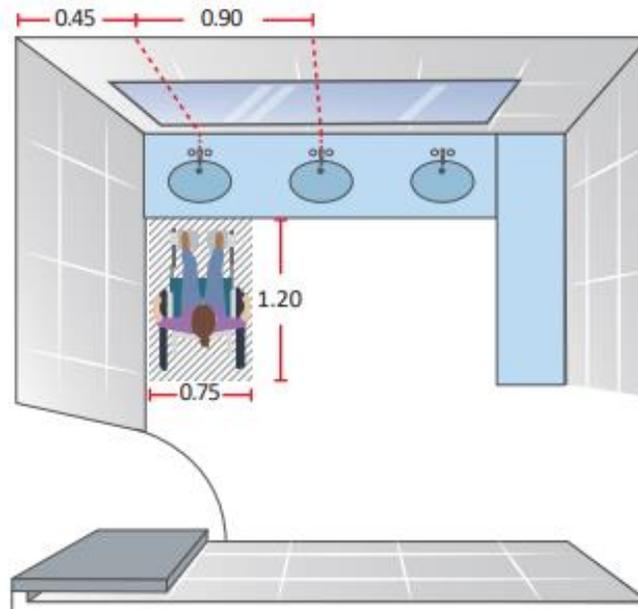
- La puerta de acceso debe tener un ancho mínimo de 0.90m y debe abrir hacia el exterior o ser corrediza.
- En cuanto a los lavatorios, deben estar empotrados en un tablero y soportar una carga vertical de 100 kg.
- Debe existir un espacio libre de 0.75 m x 1.20 m al frente del lavatorio para permitir la aproximación de una persona en silla de ruedas.

Figura 6. Dimensiones de lavatorios



Fuente: Norma A.120: "Accesibilidad universal en edificaciones" del RNE, pág. 21.

Figura 7. Medidas de lavabo



Fuente: Norma A.120: "Accesibilidad universal en edificaciones" del RNE, pág. 21.

2.2.10. Ciudades amigables con las personas adultas mayores

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó: Ciudades Amigables con las personas Adultas Mayores, una guía (2008) nos brinda lo siguiente: *“Una ciudad amigable con los mayores alienta el envejecimiento activo mediante la optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen.”* (P6) (23)

2.2.10.1. Entorno agradable y limpio

Este capítulo nos habla de cómo una persona adulta mayor considera una característica amigable al entorno natural de una ciudad. Debido a que, actualmente, la ciudad y el caos de ésta, puede sofocar a las personas de la tercera edad tanto en la contaminación visual como en la auditiva. Un entorno agradable y limpio, por otro lado, mejora la calidad de vida de los residentes mayores.

2.2.10.2. Importancia de los espacios verdes

Una de las características que las personas adulto-mayores mencionan con mayor frecuencia son los espacios verdes, sin embargo, actualmente no se les da el cuidado que debería, y los usuarios encuentran a éstos siendo basurales, ya que presentan un mal estado de conservación, muchos parques son considerados inseguros, existe la falta de asientos, baños inadecuados.

“Los cuidadores de Halifax consideran necesario contar con espacios verdes pequeños, más tranquilos y contenidos en las afueras de la ciudad, en vez de los parques grandes con mucho movimiento frecuentados por niños y patinadores. Las personas mayores en Amman recomiendan jardines especiales para su uso específico, mientras que las personas mayores de Nueva Delhi sugieren que haya áreas demarcadas en las plazas para ellos.” (Ciudades Amigables con las personas Adultas Mayores, una guía (2008). (23)

2.2.10.3. Lugar para descansar

En este capítulo se menciona la necesidad de más asientos en espacios públicos para uso de las personas mayores quienes manifiestan el deseo de pasar tiempo al aire libre o tomando sol en los parques.

“Hay muy pocas áreas para sentarse... uno se cansa y necesita sentarse.” Persona mayor, Melville (Ciudades Amigables con las personas Adultas Mayores, una guía (2008). (23)

Sin embargo, existen grupos de personas que invaden algunos espacios públicos fomentando la inseguridad y temor de la población, por lo que en algunos lugares se retiraron los asientos para evitar este tipo de situaciones. O algo muy común que pasa en Perú, Huancayo, que suelen dejar

basura en esta clase de equipamientos, no se cuida y por ello las personas no pueden utilizarlo para el fin creado.

2.2.10.4. Aceras amigables con la edad

El estado de las aceras tiene una gran importancia al momento de transitar por una ciudad. En Huancayo las aceras están maltratadas, son angostas, con huecos, vacíos y desniveles, presentado riesgo inminente para cualquier peatón, siendo los adultos mayores los más frágiles y expuestos a cualquier incidente.

Se promueve el mantenimiento bajo estándares de mejora (23) :

- Superficie lisa, nivelada, antideslizante
- Ancho suficiente para sillas de ruedas
- Cordones en declive nivelados con la calle
- Libres de obstrucciones como vendedores callejeros, autos estacionados y árboles
- Prioridad de acceso para peatones.

2.2.10.5. Cruce peatonal seguro

Este aspecto es un tema de preocupación constante en las ciudades de Latinoamérica, ya que en muchos casos los cruces peatonales no se encuentran bien señalizados, o los semáforos para cruzar son de tiempo bastante corto lo que dificulta el tránsito de las personas adultas mayores, sin contar que muchos conductores no ceden el paso y no respetan las señales de tránsito. Esta barrera arquitectónica es por el momento la más difícil de superar, se ha concebido ideas para poder mejorarlas, pero no muestra gran ayuda en la solución del problema. (23)

En Huancayo, también se observan desniveles al momento de presentarse un cruce peatonal, lo que da preferencia al vehículo y no al peatón, tampoco se cuenta con señales podó táctiles que ayuden a las personas con dificultades para ver.

2.2.10.6. Accesibilidad

Muchas personas consideran que las ciudades no han sido diseñadas para las personas de la tercera edad, incluidas las ciudades de los países desarrollados. Se ha detectado que las barreras de acceso son múltiples, desde el desnivel de vereda, pasando por escaleras para acceder a cierto establecimiento y finalizando en el transporte público. Recientemente se está haciendo énfasis en

la proyección de ciudades que cubran las necesidades de las personas de todas las edades. (23).

2.2.10.7. Entorno seguro

Un entorno seguro tiene gran influencia en la predisposición de las personas para recorrer la ciudad en la que vive. Algunas deficiencias en la ciudad como la falta de iluminación pública, equipamiento urbano seguro, entre otros, pueden afectar la seguridad en el lugar.

2.2.10.8. Edificios amigables con la edad

Hace algunos años cuando la accesibilidad se comenzó a tratar como una necesidad para que todos los usuarios tengan las mismas oportunidades de disfrutar de los mismos espacios, se comenzó a considerar algunas características necesarias para el desarrollo (23) :

- Ascensores
- Escaleras mecánicas
- Rampas
- Pasillos y entradas anchas
- Escaleras adecuadas (no demasiado altas ni empinadas) y con barandales
- Pisos antideslizantes
- Zonas de descanso con asientos cómodos
- Señalización adecuada
- Baños públicos con acceso para discapacitados.

...” En dos ciudades se hace referencia a barreras para el uso de ascensores por las personas mayores. En Nairobi, las personas mayores temen usar los ascensores y necesitan acompañamiento, mientras que, en Trípoli, las personas mayores se rehúsan a usar los ascensores debido a los frecuentes cortes de energía y el consiguiente peligro de atascamiento” ... (Ciudades Amigables con las personas Adultas Mayores, una guía (2008). (23)

2.2.11. Conceptos básicos para diseñar un edificio accesible

Dentro de la arquitectura hospitalaria **el nivel de accesibilidad de los edificios es un factor fundamental** que no debe dejarse jamás en un segundo plano. Sin embargo, esta exigencia es también importante en áreas urbanas, edificios de educación y todos los espacios públicos en general, ya que nos permite garantizar el uso a todas las personas en cualquier momento de sus

vidas, independiente de su movilidad o capacidades intrínsecas.

Tabla 14. Factores que aseguran la movilidad

FACTORES QUE ASEGURAN LA MOVILIDAD		
Maniobras en el desplazamiento	Se refieren a los movimientos que se ejecutan en una silla de ruedas	<p>Rotación: Cambio de dirección si desplazarse.</p> <p>Giro: cambio de dirección en movimiento.</p> <p>Línea Recta: avance y retroceso.</p> <p>Franquear una puerta: movimientos al abrir, cerrar y cruzar puertas.</p> <p>Transferencia: movimientos al sentarse o pararse de la silla.</p>
Cambios de nivel	Comprende los movimientos ejecutados al subir y bajar de una rampa, elementos mecánicos o escaleras.	
Alcances	Se refiere a las posibilidades de llegar hasta objetos y percibir sensaciones.	<p>Manual: Afecta a personas en silla de rueda o de baja estatura.</p> <p>Visual: Repercute en quienes tienen visión reducida, una baja estatura o dependen de una silla de ruedas.</p> <p>Auditivo: Afecta a los usuarios con capacidades auditivas limitadas o nulas.</p> <p>Apoyos: Elementos que ayudan al equilibrio y a la manipulación de objetos.</p>

Nota: Elaboración propia

HILDEBRANT GRUPPE, Conceptos básicos para diseñar un edificio accesible, 2015 [fecha de consulta: 28 de noviembre de 2021]. Disponible en: <http://www.hildebrandt.cl/conceptos-basicos-para-disenar-un-edificio-accesible/> (24)

2.2.12. Arquitectura terapéutica

La arquitectura terapéutica es la fusión entre arquitectura y estética que apuntan a diseñar y desarrollar proyectos que demuestren el esfuerzo para incentivar la salud en pacientes y sus mecanismos de curación. Con la arquitectura terapéutica se busca cambiar los espacios a nivel de emociones, generando cambios positivos en la percepción y estado de ánimo en los usuarios.

Según Bjorn Grinde, el concepto de arquitectura terapéutica busca que la arquitectura tenga la capacidad de sanar mediante la manipulación arquitectónica del espacio proporcionando que la plataforma para otros factores naturales como sonido, luz, color, privacidad, vistas e incluso olor promuevan un ambiente de curación que afecte la salud física y psicológica de los pacientes (25)

2.2.12.1. Cómo Los Colores Influyen En La Arquitectura Terapéutica

Según la terapia del color, los colores influyen en muchas facetas de nuestras vidas, como nuestras emociones, estado mental, estado de ánimo y nivel de energía. El concepto de terapia del color se basa en el hecho de que nuestro comportamiento fisiológico responde y funciona de manera predecible y definido a los colores.

Figura 8. Color cálido



Color Naranja representa alegría, excitación, estimulación, agresión, puesta de sol.

Fuente: Martínez Martínez, . HOSPITECNIA. Arquitectura, ingeniería y gestión hospitalaria y sanitaria. [Online] 28 Setiembre 2018. [Cited: 27 10 2021.] <https://hospitecnia.com/arquitectura/color-emocion-espacio-arquitectonico/>.

Los colores tienen como consecuencia efectos fisiológicos y psicológicos diversos. Las reacciones que se asocian al color son espontáneas o podrían ser positivas o negativas; no obstante, son únicas para cada persona. Por ejemplo, ciertos colores tienen la intención de fomentar actividades, mientras que otros promueven el comportamiento pasivo. (26)

Figura 9. Color Neutro



*Los tonos neutros y cálidos pueden ser relajantes y relajantes, los tonos fríos pueden ser relajante o depresivos
Fuente: Martínez Martínez, HOSPITECNIA. Arquitectura, ingeniería y gestión hospitalaria y sanitaria. [Online] 28 Setiembre 2018. [Cita: 27 10 2021.] <https://hospitecna.com/arquitectura/color-emocion-espacio-arquitectonico/>.*

2.2.12.2. El Valor Del Confort En La Arquitectura Terapéutica

El confort se incorpora en la arquitectura abarcando cuatro de nuestros sentidos: la vista, el tacto, el oído y el olfato. Este es un concepto que tiene que ver con la experiencia arquitectónica de cada persona (confort psicológico).

2.2.12.3. El Confort Térmico En La Arquitectura

¿Cómo se mide?

Una definición de confort es, «una sensación agradable que percibe el ser humano y que produce

bienestar». Este concepto tan subjetivo está parametrizado científicamente clasificándose en diferentes tipos de confort, tantos como sentidos tenemos (27).

2.2.13. Autonomía del adulto mayor

Según Macay (2017) la autonomía se refiere a la capacidad de una persona para realizar actividades cotidianas por sí misma, como vestirse o alimentarse. Para promover un envejecimiento saludable, es importante considerar factores educativos, laborales y sociales que puedan afectar a las personas y las poblaciones, asimismo cuando un adulto mayor no puede realizar estas actividades por sí solo, puede requerir ayuda externa. Sin embargo, es esencial asegurarse de que la ayuda no termine por hacer las actividades por él, lo que resultaría en la pérdida de su autonomía.

Es fundamental fomentar la independencia de los adultos mayores y manejar las demandas de atención que puedan requerir al trabajar con ellos. Aquellos que dependen de otros pueden demandar altos recursos económicos y emocionales, especialmente si tienen múltiples patologías crónicas. Por lo tanto, se deben tomar medidas para promover la autonomía de los adultos mayores y mantener su calidad de vida (Macay, 2017)

Asimismo, Cleves (2019) menciona que la autonomía se refiere a la capacidad de actuar de forma independiente en diferentes ámbitos, tales como el psicológico, físico, intelectual, manual, estético y emocional. Esta habilidad está estrechamente relacionada con nuestra interacción con el entorno, lo que nos permite transformar las situaciones que enfrentamos. En el caso de las personas mayores, su autonomía puede verse limitada debido a su edad y las condiciones institucionales en las que se encuentran. Sin embargo, es crucial que estos individuos mantengan su autonomía, ya que les proporciona una sensación de autoestima y auto reconocimiento.

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

Según Macay (2017) son aquellas actividades que una persona realiza a diario para vivir de manera autónoma y cumplir su papel social. Estas incluyen alimentación, higiene personal, vestimenta, control de esfínteres y desplazamiento. A medida que las personas envejecen, las AVD pueden verse comprometidas debido a los cambios naturales del ciclo de vida. En particular, la ducha y la movilidad funcional pueden ser actividades que se vuelven más difíciles en la senectud.

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Son actividades más complejas que las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y requieren habilidades, destrezas físicas y cognitivas avanzadas para llevarlas a cabo. Estas actividades permiten a las personas vivir de manera autónoma e independiente en su entorno familiar y comunitario, e incluyen tareas como la realización de labores domésticas, la movilidad fuera del hogar, el uso de transporte y la administración de medicamentos.(Macay, 2017)

Es importante tener en cuenta que el grado de dificultad de las AIVD puede variar entre los adultos mayores, dependiendo de factores como la edad, la salud, la discapacidad y otros factores personales. En algunos casos, es posible que se requiera apoyo y asistencia para facilitar la realización de estas actividades y garantizar la seguridad y el bienestar de la persona.(Macay, 2017)

Factores que disminuyen la autonomía

La pérdida de autonomía puede estar vinculada a diversos factores, como cambios físicos, psicológicos, psicomotores y socioafectivos previamente mencionados. No obstante, es importante considerar también el nivel educativo del paciente, ya que aquellos que hayan completado sus estudios pueden tener una vida más independiente, mientras que aquellos que no lo hayan hecho pueden experimentar limitaciones en su participación en actividades sociales, económicas, laborales, culturales y de ocio. Asimismo, la institucionalización, que se refiere a la residencia de ancianos o centro de atención especializada para adultos mayores, puede afectar negativamente la autonomía de la persona al limitar su capacidad para tomar decisiones sobre su propia vida. Al ser un lugar de reclusión, los residentes pueden sentir desconcierto al tener que adaptarse a nuevos horarios y dietas impuestas, tener relaciones interpersonales limitadas y depender constantemente del personal de salud para sus necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria (Adana Díaz et al., 2019).

Tipos de autonomía

- a) Autonomía funcional:** La habilidad de una persona para llevar a cabo sus tareas diarias de manera autónoma está directamente relacionada con la cantidad de ayuda que necesita para completarlas (Adana Díaz et al., 2019).
- b) Autonomía moral:** La capacidad de una persona para tomar decisiones y asumir las consecuencias que puedan surgir, actuando de manera responsable en función de sus razones (Adana Díaz et al., 2019).
- c) Autonomía económica:** Capacidad que tiene la persona para generar ingresos y manejarlos de forma autónoma, con la responsabilidad de administrar su dinero y lograr una vida digna y adecuada (Adana Díaz et al., 2019).
- d) Autonomía Relaciona:** Este término se refiere al reconocimiento de la vulnerabilidad que experimenta un usuario que no es completamente autónomo ni racional, como es el caso de los adultos mayores que siempre están inmersos en su entorno familiar y social. Para tomar la mejor decisión en conjunto, es esencial tener una comunicación bidireccional efectiva (Adana Díaz et al., 2019).

2.3. Definición de términos básicos

Accesibilidad: La accesibilidad puede ser definida de muchas maneras, pero básicamente es la posibilidad que tiene una persona, con o sin problemas de movilidad o percepción sensorial, de entender un espacio, integrarse en él e interactuar con sus contenidos. El «Concepto Europeo de Accesibilidad», que establece que la accesibilidad «es una característica básica del entorno construido. Es la condición que posibilita el llegar, entrar, salir y utilizar las casas, las tiendas, los teatros, los parques, las oficinas públicas y los lugares de trabajo. *Huerta Peralta, Jaime. Discapacidad y diseño accesible. Lima: SERINSA, 2007.*

Accesibilidad universal: Condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos, 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. *Diccionario panhispánico del español jurídico. [En línea] 11 de junio de 2002. [Citado el: 18 de octubre de 2021.] <https://dpej.rae.es/lema/accesibilidad-universal>.*

Adulto Mayor: Según la OMS las personas de 60 a 74 años son considerados de edad avanzada, de 75 a 90 años viejas o ancianas, y los que sobrepasan los 90 años se les denomina grandes, viejos o longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad. *Organización Mundial de la Salud. El informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS, 2015.*

Arquitectura Funcional: Es aquella que desde su diseño y creación recurre a la predilección por las formas geométricas simples, logra una racionalidad en su solución que le da a la obra arquitectónica un carácter propio y definido. *Funcionalismo: modernidad y espacio. Córdova Gonzáles, Luis A. Tecamachalco: ESIA Tecamachalco, 2010, Vol. I. 1870-9052.*

Cadena de accesibilidad: Indica que la conexión del punto de origen y destino se debe producir de manera continua y sin rupturas para personas con distintas capacidades funcionales. Para ello se deben conectar todos los eslabones de la cadena mediante soluciones accesibles. *La accesibilidad en evolución: La adaptación persona-entorno y su aplicación al medio residencial en España y Europa. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, 2016.*

Circulación: El término «circulación» se refiere al movimiento de personas a través, alrededor y entre edificios y otras partes del entorno construido. Dentro de los edificios, los espacios de circulación son espacios predominantemente utilizados para la circulación, como entradas, vestíbulos y vestíbulos, pasillos, escaleras, descansos, etc. la circulación se refiere a la forma en

que las personas se mueven e interactúan con un edificio. *Jara Tomckowiack, Patricio. Equipamiento vecinal para la calidad de vida y la sostenibilidad urbana en conjuntos residenciales: Valores y principios a considerar en una Política Nacional de Desarrollo Urbano. Santiago de Chile: Universidad de Chile, Facultad de Arquitectura y Urbanismo, Instituto de la Vivienda, 2010*

Composición: la composición de un espacio arquitectónico es, adecuar distintos elementos dentro de un espacio, combinándolos de tal forma que todos ellos sean capaces de poder aportar un significado a los usuarios. *Goicovic, Giselle. Arquitectura Universidad UCINF. [En línea] agosto de 2015. [Citado el: 21 de febrero de 2021.] <https://arquitecturaucinf.wordpress.com/composicion-arquitectonica/>.*

Diseño Universal: Su objetivo es conseguir que todas las personas puedan utilizar o disfrutar (ese objeto o entorno), de forma autónoma, independientemente de sus capacidades físicas, sensoriales y cognitivas. La vertiente humanística y sociológica que marcó los orígenes del diseño moderno da un importante paso hacia el compromiso moral de todos los implicados en un proceso de diseño. *El Diseño Universal en arquitectura y urbanismo. [En línea] Vortex, 29 de enero de 2018. [Citado el: 18 de octubre de 2021.] <https://parques-agua.vortex-intl.com/disenouniversal-arquitectura-urbanismo/>.*

Escala de Lawton y Brody: Permite detectar las primeras señales de dificultad y falta de autonomía en la persona. Este breve instrumento es uno de los más utilizados a nivel internacional y el más empleado en las unidades de geriatría en España. Permite medir el grado de independencia en personas ancianas, tanto institucionalizadas como no. Además, destacar que lo hace a través de la evaluación de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). *La escala de Lawton y Brody para evaluar la autonomía en el anciano. Sanz, Elena. Salamanca: La mente es maravillosa, 2020, Vol. I.*

Equipamientos: Son instalaciones y espacios vinculados al dominio público o privado, de acceso libre o restringido, cuya función es ofrecer servicios a la comunidad para satisfacer sus necesidades de la vida urbana y apoyar el desarrollo de sus actividades residenciales y productivas. *Jara Tomckowiack, Patricio. Equipamiento vecinal para la calidad de vida y la sostenibilidad urbana en conjuntos residenciales: Valores y principios a considerar en una Política Nacional de Desarrollo Urbano. Santiago de Chile: Universidad de Chile, Facultad de Arquitectura y Urbanismo, Instituto de la Vivienda, 2010.*

Funcionalidad y discapacidad: Consideradas como características correspondientes a un rango universal de los seres humanos y no un identificador único de un grupo. Las personas tienen una discapacidad dependiendo del entorno en el que se desenvuelven y son los obstáculos físicos los que limitan o impiden sus movimientos y autonomía. En nuestra área, estas barreras se clasifican

según su entorno en urbanísticas (vías y espacios de uso público) y arquitectónicas (accesos e interiores de edificios públicos o privados). *Jara Tomckowiack, Patricio. Equipamiento vecinal para la calidad de vida y la sostenibilidad urbana en conjuntos residenciales: Valores y principios a considerar en una Política Nacional de Desarrollo Urbano. Santiago de Chile: Universidad de Chile, Facultad de Arquitectura y Urbanismo, Instituto de la Vivienda, 2010.*

Geriatría: La geriatría es la rama médica dedicada al cuidado de los adultos mayores que toca aspectos preventivos, terapéuticos, rehabilitatorios y paliativos integrando los aspectos sociales y familiares. Proporciona herramientas para la atención del adulto mayor enfermo en etapas agudas, subagudas y crónicas. Su objetivo fundamental es la conservación de la autonomía y la autovalía del adulto mayor utilizando abordajes que integren las enfermedades de mayor prevalencia, las más discapacitantes y aquellas que condicionan dependencia. *Definición y objetivos de la geriatría. Ávila Fematt, Flor María. Ciudad de México: Domínguez Sección XVI, 2010, Vol. V.*

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. *Ministerio de Vivienda, Construcción y saneamiento. NORMA TÉCNICA A.120 Accesibilidad Universal en Edificaciones del Reglamento Nacional de Edificaciones. Lima: Ministerio de Vivienda, Construcción y saneamiento, 2019.*

Señalización: Sistema de avisos que permite identificar los elementos y ambientes públicos accesibles dentro de una edificación, para orientación de los usuarios. *Ministerio de Vivienda, Construcción y saneamiento. NORMA TÉCNICA A.120 Accesibilidad Universal en Edificaciones del Reglamento Nacional de Edificaciones. Lima: Ministerio de Vivienda, Construcción y saneamiento, 2019.*

Usuarios: El usuario es el elemento principal en torno al cual se desarrolla el proyecto arquitectónico, ya que como lo dice el arquitecto portugués Álvaro Siza: “Si se ignora al hombre, la arquitectura es innecesaria”. En los últimos años en el ámbito del diseño arquitectónico, ha cobrado importancia el diseño centrado en el usuario o diseño social (Sommer, 1983), cuyo principal objetivo es satisfacer las necesidades de los usuarios reales o potenciales, de manera que se busca generar diseños que tengan en cuenta su punto de vista y modo de vivir (Fornara y Andrade, 2012) *Universidad de Insurgentes. Técnicas arquitectónicas y condiciones socio económicas. México: Universidad de Insurgentes, 2020.*

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Método y alcance de investigación

3.1.1. Método general

Para la siguiente investigación se ha utilizado el método científico:

“El método científico es un conjunto de procedimientos por los cuales se plantean los problemas científicos y se ponen a prueba las hipótesis y los instrumentos de trabajo investigativo” (Tamayo y Tamayo, 2012, p.30) (28)

“El método científico es el conjunto de pasos, técnicas y procedimientos que se emplean para formular y resolver problemas de investigación mediante la prueba o verificación de hipótesis.” (Arias, 2012) (29)

3.2. Tipo de investigación

Se ha utilizado la investigación correlacional simple, ya que tiene como objetivo determinar el grado de relación de las variables (30)

3.3. Alcance de la investigación

Nivel de la investigación: El nivel es Descriptivo, ya que es información detallada respecto un fenómeno o problema para describir sus dimensiones (variables) con precisión. (30)

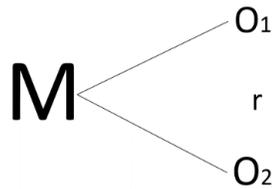
3.4. Enfoque de la investigación

Mientras el enfoque cuantitativo estudia realidades y hechos de naturaleza objetiva; el enfoque cualitativo estudia realidades y fenómenos cuya naturaleza es subjetiva. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p. 11).

