



Colectivo vital AL+MA

Modelo de Centro de Asistencia Geriátrica para el Adulto Mayor en Cachipay –
Cundinamarca

Daniela Andrea Pérez Melgarejo

Universidad La Gran Colombia

Facultad de Arquitectura

Bogotá D.C., Colombia

2014

Colectivo vital AL+MA

Modelo de Centro de Asistencia Geriátrica para el Adulto Mayor en Cachipay –
Cundinamarca

Daniela Andrea Pérez Melgarejo

Tesis o Trabajo de Investigación Presentada(o) como Requisito Parcial para Optar al

Título de:

Arquitecta

Director (a):

Álvaro Javier Bolaños

Arquitecto Urbanista

Línea de Investigación:

Hábitat Tecnológico y Construcción

Universidad La Gran Colombia

Facultad de Arquitectura

Bogotá D.C., Colombia

2014

(Dedicatoria o lema)

A mis padres, familiares y amigos

La Arquitectura se está convirtiendo de nuevo en parte integral de nuestra existencia en algo dinámico y no estático. Vive, cambia, expresa lo intangible a través de lo tangible. Da vida a los materiales inertes al relacionarlos con el ser humano. Concibiendo así, su creación como un acto de amor.

Walter Gropius.

Agradecimientos

Un camino que termina y otro que apenas comienza, no es solo un adiós es un infinitamente gracias a todas aquellas personas que intervinieron en la realización de mi formación de ser Arquitecta, que hoy después de cinco años en la Universidad llega la hora de enfrentar un mundo lleno de expectativas y nuevas decisiones por tomar, llena de conocimientos adquiridos y lista para enfrentar aquella realidad.

Ahora saldré con una armadura que gracias a mis Maestros, guías e impulsores que a través del tiempo dedicaron sus conocimientos y parte de su vida para hacerme una mejor persona, ciudadana, profesional, una ARQUITECTA la cual busca la construcción de una nueva sociedad como un elemento de arte, belleza y estético con significado dejando un sello de calidad.

También un infinitamente gracias a mis padres por tan acertada decisión, de apoyarme en este largo camino y a todas aquellas personas, familiares y allegados quienes contribuyeron en mi formación, que hicieron posible que hoy este adportas de terminar esta etapa de mi vida, esperando tomar un nuevo camino en el cual la única brújula será siempre lo que he aprendido, que se refleja en las largas y constantes noches sin dormir, el tiempo dedicado, el esfuerzo constante y la enorme bendición de Dios, quienes hoy miran complacidos de como he avanzado cumpliendo mis metas que aun así teniendo obstáculos hoy he tratado de superar a su lado, gracias infinitas gracias por acompañarme y hacerme comprender que la constancia y la persistencia son las herramientas claves para alcanzar mis sueños, deseos y aquel viaje guía que apenas comienza.

Resumen

Ser adulto mayor no es una situación fácil en la actualidad, debido al escenario de rechazo, marginación, abandono y maltrato al que el adulto mayor se ve expuesto, no solo por la carencia de valoración como persona activa y participativa dentro de la sociedad y su núcleo familiar sino también por su alta participación dentro de la tasa poblacional de Colombia, la cual representa según cifras del DANE para el año 2005 un 6% (2.617240 hab.)¹ del total de su población, de la cual el 63,12%² se ubican en las principales ciudades y departamentos del país como Bogotá y Cundinamarca (DANE, 2005).

De la clara identificación de las necesidades por las que atraviesa el adulto mayor, se plantea el DISEÑO ARQUITECTÓNICO DEL CENTRO DE ASISTENCIA GERIÁTRICA PARA EL ADULTO MAYOR EN CACHIPAY CUNDINAMARCA, diseñado y pensado para dar las comodidades y requerimientos necesarios para los usuarios, mejorando su hábitat en búsqueda de elevar su calidad de vida en su caminar hacia el envejecimiento con dignidad y seguridad, convirtiéndose así en referente normativo (constructivo y funcional) a seguir para el desarrollo de futuras entidades a nivel nacional de su mismo carácter.

Palabras clave: Adulto mayor, hábitat, teorías sobre el envejecimiento biológico, centros de asistencia geriátrica, diseño accesible, hábitat de calidad, estándares de habitabilidad.

¹ Proporción en porcentaje de la población adulta mayor (Hombre y mujeres) con 65 años y más para el Censo de 2005, DANE.

² La proporción en porcentaje corresponde a la relación hombres y mujeres de la población adulta mayor de los departamentos y ciudades en los cuales se concentran, respecto al total de la población adulta mayor del país.

Abstract

Being elderly is not an easy situation at present, due to the stage of rejection, marginalization, neglect and mistreatment of the elderly is exposed not only by the lack of valuation as active and participative person within society and their household but also for its high participation rate in the population of Colombia, which is according to figures for 2005 DANE 6% (2.617240 hab.) of the total population, of which 63.12% is located in major cities and departments such as Bogotá and Cundinamarca (DANE, 2005).

The clear identification of needs being experienced by the elderly, the DESIGN ARQUITECÓNICO CENTER SUPPORT ELDERLY FOR OLDER ADULTS arises IN cachipay CUNDINAMARCA, designed and intended to give comfort and requirements for users, improving habitat seeking to raise their quality of life in their walk toward aging with dignity and security, becoming normative referent (constructive and functional) to continue to develop future national entities of the same character.

Keywords: Elderly, habitat, biological aging theories, accessible design, nursing home, habitat quality, habitability standards.

Contenido

RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	12
FORMULACIÓN	13
JUSTIFICACIÓN	15
HIPÓTESIS	18
OBJETIVOS:	19
OBJETIVO GENERAL	19
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
1. MARCO REFERENCIAL	20
1.1. MARCO HISTÓRICO	20
2. MARCO TEÓRICO	22
2.1. MARCO TEÓRICO	22
2.1.1. <i>La vejez</i>	24
2.1.2. <i>Envejecimiento</i>	26
2.1.3. <i>Adulto Mayor</i>	26
2.1.4. <i>Adulto Mayor en Colombia</i>	27
2.1.5. <i>Abandono del adulto mayor</i>	27
2.1.6. <i>La Familia y el Adulto Mayor</i>	31
2.1.7. <i>La Sociedad y el Adulto Mayor</i>	33
2.2. MARCO CONCEPTUAL	34
2.2.1. <i>Definición de Calidad de Vida</i>	37
2.2.2. <i>Calidad de vida en la vejez</i>	39
2.2.3. <i>Hogares de Asistencia Geriátrica</i>	40
3. MARCO NORMATIVO	41
3.1. CENTROS DE ASISTENCIA GERIÁTRICA	42
CAPITULO 1	48
ANÁLISIS DEL TERRITORIO	48
CACHIPAY COMO TERRITORIO A INTERVENIR	48
UBICACIÓN	48
1.1 LOCALIZACIÓN GENERAL	48
1.2 ANTECEDENTES:	49
1.3 CARACTERÍSTICAS GENERALES:	50
1.3.1 <i>Descripción:</i>	50
1.3.2 <i>Límites:</i>	50
1.4 RELACIÓN DE MUNICIPIOS:	51
1.5 PARÁMETROS CLIMÁTICOS:	52
1.5.1 <i>Precipitación:</i>	52
1.5.2 <i>Temperatura:</i>	52
1.6 DIAGNÓSTICO URBANO	55
1.6.1 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN:	55
1.6.2 USOS DEL SUELO:	56
1.6.3 SISTEMA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO:	58

1.6.4 SISTEMA VIAL:.....	60
1.6.5 AMENAZAS Y RIESGOS URBANOS:.....	62
1.6.6 PERÍMETRO URBANO Y EXPANSIÓN CENTRAL:.....	64
CAPITULO 2.....	67
PROPUESTA URBANA.....	67
2.1 ESTRATEGIAS DE IMPLANTACION URBANA.....	68
2.1.1. CONEXIÓN DE HITOS:.....	68
2.1.2. MOVILIDAD:.....	68
2.1.3. ECOLÓGICO:.....	68
2.2 EJE PAISAJÍSTICO.....	69
2.2.1. LÍNEAS TEMÁTICAS:.....	71
CAPITULO 3.....	74
PROPUESTA ARQUITECTONICA.....	74
3.1 LA ARQUITECTURA COMO RESPUESTA.....	74
3.2 ESTADO ACTUAL.....	76
3.3 REFERENTES ARQUITECTÓNICOS.....	77
3.3.1. CENTRO SOCIOSANITARIO GERIATRICO SANTA RITA.....	77
3.3.2. SERVICIOS DE VILANOVA I LA GELTRÚ /PINEARQ.....	81
3.4 PROPUESTA CONCEPTUAL:.....	83
3.4.1. FASE DE INTEGRACIÓN:.....	84
3.4.2. FASE DE REFLEXIÓN:.....	84
3.4.3. FASE DE PACIENCIA:.....	84
3.5 CRITERIOS DE DISEÑO:.....	85
3.6 PROPUESTA PROGRAMÁTICA:.....	87
3.6.1. OCIO:.....	87
3.6.2. PERMANENCIAS:.....	87
3.6.3. CIRCULACIÓN:.....	89
3.6.4. MATERIALIDAD:.....	90
3.7 TABLA DE ÁREAS:.....	91
3.8 IMPLANTACIÓN: (ANEXOS DE PLANIMETRÍA POR PISOS).....	94
3.19 CRITERIOS ESTRUCTURALES:.....	95
3.10 EFICIENCIA ENERGÉTICA:.....	96
3.11 IMÁGENES DEL PROYECTO:.....	97
CONCLUSIONES.....	99
BIBLIOGRAFÍA.....	101
CIBERGRAFÍA.....	101
ANEXOS.....	104
PLANO IMPLANTACION PLANTA PRIMER PISO.....	104
PLANO IMPLANTACION PLANTA SEGUNDO PISO.....	105
PLANO IMPLANTACION PLANTA TERCER PISO.....	106
PLANO IMPLANTACION PLANTA SOTANO PISO.....	107
PLANO IMPLANTACION PLANTA SOTANO 1 PISO.....	108
PLANO IMPLANTACION PLANTA SOTANO 2 PISO.....	109

Lista de ilustraciones

	Pág.
Ilustración 1 Localización Colombia - Cundinamarca	X
Ilustración 2 Localización Cundinamarca - casco urbano	48
Ilustración 3 Localización Cachipay - casco urbano	48
Ilustración 4 Localización Casco urbano - zona de implantación	48
Ilustración 5 Caracterización del territorio Cachipay	50
Ilustración 6 Relacion de municipios - conexiones	51
Ilustración 7 Caracterización de la población de Cachipay	55
Ilustración 8 Plano de análisis de usos de Cachipay	57
Ilustración 9 Plano de análisis del sistema de acueducto y alcantarillado de Cachipay	59
Ilustración 10 Plano de análisis del sistema vial de Cachipay	61
Ilustración 11 Plano de análisis de amenas y riesgos	63
Ilustración 12 Plano de análisis perímetro urbano y expansión central	65
Ilustración 13 Hitos principales del territorio de Cachipay	67
Ilustración 14 Estrategias de conexión de hitos	68
Ilustración 15 Estrategias de movilidad	68
Ilustración 16 Estrategias ecológicas	68
Ilustración 17 Perspectiva de Cachipay vida urbana	69
Ilustración 18 Carácter conceptual urbano	70
Ilustración 19 plano eje paisajístico - puntos temáticos	72
Ilustración 20 Línea histórica patrimonial	72
Ilustración 21 Línea social	72
Ilustración 22 Línea educativa	72
Ilustración 23 Línea social - lugar de implantación	73
Ilustración 24 Esquema arquitectura para la vejez	75
Ilustración 25 Plano estado actual del terreno	76
Ilustración 26 Mapa del globo terráqueo ubicación de proyectos referenciales	77
Ilustración 27 Esquema características generales del CSG. SANTA RITA	77
Ilustración 28 Esquema espacial proyecto CSG Santa Rita	78
Ilustración 29 Esquema de orientación y conceptualización	80
Ilustración 30 Corte longitudinal proyecto Vilanova	81
Ilustración 31 Planta general del primer piso proyecto Vilanova	82
Ilustración 32 Esquema conceptos claves a desarrollar	82
Ilustración 33 Esquema ciclo gradual de la vida	83
Ilustración 34 Conocimiento del adulto mayor	83
Ilustración 35 Esquema conceptual	84
Ilustración 36 Criterios de diseño centro geriátrico colectivo vital	85
Ilustración 37 Esquema de implantación	86
Ilustración 38 Esquema de zonificación volumétrica	87
Ilustración 39 Esquemas de zonificación espacial	90
Ilustración 40 Implantación proyecto centro geriátrico – planta cubiertas	94
Ilustración 41 Detalles estructurales	95
Ilustración 42 Plano implantación primer piso	104
Ilustración 43 Plano implantación segundo piso	105
Ilustración 44 Plano implantación tercer piso	106
Ilustración 45 Plano implantación sótano	107
Ilustración 46 Plano implantación sótano 1	108
Ilustración 47 Plano implantación sótano 2	109

Lista de Tablas

Tabla 1-1: Presupuesto General de la Nación 2014	36
Tabla 2-2: Capacidad de número de usuarios en los centros para el adulto	43
Tabla 3-3: Pautas establecidas por la norma colombiana para la prestación de servicios de los centros e instituciones para el adulto mayor	43
Tabla 4- 4: Pautas establecidas por la norma española para la prestación de servicios de los centros e instituciones para el adulto mayor	45
Tabla 5- 4: Tabla de temperatura y precipitación de la ciudad de Bogotá.....	52
Tabla 6- 4: Diagrama de constancias climáticas - temperatura.....	53
Tabla 7- 4: Diagrama estadístico de humedad relativa – datos climáticos.....	54
Tabla 8- 4: Vías terciarias de ubicadas en Cachipay	60

Introducción

El acelerado y marcado aumento de la población adulta mayor se convierte en un reto político, social, normativo, sanitario y comunal que debe ser afrontado con la generación de medidas y programas, en beneficio de mejorar el hábitat y la calidad de vida del adulto mayor, a través de las cuales se preste mayor atención a la infraestructura instalada para su atención (hogares geriátricos, ancianatos, casa hogar, casas de beneficencia, centros de día, etc.) dado que las existentes son insuficientes para dicha demanda, además, en la actualidad no cuentan con los protocolos y normas constructivas específicas y meticulosas que faciliten la estandarización de modelos, acciones e intervenciones que aporten de manera exhaustiva a la configuración espacial y funcional de cada uno de los centros integrales de atención para el adulto mayor de acuerdo a las necesidades de cada uno de sus usuarios.

El presente documento realiza una caracterización y aproximación tanto conceptual como práctica, que esboza los lineamientos técnicos y constructivos que permiten determinar las dimensiones, materiales y condiciones de salubridad idóneas a implementar en cada una de las instituciones de atención integral para los adultos mayores, instituyéndolos como establecimientos 100% aptos y certificados para el cuidado, atención y manutención de sus usuarios priorizando sus derechos y bienestar.

Es así, como después de un detenido análisis y caracterización no solo de la población a atender sino del estudio estructural y funcional de las instituciones de atención para el adulto mayor y las normas que las regulan, además de la generación y adopción de lineamientos técnicos constructivos, que fortalecen los parámetros normativos, funcionales y constructivos en favor de la atención y cuidado del adulto mayor, se genera el DISEÑO DEL CENTRO DE ASISTENCIA GERIÁTRICA PARA EL ADULTO MAYOR EN CACHIPAY (CUNDINAMARCA) como estrategia que pretende ser un punto de partida para solucionar las diversas problemáticas que aquejan a la población mayor colombiana, siendo un modelo referente para la generación de más instituciones de su tipo alrededor del país con el fin de cumplir, desarrollar y fortalecer las normativas existentes que permiten mejorar la calidad de vida de esta población hasta hoy marginada por toda la sociedad en Colombia.

Formulación

En la actualidad hay 600 millones de personas mayores de 60 años en el mundo, que de acuerdo con las cifras que maneja la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) se verá duplicada para el año 2025, ascendiendo a casi 2 mil millones de personas para el año 2050 (OMS, 2012), en donde se contará con mayor población que supera los 60 años que niños menores de 15; previéndose que para el 2020 habrá solo en el continente Americano 200 millones de adultos mayores estimando que esta cifra ascienda a 310 millones para el 2050³ (Gerontología, 2012); siendo Colombia el quinto país con mayor tasa de envejecimiento dentro del índice establecido para América latina en una proyección a 100 años (1950 al 2050) dentro del cual aporta 11.610 habitantes al total de población adulta mayor de Latinoamérica para el año 2050⁴ (CELADE, 2003).

El envejecimiento es un fenómeno natural del ser humano, que se manifiesta a través de la disminución de las capacidades adaptativas del organismo provocando cambios y alteraciones en las estructuras sistémicas del individuo aumentando así su vulnerabilidad (Jaen). En los últimos años éste se ha convertido en uno de los fenómenos de mayor impacto y transgresión en Colombia, no solo a nivel de crecimiento demográfico sino además de todas las implicaciones económicas, sociales, culturales, psicológicas, residenciales y de cuidado que demandan las personas mayores, quienes únicamente cuentan con el apoyo, cuidado y protección que puedan proporcionarles sus familiares con tiempo y recursos limitados; 1'637.992 adultos mayores⁵ en Colombia para el CENSO del DANE en el año 2005 (DNP, 2007) carecían no solo de recursos propios para su cuidado y manutención sino que además no contaban con un aparato normativo sólido que les apoye y garantice el mejoramiento de su calidad de vida, el cual debería hacer especial énfasis en la salud, la protección y la vivienda

³ Proyección de población adulta mayor hombres y mujeres con más de 60 años para América latina estimada por la OMS (organización Mundial de la Salud)

⁴ Índice de envejecimiento proyectado por la CELADE para el 2050 entre hombre y mujeres con más de 60 años

⁵ Esta cifra representa el 62,6% del total de la población adulta mayor de 65 años en adelante, incluyendo hombre y mujeres; quienes para el año 2005 se encontraban en condiciones de pobreza e indigencia.

asistida; desafortunadamente en la actualidad esta situación prevalece y continua su aumento proporcionalmente a como la población adulta mayor se acrecienta en el país.

En casos puntuales en los que la familia del adulto mayor cuenta con suficientes recursos económicos, confía su cuidado y atención a personas ajenas a su familia, lo cual demanda la necesidad de personal e instituciones altamente calificadas para desempeñar tal labor; sin embargo en Colombia es muy frecuente observar la difícil situación a la que se enfrenta el adulto mayor vinculado a estas instituciones (independientemente de su condición económica⁶) que les brindan diversos servicios en función de su calidad de vida, pero que, en muchas ocasiones no cumplen con los requisitos mínimos, atentando contra la integridad y los derechos humanos del adulto mayor a su cuidado. La anterior situación es confirmada por El Ministerio de Protección Social quien manifiesta continuamente a través de la dirección general de promoción social que reciben a menudo diferentes quejas y denuncias sobre la deficiencia en la calidad de los servicios prestados por los ancianatos, hogares geriátricos y/o centros de bienestar del anciano tanto públicos como privados en todo el país que se suma a la carencia y deficiencia a nivel nacional de instituciones calificadas y certificadas para la atención y cuidado del adulto mayor (Colombia, 2006).

Considerando las problemáticas que aquejan no solo a la población adulta mayor sino además a las instituciones encargadas de su cuidado y atención, surge el interrogante, ¿QUÉ CONCEPTOS ARQUITECTÓNICOS DE HABITABILIDAD DEBEN INTEGRARSE DENTRO DE LA COMPOSICIÓN ESPACIAL DE LOS CENTROS DE ASISTENCIA GERIÁTRICA DEL ADULTO MAYOR ASI COMO CUALES SON LOS REQUERIMIENTOS TÉCNICOS Y CONSTRUTIVOS INDISPENSABLES QUE DEBEN SER TENIDOS EN CUENTA DENTRO DEL DISEÑO Y CONCEPCIÓN DE ESTOS ESPACIOS EN FAVOR DEL MEJORAMIENTO DEL AMBIENTE, EL HABITAT Y LA CALDIAD DE VIDA DE SUS USUARIOS? teniendo en cuenta todos los agentes externos que inciden directa o indirectamente dentro de su conformación, como son las implicaciones económicas, sociales, ambientales, culturales y psicológicas, así como las jubilaciones, la salud, los cambios de hábitos de consumo, los arreglos residenciales y los cuidados que demandan.

⁶ Se hace aclaración sobre la vinculación de los adultos mayores en instituciones para su cuidado independientemente de su estrato, nivel socioeconómico o asistencia familiar, debido a que actualmente en el estado colombiano existen programas que incluyen a la población adulta mayor con menos recursos económicos en instituciones de carácter público o privado a través de convenios.

Justificación

La proporción de personas mayores de 60 años está aumentando rápidamente inversamente proporcional a cualquier otro grupo de edad a lo largo de todo el territorio colombiano; con una especial concentración en el departamento de Cundinamarca y Bogotá D.C. quienes albergan al 20,48% (DANE, 2005) de la población adulta mayor total del país representada en amparar a 602.998 (DANE, 2005) habitantes dentro de su territorio en condiciones de habitabilidad aptas y de calidad, con accesibilidad al sistema de salud así como con una amplia participación social que garantice su seguridad.

El envejecimiento progresivo de la población y por tal motivo el aumento de la esperanza de vida, puede considerarse como un éxito en las políticas de salud pública, desarrollo económico, acceso a la vivienda y mejoramiento de la calidad de vida dentro del marco de las metas del milenio marcadas por el gobierno nacional colombiano, pero también se constituyen como reto desde el preciso momento en que no se evidencia que la calidad de vida de los adultos mayores se haya visto elevada en la última década; lo anterior se demuestra en la deficiencia de la prestación de servicios de cuidado y manutención del adulto mayor dentro de algunas instituciones geriátricas de carácter público y privado por razones de diversas procedencias, entre ellas se encuentran las inadecuadas instalaciones en las cuales funcionan dichas instituciones; puesto que son adaptaciones de antiguas casas familiares que se presentan como barreras arquitectónicas para los adultos mayores y en las que generalmente el número de usuarios es superior a su capacidad, pero que legalmente son permitidas por el gobierno nacional siempre y cuando dentro del proceso de adaptación y reconocimiento se sigan las pautas determinadas en LEY 1315 DE 2009 a nivel nacional así como la resolución 110 de 1995 y el Proyecto de Acuerdo 405 de 2006 expedidos por la secretaria distrital de salud de Bogotá D.C., quienes establecen las condiciones mínimas que dignifican la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros de día e instituciones de atención, dentro de las que se enuncian únicamente las características espaciales mínimas que debe tener el lugar sin

especificar dimensiones, materiales o condiciones de salubridad aptas para cada una de las zonas que componen los centros de atención para el adulto mayor, dejando así un vacío normativo que da mayor oportunidad para el funcionamiento irregular dentro de la legalidad de dichas instituciones de carácter social.

De otro lado se tiene la escasez a nivel nacional de instituciones calificadas y certificadas para la atención y cuidado del adulto mayor que sumado al aumento desmesurado de esta población que según cifras proporcionadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE, entidad que calcula que en 44 millones de habitantes (Población total de Colombia) de ellos 2.944.328 son adultos mayores (personas de 60 años en adelante) y proyecta que la población mayor de 60 años pasará de 2.944.328 a 6.529.300 en el 2020 (CELADE, 2003), de los cuales entre el 20,48% y el 28,8% de la población adulta se concentrará en el departamento de Cundinamarca y Bogotá D.C. (DANE, 2005), evidenciando la gran demanda insatisfecha de instituciones actual y venidera para el cuidado integral de la población ya mencionada dentro de dicho territorio; vislumbrándose así el desafío al que el gobierno nacional debe enfrentarse para mejorar al máximo la atención y prestación del servicio de salud, así como el fortalecimiento y la capacidad funcional para el albergue de las personas mayores.

Considerando las deficiencias de los centros de atención para el adulto mayor y la necesidad actual y venidera de Centros de Atención integral y especializada para el cuidado y manutención de dicha población, se hace urgente la generación de estrategias que den solución primordial, perdurable y progresiva, que incorporen la generación y conceptualización de espacios que favorezcan el esparcimiento y la productividad en donde se incluya un sistema integral de atención y cuidado en pro del bienestar, desarrollo y aumento del nivel de calidad de vida de la población de adultos mayores, ubicados en zonas que no solo provean condiciones ambientales y climáticas propicias para el tratamiento y control de las enfermedades respiratorias, cardíacas y de presión que afectan a la mayoría de adultos mayores sino que además favorezcan su interacción con la comunidad y la naturaleza y les transmitan sensaciones de tranquilidad y descanso dentro de un ambiente atmosférico descontaminado y sano; estas condiciones además de ambientes y paisajes naturales saludables son ofrecidos por el municipio de Cachipay, Cundinamarca, ubicado a 60 kilómetros de la ciudad de Bogotá D.C. (considerada como el principal punto de concentración de la población adulta mayor de Colombia) con altitudes entre los 1800 y 2000 MSNM que proveen climas cálidos con temperaturas que oscila entre

los 18°C y 22°C favorables para la conservación, tratamiento y beneficio del estado de salud de los adultos mayores además de proporcionar entornos de interacción con la población local y visitante, pues junto a Bogotá D.C. y diez municipios adicionales conforman la región del Tequendama, con relevancia a nivel departamental y nacional en sectores del turismo y producción agrícola, convirtiéndose en paso obligado para el desplazamiento nacional a cualquiera de las regiones del país ofreciendo no solo interacción con la comunidad sino además facilidad de conexión, desplazamiento y acceso a las grandes urbes del país pero manteniendo un ambiente de ruralidad sinónimo de espacios seguros, tranquilos y relajantes, ideales para el hábitat del adulto mayor.

Hipótesis

Las problemáticas evidenciadas en los anteriores capítulos demuestran grandes desafíos en la formulación de estrategias que permitan el reconocimiento de los adultos mayores como seres valorados, integrados, activos y productivos dentro de la sociedad; lo anterior puede llevar a cabo a través de **LA INTEGRACIÓN DE CONCEPTUALIZACIONES ARQUITECTONICAS CENTRADAS EN EL HABITAT NECESARIAS PARA LA CONVIVENCIA INDIVIDUAL Y COLECTIVA DEL ADULTO MAYOR, ASI COMO LA INCORPORACIÓN DE TECNOLOGÍAS Y NORMATIVAS MUCHO MÁS ENFÁTICAS Y DETALLADAS DENTRO DE LA CONCEPCIÓN FUNCIONAL Y CONSTRUCTIVA COMO GENERADORES DE CALIDAD DE HABITABILIDAD DE LOS CENTROS DE ASISTENCIA GERIÁTRICA**; ya que son comprendidos como el lugar donde el adulto mayor llega a aceptar a la vejez como esa nueva realidad a la que se ve enfrentado, aprendiendo a convivir con ella y haciéndola más llevadera.

Teniendo en cuenta lo anterior, se desarrollan espacios adecuados y certificados que mejoren el hábitat de sus usuarios, así como su integración e interacción activa con la sociedad, garantizando una vejez en condiciones aptas y dignas, mostrándose como un referente básico de un modelo de asistencia para los adultos mayores a tomar en cuenta en futuros centros de atención integral de su mismo carácter a nivel regional y nacional que apoyen en la mitigación de las falencias en la atención a la población adulta mayor que aunque no se establece como la estrategia que solucionara definitivamente la problemática, puede convertirse en un elemento determinante para el mejoramiento de la calidad de hábitat y vida de los adultos mayores.

Objetivos:

Objetivo General

DISEÑAR EL CENTRO DE ASISTENCIA GERIÁTRICA PARA EL ADULTO MAYOR como modelo que pretende establecer una nueva concepción espacial, funcional y constructiva en pro del mejoramiento del hábitat y la calidad de vida del adulto mayor.

Objetivos específicos

1. Analizar e interpretar la norma constructiva nacional existente para equipamientos de atención para adulto mayor enfatizando en aquellos requerimientos necesarios que garantizan la priorización de sus condiciones, limitaciones y bienestar.
2. Caracterizar a la población objeto a la cual va dirigido el proyecto, precisando sus particularidades físicas, demográficas, económicas y socioculturales.
3. Analizar las características ambientales y climáticas de la región de Cachipay, con el fin de determinar y potencializar aquellas que favorezcan el confort de los usuarios del centro de asistencia geriátrica.
4. Determinar qué elementos físicos dentro del diseño y composición arquitectónica pueden llegar a convertirse en obstáculos que limiten la libertad de movimiento de los usuarios.

1. Marco Referencial

1.1. Marco Histórico

Es demasiado impreciso tratar de encontrar el momento histórico en el cual aparece el primer centro de atención u hogar geriátrico para el cuidado de los adultos mayores, ya que no se tiene datos históricos al respecto; pero aun así es evidente que desde los periodos históricos del Paleolítico y Mesolítico, las personas de avanzada edad dentro de sus culturas eran consideradas como parte fundamental y como pilares, consiguiendo respeto y consideración que tenían un lugar específicos para su albergue.

Los primeros datos que se encuentran sobre los cuidados y tratos especiales que recibían los adultos mayores se registran en Egipto en donde a las personas de la tercera edad se les otorgaba un papel dirigente, de liderazgo por su vasta experiencia y por su sabiduría. Posteriormente sería en Grecia en donde se encuentran gran cantidad de leyes de respeto y trato especial para los adultos mayores, padres, etc. En muchas culturas durante siglos se dio la misma actitud e importancia de los adultos mayores dentro de la sociedad, más con la llegada de la edad media, llegaría una época de conflictos y contrastes ya que, pese a técnicamente mantener las costumbres heredadas de tiempos pasados, los grandes placeres y privilegios de la vida estaban destinados a los círculos monárquicos dejando a la gente de las más bajas esferas de la sociedad medieval muchas veces en situaciones adversas de hambre, pobreza, enfermedad, etc. en donde se incluye a la población de edad avanzada.

Al igual que en los ejemplos anteriores en los pueblos Hebreos, los ancianos también eran considerados y colocados en lugares de honor y privilegio, comprobado a partir de los que se describe en el antiguo testamento de la sagrada biblia católica, en la cual se narra que Moisés tomaba decisiones, por mandato divino, consultado con los ancianos ya que Dios

le había dicho “Ve, reúne a los ancianos de Israel y diles”, del mismo modo a Yahvé le ordenaron “Vete delante del pueblo y lleva contigo a los ancianos de Israel⁷.”

Estos datos llevan a concluir que no se consideraba importante tomar en cuenta la calidad de vida y mucho menos el sitio de recinto para las personas mayores, ya que no fue hasta finales de la edad media que la perspectiva humana de vida incremento su nivel general de máximo 50 años. Siendo así se llega a determinar que posiblemente la creación de lugares destinados al trato y cuidado del adulto mayor, en occidente se dio a finales de la edad media, tiempo en que la caridad y la composición religiosa tomaron primer plano en las sociedades europeas.