Durante mucho tiempo, se consideró que los enfoques cuantitativo y cualitativo eran completamente contrarios y que, por ende, no podían utilizarse de forma conjunta; sin embargo, tal como Uwe Flick (2012) explica “(...) la combinación de ambas estrategias ha cristalizado como una perspectiva que se analiza y practica de varias formas.” (p.277). (31)

3.5. Diseño de la investigación

El diseño a usar en nuestra investigación es no experimental. También conocido con el nombre de la investigación Ex Post Facto (después de los hechos). Este tipo de estudio es sistemático y empírico, ya que no podemos manipular las variables independientes, por lo tanto, presentamos el siguiente esquema:



Donde:

M: Viene a ser la muestra seleccionada y que representa al conjunto total de personas adultomayores que habitan los espacios del Porvenir.

O1: Representa la variable 1:

O2: Representa la variable 2:

r: Representa la relación

3.6. Operacionalización de variables

Tabla 15. Operacionalización de variables

Variable	Dimensión	Sub-Dimensiones	Indicador	Instrumento
Percepción de la Arquitectura Accesible del CAM	Seguridad (Normativa Nacional A.120)	Barreras Arquitectónicas	Facilidad de acceso	Encuesta
			Señalización	
			Rampas	
		Seguridad en Suelos	Textura antideslizante	
			Superficie continua	
			Seguridad en Muros	
	Materialidad			
	Intensión Espacial (Funcionalidad)	Circulación	Flujo de tráfico	Encuesta
			Orientación	
		Usabilidad	Dimensiones del espacio	
Mobiliario				
Confort del Espacio		Tipo de iluminación		

Nivel de Autonomía del adulto mayor	Actividades Básicas	Índice de Barthel	Condición térmica	Encuesta
			Alimentación	
			Baño	
			Vestido	
			Aseo	
			Uso de retrete	
			Defecación	
			Micción	
			Deambulación	
			Subir y bajar escaleras	
	Transferencia (traslado entre silla y cama)			
	Actividades instrumentales	Escala de Lawton Y Brody	Capacidad para Usar el teléfono	Encuesta
			Hacer compras	
			Preparación de La comida	
			Cuidado de la Casa	
			Lavado de la Ropa	
			Uso de medios de Transporte	
			Responsabilidad Respecto a su Medicación	
			Manejo de sus Asuntos Económicos	

Población

Los habitantes de la región Junín desde los 60 años de edad son un total de 120,202. De los cuales 49,844 habitantes pertenecen a Huancayo. Siendo solo **1,270 Adultos mayores** los que están registrados y empadronados en el Fundo El Porvenir.

Esto a consideración del actual estado de emergencia y la caracterización de nuestro público objetivo, que supera los 60 años de edad.

Muestra

Según el autor Arias (29) define muestra como “un subconjunto representativo y finito que se extrae de la población accesible”. (29)

“La muestra en el proceso cualitativo es un grupo de personas, eventos, sucesos, comunidades, etc., sobre el cual se habrán de recolectar los datos, sin que necesariamente sea representativo del universo o población que se estudia.” Hernández (30)

Como muestra no probabilística se tienen a **70 adultos mayores**

3.7. Técnicas Utilizadas En La Recolección De Datos

Trabajo de campo

Según explican Di Virgilio, Fraga, Najmias, Navarro y Perea (2007): “Cuando en Ciencias Sociales hablamos de trabajo de campo, hacemos referencia a investigaciones que implican en su desarrollo la comprensión de fenómenos sociales en sus escenarios naturales, mediante la combinación de diversas fuentes de información, tales como observación y entrevistas” (pág.92). (32)

Trabajo de gabinete

Según explica Carlos Sabino (1992): “Al concluir con la recolección de datos recabaremos información de la cual se podrá obtener conclusiones generales que tienen como objetivo responder al problema formulado al inicio de la investigación. Sin embargo, todos los datos en conjunto no darán ninguna respuesta si previamente no aplicamos una serie de pasos que la organicen, a este proceso lo llamamos procesamiento de gabinete”. (33)

3.8. Instrumentos Utilizados En La Recolección De Datos

Ficha de observación

“Con los métodos o técnicas de observación el investigador participa mirando, registrando y analizando los hechos de interés” (Blaxter et al, 2000) (34)

La ficha de observación se realizó en un solo momento, en un tiempo único. La visita al Centro del Adulto Mayor (CAM), se dio el 9 de marzo del 2022. Con el objetivo de poder recolectar datos descriptivos, observando la funcionalidad y distribución de los espacios dentro del CAM, y cuantitativos, midiendo el área de los ambientes, las distancias en los pasillos y la dimensión de los accesos; de esta manera se podrá evaluar la accesibilidad para un adulto mayor dentro de las instalaciones ya mencionadas.

Encuesta virtual

Fink (2008) define la encuesta como método de recolección de información que se usa para describir, comparar o explicar conocimientos, sentimientos, valores, preferencias y conductas. (35)

Para el desarrollo de la investigación se realizará un cuestionario virtual a las personas de la tercera edad que participen en el Centro del Adulto Mayor (CAM) Huancayo, siendo 70 las personas encuestadas y 21 preguntas planteadas (Ver Anexo 9 al anexo 13) esta encuesta cuenta con preguntas personales que, por recomendación de la médica geriatra Sandra Mallma con colegiatura N° 58868, ayudan que el adulto mayor se conecte con el cuestionario. Se realizará de manera virtual por motivos de bioseguridad a causa de la pandemia, y por tratarse de una población que se encuentra en alto riesgo.

Encuesta presencial

Para medir como interactúa el adulto mayor con la arquitectura existente del CAM, se realizaron encuestas presenciales, ya que, para la fecha, se reanudó las actividades dentro del Centro del adulto mayor,

CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados descriptivos

Tabla 16. Percepción de la arquitectura accesible

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	5	7,1 %
Medio	43	61,4 %
Alto	22	31,4 %
Total	70	100,0 %

Interpretación: En la Tabla 16 y la Figura 10 se puede observar que el 61,4% (43) de los adultos mayores perciben que la arquitectura es medianamente accesible. Esta percepción se relaciona con la capacidad que tienen de desplazarse sin restricciones en los espacios construidos. Esta valoración intermedia también se atribuye a la presencia de pisos de granito pulido que resultan resbalosos y a áreas verdes que, por no recibir el mantenimiento adecuado, presentan obstáculos para su movilidad. En contraste, un 31,4% (22) siente que la arquitectura es altamente accesible, principalmente aquellos con mayor autonomía. Finalmente un 7,1% (5) considera que la accesibilidad es baja, usualmente debido a su reducida autonomía y a la ausencia de adecuadas medidas de seguridad y señalización."

Figura 10. Percepción de la arquitectura accesible

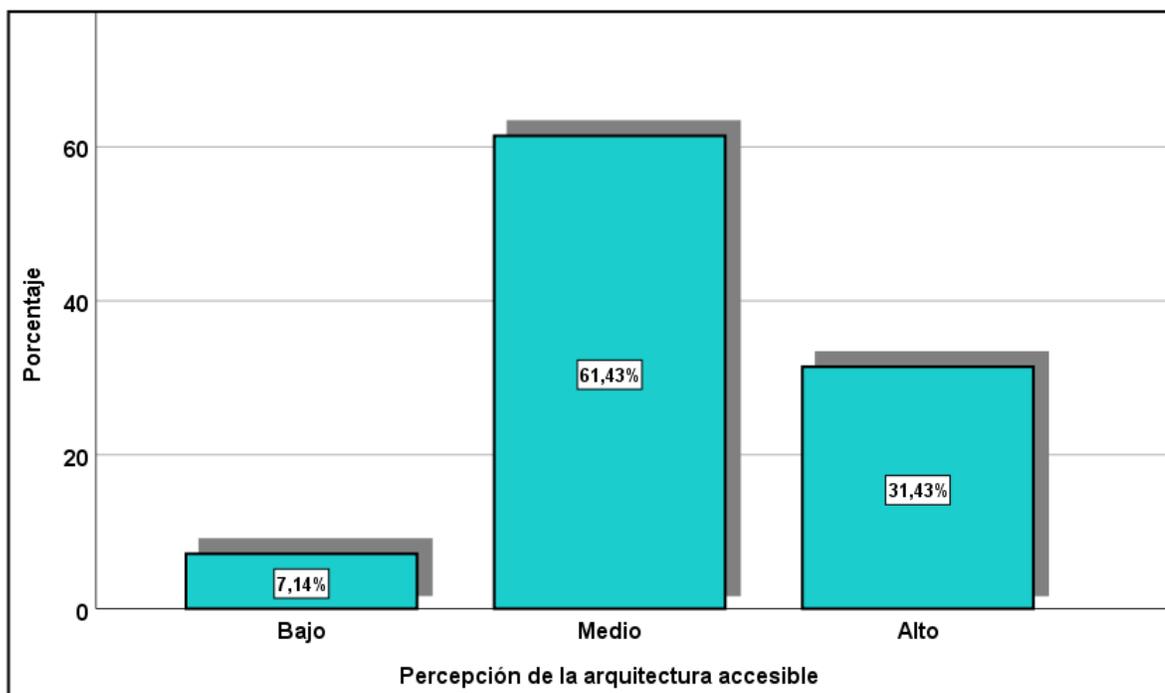


Tabla 17. Percepción de la seguridad (normativa nacional A.120)

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	9	12,9
Medio	33	47,1
Alto	28	40,0
Total	70	100,0 %

Interpretación: En la Tabla 17 y la Figura 11 se puede apreciar que un 47,1% (33) de los adultos mayores perciben un nivel medio de la seguridad, esta percepción se atribuye a la facilidad de desplazamiento que tienen dentro de los salones, sin embargo, a falta de elementos como barandas y pisos podotáctiles complica su tránsito en áreas comunes, seguido de un 40,0% (28) que perciben un nivel alto de seguridad, ya que al ser más autónomos, no necesitan de los elementos ya mencionados, mientras que un 12,9% (9) perciben un nivel bajo de la seguridad, por la necesidad de soporte y elementos antideslizantes.

Figura 11. Percepción de la seguridad (normativa nacional A.120)

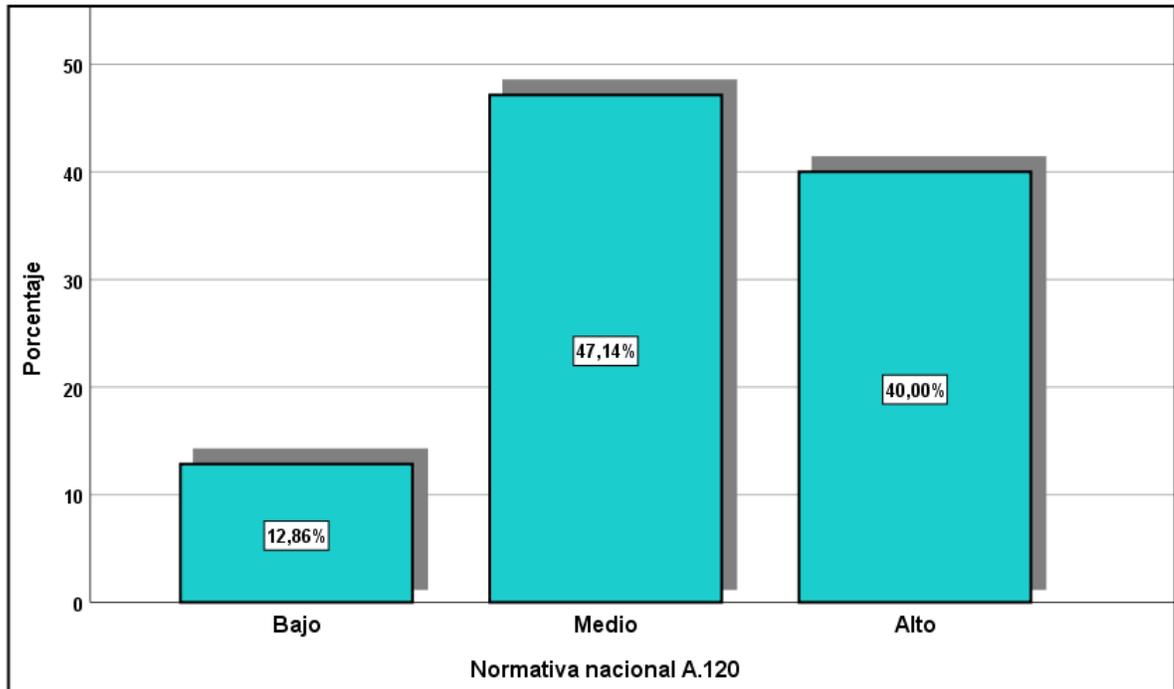


Tabla 18. Percepción de la Intensión Espacial (funcionalidad)

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	7	10,0
Medio	42	60,0
Alto	21	30,0
Total	70	100,0 %

Interpretación: En la Tabla 18 y la Figura 12 se puede observar que el 60,0% (42) de los adultos mayores perciben un nivel medio de intensidad espacial, debido a que encuentran favorable a la circulación, esto se da porque el flujo de tráfico al salir de los salones es óptimo, pero en áreas comunes se aglomeran muchas personas y esto no las abastece, en cuanto la usabilidad, se encuentran cómodos pero desearían mejorar tanto las dimensiones como el mobiliario; seguido por un 30,0% (21) de adultos mayores que perciben un nivel alto de la intensidad espacial, resaltando la

adecuada iluminación proporcionada por los ventanales en los salones, finalmente, un 10,0% (7) que perciben un nivel bajo de intención espacial, ya que por los mismos ventanales, afectan el confort térmico dentro de los salones lo cual no es ideal para la población mayor.

Figura 12. Percepción de la Intensión Espacial (funcionalidad)

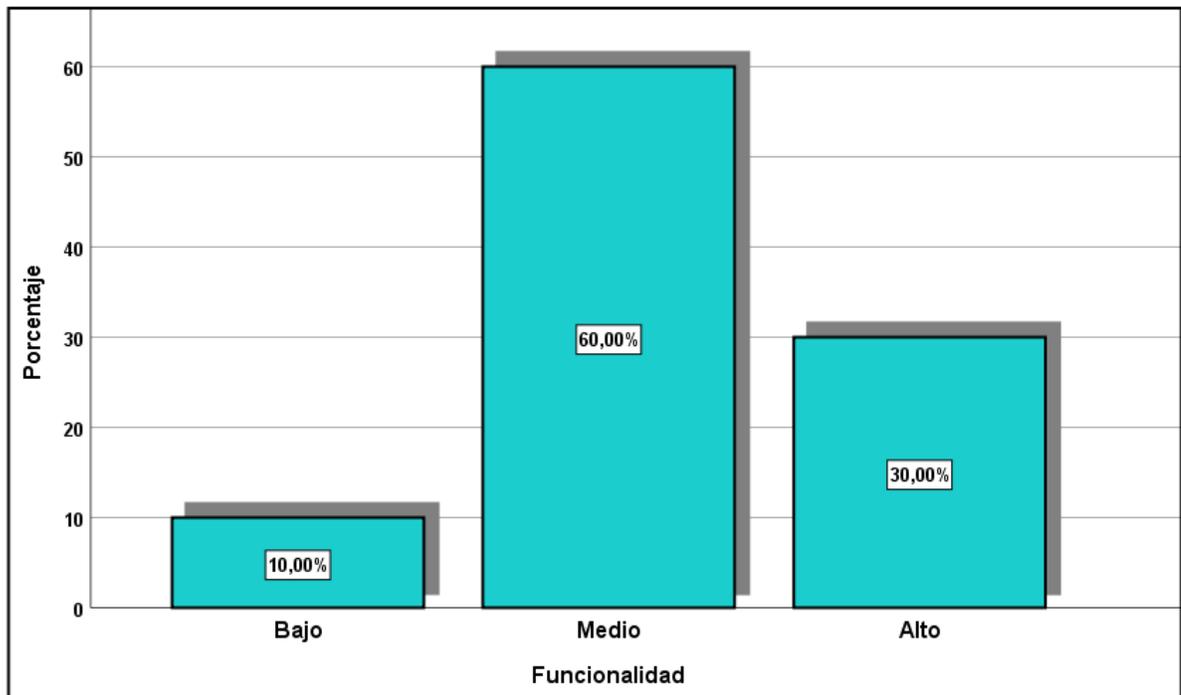


Tabla 19. Autonomía de los adultos mayores

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	4	5,7
Medio	7	10,0
Alto	59	84,3
Total	70	100,0 %

Interpretación: En la Tabla 19 y la Figura 13 se puede observar que el 84,3% (59) de los adultos mayores muestran un nivel alto de autonomía, lo que evidencia su independencia al llevar a cabo actividades básicas (comer, vestirse, ir al baño, etc) e instrumentales (ir en transporte público,

manejo de la economía, etc), seguido por un 10,0% (7) de adultos mayores que presentan un nivel medio de autonomía requiriendo ayuda ocasional, y finalmente, un 5,7% (4) que muestran un nivel bajo de autonomía, dependiendo de la asistencia de terceros para sus actividades.

Figura 13. Autonomía de los adultos mayores

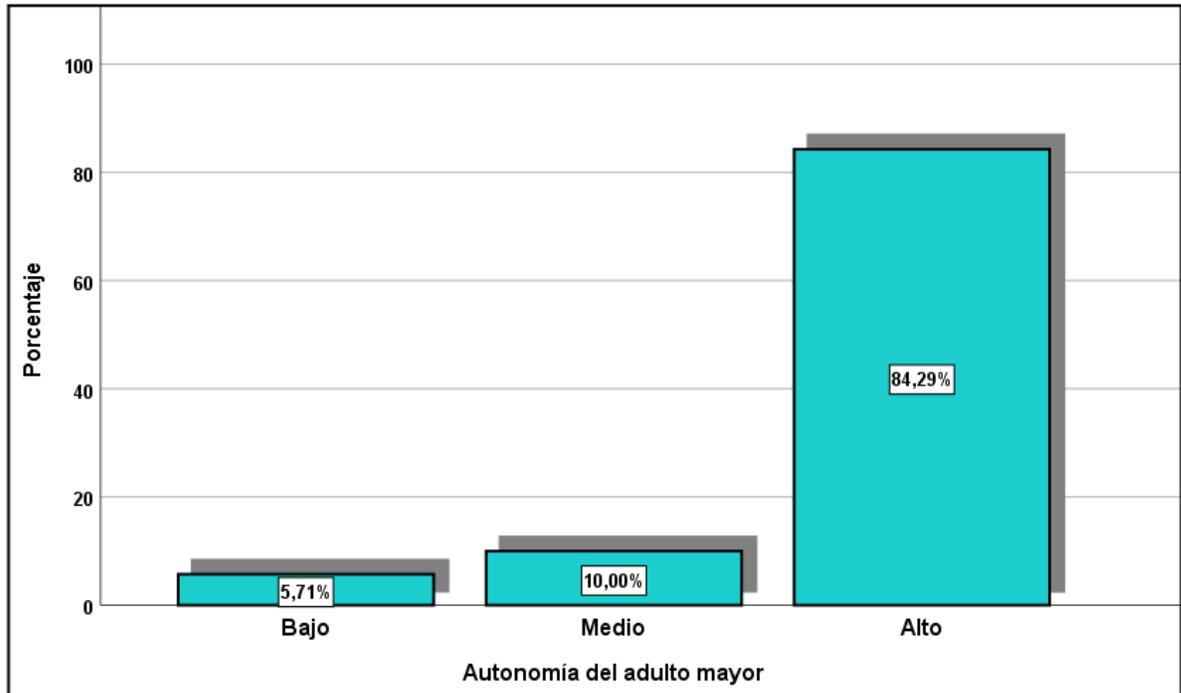


Tabla 20. Independencia de los adultos mayores (Actividades Básicas)

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	7	10,0
Medio	16	22,9
Alto	47	67,1
Total	70	100,0 %

Interpretación: La Tabla 20 y la Figura 14 muestran que el 67,1% (47) de los adultos mayores tienen un nivel alto de independencia, evidenciado por su habilidad para desempeñar actividades cotidianas de manera autónoma, mientras que un 22,9% (16) de adultos mayores muestran un nivel medio de independencia, indicando que requieren algún tipo de asistencia; y, por último, el 10,0%

(7) refleja una significativa dependencia, necesitando la intervención de terceros para realizar tareas básicas como comer, asearse, vestirse, desplazarse o ir al baño.

Figura 14. Independencia de los adultos mayores (Actividades básicas)

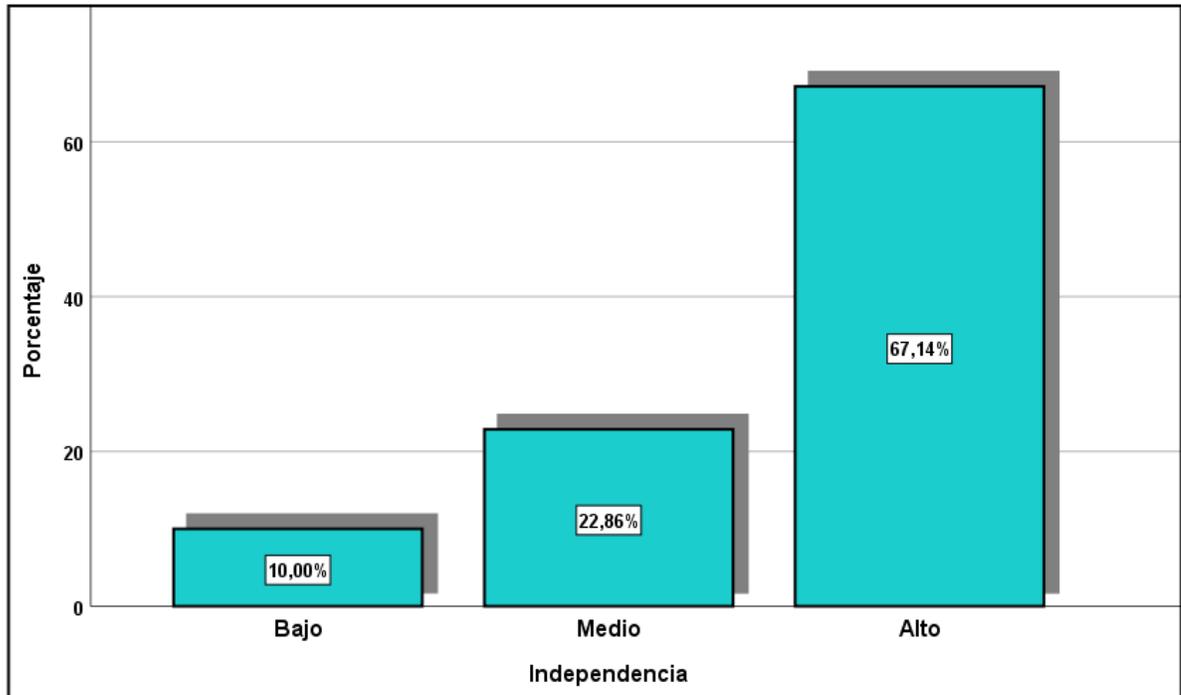


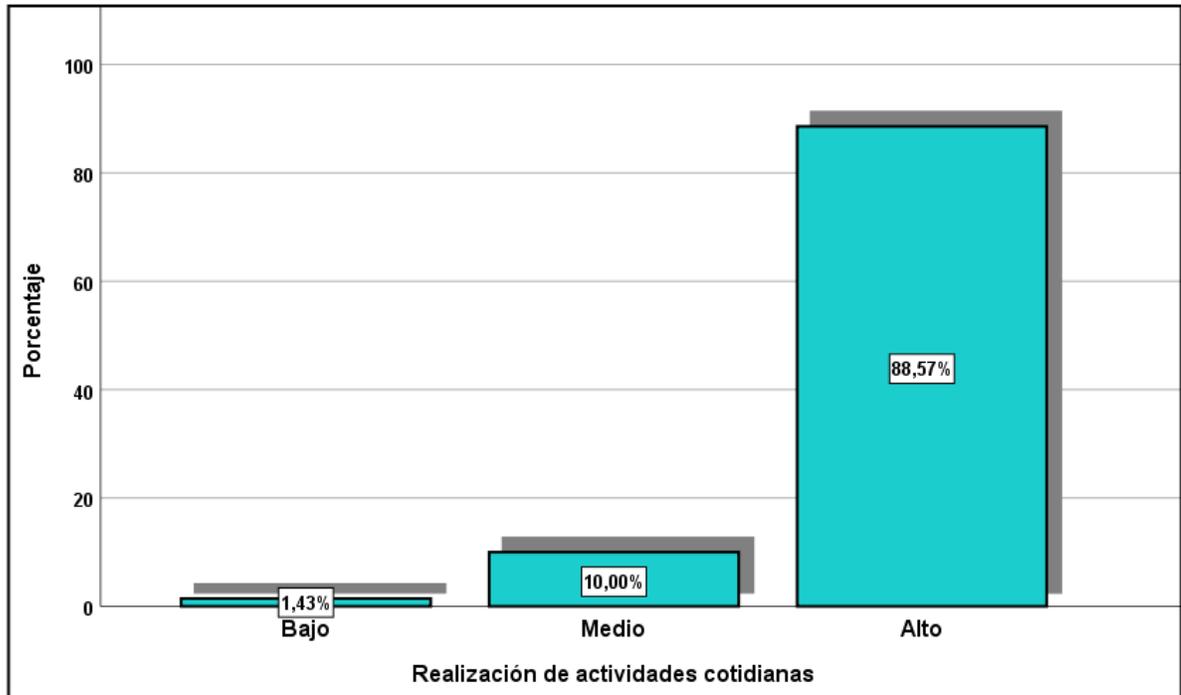
Tabla 21. Realización de actividades cotidianas (Actividades instrumentales)

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	1	1,4
Medio	7	10,0
Alto	62	88,6
Total	70	100,0 %

Interpretación: En la Tabla 21 y la Figura 15 se puede observar que el 88,6% (62) de los adultos mayores muestran un alto nivel en la realización de actividades cotidianas, permitiéndoles realizar con facilidad tareas como compras, uso del teléfono, manejo del transporte público y gestión de su economía, entre otras, seguido por un 10,0% (7) de adultos mayores que presentan un nivel medio en la realización de actividades cotidianas, indicando una independencia parcial, y finalmente, un 1,4% (1) que muestran un nivel bajo en la realización de actividades cotidianas, son aquellos que

no pueden realizar ninguna de las actividades ya mencionadas y dependiendo de la asistencia de terceros.

Figura 15. Realización de actividades cotidianas (Actividades instrumentales)



4.2. Resultados inferenciales

Las pruebas de hipótesis se realizaron con el estadístico Rho de Spearman. Este estadístico se interpreta según la figura a continuación.

Figura 16 Interpretación del coeficiente de Rho de Spearman



Prueba de la Hipótesis General:

H0: No existe una relación significativa entre percepción de la arquitectura accesible y la autonomía de los usuarios del centro del adulto mayor “El Porvenir” en Huancayo - 2023

H1: Existe una relación significativa entre percepción de la arquitectura accesible y la autonomía de los usuarios del centro del adulto mayor “El Porvenir” en Huancayo - 2023

Regla decisión:

Si: $p \leq 0.05$, entonces se acepta H1 y se rechaza H0

Si: $p > 0.05$, entonces se acepta H0 y se rechaza H1

Tabla 22. Correlación entre percepción de la arquitectura accesible y autonomía

		Autonomía del adulto mayor	
		Coefficiente de correlación	0,163
Rho de Spearman	Percepción de la arquitectura accesible	Sig. (bilateral)	0,177
		N	70

Interpretación: En la tabla se puede ver que se obtuvo 0.177 como valor de significancia, según la regla de decisión se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna. Por lo tanto, no existe suficiente evidencia muestral para afirmar que existe una relación significativa entre percepción de la arquitectura accesible y la autonomía de los usuarios del centro del adulto mayor “El Porvenir” en Huancayo – 2023.

Prueba de la Hipótesis Específica 1:

H0: No existe una relación significativa entre la Normativa Nacional A.120 y la autonomía de los usuarios del centro del adulto mayor “El Porvenir” en Huancayo – 2023.

H1: Existe una relación significativa entre la Normativa Nacional A.120 y la autonomía de los usuarios del centro del adulto mayor “El Porvenir” en Huancayo – 2023.

Regla decisión:

Si: $p \leq 0.05$, entonces se acepta H1 y se rechaza H0

Si: $p > 0.05$, entonces se acepta H0 y se rechaza H1

Tabla 23. Correlación entre normativa nacional A.120 y autonomía

		Autonomía del adulto mayor	
		Coefficiente de correlación	0,084
Rho de Spearman	Percepción de seguridad (Norma A.120)	Sig. (bilateral)	0,492
		N	70

Interpretación: En la tabla se puede ver que se obtuvo 0.492 como valor de significancia, según la regla de decisión se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna. Por lo tanto, no existe suficiente evidencia muestral para afirmar que existe una relación significativa entre la seguridad y la autonomía de los usuarios del centro del adulto mayor “El Porvenir” en Huancayo – 2023.

Prueba de la Hipótesis Específica 2:

H0: No existe una relación significativa entre la funcionalidad y la autonomía de los usuarios del centro del adulto mayor “El Porvenir” en Huancayo – 2023.

H1: Existe una relación significativa entre la funcionalidad y la autonomía de los usuarios del centro del adulto mayor “El Porvenir” en Huancayo – 2023.

Regla decisión:

Si: $p \leq 0.05$, entonces se acepta H1 y se rechaza H0

Si: $p > 0.05$, entonces se acepta H0 y se rechaza H1

Tabla 24. Correlación entre funcionalidad y autonomía

		Autonomía del adulto mayor	
		Coefficiente de correlación	0,080
Rho de Spearman	Percepción de la intención espacial (Funcionalidad)	Sig. (bilateral)	0,512
		N	70

Interpretación: En la tabla se puede ver que se obtuvo 0.512 como valor de significancia, según la regla de decisión se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna. Por lo tanto, no existe suficiente evidencia muestral para afirmar que existe una relación significativa entre la intención espacial y la autonomía de los usuarios del centro del adulto mayor “El Porvenir” en Huancayo - 2023

4.3. Discusión de los resultados

En la investigación realizada se analizó el nivel de relación entre la percepción de la arquitectura accesible y la autonomía de los usuarios en el centro del adulto mayor "El Porvenir" en Huancayo. Se utilizó el análisis inferencial por la prueba no paramétrica de Rho de Spearman y se encontró un coeficiente de correlación de 0.163, lo que indica una correlación débil y no significativa entre las variables. Además, la significancia obtenida fue de 0.177, lo que lleva a aceptar la hipótesis nula y rechazar la hipótesis alterna. En cuanto a la percepción de la arquitectura accesible, se observó que el 61.4% (43) de los adultos mayores percibieron un nivel medio, el 31.4% (22) percibieron un nivel alto, y el 7.1% (5) percibieron un nivel bajo. Por otro lado, en cuanto a la autonomía, el 84.3% (59) tuvieron un nivel alto, el 10.0% (7) tuvieron un nivel medio, y el 5.7% (4) tuvieron un nivel bajo. La posible explicación radica en la escasa variabilidad de autonomía en la muestra, con la mayoría de los adultos mayores siendo autónomos y pocos con baja autonomía. Esta falta de

diversidad en los niveles de autonomía podría haber influido en la no correlación observada, a pesar de una distribución normal en la percepción de arquitectura accesible. Se sugiere que futuras investigaciones incluyan una muestra más diversa en términos de autonomía para obtener análisis más robustos y propuestas arquitectónicas y urbanísticas inclusivas y adaptadas a las necesidades de adultos mayores con diferentes grados de autonomía. A pesar de que los resultados no muestran una correlación entre la percepción de la arquitectura accesible y la autonomía de los usuarios, estudios anteriores han resaltado la importancia de la accesibilidad en la incentivación de la autonomía de los individuos. En un estudio realizado por Vásquez (1), se evidenció que los proyectos de diseño que priorizan la accesibilidad y la inclusión permiten a los usuarios desplazarse con seguridad y comodidad, utilizar todas las áreas y tener acceso a ambientes adecuados para la rehabilitación y el bienestar. Sin embargo, al comparar con los resultados del estudio de Caruso y Pasco (8), se puede apreciar que la percepción de una arquitectura accesible no siempre se refleja en una mejora significativa en la capacidad de autodeterminación de las personas mayores, a menos que se integre con otros factores como el diseño universal y la inclusión. En resumen, la investigación reveló una correlación débil y no significativo entre la percepción de la arquitectura accesible y la autonomía de los usuarios en el centro del adulto mayor "El Porvenir". Aunque otros estudios han destacado la relevancia de la accesibilidad en la incentivación de la autonomía, los hallazgos sugieren que la mejora significativa de la autonomía de los usuarios requiere la integración de factores adicionales, tales como el diseño universal e inclusión, juntamente con la accesibilidad arquitectónica.

En la investigación realizada se ha determinado la relación entre la Seguridad y la autonomía de los usuarios del centro del adulto mayor "El Porvenir" en Huancayo - 2023. Se utilizó el análisis inferencial por la prueba no paramétrica de Rho de Spearman, obteniendo un coeficiente de correlación de 0.084, indicando una correlación débil y no significativa entre las variables. Además, se obtuvo una significancia de 0.492, lo que lleva a aceptar la hipótesis nula y rechazar la hipótesis alterna. En cuanto al nivel de cumplimiento de la Seguridad, se observó que el 47.1% (33) de los adultos mayores perciben un nivel medio de cumplimiento, seguido de un 40.0% (28) que perciben un nivel alto, mientras que un 12.9% (9) perciben un nivel bajo. En cuanto a la autonomía, el 84.3% (59) tuvieron un nivel alto, el 10.0% (7) tuvieron un nivel medio, y el 5.7% (4) tuvieron un nivel bajo. Aunque la investigación realizada no pudo encontrar suficiente evidencia muestral para afirmar una relación significativa, al comparar los resultados obtenidos con los de Vela y Vela (2), se destaca la importancia de contar con una infraestructura arquitectónica de calidad en los centros de cuidado del adulto mayor. Es fundamental cumplir con las regulaciones edilicias (normativas

que rigen el diseño, construcción y mantenimiento de las edificaciones) y los criterios de protección adecuados para satisfacer las necesidades básicas de los adultos mayores, fomentar su autonomía, recreación y hacerlos sentir como en casa. Asimismo, al contrastar los resultados con los de Carranza (1), se resalta la importancia de garantizar la accesibilidad y autonomía de las personas vulnerables. Se sugiere que la falta de regulación en relación con la accesibilidad tiene un impacto negativo en el cumplimiento de la Norma técnica A-120 en la ciudad de Chiclayo. Esto afecta el derecho de las personas vulnerables, y se propone la creación de una ordenanza municipal para supervisar y sancionar a aquellos que no cumplan con la norma. En resumen, aunque no se encontró suficiente evidencia muestral para afirmar una relación significativa entre esta variable y dimensión, la comparación de los resultados con estudios previos enfatiza la importancia de garantizar la accesibilidad y autonomía de las personas mayores a través de una infraestructura adecuada y de calidad, que se logra cumpliendo con la Seguridad.

En la investigación realizada, se examinó la relación entre la Intención espacial y la autonomía de los usuarios del centro para adultos mayores "El Porvenir" en Huancayo - 2023. Para tal efecto, se empleó el análisis inferencial, específicamente la prueba no paramétrica de Rho de Spearman. Los resultados indicaron una correlación débil y no significativa entre las variables, con un coeficiente de correlación de 0.080 y una significancia de 0.512, lo que llevó a la aceptación de la hipótesis nula y al rechazo de la hipótesis alterna. En lo que respecta a la Intención espacial, se observó que el 60.0% (42) de los adultos mayores percibieron un nivel medio, el 30.0% (21) percibieron un nivel alto, y el 10.0% (7) percibieron un nivel bajo. Por otro lado, en cuanto a la autonomía, el 84.3% (59) tuvieron un nivel alto, el 10.0% (7) tuvieron un nivel medio, y el 5.7% (4) tuvieron un nivel bajo. Al comparar los resultados de la investigación actual con los obtenidos por Bauer (3), se destaca la importancia de la facilidad de movilidad y la comodidad en el diseño espacial para garantizar la capacidad de desplazamiento y autonomía en todo momento. Aunque no se encontró una relación significativa entre la Intención espacial y la autonomía de los usuarios del centro para adultos mayores en Huancayo, se debe tener en cuenta que la arquitectura accesible y funcional es importante para promover la calidad de vida y autonomía de los adultos mayores. Además, se evidencia en la investigación de Marina (6) la falta de infraestructura y espacios en el entorno, lo que tiene un impacto negativo en la autonomía de los usuarios. Por lo tanto, es necesario mejorar la arquitectura accesible para las personas mayores en ambos centros, no solo para mejorar su calidad de vida y autonomía, sino también para las personas con capacidades diferentes. Finalmente, Luna (5) destaca la importancia de la Intención espacial y espacialidad en el diseño arquitectónico para adultos mayores. La arquitectura debe adaptarse al entorno y la naturaleza, y

garantizar que los adultos mayores y personas con habilidades diferentes puedan moverse de forma autónoma y cómoda. En resumen, los estudios destacaron la importancia de la arquitectura accesible y funcional para mejorar la calidad de vida y autonomía de los adultos mayores. Se resalta la necesidad de considerar la facilidad de movilidad y la comodidad en el diseño espacial, las deficiencias en la infraestructura y espacialidad de los ambientes, y la importancia de la Intención espacial y espacialidad en el diseño arquitectónico para adultos mayores

CAPÍTULO V

PROPUESTA ARQUITECTÓNICA

5.1. Análisis de usuarios

5.1.1. Tipo de usuario

- Usuario Permanente
 - Paciente internado
 - Personal médico
 - Personal administrativo
 - Personal de seguridad

- Usuario Recurrente
 - Pacientes del centro de día
 - Personal de servicios y mantenimiento

- Usuario Eventual
 - Familiares
 - Visitantes

Flujogramas:

Figura 17. Flujograma de usuarios permanentes y recurrentes

USUARIOS PERMANENTES:



USUARIOS RECURRENTE:

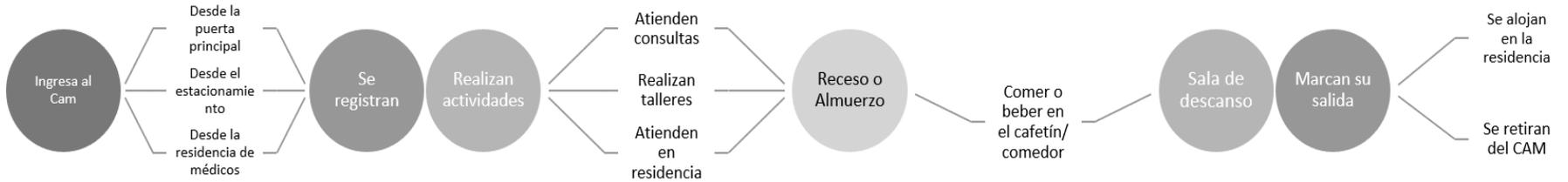


Figura 18. Flujograma de personal administrativo, médico y visitantes eventuales

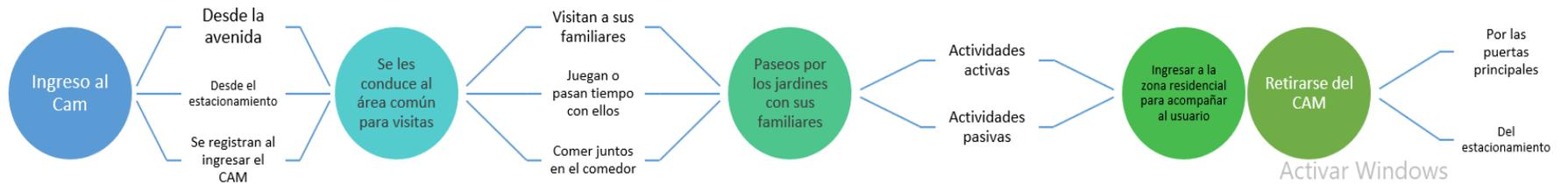
PERSONAL ADMINISTRATIVO:



PERSONAL MÉDICO:



VISITANTES EVENTUALES:

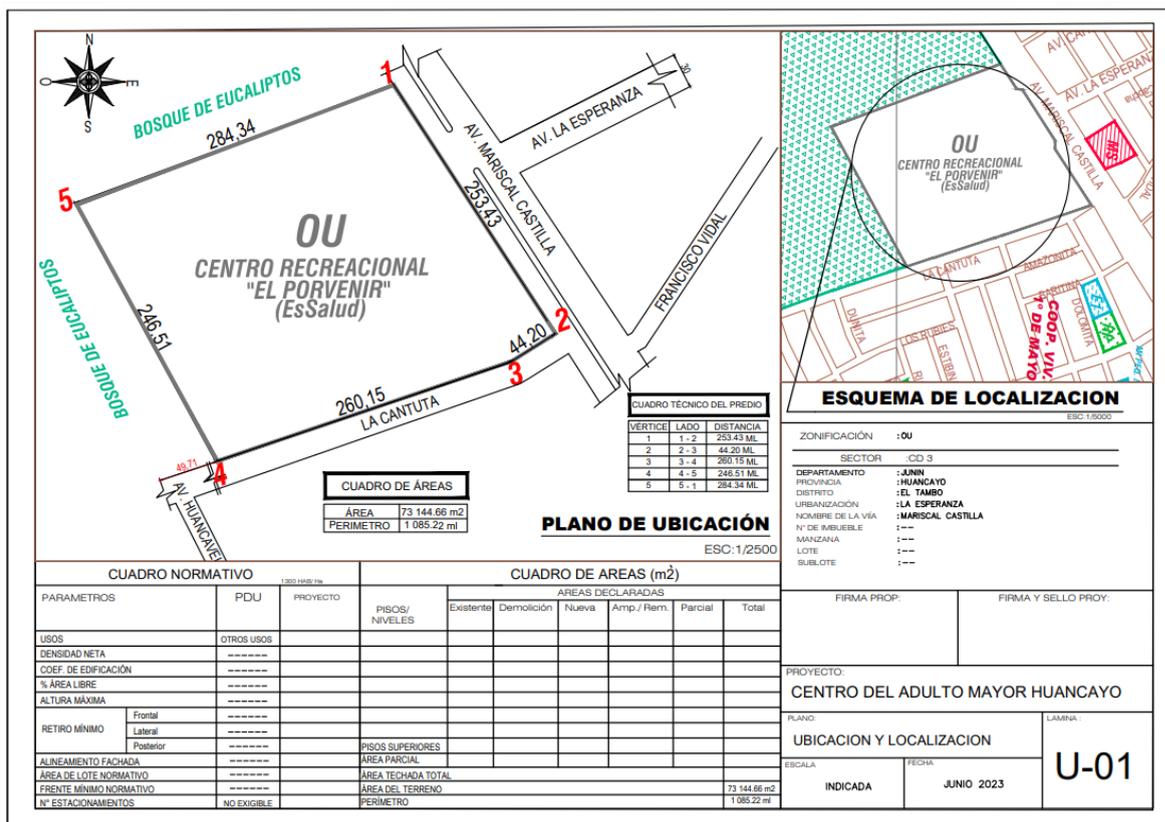


5.2. Descripción del terreno

5.2.1. Localización y Ubicación de terreno

- Departamento: Junín
- Provincia: Huancayo
- Distrito: El Tambo

Figura 19. Plano de localización y ubicación



5.2.2. Estado actual del entorno

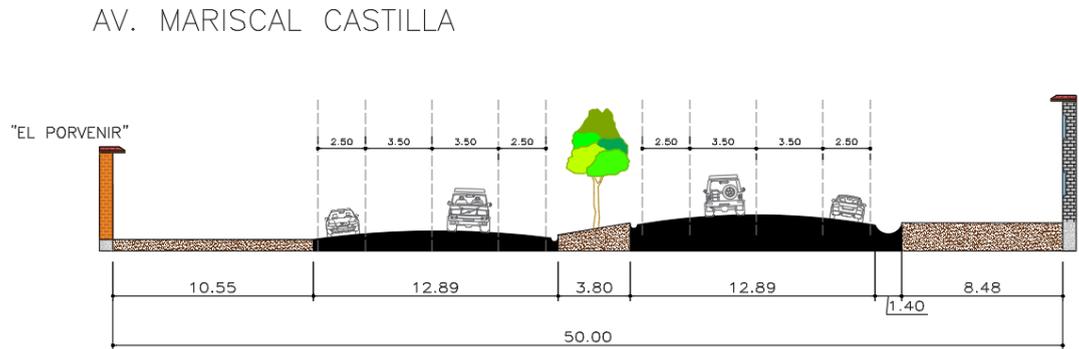
El terreno se encuentra en una zona consolidada, en la intersección de las avenidas La Cantuta y Av. Mariscal Castilla – El Tambo, ambas vías pavimentadas, y colinda con el bosque de Eucaliptos.