Los primeros hogares de ancianos o residencias geriátricas aparecen en Europa en el siglo XVI destinados a albergar locos, vagabundos, criminales y viejos. A través del tiempo ha sido un recurso que la sociedad implemento para dar respuesta a diversas problemáticas presentadas por la población cuando entraba en su etapa de vejez. Yendo en contraposición de la mitología popular, que fija un destino ineludible de los ancianos recluidos en estos recintos, las cifras en América Latina, es difícil que llegue al 2% la población mayor de 60 años que se encuentra en los hogares. Estas instituciones están teñidas de tradición e historia nacen y se desarrollan bajo concepciones de asilamiento. Recién a mediados del siglo XX algunas incorporan el concepto de rehabilitación y a partir de la década del ochenta se comienza a pensar en términos de promoción de salud. Actualmente coexisten estas tres percepciones: habitación, rehabilitación y promoción de la salud.

Como toda estructura organizacional, los hogares se sustentan en ideas y creencias, estos pueden configurar sistemas rígidos, donde la pasividad, la despersonalización y el quietismo configuren los rasgos más destacados o sistemas flexibles, donde de la actividad, la participación, el respeto por el individuo se constituyan en la base de una tarea de constante cambio y evolución al medio y la época.

El paradigma de los sistemas rígidos corresponde a la orientación de la vejez igualándola, entendiéndola y tratándola como una enfermedad cambiando este concepto antiquísimo por uno que toma en cuenta los criterios del envejecimiento exitoso y activo.

⁷ Es por esto que se consideraban a los ancianos como tocados con poderes y sabiduría divina.

2. Marco Teórico

2.1. Marco Teórico

El envejecimiento es un proceso natural del ser humano, pero va mucho más allá de los cambios que se manifiestan a través de la disminución de algunas capacidades físicas y adaptativas del organismo (Jaen) o de los cambios psicológicos que se experimentan en igual medida en que va aumentando la edad; pues estos se interrelacionan directamente con todas las dimensiones y dinámicas que implica el vivir; pues las personas experimentan un proceso de ajuste y adaptación al nuevo papel que deben asumir dentro la sociedad, en donde se reducen sus actividades y desaparecen las jornadas de trabajo desencadenando en una vida de jubilación, descanso y relajación. De esta forma, el dejar de desempeñarse en algún campo o de realizar alguna actividad hasta ahora habitual puede desembocar en el declive de alguna de sus funciones vitales que llegan seguramente a afectar no solo su estado de salud sino además su estabilidad emocional, psicológica, afectiva y económica; por ejemplo el deterioro de su salud, significa no solo limitaciones en su destreza y movilidad sino además aumento en los gastos médicos, que a su vez representan mayores gastos económicos de manutención (Aranibar) para él mismo en caso que tenga ingresos propios o para su familia, provocándoles una carga adicional a nivel emocional y económico generando al interior de su núcleo familiar discusiones por las alternativas que se tiene para intentar mantener el equilibrio al interior de ella y el bienestar del adulto mayor a su cargo, contemplando la posibilidad de internarlo en centros especializados para su atención y asistencia a la que se confía su cuidado; pero se debe hacer ver que esta situación no se aplica a todas los adultos mayores, pues hay quienes no tiene ni familia ni ingresos económicos propios o subsidiados por el estado, viendo reducido su futuro a la ayuda que le puedan llegar a brindar algunas instituciones de atención para el adulto mayor de carácter público o privado⁸ o simplemente cayendo en la mendicidad.

⁸ Cabe destacar que algunas de instituciones de asistencia geriátrica a las que el adulto mayor en cualquiera de los dos casos mencionados se ve vinculado, suelen presentar falencias a nivel constructivo, funcional, normativo y de personal de asistencia, presentándose en muchos casos como barreras arquitectónicas que

Por lo mencionado anteriormente es evidente que la sociedad envejece de manera individual, las personas decaen de acuerdo a como hallan llevado su vida, ocasionando cambios que están íntimamente relacionados e inciden en el proceso de envejecer, incursionando en una nueva dinámica de vida en la que afloran necesidades desconocidas o por lo menos poco frecuentes hasta hoy y que terminará con la muerte (Fernández, 2009).

Al analizar el proceso de envejecimiento tomando como base los cambios de cada individuo y sus relaciones laborales, sociales, cotidianas y familiares, se puede entender a la vejez como un estado de cambios, de volverse viejo, pero sobre todo como un proceso de involución⁹, envejecer, hacerse mayor es perder capacidades físicas, psicológicas y mentales que no solamente afectan al individuo sino a su núcleo familiar, su contexto inmediato y a la sociedad en general; haciendo ver con esto que el envejecimiento no puede ser analizado desde un punto netamente individualista sino que un es proceso dinámico y heterogéneo que incluye aspectos sociales, políticos, económicos, emocionales, afectivos y hasta arquitectónicos que debe ser abordando desde una concepción multidimensional.

Esta concepción multidimensional del proceso de envejecimiento, se interpretará a través de la conceptualización del estado de hábitat y bienestar idóneos para el adulto mayor, entendido como el conjunto de políticas y normativas sociales de las que dispone un estado para la regulación de instituciones de carácter público o privado dirigidas a albergar adultos mayores con el fin de mejorar sus condiciones de vida, su integración con clases y grupos sociales diversos garantizando un entorno físico y social favorable y propicio para retardar o hacer mucho más llevaderos los cambios físicos, psicológicos y mentales así como la pérdida de su capacidad motriz y funcional en donde se presta igual atención tanto a los aspectos cualitativos como cuantitativos (Aranibar)¹⁰ del envejecimiento que sumados a

limitan la libertad de movimiento de sus usuarios, deterioran su calidad de vida y atentan contra su integridad y derechos humanos, independientemente si son de carácter público o privado.

⁹ El proceso de involución es tomado desde el punto de vista en que el adulto mayor inicia un ciclo de envejecimiento en donde va perdiendo paulatinamente algunas características y capacidades físicas, psicológicas y mentales; haciendo evidente un retroceso en el proceso de avance y crecimiento normal en el ser humano hasta el momento en que inicia su etapa de envejecimiento.

¹⁰ Se hace especial énfasis en la importancia de la integración e interacción de estos dos aspectos dentro de la caracterización de la población objeto, puesto que indican el número de adultos mayores existentes en diversas situaciones sociales en relación con sus características y necesidades determinando el nivel de

sus características generales anteriormente mencionadas definen en gran parte el nivel de calidad de vida, de salud y de hábitat del adulto mayor.

2.1.1. La vejez

La vejez es definida comúnmente como el último periodo de la vida de una persona, que sucede después de la madurez y en la cual se tiene una edad avanzada; pero esta es una definición bastante abstracta, dado que no se determina en general en que momento¹¹ llega la vejez¹², puesto que resulta bastante complicado determinar una edad generalizada en la que la vejez inicia en todas las personas; puesto que es una etapa de la vida y su comienzo es diferente para cada una de ellas dependiendo de la manera en como haya llevado su vida.

La Organización Panamericana de la Salud define que los achaques y dolores, primeros síntomas de la llegada de la vejez inician a los 60 años, pero esta edad no es generalizada, ya que toda determinación de ciclos y de significados con respecto a la vida de las personas es producto inevitablemente de constructos sociales, históricos, culturales, económicos, etc. por ello la edad es solo un número con relación a la llegada de la vejez, no constituye una determinante universal, sino que resulta definida como tal según los discursos y las situaciones políticas, económicas y sociales de la época (Ruiz, Scipioni, & Lentini, 2014) y del territorio en el que se encuentre inmersa la persona. Lo anterior se corrobora en el caso de Colombia, rememorando el gobierno del presidente Cesar Gaviria Trujillo entre 1990 y 1994, en el cual se determinó que la vejez llegaba cuando la población tuviera más de 55 años, aludiendo esta conceptualización y determinación de jubilación a una marcada problemática social y laboral que afectaba a la economía del estado; pero la anterior determinación de edad para la vejez ha cambiado con el paso del tiempo, llegando a diferenciar la edad en la que llega la vejez según el género de las personas, estableciendo en la actualidad que la vejez llega para las mujeres cuando cumplen 57 años mientras que para los hombres cuando cumplen 62 años, relación que esta mandada a recoger, si se tiene en cuenta que la vejez es una experiencia distinta para cada persona,

calidad de vida en el cual no solo se incluyen aspectos de salud sino también aspectos relacionados con su entorno físico y social.

¹¹ Se determina a el momento como la edad en que cualquier persona inicia su en la etapa de vejez.

¹² La vejez ocurre de manera individual y diferente en cada persona, pero conlleva aspectos que afectan a la sociedad en general no solo ocasionados por el hecho del envejecimiento del individuo sino por el deber que tiene toda la sociedad de aportar garantías para mantener y mejorar el nivel de calidad de vida del adulto mayor.

algunos envejecen sin enfermedades mayores, rodeados de familiares y amigos mientras que en otros casos llega en total abandono y sin los recursos necesarios afrontar los cambios que experimentan (Vargas, 2009).

Por los aspectos anteriormente descritos que intervienen en el proceso de la llegada de la vejez, se le puede definir como la jubilación a consecuencia del declive físico, psicológico y mental que llega paulatinamente con el paso del tiempo, configurándose como una situación de crisis resultado del conflicto entre el desarrollo y el continuo crecimiento del individuo frente a su progresivo declive biológico y social consecutiva con el paso de los años (Guzmán, 2010).

Concluyendo, es posible decir que la vejez llega cuando la persona tiene una edad que rodea los 60 años, pues se ha identificado que a partir de este periodo se evidencia su llegada mediante cambios físicos, biológicos y emocionales (Guzmán, 2010) que las personas sin distinciones de géneros o razas experimentan, sintiendo sensaciones de angustia, temor y desesperación ante el rol sin roles que empieza a desempeñar dentro de la sociedad, sintiéndose débiles y marginados antes las actividades que desarrollan y les permiten estar integrados con la sociedad. Lo anterior es corroborado por la visión que tiene el investigador Javier Ortiz a través de la cual asegura que “la vejez es un concepto ambiguo, que es el último estadio en el proceso vital de un individuo y con el que se define a un grupo de edad o generación que comprende a un segmento de los individuos más viejos de una población” (Ortiz, 2003), pero se debe aclarar que esta definición no es del todo acertada, pues es claro que la vejez es la última etapa de vida del ser humano, pero no quiere decir que el adulto mayor deba quedar relegado y marginado dentro de la dinámica de la sociedad, por ello se trae a colación a Seneca con su definición de vejez¹³, a través de la cual deja ver que es un estado de edad avanzada pero que no necesariamente lleva a la persona a dejar de ser útil a la sociedad (Guzmán, 2010) sino que interactúa con ella de manera distinta aportando sus conocimientos y vivencias en pro de la conservación de la tradición oral de una población y demostrando que la vejez no se relaciona con los años pero sí con la sabiduría.

¹³ Según Seneca citado por Sánchez, Carmen Delia en 1990 en su libro “Trabajo social y vejez” afirmaba que tenía una opinión más equilibrada sobre la vejez, describiéndola como la edad avanzada llena de satisfacciones, señalando que la verdadera vejez no se relaciona con los años y sí con la sabiduría.

2.1.2. Envejecimiento

Según el Manual de Geriatría el envejecimiento es un proceso natural, continuo, universal, irreversible e irremediable, que conlleva una sucesión de modificaciones morfológicas, biológicas, fisiológicas y psicológicas que determinan una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación de la persona (Chile, 2000).

Envejecer no es un proceso fácil o simple, es parte integral del desarrollo biológico, del vivir que comienza desde que nacemos y finaliza con la muerte, pasando por las diferentes etapas que componen el ciclo de vida de cualquier persona en las cuales se generan diversas necesidades para su subsistencia; mostrando que es una evolución progresiva e irreversible que afecta a todos los seres humanos de forma individual y distinta dependiendo no solo de la manera en que haya llevado su vida sino además de ámbitos genéticos y del entorno en el cual se desenvuelve pero que estas vivencias generan la aparición de potenciales distintivos, propios de este proceso (mayor experiencia, madurez, serenidad e historia).

Por lo anterior el envejecimiento se toma desde el punto el punto de vista del ciclo vital, pues se basa en la identificación de los cambios que se van dando con el paso de los años a nivel físico, psicológico y mental de la persona que terminan en la etapa de la vejez modificando su personalidad, su status, roles y desenvolvimiento dentro del ambiente social (Fernández, 2009); ratificado por el concepto planteado James Birren y Vern Bengston en su libro EMERGENT THEORIES AGING donde se define como la transformación del organismo humano tras la edad de la madurez física, que se acompaña de una permanente transformación del aspecto, la conducta, la experiencia y los roles sociales (Birren & Bengston, 1998) o lo que es igual a decir que el envejecimiento es un proceso de cambios en el ser humano debido al declive biológico, fisiológico y psicológico que afecta su relación con el entorno social y físico en el cual este inmerso.

2.1.3. Adulto Mayor

Adulto mayor es la denominación que decidió darle la Organización Panamericana de la Salud para nombrar a todo el grupo de personas que se encuentran no solo inmersas dentro del rango de edad de 60 años en adelante sino que además se hallen envueltos en la multidimensionalidad que representa el envejecer como recurso para representar a este grupo social que a pesar de sus limitaciones en aumento aun cuentan con potencial enriquecido por las múltiples experiencias vividas y recogidas a lo largo de su vida y a

quienes se debe entender como personas activas que juegan un rol importante dentro de la sociedad y (Waren, 1984) atender sus necesidades sociales, morales, físicas, psicológicas, afectivas y emocionales motivando su participación en actividades propias de su edad que lo integren activamente con la sociedad.

2.1.4. Adulto Mayor en Colombia

Establecer en la actualidad colombiana un término o rango de edad que defina de forma objetiva y exacta lo que es y representa el adulto mayor dentro de la sociedad es una tarea complicada para el estado; dado que para precisar todos los aspectos complejos que enmarcan el ser adulto mayor se deben tener en cuenta innumerables variables no solo de nivel social sino además psicológicas, psíquicas y físicas, quienes definen con exactitud no generalizada la complejidad de esa etapa obligatoria de la vida; pero para el caso colombiano las características que llevan a dar una definición del adulto mayor están marcadas por las tendencias económicas que favorezcan el sostenimiento y crecimiento financiero de la nación, en donde se prioriza el sostenimiento y manutención de otros rangos de edades por medio no solo de la disposición de presupuestos, sino además de la generación de políticas que los respaldan legalmente dejando relegados y de alguna manera marginada a la creciente población adulta mayor.

Para el estado colombiano la definición de adulto mayor parte dos variables una es la edad y la segunda el tiempo laboral¹⁴, establecida por la ley 1251 de 2008 en la cual se define a esta población como toda persona con 60 años o más años; definición escueta y corta dado que no especifica ni provee características adicionales que faciliten la identificación, representación, actuación y comportamiento de este grupo poblaciones dentro de la sociedad.

2.1.5. Abandono del adulto mayor

La llegada de la vejez puede en muchos casos ser sinónimo de soledad dado que se relaciona directamente con una etapa de receso, de productividad terminada, puesto que

¹⁴ En este punto se evidencia que para definir al adulto mayor es importante el aspecto económico que le representa cada persona al país indirectamente proporcional a su edad y su productividad, puesto que si se estandarizan edades de jubilación cortas, es decir sobre los 50 años (edad promediada en la cual se inician los primeros síntomas y señales de la llegada de la vejez) el estado se vería obligado a redoblar sus inversiones en los fondos de pensiones con el fin de garantizar un sostenimiento a la población cuando llegue a su edad de jubilación, favoreciendo la economía del país mas no el bienestar y calidad de vida de la población adulta mayor

se constituye en una fase de cambios en la cual la persona deja de realizar todas aquellas actividades diarias y habituales que le proporcionaban seguridad.

El estilo de vida que uno desarrolla durante su vida productiva es básicamente un historial de trabajo y actividades que con el paso de 40 o 50 años de desempeñar las mismas se vuelven rutinarias; rutinas en las cuales la vida está completamente organizada en torno a 8, 10 o hasta 12 horas de trabajo al día y el poco tiempo que reste se dedica a la vida social, que está directamente o indirectamente conectada con colegas, conocidos o amistades que surgieron a partir del compartir tantas horas en un entorno laboral; siendo esta parte de la vida difícil de olvidar al momento de llegar en esta etapa de receso o jubilación. Esta situación se ve reflejada en una de las primeras crisis de esta edad madura (llegada de la vejez), caracterizada por el desgaste, el desánimo y la desilusión, por la experiencia que vive el adulto mayor al verse, (según su concepción) de pronto no aceptado y abandonado, debido a la pérdida del trabajo (a causa de la jubilación) donde se sentía útil, pérdida de los compañeros de labores que va dejando de frecuentar y pérdida de los seres queridos y amigos que van muriendo; estas pérdidas a las que se ve enfrentado, deben ser compensadas por un buen manejo del campo afectivo, emocional, intelectual (inteligencia emocional) ya que durante esta etapa de la vida, las personas se ve invadidas por sentimientos negativos perjudiciales, que afectan no solo su autoestima, sino además su estado de ánimo.

Los estándares, modelos y valores culturales imperantes en las actuales sociedades no aportan a la estabilidad emocional y la autoestima del adulto mayor durante esta etapa de aceptación y readaptación a unas condiciones de vida cambiantes. El modelo cultural existente está orientado a lo simplista, al desarrollo de la vida en términos de comienzo, plenitud y por último la decadencia, periodo que tiende a convertirse en sinónimo de abandono ocasionado por la falta de potencial productivo al que se llega como consecuencia de una edad avanzada; condenando a la persona a ser testigo de su propio declive, siendo su autoestima la principal afectada, cada vez más frágil y vulnerable.

Teniendo en cuenta lo anterior, se trae a colación la ideología físico – biológica que reduce al ser humano únicamente a un proceso biológico de conexión de células que con el paso del tiempo van envejeciendo y deteriorando; esta es una visión del “viejísimo” necesaria de superar. La razón y la afectividad que junto con la edad se determina como variables para la identificación de la vejez, variables que no decaen a la misma velocidad en las que

avanza el ciclo biológico de la vida, al contrario, pueden llegar a crecer, enriquecerse y fortalecerse en un adulto mayor en condiciones físicas, mentales, psicológicas y emocionales saludables hasta el último día de su vida.

El tipo de sociedad imperante hace cada vez más difícil la vida familiar de convivencia trigeneracional (abuelo, padre e hijo); el modelo de familia ideal que se nos presenta en la mayoría de medios de comunicación y publicitarios suele estar representada por una linda pareja joven con un pequeño hijo y una mascota, dejando de lado la imagen, representatividad e importancia del adulto mayor dentro del núcleo familiar. Pocas veces aparece el abuelo dentro de este cuadro familiar, situación que ya no solo se presenta en las pantallas y medios de comunicación sino que ya es una tipología repetitiva dentro de la conformación familiar actual de la sociedad, constituyéndose como un síntoma de marginación familiar hacia los adultos mayores.

Erick Erickson, considera al envejecimiento como la etapa de la integración versus la desesperación. La integración tomada desde el punto de vista de la disposición de defender la dignidad del propio estilo de vida contra la amenaza física y económica típica de esta etapa de la vida. Según lo anterior, se puede inferir que alcanzar la integridad consiste en lograr un especial estado de equilibrio del espíritu, la aceptación de los cambios biológicos y físicos con la realidad y bienestar futuro. Refiriéndose a dicho estado del espíritu, Edmund Sherman dice que es la aceptación de la realidad, la realidad de uno mismo y de la vida propia, resultante del abandono de las ilusiones. Sin embargo no muchos logran liberar se sus objetivos no realistas y los sentimientos de fracaso, frustración y decepción resultan conduciendo inevitablemente al sentimiento de la desesperación.

De acuerdo a lo anteriormente analizado se llega a concluir que las sociedad ha cambiado con el paso del tiempo, de una sociedad en la que la figura central y de principal importancia y respeto dentro de la familia y la sociedad en general era el adulto mayor a quien se le solicitaba orientación y eran escuchados atentamente a una sociedad actual que actúa totalmente a la inversa.

El cambio de la sociedad se destaca en dos aspectos, el primero de ellos radica en que lo único que le interesa en la actualidad es la productividad en todos los ámbitos y etapas de la vida y la segunda, la sociedad nunca se ha interesado en preparar al adulto mayor, interesando en hacerlo ver como un ente poco rentable, lento para el proceso de

producción que únicamente genera pérdidas para la sociedad quien no está dispuesta a aceptarlo.

La negligencia y el abandono es el descuido que se la da por parte de la familia hacia sus miembros más débiles y carentes de importancia dentro de su papel de producción. Este abandono y en algunos casos hacia los miembros más débiles siempre ha existido y es una dinámica que se vive a diario. Son innumerables las historias que se tejen alrededor del abandono, desplazamiento o destierro de la población adulta mayor no solo de sus núcleos familiares sino que es una dinámica repetitiva también a nivel de la sociedad en general, historias que describen su realidad.

El abandono social y familiar están directamente relacionados, ya que el abandono visto desde un marco social global, suele definirse como la falta de atención y cuidado a nivel médico así como de protección social y atención emocional y afectiva que incide dentro del bienestar psicológico y emocional del adulto mayor carencias que tiene su raíz en el desplazamiento y marginación familiar. Al producirse un quiebre de los factores mencionados (afectividad, emotividad, cuidado y atención médica y social, etc.) la tercera edad es desplazada y replegada a un “rincón” de su lugar de habitación y convivencia, reduciendo todo el mundo social que tenía previo a su jubilación y su edad avanzada, desencadenando en el abandono familiar, social, aislamiento, transformación o cambios en los lazos afectivos, cambios bruscos en el estado de ánimo, depresión, etc.

Las causas del abandono y la marginación del adulto mayor pueden darse por distintas situaciones como apropiamiento de su hogar en formas temáticas y paulatinas, así como cuando este pertenece a un grupo familiar extenso y ninguno de sus integrantes quiere aceptar la responsabilidad de preocuparse y hacerse cargo del su cuidado, terminado viviendo por tiempos cortos en el hogar de quien le haya tocado el turno de cuidarlo, llevando una vida itinerante, o porque su familia al igual que la sociedad no está dispuesta a aceptar pérdidas o gastos adicionales ocasionados por la manutención y cuidado del adulto mayor además de no tener el espacio físico, psicológico y emocional adecuado para su permanencia. Pero en todas estas situaciones el común denominador es que el adulto mayor termina no solo siendo desplazado a dependencias reducidas, ignorado desde el punto de vista de su opinión produciendo en muchas ocasiones un ambiente de agresión tanto física, verbal y psicológica, sino además de haciéndolo sentir como una carga, llevándolo a estados de depresión, desequilibrio emocional, rechazo y el estado de ánimo

en declive, desencadenándole cuadros depresivos, desequilibrios emocionales, estado de ánimo en declive, llegando a considerar ideas de suicidio.

Las posiciones anteriormente descritas son únicamente algunos ejemplos de muchas de las situaciones por las personas de la tercera edad deben atravesar, que tienen repercusiones dañinas para él, su familia y la sociedad en sí; ya que se incurre en la pérdida de identidad de la familia y la sociedad tradicional, extinguiéndose la historia que se transmite por tradición oral y la sabiduría que únicamente se adquiere a través de los años; evidenciándose que no solo el adulto mayor, desde su etapa previa a la vejez, nunca se prepara para llegar a esta etapa con los cambios anatómicos, fisiológicos, psicológicos, emocionales, económicos y sociales que se van experimentando a medida que la edad va avanzando; sino que el estado con sus servicios de protección social tampoco está preparado para estos cambios y la atención de esta población, pareciendo que aun tuviera temor de tratar a la población de la tercera edad por no poder comprenderlos dentro de esta nueva etapa de la vida con nuevas inquietudes y necesidades la mayoría por satisfacer.

El abandono puede ocurrir en varios lugares, existen muchas familias que debido a la falta de preparación y a su incapacidad para hacerse cargo del cuidado y manutención del adulto mayor los dejan en hogares de ancianos con el objeto de que no sean un estorbo en la realización de sus actividades diarias. Pero no muchos de estos hogares se encuentran legalizados u ofrecen condiciones de cuidado, bienestar y supervisión aptas para la habitabilidad de las personas de la tercera edad; llevándose a preguntarse “¿En qué forma son cuidados los adultos mayores?” “¿Son aptas las condiciones físicas y ambientales para su habitabilidad y bienestar?” además de saber si ¿Cuentan con los espacios adecuados para la realización de actividades para mantener su autonomía y desarrollar sus potenciales de toda su vida?, pero es muy posible que se llegue a concluir que aquellos hogares legalmente establecidos y certificados no cuentan con las instalaciones físicas y la atención profesional necesaria para su funcionamiento ya que el único factor que les interesa es el dinero.

2.1.6. La Familia y el Adulto Mayor

Es posible afirmar que la familia es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con

sentimientos afectivos que los unen y aglutinan; que constituyen un hogar, interactuando entre si y manteniendo una cultura en común.

La familia es una institución constante en todos los tiempos, con un transcurrir evidentemente dinámico, sensible a los cambios y mutable según su presente; que según las dinámicas sociales actuales, se priorizan aspectos personales a las relaciones dentro de los componentes sociales.

Dado que las relaciones sociales del adulto mayor se dieron paralelas a su vida laboral, en donde su círculo de amistades en su gran mayoría estaba conformado por colegas o compañeros de trabajo; después de su jubilación la pérdida de la habitual rutina de asistir al trabajo y el frecuentar a sus compañeros y amigos se vuelve casi nulo hace que las relaciones afectivas y de cercanía con su familia se estreche dado que comienzan a ser las personas con las que convive más horas habitualmente, compartiendo sus vivencias y experiencias. Lo anterior representa el principal ajuste socio-psicológico dentro del proceso de envejecimiento humano, debido a que es el medio que en teoría es la familia quien ofrece seguridad afectiva y ofrece posibilidades adaptativas a sus miembros para la interacción social.

Es a partir de lo anterior donde radica la importancia que tiene la familia para el adulto mayor dentro de esa etapa de envejecimiento puesto que se presenta como su red primaria, como su principal recurso y último refugio, como intermediadora entre él y la sociedad, como facilitadora para darse una oportunidad para seguir siendo parte del sistema productivo a través de actividades que le permitan sentirse útil y valorado como un cúmulo preciado de experiencia que puede transmitir a los miembros de su familia con los cuales convive e interactúa a diario.

En Colombia la mayoría de los adultos mayores representados en un 53% viven con sus familias en hogares multigeneracionales, lo anterior es avalado no solo por el enunciado de la CEPAL (1997), refiriéndose a que la familia latinoamericana sigue siendo el principal cuidador del adulto, esto debido a los bajos recursos económicos con los que cuentan las familias y a una falta de tradición y confianza en las instituciones dedicadas al cuidado y asistencia de la población de la tercera edad; sino también por el Censo general de 2005 en el cual se encontró que el 98,8% de los adultos mayores viven con sus familias, esta situación refleja la estructura familiar y sociodemográfica de Colombia que para el año 2005 reflejaba que al menos en uno de cada 4 hogares vive un adulto mayor.

Las relaciones del adulto mayor con su familia durante la etapa de la vejez atraviesa por dos etapas, la primera mientras el adulto mayor es independiente y ayuda a sus familiares con las labores hogareñas y una segunda en donde se invierten los papeles y la familia se debe volcar a la atención de él dado que empiezan a aparecer problemas de salud y el deterioro psicomotriz que le impiden su movilidad por si solo es entonces donde se plantean las posibilidad de ingresarlo en un hogar o residencia especializada para su cuidado.

2.1.7. La Sociedad y el Adulto Mayor

Uno de los ámbitos de cambio al que se ve enfrentado el adulto mayor que se ve más afectado y de manera temprana dentro del proceso de envejecimiento es el aspecto social y de interacción, que al verse terminado la vida laboral entra en receso y tiende a dedicarse al descanso únicamente dejando de frecuentar no solo sus amistades sino además las actividades deportivas, religiosas, políticas, filantrópicas que realizaba antes de su jubilación. Es recomendable de acuerdo a los postulados de actividad para el adulto mayor que continúe participando de este tipo de actividades, ya que no solo impide los procesos de aislamiento y marginación como persona activa, dinámica y productiva dentro de la sociedad sino que además estimula sus condiciones físicas y de salud, además de poder aportar su punto de vista en los procesos de participación y de continuar con la tradición oral de sus experiencia y conocimientos de nivel formal e informal pues se entiende que es allí donde se tiene mayores enseñanzas y experiencias¹⁵ que transmitir a las nuevas generaciones, además que favorece el mantenimiento de la habilidades mentales.

La sociedad vigente valora en mayor medida solo al hombre activo, quien es aquel que se encuentra en edad de trabajar y generar riquezas. El adulto mayor, jubilado es considerado como una persona no activa no solo por el mercado laboral sino por las percepciones de la población con menor edad, quienes no logran ver el potencial que se esconde detrás de las edad, ya que tiene más posibilidad que el simple aporte de fuerza de trabajo¹⁶ como lo son el conocimiento y la realización de actividades comunitarias.

¹⁵ Se reconoce que todas las edades son portadoras de enseñanzas y opiniones enriquecedoras y valederas, pero es en la tercera edad donde se tiene mayor madurez y experiencia que se transmiten para dejar un legado al futuro presente.

¹⁶ Se reconoce que el hecho de envejecer indica un cambio en los roles y actividades que se desarrollaban antes de su llegada, pero lo anterior no indica que se modifique al individuo, sus capacidades y potencialidades

Dentro de este marco de nuevas oportunidades y potencialidades no explotadas se puede llegar a señalar que el abandono puede llegar a ser un efecto de la falta de oportunidad de apego familiar, emocional que el vínculo familiar le niega al adulto mayor ante los cambios físicos, tomándolo como limitantes e imaginándolo que a partir de esto se convertirá en un estorbo, que no merece la atención necesaria haciéndole sentir como un sujeto inservible y nada productivo para la familia y la sociedad llevándolo a un ambiente de exclusión y aislamiento negándole a la sociedad la enseñanza de experiencias e historias que podrían enriquecer su formación, historia y prepararla para su futuro presente.

2.2. Marco Conceptual

El aumento de la población adulta mayor en el mundo debido a factores trascendentes a lo largo del tiempo como la industrialización, los descubrimientos médicos, el mejoramiento gradual en la calidad de vida (Martinez, María, & Enrique, 2012) así como de los sistemas de atención social y de salud tendientes a reducir las tasas de mortalidad, desencadenan en el aumento de la esperanza de vida, mostrando un incremento abrupto de este grupo de población con más de 60 años durante la última década; generando un gran impacto social, económico y administrativo, no solo para los estados como entes gubernamentales garantes de las condiciones óptimas de salud, educación, nutrición, vivienda, desarrollo integral y seguridad social para esta población (Mayor, 2002), sino también para sus familias, puesto que, los sistemas de gobierno han visto desbordadas sus políticas y coberturas que permitían la atención más o menos adecuada y oportuna de esta población quedando relegadas las ya mencionadas obligaciones a la atención y posibilidades económicas y de manutención que sus familiares puedan aportarles.