5.2.3. Análisis vial

5.2.3.1. Flujo vehicular

La Av. Mariscal Castilla, es una vía expresa, con un ancho de 50m y una berma central de 3.80m. No tiene calzadas delimitadas.

Figura 20. Análisis vial de la Av. Mariscal Castilla



La Av. La Cantuta, es una vía colectora, con un ancho de 20.45m, una berma central de 90cm y calzadas de 1.50 y 2.30m, respectivamente.

Figura 21. Análisis vial de la Av. La Cantuta

AV. LA CANTUTA

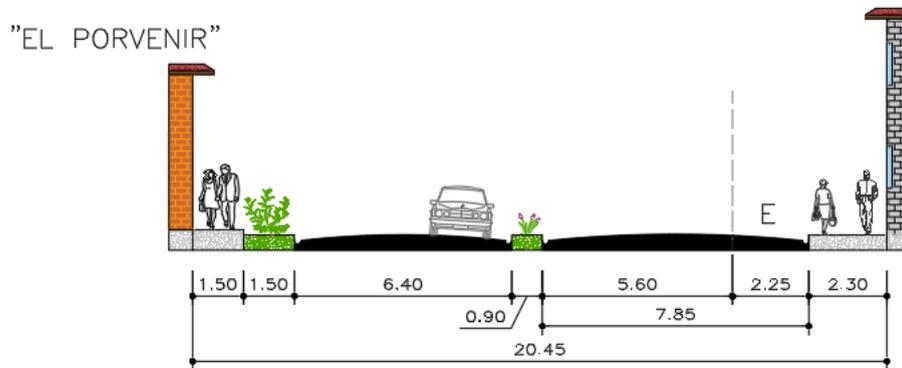
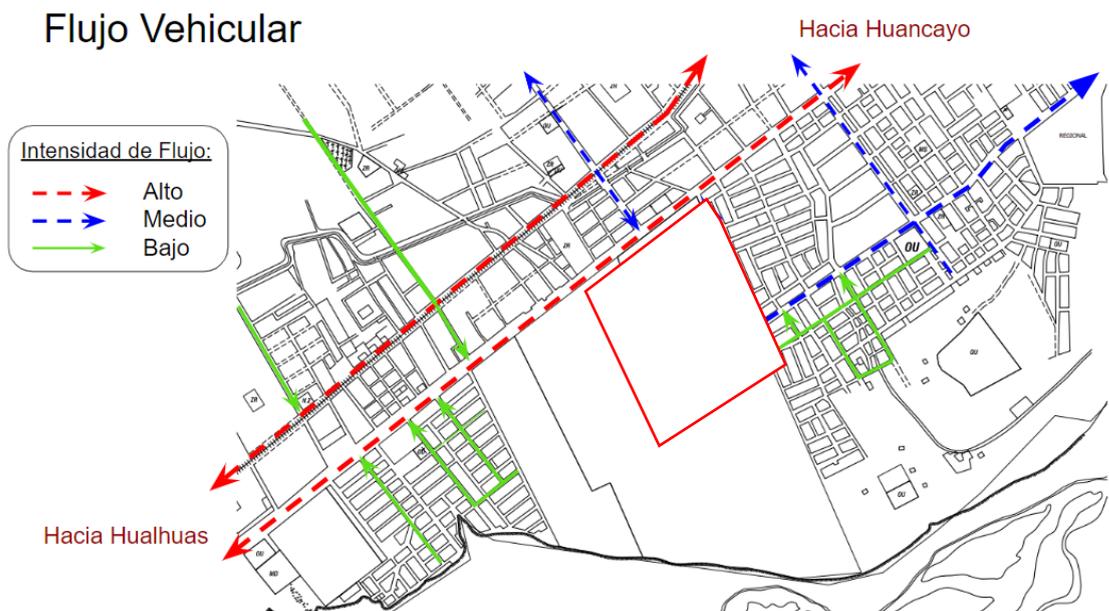


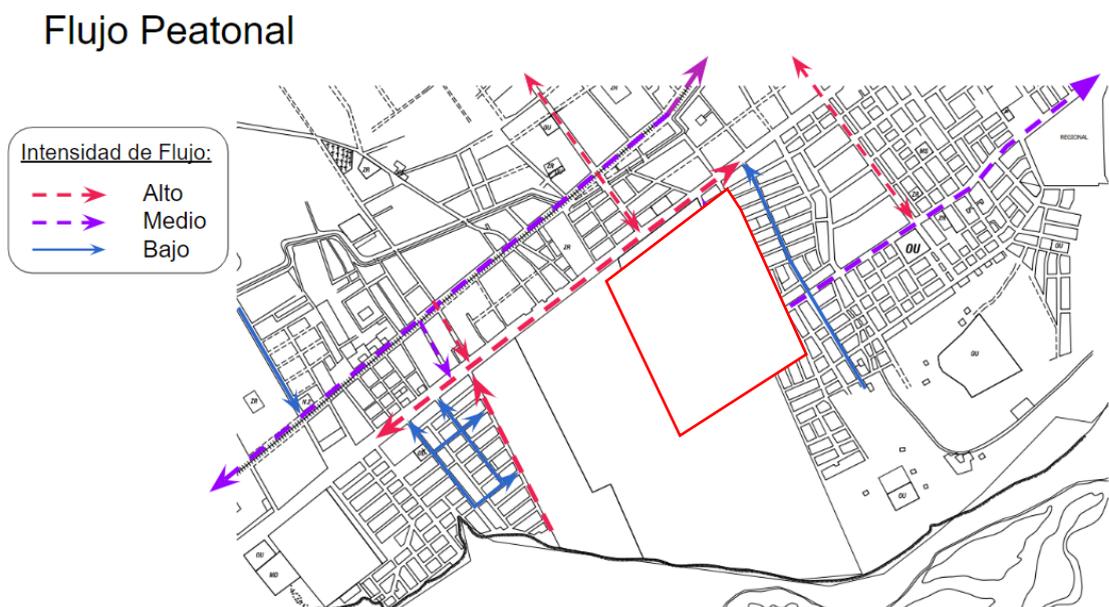
Figura 22. Flujo vehicular



5.2.3.2. Flujo de personas

Debido a la presencia del equipamiento de Educación de Tercer nivel, ubicado en la Av. Mariscal Castilla, existe flujo peatonal alto, en la Av. Universitaria y Av. Mariscal Castilla. Por otra parte, en la Av. La Esperanza también se visualiza una intensidad de Flujo Alta, ya que el transporte público circula únicamente por la Av. Mariscal Castilla.

Figura 23. Flujo Peatonal



5.2.4. Condiciones ambientales

5.2.4.1. Asoleamiento

Figura 24. Asoleamiento 1

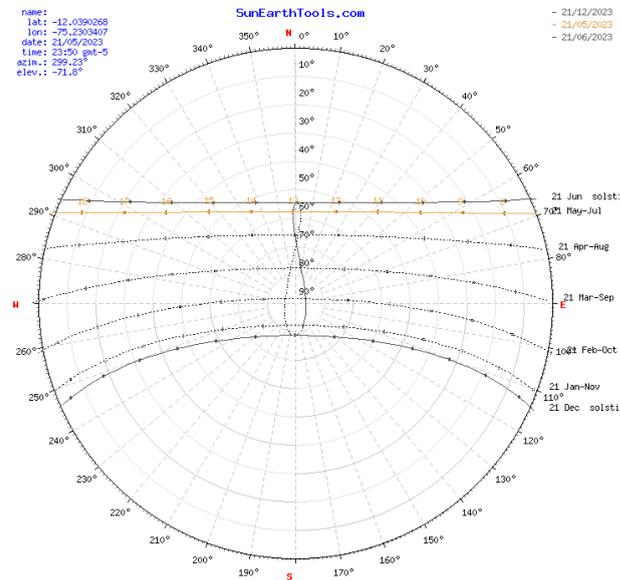


Figura 25. Asoleamiento 2



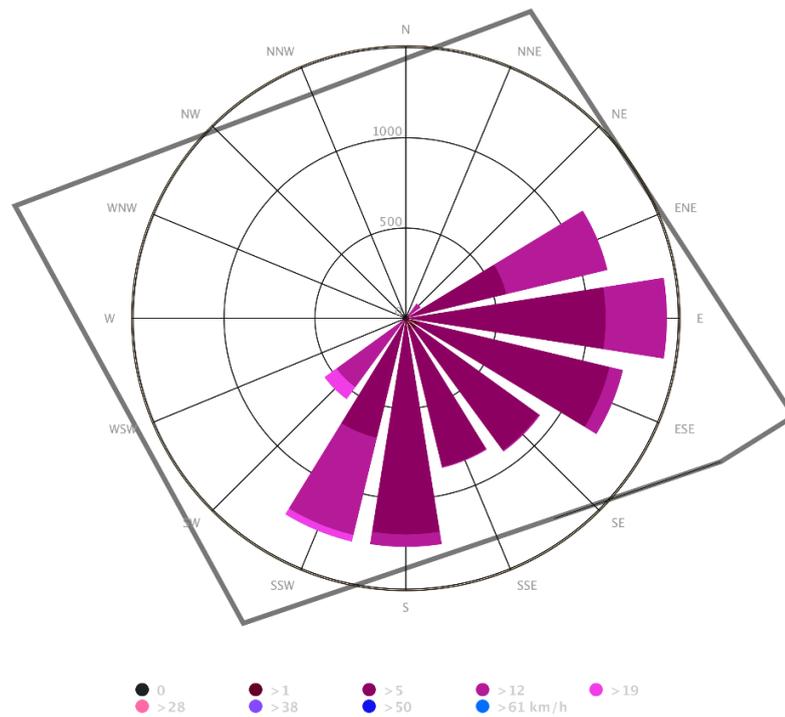
Nota: extraído de: https://www.sunearthtools.com/dp/tools/pos_sun.php?lang=es

Observamos la trayectoria del sol y la importancia de la iluminación de los ambientes, ya que nuestros usuarios, los adultos mayores, tienen la necesidad especial del confort

térmico. Por ello, la zona residencial debe estar orientada hacia el Norte, para mayor aprovechamiento de la radiación solar.

5.2.4.2. Vientos

Figura 26. Diagrama de vientos en Huancayo



Nota: extraído de:

https://www.meteoblue.com/es/tiempo/historyclimate/climatemodelled/huancayo_per%C3%BA3939459

5.2.5. Servicios Básicos

El terreno cuenta con servicios de luz, agua y desagüe.

5.2.6. Análisis paisajístico

Actualmente en Huancayo encontramos diversa tipología de flora, entre los árboles más comunes tenemos: Aliso, quinal, quisuar, sauce llorón, ciprés, pino y eucalipto. Las flores más abundantes son: Manzanilla, muña, toronjil, malva, entre otras.

En nuestra propuesta, se usará flora originaria de Huancayo, ya que, por el entorno climático, éstas se desarrollan mejor y no necesitan ningún tipo de climatización.

Los árboles nos ayudarán en el confort, debido a que se utilizarán como barreras acústicas y cercos vivos que limitan el ingreso del viento y mantienen confort térmico interno.

Figura 27. Análisis paisajístico



Propuesta del proyecto

5.3. Programa Arquitectónico

Tabla 25. Zona Administrativa

ZONAS	AMBIENTES	SUB AMBIENTES	Cantidad	Largo	Unidad	Ancho	Unidad	Área	Área total	Área total
Zona Administrativa	Direccion	Oficina Director	1.00	7.50	m	5.00	m	37.50	206.00	267.99
		SSHH of. Director	1.00	2.20	m	1.25	m	2.75		
		Oficina Administrador	1.00	7.00	m	5.00	m	35.00		
		Oficina de Contabilidad	1.00	4.00	m	4.00	m	16.00		
		Sala de juntas	1.00	9.00	m	6.00	m	54.00		
		Oficina de recursos humanos	1.00	4.00	m	4.00	m	16.00		
		Oficina de trabajadores sociales	1.00	5.00	m	4.00	m	20.00		
	Servicio higienico	1.00	5.50	m	4.50	m	24.75			
	Secretaria, Espera y Archivo	Área Secretaria	1.00	2.00	m	2.00	m	4.00	44.99	
		Archivo	1.00	5.30	m	3.30	m	17.49		
		Recepción / Control de ingreso	1.00	3.00	m	2.00	m	6.00		
		Sala de espera	1.00	5.00	m	3.50	m	17.50		
Servicios	Cuarto de basura	1.00	5.00	m	3.40	m	17.00	17.00		

Tabla 26. Zona Residencial Internos

ZONA RESIDENCIAL INTERNOS	Descanso	Dormitorio individual	20.00	4.00	m	4.00	m	320.00	873.50	1206.95
		Servicios Higienicos para Dormitorio Individual	20.00	2.50	m	1.10	m	55.00		
		Dormitorio doble	10.00	6.00	m	4.00	m	240.00		
		Servicios Higienicos para Dormitorio Doble	10.00	2.50	m	1.10	m	27.50		
		Habitaciones para enfermeros	12.00	5.50	m	3.00	m	198.00		
		Servicios Higienicos Habitaciones para enfermeros	12.00	2.50	m	1.10	m	33.00		
	Social - visitas	Sala de Estar (tv)	2.00	5.00	m	5.00	m	50.00	124.45	
		Sala de visitas	2.00	5.00	m	4.00	m	40.00		
		Servicio Higienico	2.00	4.15	m	4.15	m	34.45		
	Estacion de enfermeras	Recepcion	2.00	4.15	m	3.00	m	24.90	209.00	
		archivo	2.00	2.80	m	2.00	m	11.20		
		Lavandería	2.00	9.30	m	9.00	m	167.40		
		servicios higienicos	2.00	2.50	m	1.10	m	5.50		

Tabla 27. Zona Residencial Médicos

ZONA RESIDENCIAL MEDICOS	Descanso	Dormitorio individual	14.00	5.00	m	5.00	m	350.00	1152.24	1217.38
		servicios higienicos para dormitorio individual + closet	14.00	4.70	m	1.80	m	118.44		
		terrazza para dormitorio individual	14.00	4.85	m	3.00	m	203.70		
		dormitorio doble	10.00	5.00	m	5.00	m	250.00		
		servicios higienicos para dormitorio doble + closet	10.00	4.70	m	1.80	m	84.60		
		terrazza para dormitorio doble	10.00	4.85	m	3.00	m	145.50		
	Recepcion	recepcion	1.00	5.65	m	3.00	m	16.95	28.95	
		ssh	1.00	3.00	m	2.00	m	6.00		
		sala de tv	1.00	3.00	m	2.00	m	6.00		
	Servicios	almacen	1.00	4.70	m	3.85	m	18.10	36.19	
		lavandería	1.00	4.70	m	3.85	m	18.10		

Tabla 28. Zona Servicios Generales

ZONA DE SERVICIOS GENERALES	MAESTRANZA	Patio de maniobras	1.00	15.00	m	10.00	m	150.00	257.00	640.35
		Oficina de mantenimiento	1.00	4.00	m	3.00	m	12.00		
		Deposito	1.00	3.00	m	3.00	m	9.00		
		Cuarto de limpieza	1.00	5.00	m	3.00	m	15.00		
		cuarto de basura	1.00	5.00	m	3.00	m	15.00		
		sub estacion electrica	1.00	4.00	m	4.00	m	16.00		
		cuarto de cisterna	1.00	3.00	m	3.00	m	9.00		
		grupo electrogeno	1.00	5.00	m	3.00	m	15.00		
		tablero general	1.00	2.00	m	2.00	m	4.00		
		caseta de bombas	1.00	4.00	m	3.00	m	12.00		
	GUARDIANIA	Control de ingreso peatonal/vehicular	1.00	2.30	m	2.10	m	4.83	10.59	
		Servicio higienico	1.00	2.00	m	1.20	m	2.40		
		Habitacion de seguridad	1.00	2.10	m	1.60	m	3.36		
	SERVICIO DEL PERSONAL	Taller 1	1.00	2.60	m	2.50	m	6.50	301.44	
		Taller 2	1.00	2.60	m	2.50	m	6.50		
		taller de equipos mecanicos	1.00	2.60	m	2.50	m	6.50		
		taller de equipos electricos	1.00	2.60	m	2.50	m	6.50		
		cuarto de basura	1.00	7.00	m	3.00	m	21.00		
		sshh	1.00	3.00	m	1.90	m	5.70		
		almacen	1.00	5.30	m	3.00	m	15.90		
		mantenimiento	1.00	4.80	m	2.50	m	12.00		
		comedor del personal	1.00	16.00	m	9.70	m	155.20		
		equipo movil	1.00	5.37	m	3.80	m	20.41		
		estacion de enfermeras	1.00	5.70	m	3.86	m	22.00		
		tablero electrico	1.00	4.25	m	1.42	m	6.04		
		vestuarios y sshh personal	1.00	4.30	m	4.00	m	17.20		
		LAVANDERIA	ingreso y control - clasificacion	1.00	5.66	m	4.38	m		
	lavado		1.00	6.00	m	4.30	m	25.80		
	zona de secado		1.00	2.50	m	2.50	m	6.25		
	planchado		1.00	3.00	m	3.00	m	9.00		
closets de ropa limpia	1.00		2.85	m	1.92	m	5.47			

Tabla 29. Zona de Servicios Complementarios

Zona de Servicios Complementarios	COMEDOR 1	Comedor	1.00	20.15	m	13.30	m	268.00	392.54	1757.52
		Barra De Atencion	1.00	5.00	m	2.70	m	13.50		
		Cocina	1.00	6.00	m	3.80	m	22.80		
		Almacen De Alimentos	1.00	4.90	m	2.45	m	12.01		
		Camara De Refrigeracion	1.00	3.20	m	2.45	m	7.84		
		Almacen De Utensilios	1.00	7.00	m	2.00	m	14.00		
		Sshh Personal	1.00	5.00	m	3.20	m	16.00		
		Sshh Publico	1.00	6.00	m	4.40	m	26.40		
	Lavado	1.00	4.00	m	3.00	m	12.00			
	COMEDOR 2	Comedor	1.00	20.30	m	19.60	m	397.88	534.43	
		Barra De Atencion	1.00	5.00	m	2.70	m	13.50		
		Cocina	1.00	6.00	m	5.80	m	34.80		
		Almacen De Alimentos	1.00	4.90	m	2.45	m	12.01		
		Camara De Refrigeracion	1.00	3.20	m	2.45	m	7.84		
		Almacen De Utensilios	1.00	7.00	m	2.00	m	14.00		
		Sshh Personal	1.00	5.00	m	3.20	m	16.00		
		Sshh Publico	1.00	6.00	m	4.40	m	26.40		
	Lavado	1.00	4.00	m	3.00	m	12.00			
	AUDITORIO	Auditorio 220 Espectadores	1.00	19.00	m	10.80	m	205.20	552.20	
		Escenario Y Tras Escenario	1.00	34.85	m	5.40	m	188.19		
		Sala De Proyeccion Y Traduccion	1.00	5.68	m	2.80	m	15.90		
		Boleteria	1.00	4.00	m	3.00	m	12.00		
		SS. HH	1.00	8.90	m	6.70	m	59.63		
		Cuarto De Limpieza	1.00	4.80	m	1.20	m	5.76		
		Servicios Complementarios 1	1.00	10.40	m	6.30	m	65.52		
	MODULO DE INFORMES	Informes	1.00	11.60	m	6.50	m	75.40	278.35	
		Modulo 1 De Recorrido	1.00	10.00	m	6.50	m	65.00		
		Modulo 2 De Recorrido	1.00	10.00	m	6.50	m	65.00		
		Orientacion	1.00	10.30	m	6.50	m	66.95		
		Servicios Higienicos	1.00	3.00	m	2.00	m	6.00		

Tabla 30. Zona Recreativa y Terapéutica

ZONA RECREATIVA Y TERAPEUTICA	CAPILLA	Nave	1.00	12.10	m	10.10	m	122.21	199.58	3295.98
		Altar	1.00	10.10	m	3.70	m	37.37		
		Secretaría	1.00	4.00	m	3.00	m	12.00		
		Sacristía	1.00	2.00	m	2.00	m	4.00		
		Cuarto	1.00	4.00	m	4.00	m	16.00		
		sshh + vestidor	1.00	4.00	m	2.00	m	8.00		
	TALLERES	Sala de lectura/ biblioteca	1.00	15.40	m	14.00	m	215.60	2956.40	
		Sala de tv y proyecciones	1.00	14.00	m	7.20	m	100.80		
		Taller de taichi	2.00	11.00	m	8.00	m	176.00		
		Taller de danza	2.00	11.00	m	8.00	m	176.00		
		Taller de bisutería	2.00	11.00	m	8.00	m	176.00		
		Taller de repostería / cocina	2.00	11.00	m	8.00	m	176.00		
		Taller de música	2.00	11.00	m	8.00	m	176.00		
		Taller de la memoria	2.00	11.00	m	8.00	m	176.00		
		Taller de jardinería	2.00	11.00	m	8.00	m	176.00		
		Taller de autocuidado	2.00	11.00	m	8.00	m	176.00		
		Taller de educación emocional	2.00	11.00	m	8.00	m	176.00		
		Taller de bordado / tejido	2.00	11.00	m	8.00	m	176.00		
		Taller de pintura	2.00	11.00	m	8.00	m	176.00		
		Taller de yoga	2.00	11.00	m	8.00	m	176.00		
Taller de manualidades	2.00	11.00	m	8.00	m	176.00				
Taller de aerobicos y gimnasia ritmica	2.00	11.00	m	8.00	m	176.00				
Sala de Juegos	2.00	11.00	m	8.00	m	176.00				
SERVICIOS	SS.HH	2.00	14.00	m	5.00	m	140.00	140.00		