La anterior realidad está presente en la mayoría de países a lo largo del mundo, la diferencia radica en la atención, importancia y generación de planes y estrategias encaminadas hacia la protección y el reconocimiento del adulto mayor sin distinción alguna, en pro del mejoramiento de su calidad de vida y su integración (Mayor, 2002) activa y participativa al desarrollo social, económico, político y cultural de su entorno, asegurándole la atención adecuada y necesaria en el ámbito de la salud, lo social y lo económico; acción arraigada en países con mayor grado de desarrollo, quienes garantizan a través de la generación de estas políticas una vida segura y de calidad para esta población en situación de vulnerabilidad y abandono.

Pero lo anterior no se da muy menudo en países en vías de desarrollo, puesto que su preocupación radica en la atención y generación de políticas centradas en aspectos que potencialicen su economía y desarrollo tecnológico que en aquellas que garanticen la calidad de vida y seguridad de su población en situaciones de vulnerabilidad¹⁷; Colombia no es ajena a este fenómeno, puesto que es evidente que tanto los esfuerzos e inversiones económicas priorizan el desarrollo de los sectores productivos, financieros y tecnológicos (Cardenas, 2014) en vez de invertir proporcionalmente sus recursos, de tal manera que favorezcan el tan anhelado desarrollo así como el mejoramiento de la calidad de vida de su población vulnerable¹⁸(Ver tabla 1-1), garantizando la prestación y acceso a los servicios de salud, vivienda, integración social, seguridad alimentaria y social, etc. como punto de partida para alcanzar el desarrollo, puesto que este no solo indica abundancia de capital e implementación de modernas tecnologías para el incremento de la producción y la tecnificación de sus sectores económicos, sino que además este estrechamente enlazado a que el estado con las ganancias recibidas provea una atención médica y psicológica de calidad, que asuma sus responsabilidades reales de generar un ingreso económico decoroso o centros de asistencia integral que proporcionen los servicios necesarios, que le permita a esta población llevar una vida digna y de calidad dentro de una sociedad que no estigmatice y segregue sino que por el contrario los dignifique.

¹⁷ Se aclara que para este caso, puntualmente se toma únicamente a la población adulta mayor como vulnerable para todo el estudio, dejando en claro que en otros rangos de edades y de niveles socioeconómicos distintos también se encuentra población en situación de vulnerabilidad.

¹⁸ En este caso, la atención se centra en la población adulta mayor, puesto que esta es el objetivo de la investigación; tomándose como la población más vulnerable dentro del contexto investigativo, reconociendo que en otros rangos de edad también se presenta población vulnerable, caso evidente la primera infancia que no es el caso del presente trabajo.

Tabla 1-1: **Presupuesto General de la Nación 2014** ¹⁹

SECTOR	Funcionamiento	Inversión	TOTAL
DEFENSA Y POLICIA	25.546	2.198	27.744
EDUCACIÓN	25.082	2.194	27.276
TRABAJO	20.460	3.997	24.457
SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	13.805	4.199	18.004
HACIENDA	12.272	2.234	14.506
INCLUSIÓN SOCIAL Y RECONCILIACIÓN	1.271	7.476	8.747
TRANSPORTE	628	6.728	7.356
VIVIENDA, CIUDAD Y TERRITORIO	1.526	2.007	3.533
RAMA JUDICIAL	2.566	300	2.866
MINAS Y ENERGIA	488	2.362	2.850
JUSTICIA Y DERECHO	2.030	617	2.647
FISCALIA	2.346	144	2.490
AGROPECUARIO	420	1.684	2.105
COMUNICACIONES	538	1.406	1.944
ORGANISMOS DE CONTROL	1.337	70	1.407
PLANEACIÓN	196	839	1.035
REGISTRADURIA	726	94	820
COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO	535	261	796
INTERIOR	708	56	764
RELACIONES EXTERIORES	600	57	657
PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA	450	167	617
INFORMACIÓN ESTADÍSTICA	127	410	537
AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	268	224	492
CONGRESO DE LA REPÚBLICA	418	33	451
CIENCIA Y TECNOLOGÍA	18	324	342
CULTURA	210	132	342
RECREACIÓN Y DEPORTE	25	247	272
EMPLEO PÚBLICO	99	128	228
INTELIGENCIA	113	20	134
TOTAL PNG	114.808	40.608	155.419

Fuente: Ministerio de Hacienda y Crédito Público

Continuando con este contexto y asociándose a las características y cambios que se relacionan al proceso de envejecimiento en la persona, es de suma importancia conocer el nivel de calidad de vida que se lleva durante esta etapa de la vida; aunque aparentemente este concepto es de principal importancia para el área de la salud, ya que esta noción es de gran importancia en el diagnóstico del bienestar medico de los adultos mayores (Gonzalez, 2007); sin embargo, la calidad de vida no solo alberga y evalúa este aspecto, sino que también incluye la valoración de factores sociales, económicos, personales, psicológicos, espaciales y ambientales; connotaciones que influyen en que cada persona asuma y viva la vejez de diversas maneras, pues su desarrollo se encuentra estrechamente ligado con las acciones, omisiones y estilos de vida que adopto durante el transcurso de su vida. Por ende, aunque el proceso de envejecimiento es natural en todos los seres humanos es usual que se presente ciertas singularidades en cada persona que

¹⁹ El Presupuesto General de la Nación para el año 2014, discrimina por sectores el modo en que se invierte el capital del país, haciendo evidente al sumar los valores que se prioriza la inversión del capital para el desarrollo de la industria, el comercio y la seguridad democrática por encima de los sectores que ayudan a impulsar el crecimiento, desarrollo y bienestar de la población en general.

diferencian su vejez a la de los demás por ser este, generalmente el reflejo de los cuidados o descuidos que se haya tenido cada persona durante la vida (Gonzalez, 2007).

La calidad de vida aparece como aspecto de estudio dentro de la Arquitectura por ser un componente que aporta bienestar integral a los usuarios de cada proyecto, que aparece cuando las necesidades básicas han quedado satisfechas e inician a vislumbrarse las necesidades psicológicas y sociales, así como su relación con los elementos que conforman su entorno; esta concepción es expuesta de forma magnífica por Bruno Taut en el concepto de planificación urbana Die Stadkrone en 1919, a través de la cual concluye “La Arquitectura asume un papel fundamental en la existencia del hombre, a saber, el de una “finalidad artística” que satisface sus exigencias prácticas de una forma artística. Solo cuando los deseos humanos superan la dimensión estrechamente práctica y utilitaria y cuando se abre camino una exigencia cualitativa del modo de vivir, la arquitectura se muestra en mayor medida en su verdadera esencia”; es en este punto en donde la arquitectura toma tintes más elevados que la única satisfacción que le genera un elemento físico. Cuando la arquitectura va más allá, elaborando a través del proyecto conceptos que generan sensaciones diversas y nuevas experiencias, que logran satisfacer las necesidades psicológicas y espirituales de sus usuarios, allí es cuando se aporta calidad de vida a las personas.

De lo anterior, se hace necesario conocer primeramente la definición de calidad de vida y como se ha operacionalizado dicho concepto en el proceso de envejecimiento, así mismo, cual ha sido el impacto en algunas variables psicológicas y sociales en el adulto mayor; planteamientos que aunque complejos son necesarios y de gran importancia para el soporte de la investigación, que son abordados a continuación desde varias ópticas.

2.2.1. Definición de Calidad de Vida

A través de la historia han existido gran variedad de corrientes que definen el concepto de calidad de vida en los cuales se relacionan siempre con factores económicos y sociales (Campbell, Converse, & Rodgers, 1976); de allí que se presente una indefinición en el tema, pues se observan múltiples acercamientos asociados a variedad de disciplinas, orientadas por un lado a la interpretación según el nivel y estilo de vida y otros hacia el bienestar, la salud e incluso la satisfacción y felicidad, siendo este último el caso de la definición aportada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en donde la calidad de vida es definida como: “La percepción que tiene un individuo de su lugar en la existencia,

en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”; en esta definición se observa que la calidad de vida es un concepto muy amplio, influido de modo complejo por la salud física del sujeto así como por su estado psicológico, sus relaciones sociales y con el entorno. De otro lado, la Organización de las Naciones Unidas plantea que la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda, la seguridad social, el vestido, el ocio, y los derechos humanos como los principales componentes que definen la calidad de vida, concepto que claramente evidencia los componentes que llevan a tener un buen nivel de calidad de vida pero que no define es sí lo que representa este concepto; pero que al ser retomado e interpretado a través de las concepciones de Levi y Anderson se puede ingerir que entienden a la calidad de vida como una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como la percibe cada individuo o grupo de personas quienes demuestran felicidad, satisfacción y recompensa²⁰. Otros autores de teorías sociológicas hablan de que es pretencioso querer encerrar en un solo concepto la extensión de significados que integra la calidad de vida.

Por tanto se puede concluir que la calidad de vida es un constructo complejo y multifactorial, encerrado en un marco histórico y cultural afectado por las variable del tiempo y el espacio, de imaginarios y de los diversos grados de avance y desarrollo de la época y la sociedad en la cual se esté inscrito; en donde se hace referencia a aspectos de satisfacción y bienestar de las necesidad básicas y su relación con el funcionamiento y las carencias psicológicas, sociales y emocionales del individuo.

Esta interpretación toma fuerza y significado en la disciplina de la arquitectura en el mismo instante en el que se satisfacen y dejan de lado las necesidades básicas del individuo y se pasa a percibir el desenvolvimiento del este en cuanto a su lugar en la existencia, en su contexto cultural e histórico y de los valores y normas con los cuales rige su vida, la relación que estos tienen con sus objetivos, metas y expectativas de vida como medio para lograr satisfacer realmente las necesidades del individuo.

²⁰ Interpretación de un fragmento del libro *Psychosocial stress: population, environment and quality of life* de los autores Lennart Levi y Lars Andersson en función de definir y complementar el concepto de calidad dado por la Organización de las Naciones Unidas.

2.2.2. Calidad de vida en la vejez

Envejecer es un proceso complejo, debido a que conlleva una serie de cambios y pérdidas funcionales de algunas capacidades en la persona, su grado de afectación depende de las circunstancias sociales, psicológicas, ambientales y biológicas por las cuales ha atravesado su vida; estos cambios no solo requieren de una adaptación física, psicológica y social de manera individual sino además influye en el entorno, en sus familiares y en la sociedad en general, que debe modificar sus rutinas en favor del bienestar del adulto mayor, destinando recursos económicos, de infraestructura, de seguridad, afectivos y psicológicos que le ayudan a mantener un buen nivel de bienestar, siendo la base para la reestructuración de su vida aceptando y aprendiendo no solo a vivir con sus capacidades y limitaciones sino también entendiendo que es una etapa más de la vida con características propias a las que hay que adaptarse y disfrutar de ella con dignidad (Gonzalez, 2007).

La calidad de vida en la vejez se debe basar en la teorización de una vejez exitosa o un proceso de envejecimiento exitoso (Baltes & Baltes, 1993) a través del cual se proponen un modelo a seguir basado en la selección, optimización y compensación de las funciones que se han ido perdiendo y que originan en los adultos mayores sentimientos adversos que los acomplejan, llevándolos a estados severos de aislamiento y depresión, ocasionados por la impotente culpabilidad que sienten al tener que modificar las rutinas de sus familiares por la fragilidad física que experimentan y los cuidados especiales que requieren, además de obligarlos a disponer mayor cantidad de recursos económicos para su manutención, debido a que el adulto mayor se ve obligado a suspender sus labores productivas, lo cual se suma a las sensaciones de malestar: la inutilidad pues ven disminuida su participación activa dentro de la sociedad así como sus redes de apoyo social y emocional (Gonzalez, 2007). El modelo mencionado consiste en seleccionar todas aquellas actividades físicas, deportivas, recreativas e intelectuales que aún puede realizar y con las cuales se sienta a gusto y disfrute de hacerlas, con el fin de estimular todas aquellas capacidades físicas y mentales que perduran evitando su pérdida o deterioro o simplemente haciendo que el proceso de pérdida sea paulatino y llevadero; además que también estimulen el aprendizaje, manteniendo a los adultos mayores activos física y mentalmente mejorando así sus estándares de vida (Gonzalez, 2007).

El envejecimiento con calidad habla de tres aspectos conductores: los adultos mayores y su desarrollo, su estado de salud y bienestar así como los entornos propicios y favorables para su estancia y cuidado, aspectos que están directamente relacionados con la teorización realiza por los autores Paul Baltes y Margaret Baltes en donde se satisface la necesidad de mejorar la atención en temas de salud y bienestar del adulto mayor e intrínsecamente se vislumbra la incursión de elementos físicos tangibles que mejoran y propician el acceso a los recursos y servicios necesarios para llevar una vejez digna (ingresos, vivienda adecuada, acceso a servicios sociales y sanitarios y el ejercicio de los derechos sociales) todo lo anterior determina no solo la calidad de vida del adulto mayor sino el lugar que ocupa en la sociedad, en donde no se discrimina sino se apoya e integra en conjunto a la comunidad considerando que la vejez no es una categoría unitaria ni homogénea alejada de la realidad sino que es una etapa de la vida por la que todo ser humano está destinado a atravesar con dignidad y calidad.

2.2.3. Hogares de Asistencia Geriátrica

El incremento de la población adulta mayor a nivel global y su impacto social y económico que genera dificultades en los países y familias debido a que en muchas ocasiones hay incapacidad para la manutención y cuidado de los adultos mayores, generando la necesidad de cuidadores especializados externos.

El hogar geriátrico u asilo de ancianos hace referencia a los establecimientos de amparo y cuidado de personas que por su avanzado estado de edad carecen de la facultad de velar por sí mismo. Estos hogares geriátricos pueden tener o no licencia de funcionamiento, para obtenerla deben cumplir con una serie de requerimientos técnicos, constructivos y médicos específicos para el tratamiento, cuidado y atención integral de personas de la tercera edad, los cuales deben facilitar su movilidad y favorecer su bienestar y habitabilidad. Por otro lado aquellos hogares sin licencia no estan bajo ningún tipo de regulación o control, sin las condiciones espaciales y el personal debidamente capacitado, afectando con esto no solo la calidad de su servicio sino además sacrificando el bienestar y calidad de vida de sus usuarios.

3. MARCO NORMATIVO

Según la resolución 110 de 1995 de la secretaria de salud Instituciones que ofrecen ALBREGUE, SERVICIOS SOCIALES Y ATENCION INTEGRAL EN SALUD a ancianos con grado moderado o severo de incapacidad y/o psíquica para desarrollar las actividades de la vida diaria (levantarse deambular, bañarse, vestirse, usar el baño, alimentarse y controlar esfínteres) o que están aquejados por enfermedades que requieren control frecuente de medicina, enfermería y servicios de rehabilitación y disciplinas afines.

De acuerdo a esto, el área de construcción debe ser proporcional al número de habitantes, se hace necesario como mínimo 10M² por habitante residente. Número de pisos han de ser preferiblemente de una sola planta, máximo dos plantas. Las circulaciones se realizarán por rampas, con pendientes entre el: cinco(5%) y el ocho (8%), si el edificio tiene tres o más plantas, debe tener ascensor para el desplazamiento de los usuarios. Las escaleras deben tener como mínimo un (1m) metro de ancho, pendiente de treinta y cinco (35%) por ciento con escalones cortos en un máximo de diez (10) escalones por tramo y su superficie plana sin ningún saliente o tramo abierto, deben estar dotadas de material antideslizante y los pasamanos se extenderían 0,60m antes del primer escalón y después del último. Las rampas deben tener pasamanos a dos niveles uno a 0.76M y otro a 0.90M, el ancho mínimo debe ser de 1.20M. Los accesos deben contar con señalización en lugares visibles, deben tener como mínimo 1.20M de ancho. En cuanto a la ventilación del lugar debe ser manual y natural, mejorada mediante sistemas artificiales

Por otro lado la Ley N. 7935 (Enfoque de atención que proporciona calidad de vida), se tiene en cuenta el punto de partida de una concepción del envejecimiento como un proceso universal con aspectos físicos, psicológicos, económicos, sociales, culturales y específicos con atención personalizada con variedad de servicios y amplios espacios.

3.1. Centros de Asistencia Geriátrica

Si bien se han logrado grandes avances a nivel nacional sobre la promoción y protección de los derechos humanos de las personas mayores, Colombia sigue enfrentando grandes retos dentro de los cuales se pueden destacar que a nivel normativo carece de leyes estatutarias que hagan referencia explícitamente a los Derechos del adulto mayor y al condicionamiento mínimo que dignifican la estadía de dichos usuarios en los centros de protección, centros de día e instituciones de atención para el adulto mayor.

De este modo en la norma colombiana solo se enuncian únicamente algunos elementos de características espaciales en las cuales busca garantizar la atención y prestación de servicios integrales que debe tener este tipo de lugares en los cuales no se especifican ni dimensiones, ni materiales o condiciones de salubridad aptas para cada una de los espacios (salud, residencial, servicios, ocio, administrativo, culto) que componen los centros de atención para el adulto mayor, dejando así un vacío normativo que da mayor oportunidad para el funcionamiento irregular dentro de la legalidad de dichas instituciones de carácter social.

La deficiencia de la prestación de servicios de cuidado y manutención para el adulto mayor dentro de algunas instituciones geriátricas de carácter público y privado, por razones de diversas proveniencias, entre ellas se encuentran las inadecuadas plantas físicas en las cuales funcionan dichas instituciones y en algunos casos son adaptaciones de antiguas casas familiares que se presentan como BARRERAS ARQUITECTÓNICAS para los adultos mayores y en las que generalmente el número de usuarios es superior a su capacidad (ver tabla 1-2), pero que legalmente son permitidas por el gobierno nacional siempre y cuando dentro del proceso de adaptación y reconocimiento se sigan las pautas determinadas en LEY 1315 DE 2009 (ver tabla 1-3) a nivel nacional así como la resolución 110 de 1995 y el Proyecto de Acuerdo 405 de 2006 expedidos por la secretaria distrital de salud de Bogotá D.C.

Tabla 2-2: capacidad de número de usuarios en los centros para el adulto²¹

Centros	Capacidad de AL+MA
Casa hogares	10 – 15 personas
Ancianatos	15 – 20 personas
Hogar geriátrico	20 – 30 personas
Centros de día	30 – 40 personas
Centros geriátricos	40 – 80 personas
Instituciones de atención	80 o mas

Fuente: Ministerio de salud y centros en Colombia

Tabla 3-3: pautas establecidas por la norma colombiana para la prestación de servicios de los centros e instituciones para el adulto mayor

PAUTAS	NORMA
Humanización del espacio	<ul style="list-style-type: none"> - Espacios confortables - Señalización - Sistema seguro de traslado - Pisos antideslizantes - Espacio- baños – duchas espaciosa.
Flexibilidad espacio	<ul style="list-style-type: none"> - Cambios programáticos - Salas múltiples 50% de residentes simultáneamente - Espacio insumos médicos - Lugar cerrado ventilado para útiles de aseo
Sustentabilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Ventilación e iluminación natural - Dispositivos herméticos de basura - Condiciones higiénicas
Personal	<ul style="list-style-type: none"> - Nutrición - Salud - Ocio

Fuente: secretaria distrital de salud de Bogotá D.C.LEY 1315 DE 2009 condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros de día e instituciones de atención.

²¹ Esto se discrimina también a las dimensiones de capacidad de las plantas físicas de cada tipo de centros o instituciones para el adulto mayor

Lo anterior demuestra que la norma no hace un estudio exhaustivo en las condiciones humanas requeridas para un adulto mayor muestra que deja a criterio cualitativo mas no cuantitativo viendo así que no genera limitantes quedando inconclusa esta situación que hoy en día y en determinado tiempo se verá al aumento desmesurado de la población que según cifras proporcionadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE como anterior mente dichas para el 2025 y 2050 estas cifras alcanzaran a duplicarse y la población adulta se concentrará en todas las ciudades principales de Colombia, evidenciando la gran demanda insatisfecha de instituciones actuales y venideras para el cuidado integral de la población ya mencionada dentro de dicho territorio; vislumbrándose así el desafío al que el gobierno nacional debe enfrentarse para mejorar al máximo la atención y prestación del servicio de salud, así como el fortalecimiento y la capacidad funcional para el albergue de las personas mayores.

Dado esto, la deficiencia se ve en muchas instancias que para la generación de algún centro de protección, centros de día e instituciones de atención pueden llegar a convertirse en obstáculos que limiten la libertad de movimiento del adulto mayor. Básicamente el factor primordial es la de movilidad y accesibilidad la cual es el problema más grave con repercusiones en muchas facetas en el adulto mayor que implica no poder desplazarse satisfactoriamente en un espacio determinado.

En Colombia Las personas necesitan silla de ruedas o bastones, precisan de unos espacios mínimos para poder maniobrar. Esto no implica obligatoriamente mayor superficie, sino una adecuada distribución, un mobiliario adaptado y práctico. Pero no es suficiente con adaptar la casa del adulto mayor, sino que es imprescindible que todos los edificios tengan fácil acceso, tanto públicos y privados, resolución de rampas, señalización, desplazamiento y fácil atención del adulto mayor, factores ambientales en su entorno buscando siempre que sean óptimos, dimensionamientos idóneos para este tipo de usuario en todos los espacios por lo que circule, velando siempre por su calidad de vida y seguridad integral, cosa que la norma misma no muestra específicamente.

No obstante, un gran ejemplo frente a este tipo de proyectos arquitectónicos se presenta en Europa específicamente España, En 1984 se inició legislativamente la reforma de asistencia médica en España con la promulgación sobre Estructuras Básicas de salud (residencias geriátricas, 1993). Este proceso de reforma de atención primaria de salud (APS) en España incluye como pilares organizativos de la APS: el centro de salud

(estructura física y funcional) y el equipo de atención primaria (EAP) (profesionales sanitarios y no sanitarios), que desarrollan de forma continuada y compartida las funciones y actividades en el seno de una comunidad determinada. Esta REGLAMENTACIÓN POR ORDENANZA NRO.4610/93 define como centro geriátrico al establecimiento que cuenta con atención geriátrica y personalizada de ancianos compensados, contando con residencia y servicio asistencial médico donde garantizan la atención integral con respecto a la calidad de vida y seguridad del adulto mayor ejecutando todas las tareas tendientes a preservar las condiciones de higiene y salud, cumpliendo con todo otro requisito exigido por la Dirección de fiscalización del Ejercicio Profesional dependiente del Siprosalud. Allí muestran de una y otra forma las dimensiones y materiales que se deben usar para la ejecución de un proyecto en este caso para el adulto mayor, mostrando detalladamente cada espacio (habitaciones, baños, sala de estar, lavanderías, patios, cocinas entre otros), que contienen y los elementos necesarios para la gestión de los sistemas sanitarios donde es positivamente en la calidad de la atención de salud prestada a la población adulta mayor con una valoración de cambios en su calidad de vida y seguridad.

Tabla 4- 4: [pautas establecidas por la norma española para la prestación de servicios de los centros e instituciones para el adulto mayor](#)

PAUTAS	NORMA
Condiciones de higiene y salud	<ul style="list-style-type: none"> - Paredes de azulejos o con materiales similares - Artefactos que no deben estar enfrentados - Superficie mínima 4.80 m² fluidez en circulación - Agarraderas: elementos de hierro galvanizado de ¾ de diámetro - Espacios: lavadero, inodoro, bidet, ducha manual.
Espacios	<ul style="list-style-type: none"> - Cocina: artefactos destinados a la cocción de los alimentos, extractores, sistemas de refrigeración disposición de mobiliario adecuado, depósito de comestibles, comedor 2 m por persona - Jardín o patios cerrados: obligatorios - Pasillos: ancho mínimo 1,20 pasamanos a ambos lados - Escaleras: piso antideslizante y fácil limpieza - Mampostería: deberá ser revocado o revestido con materiales de fácil limpieza y mantenimiento. - Cielorrasos: madera, yeso, metálico - Accesos - Puertas ancho mínimo 1.10 m desplazamiento de camillas y sillas de ruedas.
Sustentabilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Ventilación e iluminación natural - Dispositivos herméticos de basura

	<ul style="list-style-type: none"> - Calefacción: temperatura mínima 18 a 20 °c - Salidas de emergencia: 2ml
residencial	<ul style="list-style-type: none"> - Habitaciones simple:6.80 m2 - Dobles: 11.00 m2 - Triples: 17 m2 - Incluye área destinada para guarda ropa y otros anexos.
Personal	<ul style="list-style-type: none"> - Nutrición - Salud - Ocio

Fuente: reglamentación por ordenanza nro. 4610 / 93 condiciones mínimas dada por la atención primaria de la salud de Siprosalud.

Ahora bien, hoy en día para un adulto mayor estar en el campo, antiguo hogar y sitio de trabajo el cual disfrutaba pero debido a los grandes cambios, se empezó con densificar el territorio, centrificando todas las actividades complaciendo todas las necesidades para satisfacer a la población dejando de lado el sentido rural y de costumbres. Dado esto, en la actualidad se ven problemáticas en cuestiones de salud, económicas, políticas y ambientales que buscan nuevas soluciones para un mejor desarrollo para la población.

Gracias a estos aspectos la sociedad en determinados momentos a marginado y abandonado al adulto mayor como se ha venido anunciando a lo largo del proyecto, proporcionándoles centros de asistencia geriátrica con condiciones inapropiadas, que gracias a su normatividad no cumplen con las condiciones necesarias para el cuidado y calidad de la vida de ellos.

En la ciudad se ve que en algunos casos estos espacios son adaptaciones de casas antiguas que intentan generar condiciones idóneas pero por el contrario llegan a convertirse en obstáculos que limiten la libertad de movimiento del adulto mayor. Dado esto, la ciudad para este tipo de proyectos se ha quedado pequeña en cuestión de normatividad y es ahora donde ocurre todo lo contrario, se busca retomar como respuesta de nuevo sitios aislados y rurales que permitan de cierta forma generar y albergar a la población adulta mayor. En este caso en Cundinamarca proporcionar como gran desafío la formulación estrategias que permitan el reconocimiento de los adultos mayores como seres valorados, integrados, activos y productivos dentro de la sociedad; lo anterior puede concretarse a través de la integración de tecnologías y normativas mucho más enfáticas y detalladas dentro de la concepción funcional y constructiva de los centros de asistencia geriátrica para el adulto mayor, a partir de los cuales se fusionen las normas y pautas para

así su consolidación y desarrollo de espacios adecuados y certificados que mejoren el hábitat de sus usuarios así como su integración e interacción activa con la sociedad garantizando una vejez en condiciones óptimas y dignas, mostrándose como un referente político básico de un modelo de asistencia para los adultos mayores a tener en cuenta en futuros centros de atención integral de su mismo carácter a nivel regional y nacional que apoyen en la mitigación de las falencias en la atención a la población adulta mayor que aunque no se establece como la estrategia que solucionara definitivamente la problemática, puede convertirse en un elemento determinante para el mejoramiento de la calidad de hábitat y vida de los adultos mayores, permitiendo condiciones tanto de salud por la preservación de la vida misma en un territorio apto y carente de daños contaminantes (contaminación de ruidos, contaminación visual, contaminantes atmosféricos), esto de la mano con el clima que en el paso del proyecto está determinado (clima templado) permitirá tener espacios con condiciones de confort térmico, en este caso cambios entre humedad, ventilación, iluminación y sombra optimizando cada vez más las condiciones de permanecer en el lugar mejorando la calidad de vida para la estancia transitoria de la sociedad y el adulto mayor y que económicamente incentivara el área turística del municipio dado a las visitas de los familiares y allegados del adulto mayor generando espacios de recreación campestre y reactivando los que se encuentran dentro del lugar con el fin de potencializar una intercomunicación de la zona urbana con lo rural permitiendo así un avance en el municipio.

CAPITULO 1

Análisis del Territorio

Cachipay como territorio a intervenir

UBICACIÓN

1.1 Localización General

El proyecto esta instaurado en el departamento de Cundinamarca en el municipio de cachipay.

Lugar de implantación: Vereda Petaluma



Ilustración 1 Localización Colombia - Cundinamarca

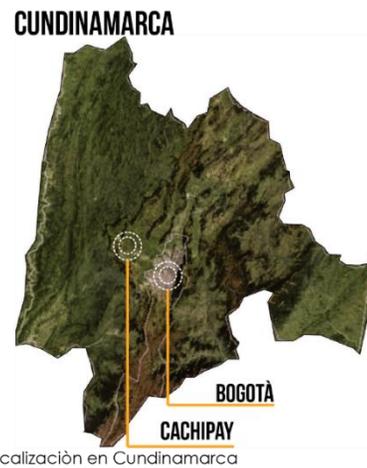


Ilustración 2 Localización Cundinamarca - casco urbano



Ilustración 4 localización Casco urbano - zona de implantación

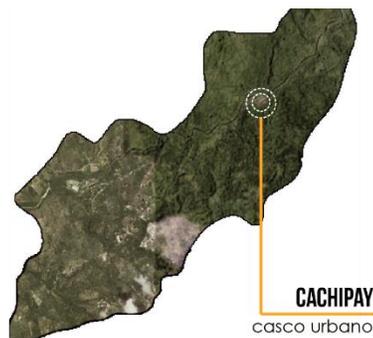


Ilustración 3 localización Cachipay - casco urbano

1.2 Antecedentes:

Cachipay Rural

La trayectoria de Cachipay inicia siendo un extenso territorio donde los primeros moradores de las tierras fueron los Panches, una tribu indígena comandada por el cacique Tocarema – Calandaima; Allí esta tribu fue sometida a una retirada combatiendo dejando deshabitadas estas tierras donde Gonzalo Jiménez de Quesada en 1537 da inicio al proceso de colonización generando la etapa de evangelización con los padres dominicos de la doctrina de Anolaima.

Poco después Cachipay adquiere el nombre de hacienda que gracias a Cenón Sánchez obtiene más terrenos y se empieza en 1907 la realización del trazado de la línea férrea, la inauguración de la iglesia central y el cementerio.

Cachipay Urbano

A partir de 1932 Cachipay empieza a poblarse teniendo 10 casas y la primera vía de acceso entre Bogotá – Facatativá - La Florida – Cachipay gracias a que se funda el comité cafetero que permitió el progreso de Cachipay teniendo sitios para el cultivo y sitios de veraneo para los bogotanos.

Dado lo anterior, a mediados de 1974 a 1980 dada a su crecimiento se construye el primer tramo de alcantarillado y la pavimentación de algunas vías que conectan con las veredas establecidas en la hacienda que por ordenanza en 1982 del 26 de noviembre Cachipay fue elevado a categoría de municipio permitiendo la generación y construcción de pequeñas urbanizaciones en determinadas zonas para así mantener el centro poblado y de comunidad campesina por excelencia.