Tabla 31. Zona Médica

Zona Médica	Atención principal	recepcion de ingreso principal	1.00	7.00	m	4.00	m	28.00	156.30	833.59
		sala de espera	1.00	4.60	m	3.00	m	13.80		
		Servicio Higienico	1.00	3.60	m	3.00	m	10.80		
		historias clinicas	1.00	6.70	m	3.00	m	20.10		
		almacen de medicinas	1.00	4.00	m	4.00	m	16.00		
		topico	1.00	4.00	m	3.40	m	13.60		
		informes	1.00	4.00	m	3.50	m	14.00		
		Farmacia	1.00	6.70	m	4.00	m	26.80		
	deposito	1.00	2.00	m	1.60	m	3.20	180.95		
	sshh personal	1.00	5.00	m	2.00	m	10.00			
	Recepción consultorios	1.00	2.00	m	2.00	m	4.00			
	archivo	1.00	4.00	m	2.00	m	8.00			
	Sala de espera consultorios	1.00	5.00	m	5.00	m	25.00			
	recepcion de urgencias	1.00	5.00	m	3.80	m	19.00			
	topico de urgencias	1.00	11.60	m	4.00	m	46.40			
	triaje	1.00	5.60	m	3.00	m	16.80			
	archivo	1.00	5.60	m	2.30	m	12.88	74.84		
	Farmacia	1.00	5.70	m	4.30	m	24.51			
	Servicio Higienico	1.00	5.80	m	4.20	m	24.36			
	almacen	1.00	5.40	m	2.50	m	13.50			
	microbiologia y esterilizacion	1.00	5.40	m	2.90	m	15.66			
	bacteriologia	1.00	5.40	m	2.80	m	15.12			
	quimica clinica y hematologia	1.00	5.40	m	2.80	m	15.12			
	septico	1.00	2.45	m	1.60	m	3.92			
	aseo	1.00	2.20	m	1.60	m	3.52	421.50		
	ropa limpia	1.00	2.50	m	1.60	m	4.00			
	ropa sucia	1.00	2.50	m	1.60	m	4.00			
	Sala de rehabilitación	2.00	8.15	m	5.00	m	81.50			
	oficina del director de salud	1.00	5.00	m	4.00	m	20.00			
	c. traumatologia	2.00	4.00	m	4.00	m	32.00			
	C. cardiologia	2.00	4.00	m	4.00	m	32.00			
	c. oftalmologia	2.00	4.00	m	4.00	m	32.00			
	c. dentista	2.00	4.00	m	4.00	m	32.00			
	C. Psicología	2.00	4.00	m	4.00	m	32.00			
	C. Geriatria	2.00	4.00	m	4.00	m	32.00			
	C. Geriatria	2.00	8.00	m	4.00	m	64.00			
C. Nutricionista	2.00	4.00	m	4.00	m	32.00				
C. Medicina general	2.00	4.00	m	4.00	m	32.00				

Tabla 32. Exteriores

Exteriores	Accesos	Acceso Principal	1.00	32.00	m	27.00	m	864.00	890.00	2030.00	
		Acceso Servicios	1.00	5.00	m	4.00	m	20.00			
		Control Accesos	1.00	3.00	m	2.00	m	6.00			
	Estacionamientos	Estacionamiento Visitas	50.00	5.00	m	3.00	m	750.00	1140.00		
		Estacionamiento Personal	4.00	5.00	m	3.00	m	60.00			
		Estacionamiento Ambulancias	1.00	6.00	m	3.00	m	18.00			
		Estacionamiento Minusvalidos	6.00	5.50	m	4.00	m	132.00			
		Estacionamiento Medicos	12.00	5.00	m	3.00	m	180.00			
	SUB TOTAL										11249.75
	MUROS Y CIRCULACIONES										3374.9249
TOTAL									14624.67		

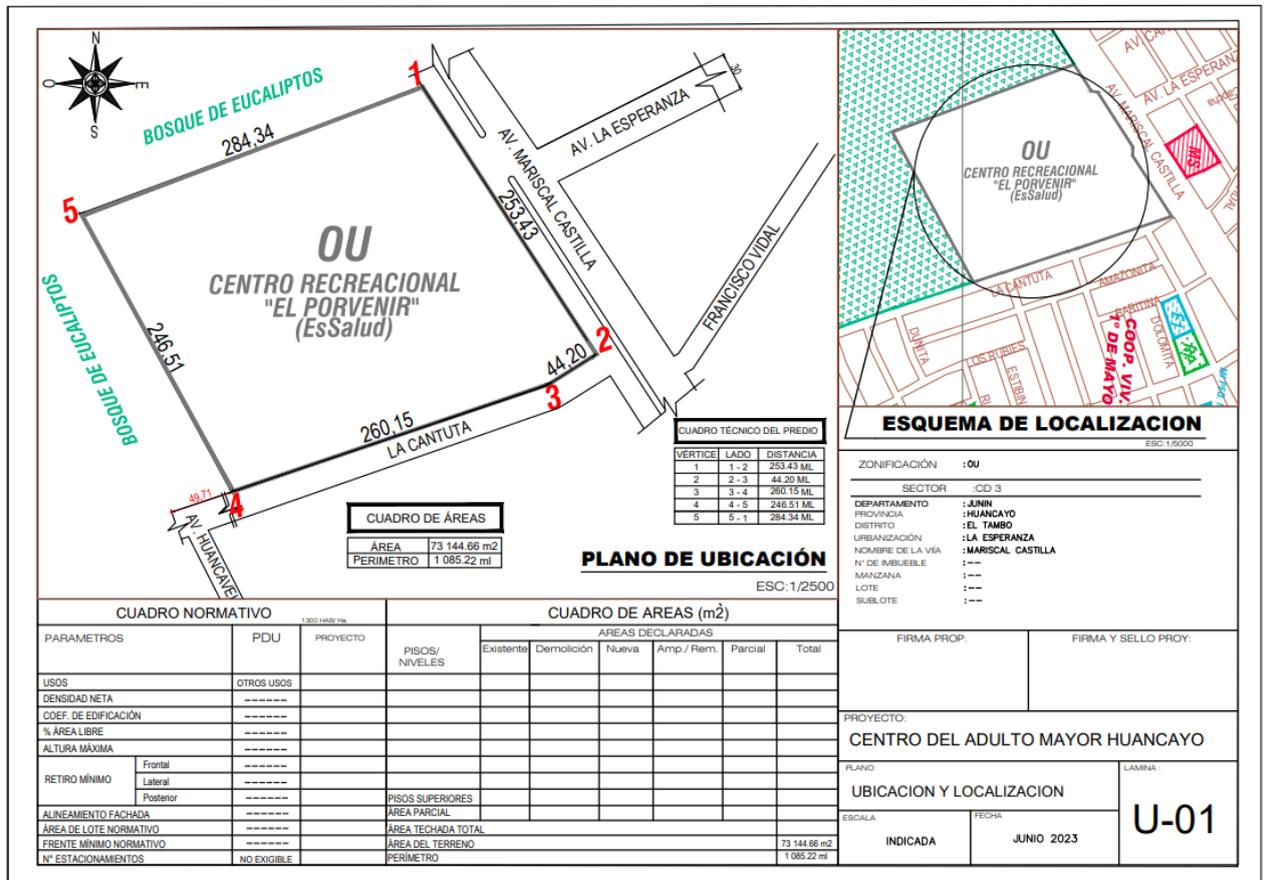
5.4. Cálculo de aforo

El proyecto contará con aforo de 1 270 adultos mayores asegurados en el centro de día y el 10% (127 adultos mayores) en el centro residencial. En la propuesta se contempla con la proyección a 10 años.

Planos Arquitectónicos

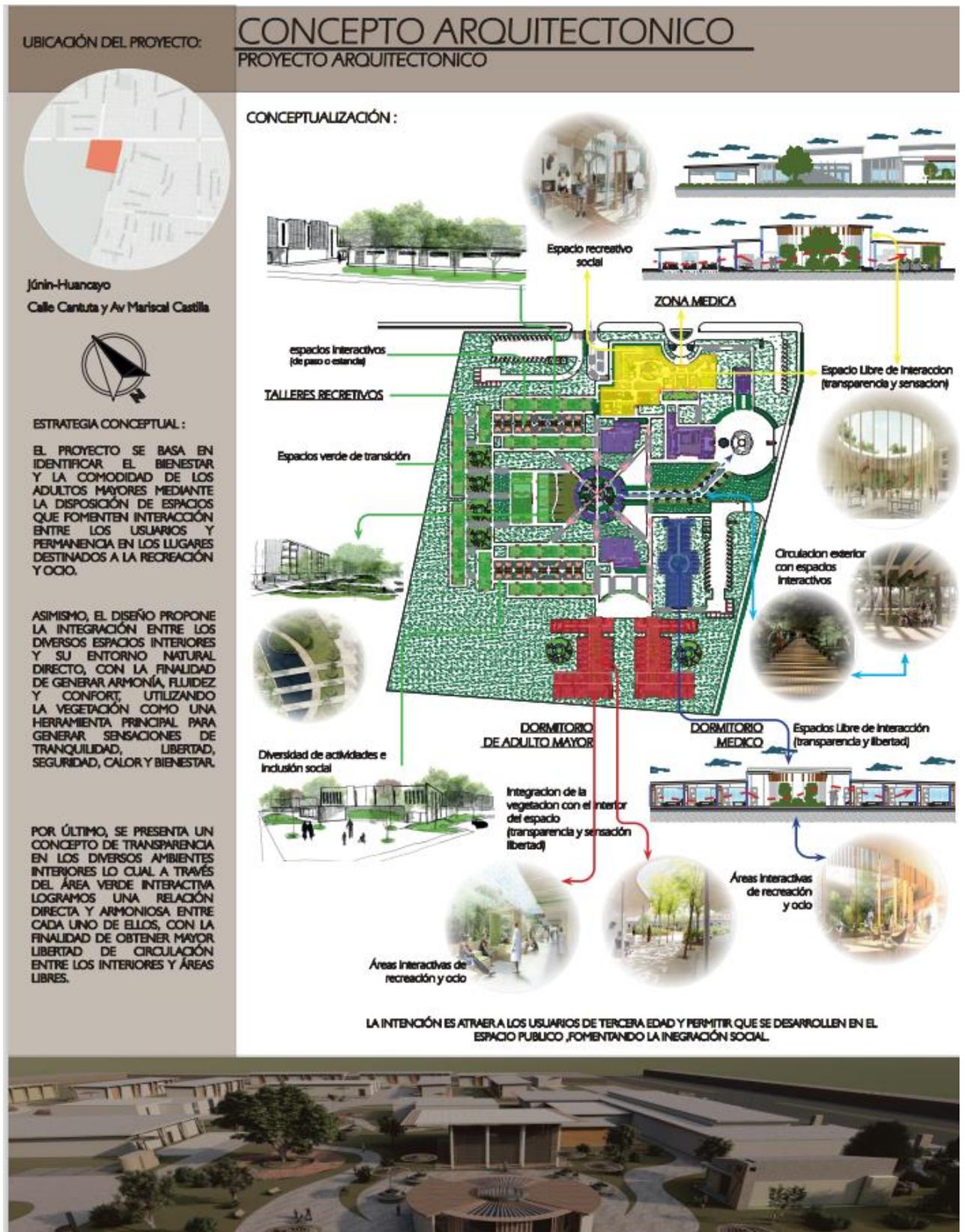
5.5. Plano de Ubicación y localización

Figura 28. Plano de Ubicación y localización



5.6. Concepto

Figura 29. Lamina conceptual



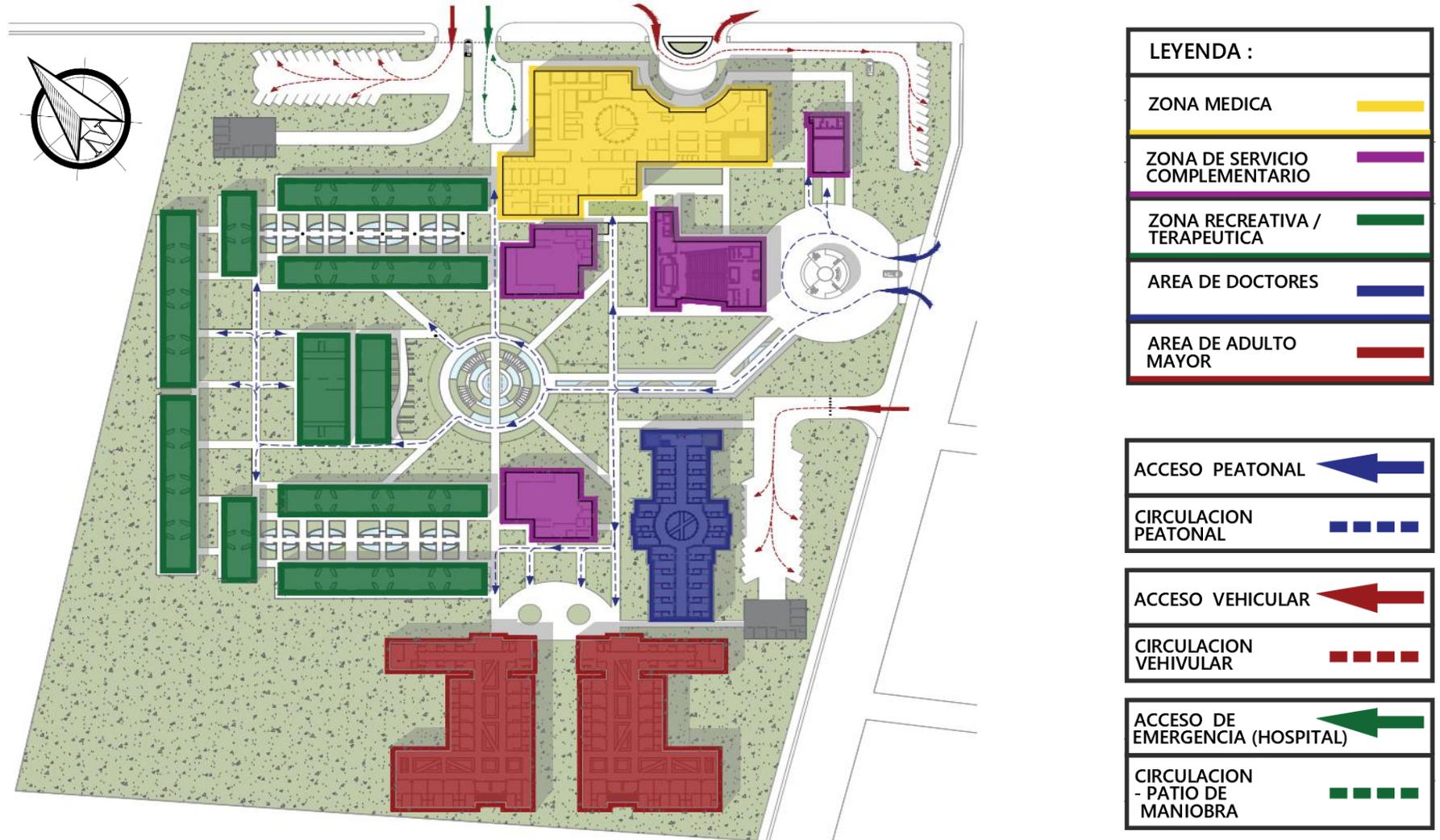
5.7. Plot Plan

Figura 30. Plot Plan



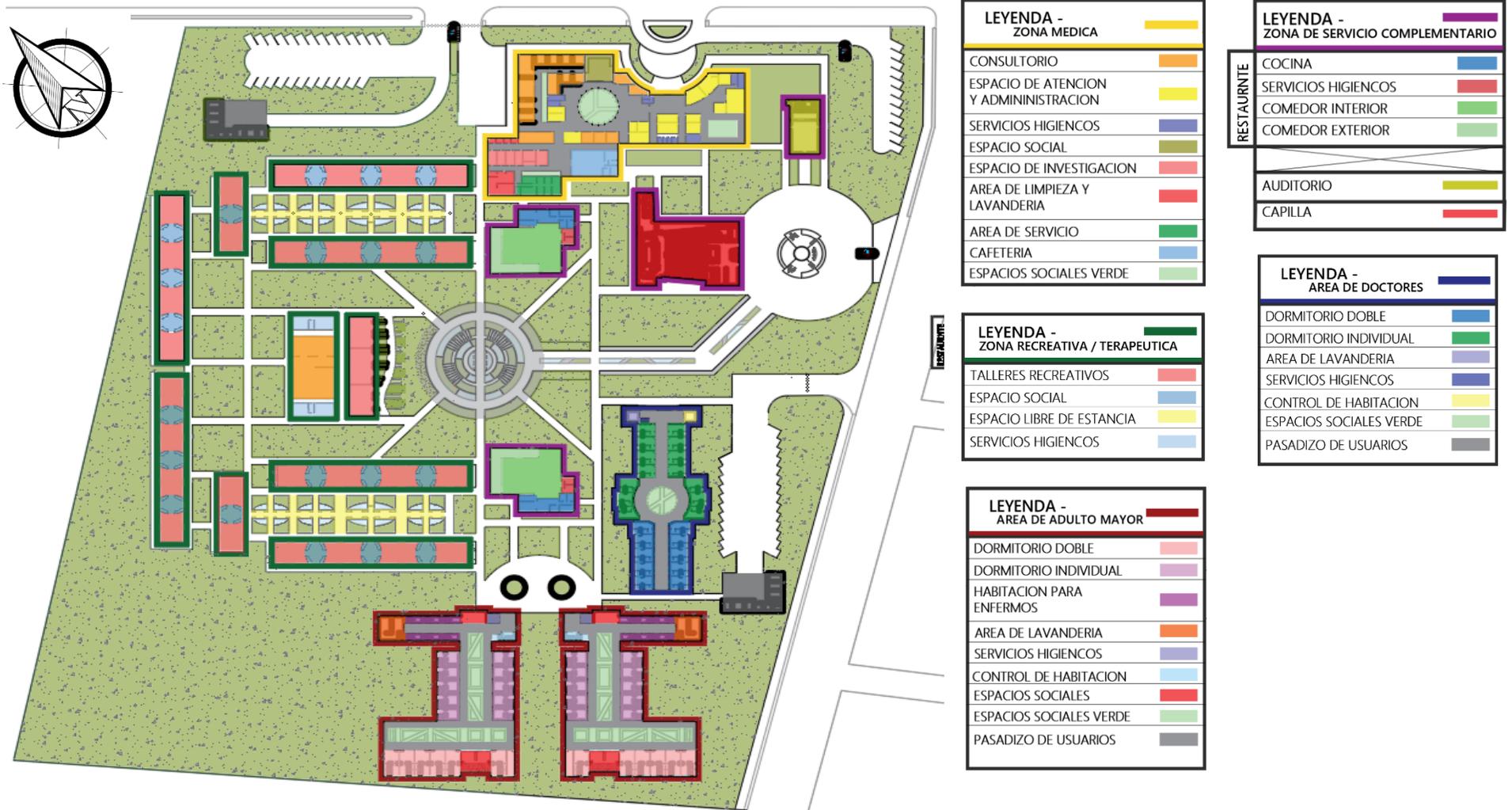
5.8. Plano de Zonificación

Figura 31. Plano de Zonificación



5.9. Plano de Subzonas

Figura 32. Plano de Subzonas



5.10. Planos de arquitectura

Figura 33. Planos de arquitectura



5.11. Vistas 3D

Figura 34. Vista exterior del Hall de ingreso principal - Av. La Cantuta



Figura 35. Vista interior de los consultorios médicos



Figura 36. Vistas del interior de la sala de rehabilitación de la zona médica



Figura 37. Vista interior de la sala de espera de la zona médica



Figura 38. Vista interior de los talleres



Figura 39. Vistas exteriores de los talleres





Figura 40. Vista interior del comedor





Figura 41. Vista exterior del comedor





Figura 42. Vista interior de la zona residencial



CONCLUSIONES

Se analizó el nivel de relación entre la percepción de la arquitectura accesible y la autonomía de los usuarios en el centro del adulto mayor "El Porvenir" en Huancayo. Se utilizó el análisis inferencial por la prueba no paramétrica de Rho de Spearman y se encontró un coeficiente de correlación de 0.163, lo que indica una correlación débil y no significativa entre las variables. Además, la significancia obtenida fue de 0.177, lo que lleva a aceptar la hipótesis nula y rechazar la hipótesis alterna. En cuanto a la percepción de la arquitectura accesible, se observó que el 61.4% (43) de los adultos mayores mostraron un nivel medio el 31.4% (22) tuvieron un nivel alto, y el 7.1% (5) tuvieron un nivel bajo. Por otro lado, en cuanto a la autonomía, el 84.3% (59) tuvieron un nivel alto, el 10.0% (7) tuvieron un nivel medio, y el 5.7% (4) tuvieron un nivel bajo.

Se encontró que la mayoría de los adultos mayores encuestados (cerca del 47%) presentan un nivel medio de percepción de seguridad (cumplimiento de la normativa nacional A 120), mientras que un porcentaje significativo (alrededor del 40%) presenta un nivel alto de cumplimiento y un porcentaje bajo (cerca del 13%) presenta un nivel bajo de cumplimiento. Aunque no se encontró una relación significativa entre la seguridad y la autonomía de los usuarios, es importante destacar que el cumplimiento de la normativa nacional A 120 puede ser un factor importante para mejorar la seguridad y la autonomía de los adultos mayores en el centro.

En la investigación realizada, se examinó la relación entre la Intención espacial y la autonomía de los usuarios del centro para adultos mayores "El Porvenir" en Huancayo - 2023. Para tal efecto, se empleó el análisis inferencial, específicamente la prueba no paramétrica de Rho de Spearman. Los resultados indicaron una correlación débil y no significativa entre las variables, con un coeficiente de correlación de 0.080 y una significancia de 0.512, lo que llevó a la aceptación de la hipótesis nula y al rechazo de la hipótesis alterna. En lo que respecta a la Intención espacial, se observó que el 60.0% (42) de los adultos mayores mostraron un nivel medio, el 30.0% (21) tuvieron un nivel alto, y el 10.0% (7) tuvieron un nivel bajo. Por otro lado, en cuanto a la autonomía, el 84.3% (59) tuvieron un nivel alto, el 10.0% (7) tuvieron un nivel medio, y el 5.7% (4) tuvieron un nivel bajo.