1.3 Características Generales:

1.3.1 Descripción:

El municipio de Cachipay está ubicado en el departamento de Cundinamarca, al occidente de Bogotá D.C a una distancia de 60 km. en el sector de la región del Tequendama. presenta un relieve variado como consecuencia de su ubicación en la vertiente occidental de la cordillera oriental, observándose el predominio de pendientes fuertes; la altura sobre el nivel del mar oscila entre los 650 hasta 2400 msnm; y cuenta con un área total de 56,8 km, se encuentra entre los pisos térmicos templado y sub-paramo cuya temperatura oscila entre los 8 y 24 °C y con una precipitación promedio anual en la zona de 1472,1 mm, con dos periodos secos en los meses de enero y julio y dos periodos de alta precipitación en los meses de abril y octubre.

1.3.2 Límites:

- **Al norte:** con el municipio de Anolaima.
- **Al este:** con el municipio de Zipacòn.
- **Al sur:** con el municipio de la Mesa.
- **Al oeste:** con el municipio de Quipile.

Fuente: realizado por la estudiante - datos porcentuales del plan de desarrollo de Cachipay



Ilustración 5 caracterización del territorio Cachipay

1.4 Relación de Municipios:

El municipio de Cachipay se encuentra relacionado básicamente por los municipios de Facatativá, Madrid, Bogotá, La Mesa, Anolaima los cuales le permiten la fácil accesibilidad y comunicación permitiendo entre ellos un paisaje absolutamente embellecedor y comunidades que buscan sitios como segunda opción para la productividad y bienestar.

[Ilustración 6 relacion de municipios - conexiones](#)



Fuente: Realizado por la estudiante - datos porcentuales del plan de desarrollo de cachipay

1.5 Parámetros climáticos:

1.5.1 Precipitación:



1472,MM.

La precipitación promedio anual en la zona es de 1472mm. Con dos periodos secos en los meses de ABRIL Y OCTUBRE, lo que se considera como una lluvia bimodal.

El periodo de retorno menos frecuente está dado por el registro 77534mm que se oponen al 1,4 mm que es el que registra la mayor probabilidad de ocurrencia y el menor entorno, ya que se repite una vez al mes, siendo la probabilidad de que ocurra cercana al 100%, en el segundo semestre se registran mayores y menores registros.

Tabla 5- 4: Tabla de temperatura y precipitación de la ciudad de Bogotá.

MES	TEMPERATURA (°C)					Hum. Rel.(%)	PRECIPITACIÓN		
	Mín. Med.	Máx. Med.	Media	Max. Abs.	Mín. Abs.		Total mm.	Días Lluvia	Brillo Sol.(h)
Enero	17.9	25.9	21.5	28.5	16.0	72.0	65.7	8	157.5
Febrero	17.7	28.2	22.2	29.9	15.5	60.0	1.6	2	214.7
Marzo	17.9	25.5	21.0	30.7	16.6	81.0	177.8	14	91.8
Abril	18.2	25.3	20.8	28.0	17.0	87.0	236.2	18	107.0
Mayo	17.9	24.6	20.7	28.5	16.8	86.0	140.2	16	93.4
Junio	17.3	24.5	20.5	26.6	15.6	80.0	47.8	13	118.4
Julio	17.4	25.4	21.0	27.6	14.6	76.0	34.3	9	141.6
Agosto	17.7	24.7	20.6	27.4	16.4	76.0	90.7	18	100.9
Septiembre	17.9	26.0	21.4	28.5	16.5	72.0	24.7	10	125.6
Octubre	17.2	24.8	20.7	28.2	15.6	82.0	247.8	23	101.3
Noviembre	17.1	24.2	20.5	27.5	15.6	83.0	113.1	13	109.6
Diciembre	17.0	23.4	19.6	26.2	15.6	85.0	207.5	18	74.9
Promedio:	17.6	25.2	20.9			78.0			
Absoluta:				30.7	14.6				
Total:							1387.4	162	1436.7

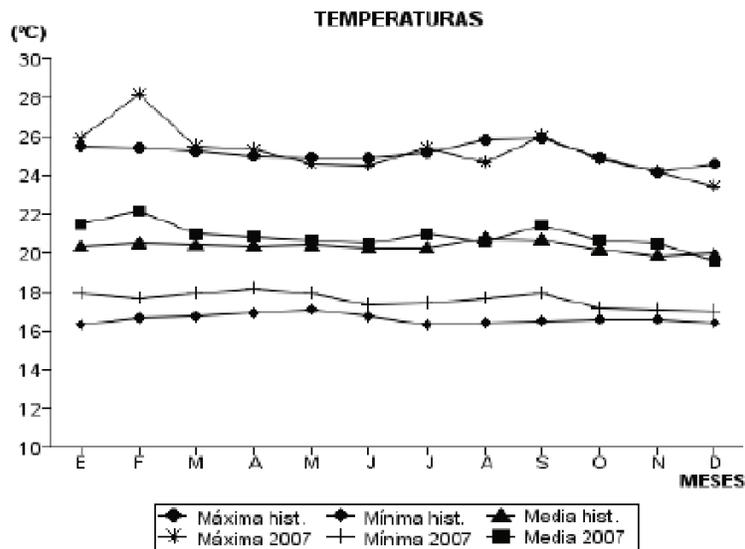
Fuente: DANE D.A (2005) recuperado el 28 de febrero del 2014

1.5.2 Temperatura:



18°-24°C.

Se presenta más o menos constante a través del año no hay cambios superiores a 1°C y se conserva una temperatura media de 16,8°C.

Tabla 6- 4: Diagrama de constancias climáticas - temperatura

Fuente: DANE D.A (2005) recuperado el 28 de febrero del 2014

1.5.3 Velocidad del viento:

 2.00m/seg.

Las velocidades máximas alcanzadas en el año son 2.00 M/SEG, lo cual no representa ningún peligro para la zona, además las barreras orográficas no permiten velocidades catastróficas y no admiten vientos foráneos de alto impacto, solo los vientos locales como los de laderas siendo los más predominantes.

1.5.4 Brillo solar:

 64,9-109 HLUZ/Mes.

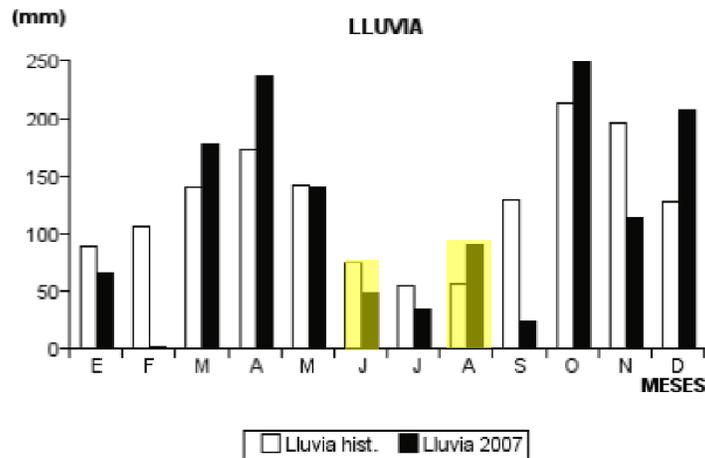
La zona presenta unas cantidades de horas luz/mes, estas están entre 64,9 y 109 horas luz/mes como datos mínimos y máximos en los meses de AGOSTO Y NOVIEMBRE.

1.5.5 Humedad relativa:



Es muy estable a través del año y supera el 80%, sus valores más bajos se presentan en los meses de JULIO Y AGOSTO que a su vez son los mejores de menor precipitación.

Tabla 7- 4: [Diagrama estadístico de humedad relativa – datos climáticos](#)



Fuente: DANE D.A (2005) recuperado el 28 de febrero del 2014

1.6 Diagnostico urbano

1.6.1 Caracterización de la población:



[Ilustración 7 caracterización de la población de Cachipay](#)

Fuente: Realizado por la estudiante – porcentajes de caracterización de proyección social de la Alcaldía de Cachipay

1.6.2 Usos del suelo:

Los usos del suelo para el municipio de Cachipay están clasificados como principal, compatible, condicionado y prohibidos.

- El uso principal coincide con la función específica de la zona que ofrece mayores ventajas desde los puntos de vista del desarrollo sostenible.
- El uso compatible no se opone al principal y son cuerda con la potencialidad, productividad y protección del suelo y demás recursos naturales.
- El uso condicionado presenta algún grado de incompatibilidad con el uso principal y ciertos riesgos ambientales controlables.
- El uso prohibido es totalmente incompatible con el uso principal de una zona con los propósitos de preservación ambiental o de planificación, y por consiguiente, trae grandes riesgos de tipo ecológico y /o social.

El uso de actividad mixta (ver imagen) comprende la combinación esencialmente de uso residencial y comercio, este último contempla los niveles I y II de actividad local básica que reúne actividades de pequeñas escalas permitiendo atender las necesidades básicas e inmediatas de la población principalmente en los barrios urbanos.

En el sector de usos mixtos se presenta construcción de carácter residencial unifamiliar o bifamiliar, principalmente en dos niveles, la cual es dividida en primer nivel destinado para el uso comercial exclusivamente o en combinación con residencial para una primera familia y el segundo nivel exclusivamente para uso residencial de una o varias familias.

El uso residencial urbano (ver imagen) comprende las diferentes formas de vivienda urbana y corresponde a las construcciones y espacios definidos para la habitación familiar con acceso a servicios públicos y sociales requeridos para su desarrollo.

El uso recreacional (ver imagen) comprende los lugares aptos para la práctica de actividades de esparcimiento y recreación pasiva y activa abiertas al público, localizadas en el caso de cachipay en el centro de la cabecera municipal.

El uso institucional (ver imagen) comprende los estándares de nivel I básico local contempla actividades de pequeña escala.



1.6.3 Sistema de Acueducto y Alcantarillado:

El sistema de ACUEDUCTO y ALCANTARILLADO está clasificado como servicio público domiciliario al igual que el servicio de energía y de telecomunicaciones quienes cubren las necesidades básicas de la comunidad en general.

Acueducto Urbano:

La cabecera urbana del municipio esta abastecida mediante acueductos que funcionan por gravedad y plantas de tratamiento.

Acueductos Veredales:

En el sector rural se encuentran sistemas rudimentarios de captación de agua para el consumo humano. Estos sistemas consisten en mangueras conectadas directamente de las fuentes de agua que llegan a las viviendas sin ningún tipo de tratamiento. Otros habitantes toman el agua de nacimientos y quebradas cercanas a sus viviendas o utilizan el sistema de pocetas. En las veredas en la que la oferta hídrica no es alta se generan problemas de escasez y falta de calidad en el producto.

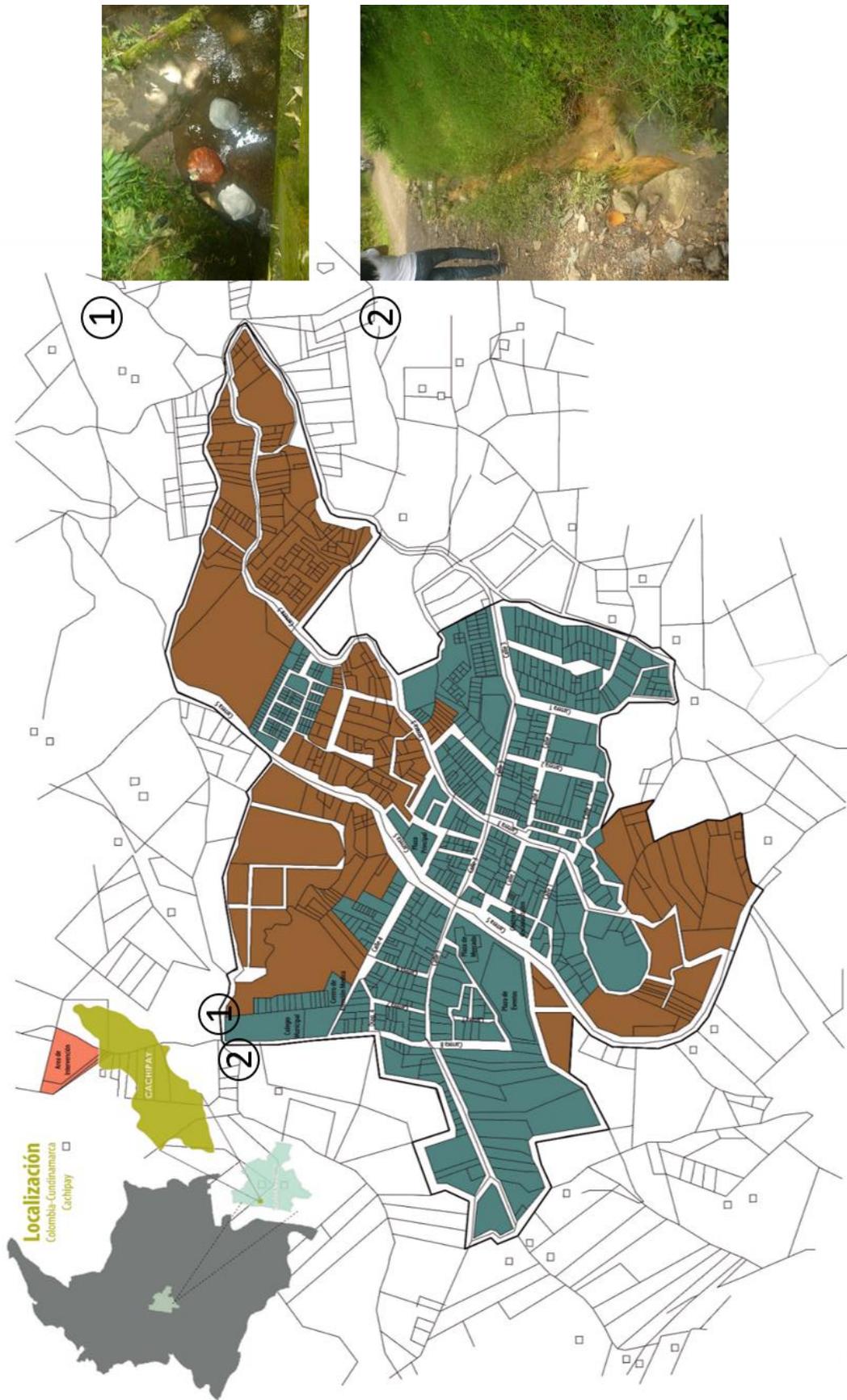
Alcantarillado:

El alcantarillado del área urbana de la cabecera municipal de Cachipay funciona con un sistema combinado (las tuberías transportan agua servida y aguas lluvias) y solo cubre una parte del área urbana (*Ver imagen de cobertura del sistema*).

En la zona rural la disposición de aguas servidas y excretas se hace mediante la utilización de pozos sépticos, letrinas y campos de riego sin aplicar mayores técnicas sanitarias para su construcción, operación y mantenimiento.

El sistema actual de alcantarillado en la cabecera municipal es muy deficiente debido a que hay partes en las tuberías en mal estado o con diámetros pequeños en aproximadamente el 60% del área urbana; además no existe planta de tratamiento para las aguas servidas ocasionando su desagüe en la quebrada el Hueso contaminándola de manera indiscriminada.

En las áreas rurales no existe sistema de alcantarillado; así que los vertimientos se hacen directamente a cañadas u otras corrientes de agua, contaminando las fuentes de agua potable, desencadenando problemas de salubridad y salud en la población.



Fuente: realización propia – plano casco urbano de Cachipay dwg. Alcaldía de Cachipay

Ilustración 9. Plano de análisis del sistema de acueducto y alcantarillado de Cachipay

1.6.4 Sistema Vial:

El municipio fue desarrollado entorno a tres ejes viales importantes: la vía Bogotá-La Mesa, la vía Bojaca-Peña Negra y la vía férrea Bogotá-Girardot (ver imagen) que hacen de su distribución e implantación urbana algo muy orgánico, causando algunos impases de circulación y movilidad vial.