El capítulo I presenta una clara formulación del problema de investigación, estableciendo la falta de consideración de las necesidades de accesibilidad de los adultos mayores en los entornos construidos, lo cual afecta su autonomía y calidad de vida. Mediante estadísticas globales y nacionales, evidencia la urgencia de adaptarse al envejecimiento poblacional. Define rigurosamente las variables de arquitectura accesible y autonomía en adultos mayores, y plantea

hipótesis específicas sobre su relación. Justifica exhaustivamente la relevancia del estudio en términos sociales, ambientales y académicos/científicos. Delinea con precisión el objetivo general de determinar la relación entre percepción de la arquitectura accesible y autonomía de los usuarios adultos mayores del Centro El Porvenir, sentando las bases teóricas y prácticas para el desarrollo de la investigación.

El Capítulo II construye un marco teórico sólido al recopilar antecedentes que evidencian la relevancia de estudiar la accesibilidad y el diseño universal para promover la autonomía de adultos mayores; definir rigurosamente conceptos clave como envejecimiento poblacional, discapacidad, accesibilidad, arquitectura terapéutica y autonomía; explicar escalas para medir autonomía; e incluir referentes nacionales e internacionales que ejemplifican buenas prácticas en diseño de espacios para este grupo etario. De esta manera, el capítulo proporciona las bases teóricas y conceptuales necesarias para el correcto abordaje de la problemática planteada en la investigación.

El Capítulo III explica la metodología utilizada en la investigación, la cual emplea el método científico con un enfoque cuantitativo, un alcance descriptivo y un diseño no experimental. Se estudia una muestra de 70 adultos mayores del Centro El Porvenir. Las técnicas e instrumentos incluyen trabajo de campo y gabinete, fichas de observación para recolectar datos cuantitativos sobre la accesibilidad, asimismo, encuestas virtuales y presenciales para medir la interacción de los adultos mayores con la arquitectura existente. De esta manera, el capítulo delinea rigurosamente el abordaje metodológico que permitirá cumplir con los objetivos y comprobar las hipótesis planteadas en la investigación.

El Capítulo IV presenta los resultados descriptivos e inferenciales de la investigación, indicando una correlación débil y no significativa entre la percepción de la arquitectura accesible y la autonomía de los usuarios del CAM El Porvenir. Asimismo, no se encontró relación significativa entre las dimensiones de seguridad y funcionalidad con la autonomía. La discusión contrasta estos hallazgos con estudios previos, destacando la importancia de la accesibilidad, aunque advirtiendo que se requiere de factores adicionales como el diseño universal para mejorar significativamente la autonomía. Se remarca la necesidad de una infraestructura adecuada que cumpla normativas de accesibilidad, y de considerar la intención espacial y espacialidad para garantizar la comodidad y movilidad de los adultos mayores.

El Capítulo V la creciente población de adultos mayores requiere de espacios diseñados para garantizar su autonomía y seguridad. El Centro del Adulto Mayor busca ser un referente en

arquitectura accesible. La arquitectura accesible se basa en la idea de diseñar espacios que sean fácilmente navegables y seguros para todos, independientemente de sus capacidades físicas. En el contexto del Centro del Adulto Mayor, esto es esencial para garantizar la autonomía y el bienestar de sus usuarios. La falta de pasamanos, señalización inadecuada, bajo nivel de confort en los salones y otras instalaciones en el CAM no cumplen con los estándares de accesibilidad. No obstante, es esencial considerar la opinión de los usuarios para entender si estos elementos realmente contribuyen a su autonomía. Para ello, basándonos en las encuestas se consideró implementar una arquitectura terapéutica, ya que las personas de la tercera edad prefieren tener mayor contacto con la naturaleza y confort térmico. Aunque el diseño general del centro es accesible, hay áreas donde la circulación podría ser problemática, especialmente en zonas comunes, debido al poco espacio y la aglomeración excesiva de personas en horas punta o durante eventos especiales.

El centro ha adoptado un diseño moderno que no sólo es funcional, sino también estéticamente agradable, evitando la estigmatización a menudo asociada con los diseños "para discapacitados". Así, la propuesta brinda una solución arquitectónica que responde a las necesidades de los usuarios adultos mayores.

RECOMENDACIONES

Se recomienda considerar la percepción de los adultos mayores como un tema importante en el diseño de espacios y edificios accesibles y funcionales. Es necesario tener en cuenta que la percepción es subjetiva y puede variar entre individuos, por lo que es importante realizar evaluaciones periódicas para conocer la percepción de los usuarios y asegurarse de que los espacios y edificios siguen siendo accesibles y funcionales para ellos en el tiempo. Además, se podría considerar la realización de campañas de sensibilización y educación dirigidas a los adultos mayores para fomentar una mayor conciencia sobre la importancia de la accesibilidad y la funcionalidad de los espacios, lo que podría mejorar su percepción y, por ende, su calidad de vida.

Se recomienda considerar la importancia del cumplimiento de la normativa nacional A 120 para mejorar la seguridad y la autonomía de los usuarios del centro del adulto mayor. Se podría considerar la implementación de medidas para mejorar el cumplimiento de la normativa, como la realización de capacitaciones y la actualización de equipos y tecnologías. Además, se debería realizar evaluaciones periódicas para conocer la percepción de los usuarios sobre la seguridad y la autonomía en el centro, y así identificar posibles áreas de mejora. Por último, se podría considerar la difusión de información y la sensibilización sobre la importancia de la normativa nacional A 120 para fomentar una mayor conciencia sobre la seguridad y la autonomía de los adultos mayores en el centro.

Se recomienda considerar la importancia de la percepción de la funcionalidad de los espacios para mejorar la autonomía de los usuarios del centro del adulto mayor "El Porvenir" en Huancayo. Se podría considerar la implementación de medidas para mejorar la funcionalidad de los espacios, como la evaluación y adaptación de la distribución de los espacios, la mejora de la iluminación y la señalización, y la implementación de tecnologías de apoyo. Además, se debería realizar evaluaciones periódicas para conocer la percepción de los usuarios sobre la funcionalidad de los espacios, y así identificar posibles áreas de mejora. Por último, se podría considerar la difusión de información y la sensibilización sobre la importancia de los espacios funcionales para fomentar una mayor conciencia sobre la autonomía de los adultos mayores en el centro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **VASQUEZ, Claudia.** *El diseño universal en un centro de rehabilitación y reinserción para discapacitados en la ciudad de Chiclayo.* Chiclayo : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, 2020. 3.
2. **DUEÑAS, Camila.** *Arquitectura terapéutica y sostenible, Integración para la arquitectura hospitalaria.* Bogota : Universidad Piloto de Colombia, 2020. 4.
3. **RODRIGUEZ, Lizbeth y ZARE, Celina.** *Necesidades arquitectónicas, condiciones tecnológicas de seguridad y estimulación cognitiva para satisfacer la atención del adulto mayor, Victor Larco Herrera.* Trujillo : Universidad César Vallejo, 2019. 5.
4. **VALDERDE Alberco, DIANA Carolina.** *Nivel de satisfacción de los adultos mayores sobre la calidad de los cuidados de enfermería en un centro de atención del adulto mayor.* Lima : Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2019.
5. **LUNA, Lucero.** *Análisis de los requerimientos físico-espaciales de un centro de rehabilitación para personas con habilidades diferentes en la ciudad de Tarapoto.* Tarapoto : Universidad César Vallejo, 2018. 6.
6. **MARINA, Gabriela.** *Análisis físico de los centros del adulto mayor brindados por los servicios de salud pública de la ciudad de Tarapoto.* Tarapoto : Universidad César Vallejo, 2018. 7.
7. **TOLENTINO, Licec.** *Centro de bienestar para el adulto mayor con discapacidad motriz en San Juan de Lurigancho.* Lima : Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, 2018. 8.
8. **CARUSO, Angela y PASCO, Jorge.** *Centro de atención residencial sostenible para adultos mayores en La Molina.* Lima : Universidad Ricardo Palma, 2017. 10.
9. **ALONSO, Fernando.** *La accesibilidad en evolución: La Adaptación Persona – entorno y su aplicación al medio residencial en España y Europa.* Barcelona : Universidad Autónoma de Barcelona, 2016. 11.
10. **LUNA, Juan y PEREDA, Katty.** *Influencia de la percepción espacial en la estimulación psicomotriz para el diseño de un centro geriátrico en el distrito de Moche.* Trujillo : Universidad Privada del Norte, 2015. 12.
11. **MERIDA, Maria.** *Propuesta de eliminación de barreras arquitectónicas y accesibilidad universal en el espacio exterior y los edificios del Centro Universitario Metropolitano.* Guatemala : Universidad de San Carlos de Guatemala, 2014. 13.
12. **DÍAZ, Requilda.** *Nivel de satisfacción del adulto mayor respecto a los cuidados que brinda el profesional de Jaen.* Chachapoyas : Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, 2013.

13. **BECERRA, Leonardo.** *Arquitectura como herramienta terapéutica en el campo de la salud mental.* Santiago de Chile : Universidad de Chile, 2017. 9.
14. **HOFFENS, Annelore.** Jardines que hacen bien. *Ladera Sur.* Ladera Sur, Santiago de Chile : Fundación Cosmos, 22 de Marzo de 2016.
15. **STERNBERG, Esther M.** *Healing Spaces: the science of place and well-being.* London : Harvard University Press, 2009. 15.
16. **MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES.** Plan Nacional para las personas Adultas Mayores. Lima : CorpoGrafem, 2013. Vol. 1.
17. **REYES, Ricardo.** Adulto Mayor Significado. *Adulto mayor Inteligente.* [En línea] Adulto mayor Inteligente, 20 de Abril de 2018. [Citado el: 18 de Enero de 2022.] <http://www.adultomayorinteligente.com/significado-de-adulto-mayor/>.
18. **CUBILLOS ÁLZATE, Julio C., MATAMOROS C ÁRDENAS, Mariana y PEREA CARO, Santiago A.** Boletines Poblacionales: Personas Adultas Mayores de 60 años. Bogotá : Minsalud, 2020. Vol. 1.
19. **RUIZ CALDERÓN, Richard y CASIMIRO YARINGAÑO, Jillian.** *Situación de la población Adulta Mayor.* Lima : INEI, 2021.
20. **GONZÁLES, Lucia F., MELJIDE-MÍGUEZ, Héctor y FERRÍN, Maria T.** Escalas de valoración funcional en el anciano. España : Galicia clínica, 1997. Vol. 72, 1.
21. **ORTEGA VERDÚ, Leticia Guiomar.** Conceptos generales sobre itinerarios accesibles. *Accesibilidad Universal.* 2012, Vol. 1.
22. **MINISTERIO DE VIVIENDA, CONSTRUCCIÓN Y SANEAMIENTO.** *Norma técnica A.120 Accesibilidad Universal en Edificaciones del Reglamento Nacional de Edificaciones.* Lima : Ministerio de Vivienda, Construcción y saneamiento, 2019.
23. **KALACHE, Alexandre y PLOUFFE, Louise.** Ciudades Globales Amigables con los Mayores: Una Guía. Ginebra : OMS, 2007. Vol. I. 978 92 4 354730 5.
24. **HILDEBRANDT, Gruppe.** Hildebrandt, Gruppe. [En línea] Hildebrandt Gruppe, 29 de 04 de 2015. [Citado el: 28 de 11 de 2021.] <http://www.hildebrandt.cl/conceptos-basicos-para-disenar-un-edificio-accesible/>.
25. **GRINDE, B.** Biofilia: ¿El contacto visual con la naturaleza impacta en la salud? Oslo : Multidisciplinary Digital Publishing Institute, 2009.
26. **MARTÍNEZ MARTÍNEZ, Ramón.** Hospitecnia. Arquitectura, ingeniería y gestión hospitalaria y sanitaria. [En línea] 28 de Setiembre de 2018. [Citado el: 27 de 10 de 2021.] <https://hospitecnia.com/arquitectura/color-emocion-espacio-arquitectonico/>.
27. **SISTERNES GARCÍA, Ángela.** Confort en la arquitectura ¿Cómo se consigue? Madrid : Passivhaus, 2015.
28. **TAMAYO, M.** *El proceso de la investigación científica.* México : Limusa, 2012.

29. **ARIAS, F.** *El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica*. Caracas : Episteme C.A., 2012.
30. **HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto, FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos y BAPTISTA LUCIO, Pilar.** *Metodología de la Investigación 6ta edición*. Mexico DF : McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V., 2010. 978-1-4562-2396-0.
31. **FLICK, U.** *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid : Morata y fundación Paideia Galiza, 2012.
32. **DI VIRGILIO, M., y otros.** Competencias para el trabajo de campo cualitativo: formando investigadores en Ciencias Sociales. Buenos Aires : Revista Argentina de Sociología, 2007. Vol. 5, 9.
33. **SABINO, Carlos.** *El proceso de Investigación*. Caracas : Ed Panapo, 1992.
34. **BLAXTER, Loraine, HUGHES, Christina y TIGHT, Malcolm.** *Cómo se hace una investigación*. España : Gedisa, 2000. 8418525819.
35. **FINK, Arlene.** *The Survey Handbook*. California : Sage Publications, Inc, 2008. 9780761925804.
36. **REAL ACADEMIA ESPAÑOLA.** Diccionario panhispánico del español jurídico. [En línea] 11 de junio de 2002. [Citado el: 18 de Octubre de 2021.] <https://dpej.rae.es/lema/accesibilidad-universal>.
37. **VORTEX.** El Diseño Universal en arquitectura y urbanismo. [En línea] Vortex, 29 de enero de 2018. [Citado el: 18 de octubre de 2021.] <https://parques-agua.vortex-intl.com/disenio-universal-arquitectura-urbanismo/>.
38. **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).** *El informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra : OMS, 2015.
39. **UNIVERSIDAD DE INSURGENTES.** *Técnicas arquitectónicas y condiciones socio económicas*. México : Universidad de Insurgentes, 2020.
40. **CÓRDOVA GONZÁLES, Luis A.** Funcionalismo: modernidad y espacio. Tacamachalco : ESIA Tacamachalco, 2010. Vol. I. 1870-9052.
41. **GOICOVIC, Giselle.** Arquitectura Universidad UCINF. [En línea] Agosto de 2015. [Citado el: 21 de Febrero de 2021.] <https://arquitecturaucinf.wordpress.com/composicion-arquitectonica/>.
42. **HERRERA, Sebastián.** ArchDaily. [En línea] ArchDaily, 16 de Enero de 2019. [Citado el: 21 de Febrero de 2021.] <<https://www.archdaily.pe/pe/915577/reporte-de-tendencias-enero-confort-en-arquitectura>. 0719-8914.
43. **HUERTA PERALTA, Jaime.** *Discapacidad y diseño accesible*. Lima : SERINSA, 2007.
44. **IZCARRA PALACIOS, Simón Pedro.** *Manual de la investigación cualitativa*. Mexico : Fontamara, 2014. 978-607-736-064-3.

45. **JARA TOMCKOWIACK, Patricio.** *Equipamiento vecinal para la calidad de vida y la sostenibilidad urbana en conjuntos residenciales: Valores y principios a considerar en una Política Nacional de Desarrollo Urbano.* Santiago de Chile : Universidad de Chile, Facultad de Arquitectura y Urbanismo, Instituto de la Vivienda, 2010.
46. **LAUDO CASTILLO, Xavier.** *Hipótesis de la pedagogía moderna postmoderna, educación, verdad y relativismo.* Barcelona : Ediciones Universidad de Salamanca, 2011. 1130-3743.
47. **MARROQUÍN PEÑA, Roberto.** *Teoría y praxis de la investigación científica.* Lima : San Marcos, 2011. 9786123024833.
48. **MING KUO, Francés.** El contacto con la naturaleza aumenta la salud humana. *Tendencias.* [En línea] 05 de Mayo de 2011. [Citado el: 05 de Octubre de 2021.] https://tendencias21.levante-emv.com/el-contacto-con-la-naturaleza-aumenta-la-salud-humana_a6404.html. 2.
49. **PÉREZ LEAL, José.** Asesoría de tesis y trabajos de Grado. [En línea] Bloguer, 11 de Enero de 2018. [Citado el: 20 de Enero de 2023.] https://asesoriatesis1960.blogspot.com/2018/01/que-es-una-hipotesis-de-investigacion_11.html.
50. **ÁVILA FEMATT, Flor María.** Definición y objetivos de la geriatría. Ciudad de México : Domínguez Sección XVI, 2010. Vol. V.
51. **CARDONA, Doris y AGUDELO, Héctor.** Satisfacción Personal como Componente de la Calidad de Vida de los Adultos de Medellín. Bogota : Revista de Salud Pública, 2007. Vol. 9, 4.
52. **BLOUIN, Célise, TIRADO RATTO, Erika y MAMANI ORTEGA, Francisco.** La situación de la población adulta mayor en el Perú: Camino a una nueva política. Lima : Pontificia Universidad Católica del Perú, 2018 Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Perú (IDEHPUCP), 2018. Vol. 1.
53. **SANZ, Elena.** La escala de Lawton y Brody para evaluar la autonomía en el anciano. Salamanca : La mente es maravillosa, 2020. Vol. I.

ANEXOS

ANEXO 1: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

El Tambo, 31 de enero de 2022

Lic. Amadeo Gómez Hijar
Jefe de la unidad de Prestaciones Sociales

Presente. -



Estimado Licenciado:

Me dirijo a usted respetuosamente con la finalidad de solicitar su autorización para la realización de encuestas a 100 personas de la tercera edad, evento a realizarse durante el mes de febrero en el Centro del Adulto Mayor- El Porvenir.

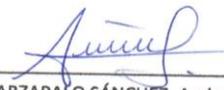
Cabe destacar que la mencionada actividad forma parte del cronograma de investigación de pregrado titulada: "Arquitectura accesible y su relación en los espacios funcionales para pacientes geriátricos del Centro el Porvenir de Huancayo" desarrollado por los bachilleres: Andrea Arzapalo Sánchez y Andrea Tinoco Tupayachi.

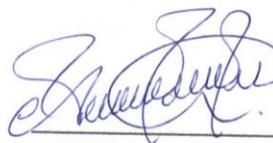
El objetivo de la encuesta es saber el grado de independencia y estilo de vida de los pacientes geriátricos, para desarrollar una propuesta de infraestructura para el CAM Huancayo, teniendo en cuenta sus necesidades.

Por todo lo expuesto, le reitero mi solicitud de autorización, agradeciendo de antemano toda la cooperación que pueda prestar al respecto.

Sin más a qué referirme y en espera de una pronta y favorable respuesta a esta solicitud, me despido.

Atentamente,


ARZAPALO SÁNCHEZ, Andrea
DNI: 71465635


TINOCO TUPAYACHI, Andrea
DNI: 72642935

Anexos: Encuesta para el adulto mayor

ANEXO 2: CUESTIONARIOS

ENCUESTA 1:

“Percepción de la Arquitectura del CAM”

Buen día, somos bachilleres de arquitectura: Andrea Arzapalo Sánchez y Andrea Tinoco Tupayachi, actualmente nos encontramos desarrollando una investigación relacionada a "LA ARQUITECTURA ACCESIBLE Y SU RELACIÓN EN LOS ESPACIOS FUNCIONALES PARA PACIENTES GERIÁTRICOS DEL FUNDO EL PORVENIR DE HUANCAYO AL 2021". La presente encuesta tiene por finalidad recoger información veraz e importante, con fines de enriquecer la investigación

1. ¿Ha encontrado algún obstáculo físico o barrera en su camino al entrar o salir del CAM?

- Nunca
- A veces
- Siempre

2. ¿Le es fácil el ingreso a los salones dentro del CAM? Es decir, no presenta problemas con las puertas.

- Nunca
- A veces
- Siempre

3. ¿Los baños del CAM son lo suficientemente amplios para su comodidad?

- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo

4. ¿Hay suficiente señalización y orientación para ayudarle a encontrar su camino dentro del CAM?

- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo

5. ¿Le es fácil ubicar el nombre de los ambientes dentro del CAM?

- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo

6. ¿Se siente seguro mientras usa rampas o ascensores en edificios públicos?

- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo

- 7. ¿Qué tan resbaloso encuentra el piso del CAM?**
- Nada resbaladizo
 - Moderadamente resbaladizo
 - Muy resbaladizo
- 8. ¿Existen desniveles dentro del CAM?**
- En desacuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - De acuerdo
- 9. ¿Existen barandas en los muros del CAM?**
- En desacuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - De acuerdo
- 10. ¿Cree que los materiales utilizados en el CAM son duraderos y resistentes?**
- En desacuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - De acuerdo
- 11. ¿Tiene dificultades para trasladarse de un ambiente a otro, dentro del CAM?**
- En desacuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - De acuerdo
- 12. ¿Existen puntos dentro del CAM donde se acumulan muchas personas en el espacio?**
- En desacuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - De acuerdo
- 13. ¿Le resulta sencillo ubicarse y dirigirse a las distintas áreas dentro del CAM?**
- En desacuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - De acuerdo
- 14. ¿Cómo siente el tamaño de los salones del CAM donde desarrollan los talleres?**
- Espacioso
 - Adecuado
 - Pequeño
- 15. ¿Cómo calificaría la comodidad de los muebles en los salones del CAM?**

- Muy cómodo
- Regular
- Nada cómodo

16. ¿Hay suficiente espacio para moverse y colocar objetos en el salón de talleres del CAM?

- Adecuado
- Inadecuado
- Ni adecuado ni inadecuado

17. ¿Le gusta la disposición y el diseño del mobiliario en los salones de talleres dentro del CAM?

- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo

18. ¿Considera que el mobiliario del CAM (sillas, mesas, etc.) es el adecuado para que realice sus actividades cómodamente?

- Muy cómodo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Nada cómodo

19. ¿La iluminación dentro del CAM, es adecuada para todas las necesidades de las personas, incluyendo aquellas con discapacidad visual?

- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo

20. ¿Hay sistemas de calefacción, refrigeración y ventilación en el CAM?

- en desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo

21. ¿Cómo considera la temperatura interna del CAM?

- Frío
- Adecuado
- Sofocante

ENCUESTA 2: Encuesta Lawton & Brody/ Barthel

Lawton & Brody

La escala de Lawton & Brody nos ayuda a evaluar el grado de independencia de una persona de la tercera edad para valerse por sí mismo.

1. ¿Es capaz de manejar sus propias finanzas?

- Sí, completamente independiente
- Sí, con ayuda de un recordatorio
- No, requiero ayuda frecuente de otra persona

2. ¿Puedes preparar tus propias comidas?

- Sí, completamente independiente
- Sí, con preparación previa de alimentos e ingredientes
- No, requiero ayuda frecuente de otra persona

3. ¿Puedes hacer tareas domésticas como lavar la ropa?