Se encuentran graves problemas de movilidad debido a la falta de mantenimiento, ampliación y terminación de vías regionales que permiten el intercambio de productos con otras regiones del municipio y el departamento.

En total el municipio cuenta con sesenta y cuatro kilómetros (64 Km) de vía terciaria sin pavimentar, dieciséis punto cinco kilómetros (16.5 Km) de vía terciaria pavimentada y aproximadamente cuatro kilómetros (4 Km) de vías urbanas (*ver imagen*) de las cuales un ochenta por ciento (80%) de las mismas se encuentran en pésimo estado.

Tabla 8- 4: vías terciarias de ubicadas en cachipay

Nº	Inventario de Vías
1	Cachipay-Peña negra 7Km.
2	Cachipay-Cayunda-Calandaima-San Antonio alto y bajo 10Km.
3	Mesita-Naranjal 5 Km.
4	Cachipay-Tolú-Puerto López 8 K.
5	Cachipay-San pedro-Laguna Verde 2.5 Km.
6	Cachipay-San José-Tocarema alta y baja 6 Km.
7	Maranatha-La trampa-San José 2Km.
8	EL Retiro 2 Km.
9	Tablanca-Petulama baja 2.5 Km.
10	Peña Negra-Uchua-Agua Dulce-Vaiben 8Km.
11	Peña negra-La Palmera-La laguna-La Recebera 5 Km.
12	El progreso- Col Departamental-Puerto López 2 Km.

Fuente: reglamentación por ordenanza nro. 4610 / 93 condiciones mínimas dada por la atención primaria de la salud de Siprosalud.

Cachipay posee un déficit en todo lo que se refiere al estado del espacio público y de las vías urbanas y rurales, evidenciando el deterioro del espacio público, de los andenes y de las vías que llevan un largo tiempo sin mantenimiento ni reparación.

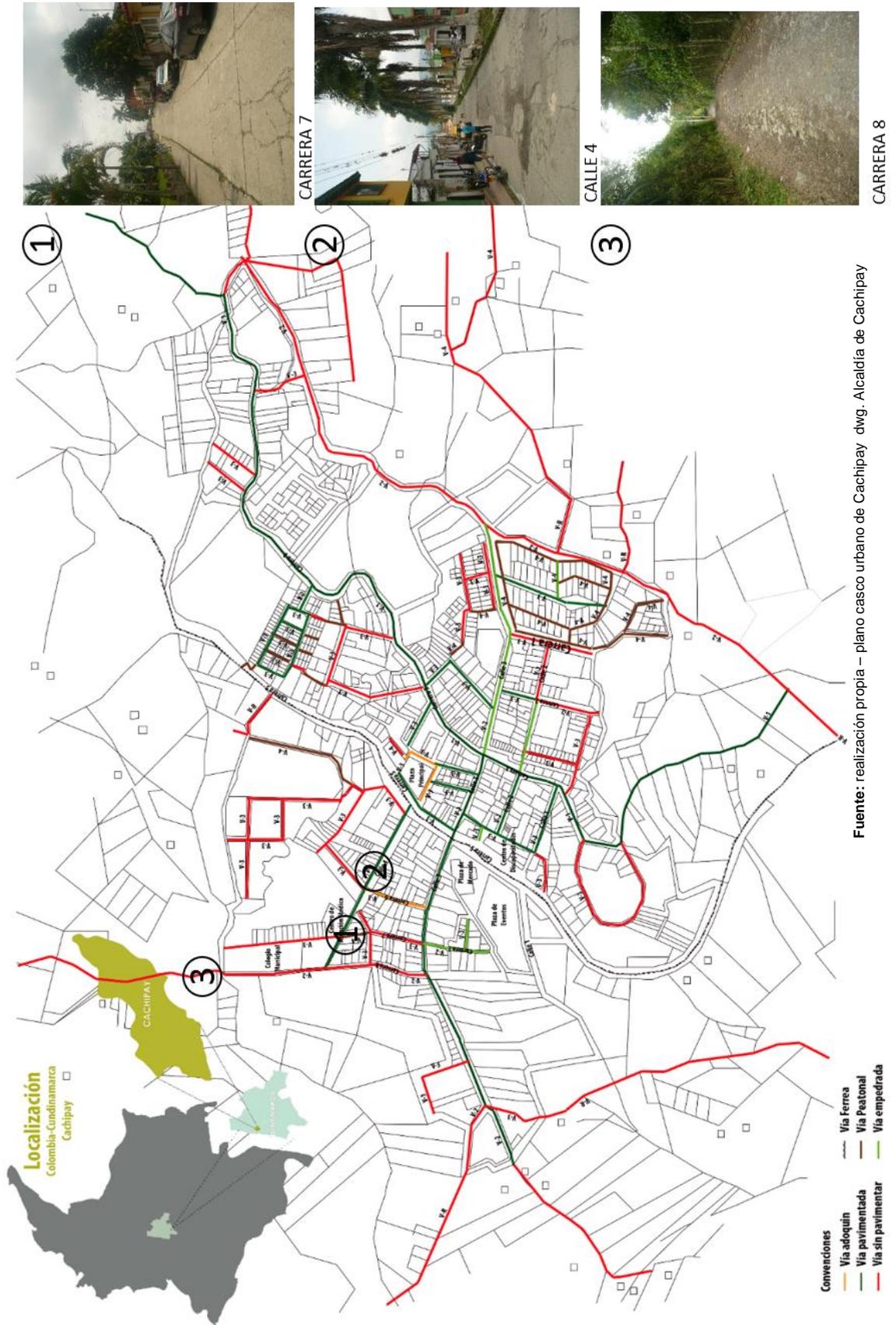


Ilustración 10. Plano de análisis del sistema vial de Cachipay

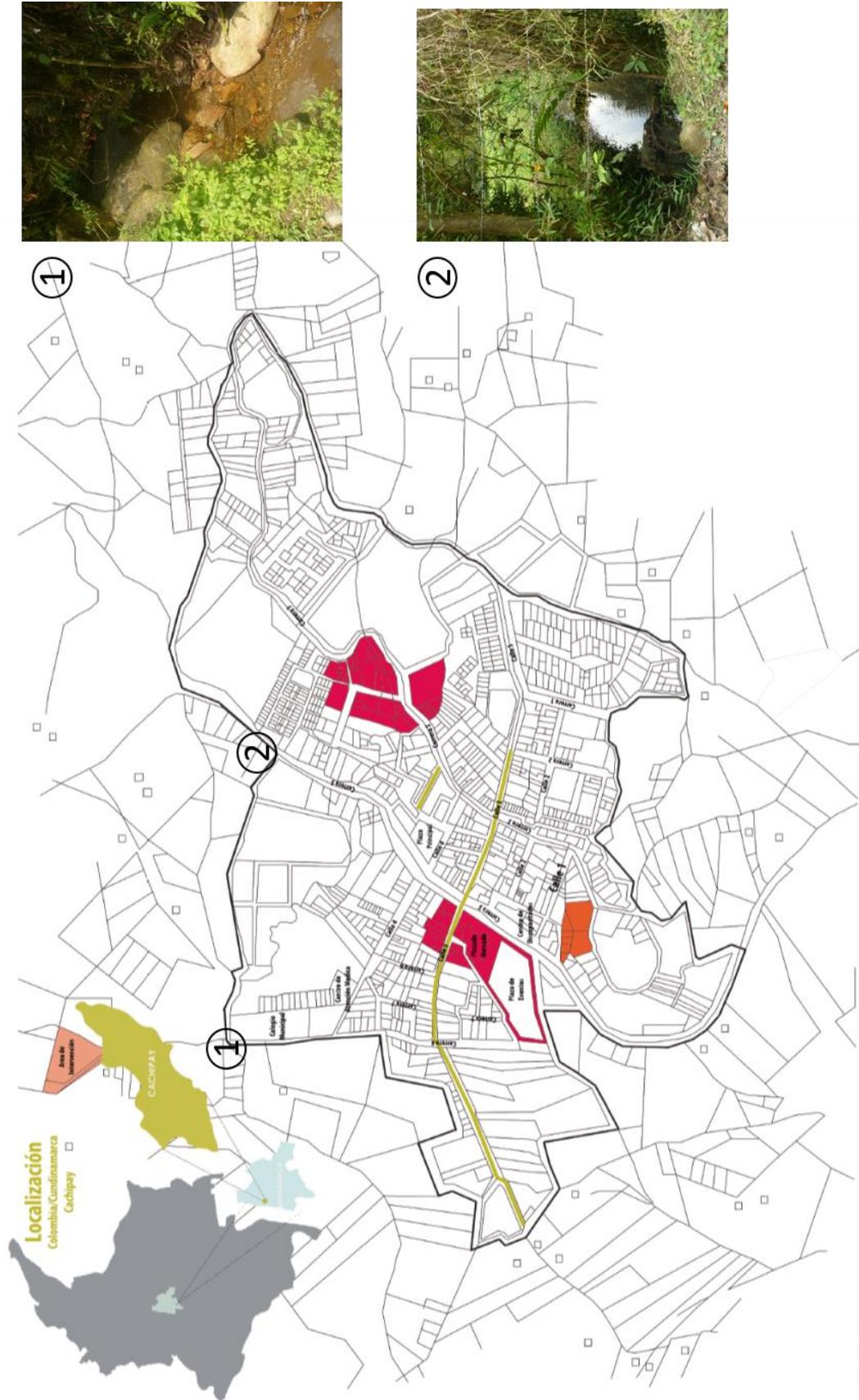
1.6.5 Amenazas y Riesgos Urbanos:

Por su topografía Cachipay tiene un elevado porcentaje de riesgos de deslizamientos equivalentes a un 48%. En cuanto a los incendios la misma topografía y el clima de algunos sectores (indicados en la figura), en total un 2% del total de la extensión del municipio es propenso a este fenómeno sobre todo en los meses de sequías y en las zonas más calientes.

La alta probabilidad de accidentes vehiculares en zonas del municipio (demarcadas en la figura) se debe en la mayoría de casos a la violación de las normas de convivencia de tránsito, falta de cultura ciudadana, no hay horarios establecidos para la movilidad de transporte público intermunicipal y de carga, inexistencia de límites de velocidad al interior del perímetro urbano así como el déficit en el sistema de señalización y movilidad del tránsito vehicular y peatonal que sumado a que no hay espacios adecuados y suficientes para el tránsito del peatón genera zonas altamente peligrosas y propensas a accidentes de tránsito en el que se ven involucrados motorizados, conductores, peatones y edificaciones aledañas.

Depósito y quema de basuras:

Dentro del municipio de Cachipay actualmente no existe un lugar establecido para el depósito y quema de basuras a nivel municipal, esta es llevada al basurero de Mondoñedo, esto para el caso de la basura recolectada a nivel urbano, pues el único sector en el que tiene cobertura el servicio de recolección de basuras se hace de acuerdo a las necesidades y recursos de sus habitantes ocasionando así no solo contaminación en el aire por contaminación de las vertientes hídricas por el desecho de residuos a sus aguas.



Fuente: realización propia – plano casco urbano de Cachipay dwg. Alcaldía de Cachipay

Ilustración 11. Plano de análisis de amenazas y riesgos.

1.6.6 Perímetro Urbano y Expansión Central:

Organización y División territorial

El territorio municipal para fines administrativos y de gestión pública, está comprendido por: el sector urbano de la cabecera municipal (suelo urbano y de expansión urbana), el sector urbano de la inspección de Peña Negra y el sector rural que comprende las veredas catastrales.

Modelo de Ocupación

Cachipay tiene una posición geográfica estratégica, dado que se ubica en un cruce de caminos que lo ponen no solo en contacto directo con toda la región del Tequendama, sino que además lo ha convertido en un puerto terrestre obligado de paso que genera una dinámica de desarrollo económico, turístico, social, etc. En su interior el modelo de ocupación es bipolar así: una cabecera municipal urbana y un sector rural.

Clasificación y Zonificación General del Territorio

El suelo del municipio de Cachipay está clasificado como suelo urbano, suelo de expansión urbana, suelo suburbano y suelo rural.

El suelo urbano (ver imagen) cuenta con infraestructura vial y de redes de servicios públicos que aunque deficientes, le proveen la aptitud de uso del suelo urbano.

El suelo urbano de expansión (Ver imagen) está comprendido por las áreas de transición que se encuentran cercanas al área urbano, las cuales presenta influencias sobre el perímetro urbano que inducen a su desarrollo e introducción al área urbana.

El suelo rural (ver imagen) está comprendido por los terrenos que no son aptos para el uso urbano y de expansión, debido a razones de oportunidad, relación y su desarrollo urbano así como del alcance y conexión con las redes de servicios públicos.

Crecimiento Urbano

Está condicionado a la capacidad de ofertar una adecuada infraestructura física y de equipamientos, especialmente en cuanto a servicios públicos y del sistema vial para su desarrollo.



Fuente: realización propia – plano casco urbano de Cachiipay .dwg. Alcaldía de Cachiipay

[Ilustración 12 Plano de análisis perímetro urbano y expansión central](#)

...

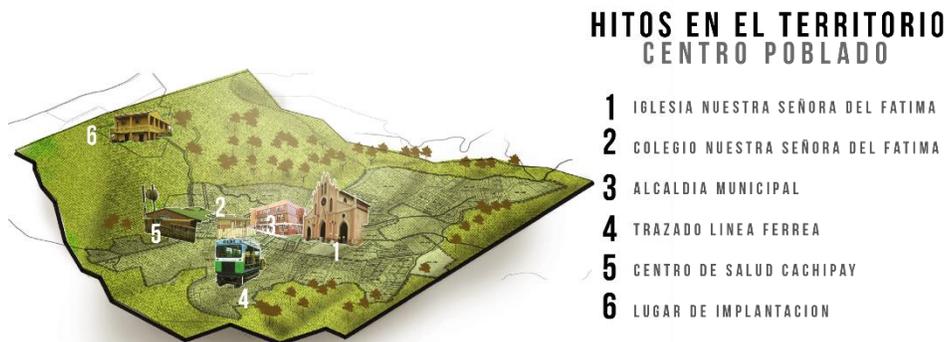
A partir de lo anterior, el análisis y diagnóstico urbano, permiten ver que de forma estratégica a su posición geográfica se da el aprovechamiento de una zona determinada obligando el paso de nuevas dinámicas de desarrollo tanto económico, turístico y social, etc., comprendiendo y organizando el territorio para fines de gestión pública que llevan a la escogencia de un sitio el cual al estar ubicado en la zona suburbana conectan con vías principales y permiten una fácil captación tanto de habitantes como de elementos arquitectónicos que la complementan ofertando una adecuada infraestructura tanto física y equipamientos que preservan, revitalizan y que inciden de forma positiva para la realización del proyecto (centro geriátrico) que no es solo para el adulto mayor sino también para adultos y niños habitantes del municipio potencializando con la inversión y generación de espacios adecuados y aptos para el disfrute de la cabecera municipal y del sector rural, es por esto que se realiza y se propone un eje paisajístico que permitirá la recuperación y fortalecer todas las problemáticas que aquejan hoy en día a este pequeño municipio.

CAPITULO 2

PROPUESTA URBANA

Al mirar a las montañas de la cordillera oriental se hayan los rasgos del territorio cundinamarqués y aquellas marcas topográficas que descienden en la cordillera para recrear un valle y colinas de geografía vibrante e inmenso en este paisaje como lo es cachipay.

A partir de aquí se despliega la “ciudad” casco urbano a