- Sí, completamente independiente
- Sí, pero solo lavo pequeñas prendas
- No, requiero ayuda frecuente de otra persona

4. ¿Puedes cuidar de su casa solo?

- Sí, completamente independiente
- Sí, solo realizo tareas ligeras como lavar platos o hacer la cama
- No, requiero ayuda frecuente de otra persona

5. ¿Eres capaz de manejar tus propias medicinas, como tomarlas en el momento y cantidad correctos?

- Sí, completamente independiente
- Sí, con ayuda de un recordatorio o asistencia ocasional
- No, requiero ayuda frecuente de otra persona

6. ¿Puedes usar el teléfono o tecnología moderna?

- Sí, completamente independiente
- Sí, con ayuda de un recordatorio o asistencia ocasional
- No, requiero ayuda frecuente de otra persona

7. ¿Eres capaz de hacer compras sin ayuda?

- Sí, completamente independiente
- Sí, pero solo pequeñas compras
- No, requiero ayuda frecuente de otra persona

8. ¿Puedes usar medios de transporte sin ayuda?

- Sí, completamente independiente
- Sí, pero solo uso taxi no otro medio de transporte
- No, requiero ayuda frecuente de otra persona

ÍNDICE DE BARTHEL

Con las siguientes preguntas mediremos la capacidad de la persona para la realización de actividades cotidianas

9. ¿Eres capaz de alimentarte sin ayuda?

- Si, completamente independiente
- Si, pero requiero ayuda para cortar alimentos o usar dispositivos de apoyo como mangos de utensilios adaptados.
- No, requiero asistencia para alimentarme

10. ¿Eres capaz de cuidar tu propia higiene personal como lavarte o asearte?

- Si, completamente independiente
- Si, con ayuda de adaptaciones o asistencia ocasional
- No, requiero ayuda frecuente de otra persona

11. ¿Eres capaz de bañarte o ducharte sin ayuda?

- Si, completamente independiente
- Si, pero con ayuda de dispositivos de apoyo como barras de agarre
- No, requiero asistencia para vestirme

12. ¿Puedes vestirte sin ayuda?

- Si, completamente independiente.
- Si, pero requiero ayuda para ponerme ciertas prendas
- No, requiero asistencia para vestirme.

13. ¿Eres capaz de ir al baño sin ayuda?

- Si, completamente independiente
- Si, pero requiero ayuda para limpiarme o utilizar dispositivos de apoyo como barras de agarre.
- No, requiero asistencia para ir al baño

14. ¿Puedes controlar tus esfínteres de manera efectiva?

- Si, completamente independiente
- Si, pero requiero dispositivos de apoyo como pañales para adultos

- No, requiero asistencia para controlar mis esfínteres

15. ¿Eres capaz de subir y bajar escaleras sin ayuda?

- Si, completamente independiente
- Si, pero requiero dispositivos de apoyo como barandillas.
- No, requiero asistencia para subir y bajar escaleras

16. ¿Puedes movilizarte de un lugar a otro sin ayuda?

- Si, completamente independiente
- Si, pero requiero dispositivos de apoyo como bastones o andadores
- No, requiero asistencia

ANEXO 3: BASE DE DATOS

n°	Arquitectura accesible (VX)																				
	Norma A.120 (D1)										Funcional (D2)										
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21
1	3	3	3	3	1	2	3	1	1	3	3	3	3	2	2	3	1	2	3	1	1
2	1	2	1	1	2	1	2	1	3	1	2	1	2	1	2	1	1	1	3	1	1
3	2	3	3	3	3	2	3	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3
4	1	2	2	2	2	2	2	3	1	1	1	2	3	2	2	1	3	2	2	3	3
5	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	2	3	3	2	1	1	1
6	2	3	3	1	3	1	3	3	1	1	1	1	3	2	2	1	1	1	1	1	1
7	3	3	3	3	3	3	1	3	2	1	3	2	3	2	3	3	1	3	3	1	3
8	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1
9	3	2	3	3	3	2	2	1	3	3	2	2	3	2	3	3	2	3	3	3	3
10	2	3	3	3	1	1	2	3	3	3	1	2	3	1	1	1	3	1	2	1	1
11	2	3	1	1	3	2	2	3	1	3	3	1	3	1	2	1	1	1	1	1	3
12	2	3	3	3	3	3	2	1	1	3	1	2	3	3	3	3	3	3	3	1	1
13	3	3	3	3	2	1	3	3	1	3	3	3	3	2	2	1	2	2	3	2	3
14	3	1	3	1	3	3	1	1	1	3	1	1	3	1	2	1	1	3	3	1	3
15	2	2	3	2	1	3	1	3	1	2	3	2	1	1	2	1	3	3	3	1	1
16	1	3	3	3	3	3	1	1	3	3	1	1	3	3	2	3	3	3	3	2	3
17	3	3	3	3	3	3	1	1	3	3	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3
18	3	3	2	3	3	1	2	3	1	1	1	1	3	3	2	3	2	3	3	2	3
19	3	3	3	3	3	3	1	1	3	3	1	1	3	1	1	2	3	1	3	3	1
20	2	3	3	3	3	3	3	1	1	3	3	3	1	1	3	2	3	3	3	1	3
21	3	3	3	3	3	3	3	1	1	3	3	3	1	1	3	3	3	3	3	3	3
22	3	3	3	3	3	3	3	1	1	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3
23	3	1	3	3	3	3	1	1	1	3	3	1	1	3	2	1	1	3	3	1	1
24	2	3	3	3	3	3	3	1	2	1	1	1	3	3	2	3	3	3	3	3	3
25	3	1	3	3	1	3	1	3	1	3	1	1	3	2	2	3	3	3	3	1	1
26	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	3	3	1	3	3	3	3	3	3	1	1
27	1	3	3	2	3	1	3	2	1	1	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2
28	2	2	3	1	3	2	1	3	1	3	3	1	1	1	2	1	1	2	3	1	3
29	2	3	3	3	3	1	3	3	1	1	3	1	3	2	3	3	3	2	3	1	3
30	3	3	3	3	3	3	1	1	1	1	3	3	3	2	2	3	3	1	3	1	3
31	3	3	1	3	3	3	2	1	1	3	1	1	3	2	2	2	2	3	2	1	3
32	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	1	1	3	3	3	3	3	3	3	2	3
33	3	2	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	1	3
34	3	3	3	3	3	3	1	1	1	3	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3
35	3	2	3	2	2	2	1	2	2	3	1	2	2	2	2	1	2	2	3	1	1
36	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3
37	2	3	3	3	3	3	2	3	1	1	1	1	3	2	2	3	2	3	2	1	3
38	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	1	3	1	2	1	3	2	3	3	3
39	2	3	3	3	3	1	2	3	2	2	2	1	2	3	2	2	2	3	3	2	1
40	1	3	2	1	1	1	1	3	1	3	3	1	3	1	2	2	1	2	3	1	1
41	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	2	3	3	1	2	1	3	3	3	1	1
42	3	3	3	2	2	2	1	2	2	1	1	1	2	1	2	1	2	1	3	1	1
43	1	3	1	1	3	1	3	1	1	3	1	1	1	1	2	1	3	2	3	1	1
44	1	3	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	3	1	3	1	2	1	3	1	1
45	3	1	3	3	3	1	3	3	1	3	3	3	1	2	3	3	3	3	3	1	1
46	3	2	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	3	2	2	3	1	2	1	1	1
47	3	2	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	3	2	2	3	1	2	1	1	1

48	1	3	1	3	3	3	1	3	2	1	2	2	3	3	2	1	2	3	3	2	1
49	1	3	1	3	3	3	1	3	2	1	2	2	3	3	2	1	2	3	3	1	1
50	2	1	1	1	1	3	1	3	1	1	1	1	1	2	3	1	1	3	1	1	1
51	2	3	1	1	1	3	1	1	1	3	2	2	3	2	2	1	3	3	3	1	1
52	2	2	2	1	2	3	3	1	3	3	2	1	2	2	2	3	3	2	3	1	1
53	2	2	1	3	3	3	1	3	2	3	2	1	3	3	2	3	1	1	2	1	1
54	1	3	1	3	1	1	1	3	1	3	2	3	2	1	2	3	3	3	2	1	1
55	3	1	1	1	1	1	1	3	1	1	3	3	3	2	1	1	1	2	1	1	1
56	3	2	1	1	1	3	1	3	1	2	1	3	1	1	2	2	1	2	3	1	1
57	3	1	3	1	3	1	3	3	1	2	2	3	3	3	1	1	2	1	3	1	1
58	3	2	1	1	1	3	1	3	1	1	2	1	2	3	2	1	2	2	3	1	1
59	2	2	3	1	1	1	3	3	1	3	3	1	3	1	2	1	1	3	3	1	1
60	2	3	2	2	2	1	3	1	3	2	2	2	3	1	2	1	1	1	3	3	1
61	2	2	1	3	3	2	2	3	3	1	2	3	1	2	2	3	2	1	1	1	1
62	2	2	1	3	2	3	1	2	1	2	3	1	2	2	2	3	2	2	3	2	1
63	3	1	3	3	1	3	1	3	1	3	3	1	3	2	2	3	2	3	3	1	1
64	1	2	3	1	1	3	3	1	1	3	1	1	3	1	2	1	3	3	3	1	1
65	3	1	3	1	1	3	1	1	1	1	1	3	3	2	2	1	2	2	3	1	1
66	2	2	2	1	1	3	1	3	1	1	3	1	3	2	2	1	1	2	3	1	1
67	2	3	1	1	1	3	1	3	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	3	1	1
68	2	2	1	2	2	3	1	3	1	3	1	2	3	1	2	2	2	3	3	1	1
69	2	2	1	1	3	3	1	3	1	3	2	1	1	1	2	1	1	2	3	1	1
70	2	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	2	1	3	3	3	1	1

Nº	Encuesta Lawton & Brody/ Barthel (Vy)																
	Básicas (D1)								Instrumentales (D2)								
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	
1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3
2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	1	3	1	2	3
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3
5	2	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
6	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
7	3	3	2	2	2	1	3	3	3	3	2	2	2	1	3	3	
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
9	3	1	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
10	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	1	1	2
11	3	3	3	3	3	2	2	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3
12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
14	3	3	3	3	1	1	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2
15	2	1	1	2	2	2	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
17	3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
18	2	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
20	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
21	1	3	3	3	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3
22	1	2	3	3	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3

23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
24	3	3	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	
25	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2	1	3	3	
26	1	2	1	2	1	1	1	1	3	2	2	3	2	1	1	2	
27	2	2	3	2	2	2	2	2	3	3	2	3	2	3	2	2	
28	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	
29	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
30	2	3	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2	3	
31	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
32	2	3	3	3	2	2	2	2	3	3	2	2	3	3	3	3	
33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
34	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	
35	3	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	2	3	3	3	
36	1	1	2	2	1	1	2	1	2	3	3	2	2	3	1	2	
37	2	3	2	2	2	1	1	2	3	3	2	2	2	3	1	2	
38	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
39	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
40	3	2	3	2	2	2	3	2	3	3	3	3	2	3	2	3	
41	3	3	3	3	2	2	3	2	3	3	3	2	2	3	2	2	
42	3	3	2	2	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	
43	3	3	3	2	3	2	2	3	3	3	3	2	2	3	3	2	
44	1	1	2	2	1	1	1	2	3	2	2	2	2	3	3	2	2
45	3	1	2	2	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3
46	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2
47	1	3	3	3	3	1	1	1	3	3	2	3	3	3	3	3	1
48	3	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3
49	3	3	2	2	3	1	3	2	3	3	3	2	2	2	3	3	3
50	1	2	3	3	1	2	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	3
51	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	3	1	2	3	3	3
52	3	3	2	3	2	1	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2
53	1	2	3	3	2	1	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2
54	1	3	2	2	2	1	2	2	3	3	3	1	1	1	1	2	2
55	3	3	2	2	1	2	3	3	3	3	3	3	3	1	1	3	3
56	2	3	2	2	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
57	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
58	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3
59	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
60	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3
61	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3
62	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2
63	3	1	1	1	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
64	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
65	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3
66	1	3	3	3	3	1	2	1	3	3	3	3	3	1	3	3	2
67	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
68	2	1	1	1	3	2	2	3	3	3	2	3	2	2	2	2	3
69	3	1	1	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
70	2	2	2	2	1	1	1	1	3	3	3	3	3	3	2	3	3

ANEXO 4: VALIDACIÓN DE LAS ENCUESTAS POR MÉDICOS GERIATRAS



FICHA DE VALIDACIÓN DE EXPERTO

Se solicita la validación respectiva, para lo cual se adjuntara el instrumento de recolección de datos de la investigación

“LA / “PERCEPCIÓN DE LA ARQUITECTURA ACCESIBLE Y EL NIVEL DE AUTONOMÍA DE LOS USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR “EL PORVENIR” EN HUANCAYO – 2023”

Instrucciones: Marque con una “X” según considere la valoración de acuerdo a cada ítem.

PARA: Congruencia y claridad del instrumento	PARA: Tendenciosidad (propensión hacia determinados fines)														
5 = Óptimo 4 = Satisfactorio 3 = Bueno 2 = Regular 1 = Deficiente	5 = Fuerte 4 = Bastante 3 = Regular 2 = Poca 1 = Mínimo														
Criterios de Evaluación	Congruencia					Claridad					Tendenciosidad				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. El instrumento tiene estructura lógica.					X					X					X
2. La secuencia de presentación de los ítems es óptima.					X					X					X
3. El grado de complejidad de los ítems es aceptable.					X					X					X
4. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.					X					X					X
5. Los reactivos reflejan el problema de investigación.					X					X					X
6. El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.					X					X					X
7. Las preguntas permiten el logro de objetivos.					X					X					X
8. Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.					X					X					X
9. El instrumento abarca las variables e indicadores.					X					X					X
10. Los ítems permiten contrastar las hipótesis.					X					X					X
Sumatoria Parcial					50					50					50
Sumatoria Total															150

Observaciones:

Nombres y Apellidos del Experto Sandra Mallma Rosales
 Especialidad: Geriatra
 DNI: 44420797
 Nro. Celular: 985923069
 Firma: _____


 Dra. SANDRA MALLMA ROSALES
 MEDICO GERIATRA
 C.M.P. 58868 - R.N.E. 33148
 Hospital Nacional "Ramiro Priale Priale"


ESCALA DICOTÓMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS

Apreciación del experto sobre el cuestionario:

Criterios de Evaluación	Correcto	Incorrecto
El instrumento tiene estructura lógica.	X	
La secuencia de presentación de los ítems es óptima.	X	
El grado de complejidad de los ítems es aceptable.	X	
Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.	X	
Los reactivos reflejan el problema de investigación.	X	
El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.	X	
Las preguntas permiten el logro de objetivos.	X	
Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.	X	
El instrumento abarca las variables e indicadores.	X	
Los ítems permiten contrastar las hipótesis.	X	

Nombres y Apellidos del Experto Sandra Mallma Rosales
 Especialidad: Geriatría
 DNI: 44420797
 Nro. Celular: 985923069
 Firma: _____



 Dra. SANDRA MALLMA ROSALES
 MEDICO GERIATRA
 C.M.P. 58868 - R.N.E. 33149
 Hospital Nacional "Ramiro Priale Priale"


FICHA DE VALIDACIÓN DE EXPERTO

Se solicita la validación respectiva, para lo cual se adjuntara el instrumento de recolección de datos de la investigación titulada:

"PERCEPCIÓN DE LA ARQUITECTURA ACCESIBLE Y EL NIVEL DE AUTONOMÍA DE LOS USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR "EL PORVENIR" EN HUANCAYO - 2023"

Instrucciones: Marque con una "X" según considere la valoración de acuerdo a cada ítem.

PARA: Congruencia y claridad del instrumento					PARA: Tendenciosidad (propensión hacia determinados fines)										
5 = Optimo 4 = Satisfactorio 3 = Bueno 2 = Regular 1 = Deficiente					5 = Fuerte 4 = Bastante 3 = Regular 2 = Poca 1 = Mínimo										
Criterios de Evaluación	Congruencia					Claridad					Tendenciosidad				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. El instrumento tiene estructura lógica.					X					X					X
2. La secuencia de presentación de los ítems es óptima.					X					X					X
3. El grado de complejidad de los ítems es aceptable.					X					X					X
4. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.					X					X					X
5. Los reactivos reflejan el problema de investigación.					X					X					X
6. El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.					X					X					X
7. Las preguntas permiten el logro de objetivos.					X					X					X
8. Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.					X					X					X
9. El instrumento abarca las variables e indicadores.					X					X					X
10. Los ítems permiten contrastar las hipótesis.					X					X					X
Sumatoria Parcial					50					50					50
Sumatoria Total															150

Observaciones:

Nombres y Apellidos del Experto Ricse Estabridu Elena

Especialidad: Geriatra

DNI: 09753483

Nro. Celular: 964924989

Firma: _____



Hospital Nacional
Primario Peruvian
DRA. ELENA M. RICSE ESTABRIDU
MEDICO GERIATRA
C.M.P. 32963

ESCALA DICOTÓMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS

Apreciación del experto sobre el cuestionario:

Criterios de Evaluación	Correcto	Incorrecto
El instrumento tiene estructura lógica.	X	
La secuencia de presentación de los ítems es óptima.	X	
El grado de complejidad de los ítems es aceptable.	X	
Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.	X	
Los reactivos reflejan el problema de investigación.	X	
El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.	X	
Las preguntas permiten el logro de objetivos.	X	
Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.	X	
El instrumento abarca las variables e indicadores.	X	
Los ítems permiten contrastar las hipótesis.	X	

Nombres y Apellidos del Experto Ricse Estabridis Elena
 Especialidad: Geriatría
 DNI: 09753483
 Nro. Celular: 964924989
 Firma: _____


 Hospital Regional de Arequipa
 DR. ELENA M. RICSE ESTABRIDIS
 MEDICO GERIATRA
 CMP: 32863 RNE: 28712

FICHA DE VALIDACIÓN DE EXPERTO

Se solicita la validación respectiva, para lo cual se adjuntara el instrumento de recolección de datos de la investigación titulada:

"PERCEPCIÓN DE LA ARQUITECTURA ACCESIBLE Y EL NIVEL DE AUTONOMÍA DE LOS USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR "EL PORVENIR" EN HUANCAYO - 2023"

Instrucciones: Marque con una "X" según considere la valoración de acuerdo a cada ítem.

PARA: Congruencia y claridad del instrumento					PARA: Tendenciosidad (propensión hacia determinados fines)										
5 = Óptimo 4 = Satisfactorio 3 = Bueno 2 = Regular 1 = Deficiente					5 = Fuerte 4 = Bastante 3 = Regular 2 = Poca 1 = Mínimo										
Criterios de Evaluación	Congruencia					Claridad					Tendenciosidad				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. El instrumento tiene estructura lógica.				X					X				X		
2. La secuencia de presentación de los ítems es óptima.				X					X					X	
3. El grado de complejidad de los ítems es aceptable.					X				X					X	
4. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.					X				X					X	
5. Los reactivos reflejan el problema de investigación.					X				X					X	
6. El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.			X					X					X		
7. Las preguntas permiten el logro de objetivos.			X					X					X		
8. Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.			X					X					X		
9. El instrumento abarca las variables e indicadores.				X					X				X		
10. Los ítems permiten contrastar las hipótesis.				X					X				X		
Sumatoria Parcial															
Sumatoria Total															

Observaciones:

Nombres y Apellidos del Experto: Villanueva Vila Vladimir
 Especialidad: Médico GERIATRO
 DNI: 41522214
 Nro. Celular: 971433304
 Firma: [Firma manuscrita]

[Firma manuscrita]
 Dr. Vladimir J. Villanueva Vila
 MÉDICO GERIATRA
 RNE: 28853 - CMP 54608

ESCALA DICOTÓMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS

Apreciación del experto sobre el cuestionario:

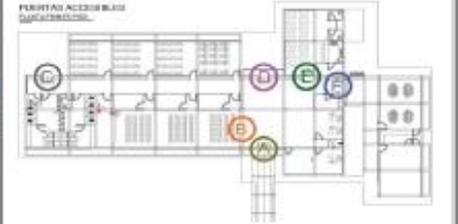
La valoración de los ítems están en acuerdo para la valoración estructural en adultos mayores para que puedan vivir con confort en un domicilio

Criterios de Evaluación	Correcto	Incorrecto
El instrumento tiene estructura lógica.	X	
La secuencia de presentación de los ítems es óptima.	X	
El grado de complejidad de los ítems es aceptable.	X	
Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.	X	
Los reactivos reflejan el problema de investigación.	X	
El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.	X	
Las preguntas permiten el logro de objetivos.	X	
Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.	X	
El instrumento abarca las variables e indicadores.	X	
Los ítems permiten contrastar las hipótesis.	X	

Nombres y Apellidos del Experto: Villanueva Vila Vladimir
 Especialidad: Médico Geriátrico
 DNI: 41527314
 Nro. Celular: 971433309
 Firma: [Firma manuscrita]

Dr. Vladimir J. Villanueva Vila
 - (M) MÉDICO GERIATRA
 RNE: 28853 - C.M.P. 54608

ANEXO 5: FICHAS DE OBSERVACIÓN

FICHA DE OBSERVACIÓN: Barreras Arquitectónicas				
Características del diseño: Análisis de la circulación interior y exterior				
Ítem	Descripción	Fotos	CONTROL	
			AT	NT
RAMPAS	Solo tiene dos pequeñas rampas con una elevación de 4cm. Que se encuentran ubicadas al ingreso del CAM, cabe resaltar la falta de señalización y barandas de seguridad en ambas rampas.		3	
SEÑALIZACIÓN	El CAM actualmente es utilizado como vacunatorio, por lo que cuenta con señalización instructiva de los ambientes, es decir, el nombre de cada ambiente			1
BARANDAS	No existen ningún tipo de baranda dentro del CAM, ya sea anclado a los muros o en pasillos o en veredas exteriores.			1
PUERTAS SEGÚN LA NORMA A.120	Las puertas de ingreso a los talleres miden 0.90m, lo cual es el mínimo permitido por la Norma A.120. Por lo que si llega a cumplir la Normativa. La puertas de ingreso al CAM, mide 2m. Según la Norma, el mínimo para el ingreso, es de 1.70m		3	
AT: Adecuado para el Taller (3pts) NT: No adecuado para el Taller (1 pt) PUNTUACIÓN: 0 - 4 NO ES EFICIENTE / 5-12 EFICIENTE			6	2
TOTAL:			8	

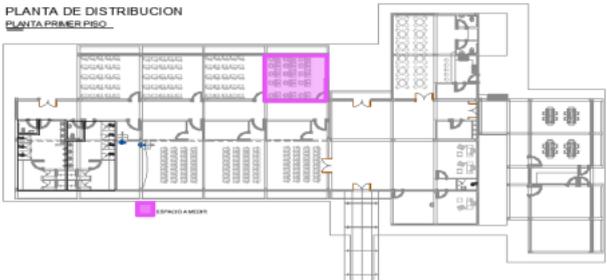
Ficha de Observación: Seguridad (Normativa A.120)

AMBIENTES	SEGURIDAD			Puntaje	BARRERAS ARQUITECTÓNICAS				Puntaje	
	EN SUELOS.	EN MUROS	TEXTURA PODOTÁCTIL		RAMPAS	SEÑALIZACIÓN	BARANDAS	DIMENSION DE PUERTAS SEGÚN LA NORMA A.120		
T A L L E R E S	Ciberdiálogo	1	1	1	3	3	1	1	3	8
	Educación Emocional	1	1	1	3	3	1	1	3	8
	Autocuidado	1	1	1	3	3	1	1	3	8
	Taller de Memoria	1	1	1	3	3	1	1	3	8
	Canto y música	1	1	1	3	3	1	1	3	8
	Taichi	1	1	1	3	3	1	1	3	8
	Danza	1	1	1	3	3	1	1	3	8
	Bisutería	1	1	1	3	1	1	1	3	6
S E R V	Repostería	1	1	1	3	1	1	1	3	6
	Cafetería	1	1	1	3	3	1	1	3	8
	Tópico	1	1	1	3	1	3	1	3	8
A D M I N	SS.HH.	1	1	1	3	1	3	1	3	8
	Oficina 1	1	1	1	3	1	3	1	3	8
	Oficina 2	1	1	1	3	1	3	1	3	8
0-3 NO EXISTE SEGURIDAD INCLUSIVA 4-9 EXISTE SEGURIDAD INCLUSIVA					0-4 EXISTEN BARRERAS ARQUITECTÓNICAS 6-9 ESTAN PRESENTES ALGUNAS BARRERAS ARQUITECTÓNICAS 10-12 NO EXISTEN BARRERAS ARQUITECTÓNICAS					

Ficha de Observación: Función

Características del diseño analizando en función a la Utilidad del Edificio		
Item	Descripción	Fotos
CANTIDAD DE TALLERES EN EL CAM	Actualmente el CAM cuenta con 8 ambientes dispuestos para la realización de talleres presenciales, con aforo de 25 personas.	
DISTRIBUCION DE LOS TALLERES DENTRO DEL CAM	La distribución de los talleres esta dada en su mayoría en el lado izquierdo del edificio (tomando como referencia la entrada principal). Cuenta con un pasillo de 2.40m. De ancho que ramifica el ingreso a los diversos talleres. Y en el lado derecho cuenta con 2 talleres que necesitan mas espacio como Repostería y Bisutería. Los salones del CAM no son los mejores para el desarrollo de actividades de los adultos mayores.	
Características del diseño analizando en función a la Solidez del Edificio		
Item	Descripción	Fotos
MATERIALIDAD	El Centro del adulto mayor esta construido de la siguiente manera: la estructura es de concreto pero las divisiones interiores son de Drywall. Si bien es cierto, este material es liviano y de rapida instalacion, para zonas frias como la ciudad de Huancayo no son del todo recomendable a menos que se coloque un sistema de aislamiento termico. Sistema que no se encuentra en el CAM. Los pisos son de granito pulido con juntas de aluminio, este material transmite el frio de manera mas rapida que otros materiales. Por ello el Centro del Adulto Mayor es frio la mayor parte del tiempo.	

Ficha de Observación: Dimensión del espacio – T. Ciberdiálogo

Características del diseño analizando en función a la Estetica del edificio		
TALLER CIBERDIALOGO		
	AREA DEL AMBIENTE	24.96
	Ancho	6.24
	Alto	4.00
	Largo	5.77
	VENTANAS	
	Ancho	0.90
	Alto	2.10
	PUERTAS SEGÚN NORMATIVA A.120	
	Ancho	0.90
	Alto	2.10
MOBILIARIO	Movil	

Ficha de Observación: Dimensión del espacio – T. Ed. Emocional

Características del diseño analizando en función a la Estetica del edificio		
EDUCACION EMOCIONAL		
<p>PLANTA DE DISTRIBUCION PLANTA PRIMER PISO</p>	AREA DEL AMBIENTE	37.44
	Ancho	6.24
	Alto	4.00
	Largo	6.00
VENTANAS		
Ancho	5.79	
Alto	2.10	
PUERTAS SEGÚN NORMATIVA A.120		
Ancho	0.90	
Alto	2.10	
MOBILIARIO	Movil	

Ficha de Observación: Dimensión del espacio – T. Autocuidado

Características del diseño analizando en función a la Estetica del edificio		
AUTOCUIDADO		
<p>PLANTA DE DISTRIBUCION PLANTA PRIMER PISO</p>	AREA DEL AMBIENTE	37.20
	Ancho	6.20
	Alto	2.50
	Largo	6.00
VENTANAS		
Ancho	5.98	
Alto	2.44	
PUERTAS SEGÚN NORMATIVA A.120		
Ancho	0.90	
Alto	2.10	
MOBILIARIO	Movil	

Ficha de Observación: Dimensión del espacio – T. Memoria

Características del diseño analizando en función a la Estetica del edificio		
TALLER DE MEMORIA		
<p>PLANTA DE DISTRIBUCION PLANTA PRIMER PISO</p>	AREA DEL AMBIENTE	0.00
	Ancho	5.79
	Alto	2.50
	Largo	6.00
VENTANAS		
Ancho	5.46	
Alto	2.44	
PUERTAS SEGÚN NORMATIVA A.120		
Ancho	0.90	
Alto	2.10	
MOBILIARIO	Movil	

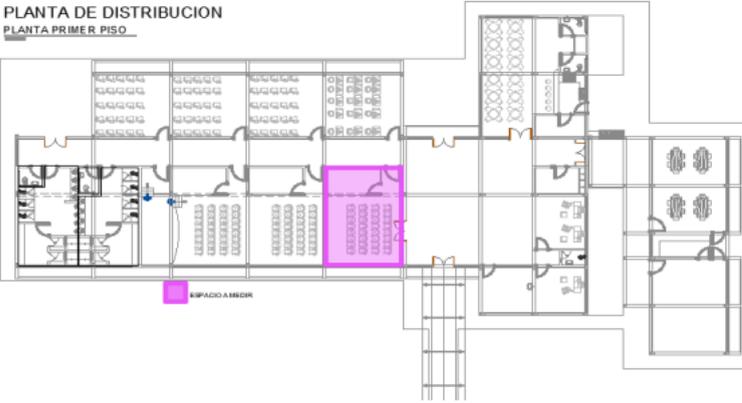
Ficha de Observación: Dimensión del espacio – T. Canto y Música

Características del diseño analizando en función a la Estetica del edificio		
TALLER DE CANTO Y MUSICA		
<p>PLANTA DE DISTRIBUCION PLANTA PRIMER PISO</p> <p>ESPACIO A MEDIR</p>	AREA DEL AMBIENTE	40.53
	Ancho	5.79
	Alto	2.50
	Largo	7.00
	VENTANAS	
	Ancho	5.70
	Alto	2.45
	PUERTAS SEGÚN NORMATIVA A.120	
	Ancho	0.90
	Alto	2.10
	PUERTA DEPOSITO SEGÚN NORMATIVA A.120	
	Ancho	0.90
	Alto	2.10
	PUERTA ESCENARIO SEGÚN NORMATIVA A.120	
	Ancho	0.90
Alto	2.10	
MOBILIARIO	Movil	

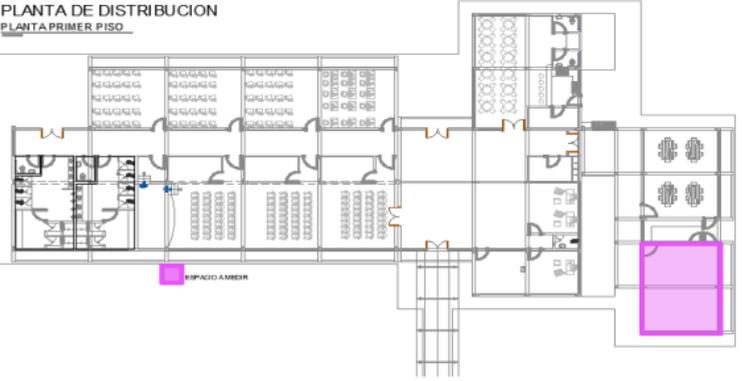
Ficha de Observación: Estética del edificio – T. Taichí

Características del diseño analizando en función a la Estetica del edificio		
TALLER DE TAICHI		
<p>PLANTA DE DISTRIBUCION PLANTA PRIMER PISO</p> <p>ESPACIO A MEDIR</p>	AREA DEL AMBIENTE	40.60
	Ancho	5.80
	Alto	2.45
	Largo	7.00
	VENTANAS	
	Ancho	5.97
	Alto	2.45
	PUERTAS SEGÚN NORMATIVA A.120	
	Ancho	0.90
	Alto	2.10
	PUERTA DEPOSITO SEGÚN NORMATIVA A.120	
	Ancho	0.90
	Alto	2.10
	MOBILIARIO	Movil

Ficha de Observación: Estética del edificio – T. Danza

Características del diseño analizando en función a la Estética del edificio		
TALLER DE DANZA		
<p>PLANTA DE DISTRIBUCION PLANTA PRIMER PISO</p> 	AREA DEL AMBIENTE	42.00
	Ancho	6.00
	Alto	2.45
	Largo	7.00
	VENTANAS	
	Ancho	5.97
	Alto	2.45
	PUERTAS SEGÚN NORMATIVA A.120	
	Ancho	1.80
	Alto	2.30
	PUERTA CENTRAL SEGÚN NORMATIVA A.120	
	Ancho	0.90
	Alto	2.10
	PUERTA DEPOSITO SEGÚN NORMATIVA A.120	
	Ancho	0.90
Alto	2.10	
MOBILIARIO	Movil	

Ficha de Observación: Dimensión del espacio – T. Repostería

Características del diseño analizando en función a la Estética del edificio		
TALLER DE REPOSTERIA		
<p>PLANTA DE DISTRIBUCION PLANTA PRIMER PISO</p> 	AREA DEL AMBIENTE	49.92
	Ancho	6.24
	Alto	4.00
	Largo	8.00
	VENTANAS 01	
	Ancho	3.90
	Alto	4.00
	VENTANAS 01	
	Ancho	3.70
	Alto	4.00
	PUERTAS SEGÚN NORMATIVA A.120	
	Ancho	1.80
	Alto	2.30
	PUERTA POSTERIOR SEGÚN NORMATIVA A.120	
	Ancho	0.90
Alto	2.30	
MOBILIARIO	Movil	

Ficha de Observación: Dimensión del espacio – Taller Respostería

Características del diseño analizando en función a la Estética del edificio		
TALLER DE RESPOSTERIA		
<p>PLANTA DE DISTRIBUCION PLANTA PRIMER PISO</p> <p>ESPACIO A MEDIR</p>	AREA DEL AMBIENTE	49.92
	Ancho	6.24
	Alto	4.00
	Largo	8.00
VENTANAS 01		
Ancho	3.90	
Alto	4.00	
VENTANAS 01		
Ancho	3.70	
Alto	4.00	
PUERTAS SEGÚN NORMATIVA A.120		
Ancho	1.80	
Alto	2.30	
PUERTA POSTERIOR SEGÚN NORMATIVA A.120		
Ancho	0.90	
Alto	2.30	
MOBILIARIO		Movil

Ficha de Observación: Dimensión del espacio – Bisutería

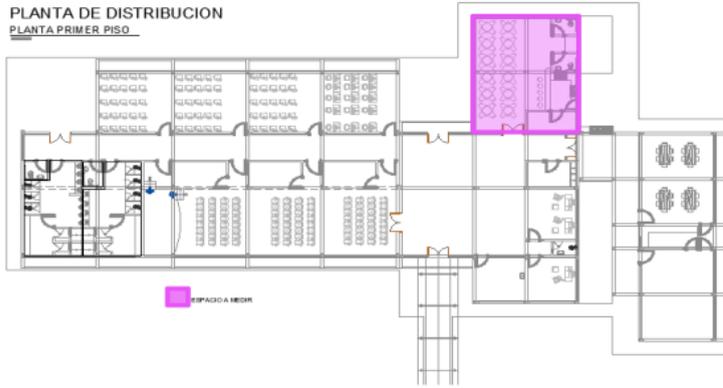
Características del diseño analizando en función a la Estética del edificio		
TALLER DE BISUTERIA		
<p>PLANTA DE DISTRIBUCION PLANTA PRIMER PISO</p> <p>ESPACIO A MEDIR</p>	AREA DEL AMBIENTE	51.36
	Ancho	6.24
	Alto	4.00
	Largo	8.23
VENTANAS 01		
Ancho	3.40	
Alto	4.00	
VENTANAS 01		
Ancho	3.90	
Alto	3.40	
PUERTAS SEGÚN NORMATIVA A.120		
Ancho	1.80	
Alto	2.30	
PUERTA POSTERIOR SEGÚN NORMATIVA A.120		
Ancho	0.90	
Alto	2.30	
MOBILIARIO		Movil

Ficha de Observación: Estética del edificio – Cafetería

Características del diseño analizando en función a la Estetica del edificio

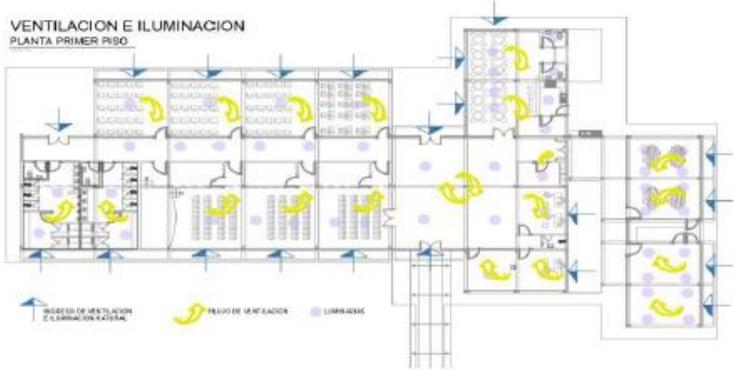
CAFETERIA

PLANTA DE DISTRIBUCION
PLANTA PRIMER PISO

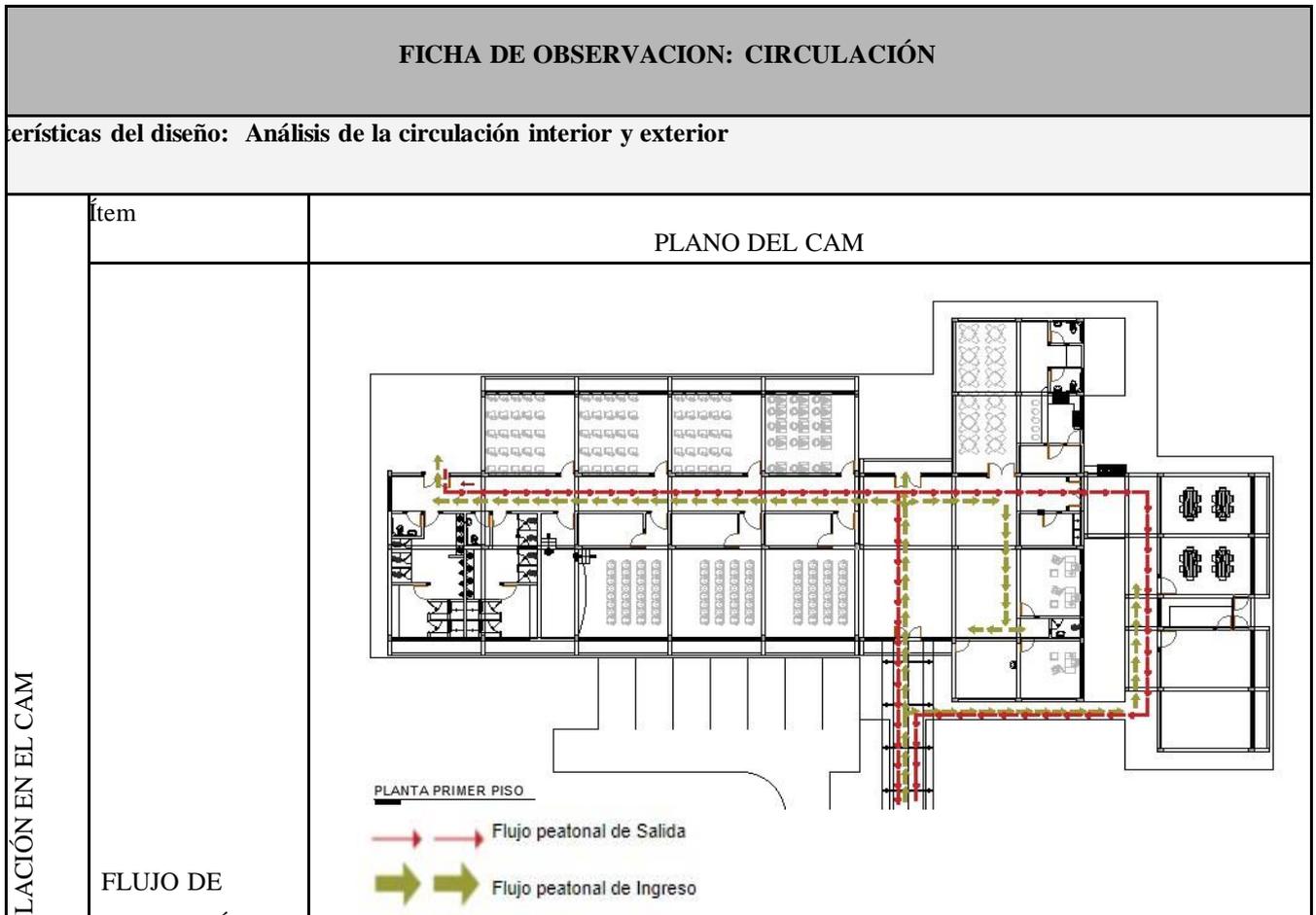


AREA DEL AMBIENTE	88.09
Ancho	8.35
Alto	4.00
Largo	10.55
VENTANAS 01	
Ancho	4.00
Alto	3.40
VENTANAS 02	
Ancho	4.00
Alto	3.40
VENTANAS 03	
Ancho	3.80
Alto	3.40
PUERTAS SEGÚN NORMATIVA A.120	
Ancho	2.00
Alto	2.30
PUERTA POSTERIOR SEGÚN NORMATIVA A.120	
Ancho	0.90
Alto	2.10
MOBILIARIO	Movil

Ficha de Observación: Confort del Espacio

FICHA DE OBSERVACION: Confort del espacio							
Características del diseño analizando en función de la arquitectura terapéutica							
	Ítem	Descripción	Fotos		Control		
					AT	NT	
ARQUITECTURA TERAPÉUTICA	PERCEPCIÓN DEL COLOR	El único color trabajado en toda la arquitectura interior, es el blanco. Lo que, en terapia del color, significa la tranquilidad, pureza, limpieza y relajación				1	
	CONDICION TÉRMICA	VENTILACIÓN	Cuenta con ventilación directa, mediante las ventanas, también con ventilación cruzada ya que se hace un túnel de aire al abrir las puertas y ventanas del ambiente			3	
		ILUMINACIÓN	Al ser una edificación central posee ventanas en todo el perímetro, captando la iluminación natural durante el día, y por las noches cuentan con iluminación artificial en todas las áreas.			3	
		TEMPERATURA	Al ser una edificación donde predominan las ventanas, éstas nos ayudan a dar mayor calidez al espacio, pero al no existir un elemento que absorba el calor, son por las mismas ventanas, que posteriormente, ingresa el frío, y baja la temperatura.				1
<p>VENTILACION E ILUMINACION PLANTA PRIMER PISO</p>  <p style="font-size: small;"> ➔ DIRECCION DE VENTILACION ➔ ILUMINACION NATURAL ➔ FLUJO DE VENTILACION ● VENTANAS </p>							
	VEGETACION	Si bien el CAM se encuentra rodeado de áreas verdes, no existe tratamiento paisajístico en el lugar, ni sectores específicos para realizar actividad de recreación pasiva. No se encontraron espacios con arboles del lugar. Solo tienen un espacio para el huerto que esta ocupado con sembríos de papa y otros alimentos para consumo.				1	
<p>AT: Adecuado para el Taller (3pts) NT: No adecuado para el Taller (1 pt) Puntuación: 0 - 11 NO ES EFICIENTE / 12-15 EFICIENTE</p>					6	3	
TOTAL:					9		

Circulación en el CAM



ANEXO 6: FOTOGRAFÍAS







ANEXO 6: BASE DE DATOS EN SPSS

BASE DE DATOS SPSS.sav [Conjunto_de_datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Visible: 6 de 6 variables

	Arquitectura accesible	Norma	Funcional	Autonomía	Básicas	Instrumentales	var												
46	2,00	1,00	2,00	3,00	3,00	3,00													
47	2,00	1,00	2,00	3,00	2,00	3,00													
48	2,00	2,00	2,00	3,00	3,00	3,00													
49	2,00	2,00	2,00	3,00	3,00	3,00													
50	1,00	1,00	1,00	3,00	2,00	3,00													
51	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	2,00													
52	2,00	2,00	2,00	3,00	2,00	3,00													
53	2,00	3,00	2,00	3,00	2,00	3,00													
54	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00													
55	1,00	1,00	2,00	3,00	3,00	3,00													
56	2,00	2,00	2,00	3,00	3,00	3,00													
57	2,00	2,00	2,00	3,00	3,00	3,00													
58	2,00	2,00	2,00	3,00	3,00	3,00													
59	2,00	2,00	2,00	3,00	3,00	3,00													
60	2,00	2,00	2,00	3,00	3,00	3,00													
61	2,00	2,00	2,00	3,00	3,00	3,00													
62	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	2,00													
63	2,00	2,00	2,00	3,00	2,00	3,00													
64	2,00	2,00	2,00	3,00	3,00	3,00													
65	2,00	1,00	2,00	3,00	3,00	3,00													
66	2,00	2,00	2,00	3,00	2,00	3,00													
67	2,00	2,00	2,00	3,00	3,00	3,00													
68	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	3,00													
69	2,00	2,00	1,00	3,00	3,00	3,00													
70	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	3,00													
71																			

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo

BASE DE DATOS SPSS.sav [Conjunto_de_datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	Arquitectura_accessible	Númerico	8	2	Percepción de la arquitectura accesible	{1,00, Bajo}...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
2	Norma	Númerico	8	2	Normativa nacional A 120	{1,00, Bajo}...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
3	Funcional	Númerico	8	2	Funcionalidad	{1,00, Bajo}...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
4	Autonomía	Númerico	8	2	Autonomía del adulto mayor	{1,00, Bajo}...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
5	Básicas	Númerico	8	2	Independencia	{1,00, Bajo}...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
6	Instrumentales	Númerico	8	2	Realización de actividades cotidianas	{1,00, Bajo}...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo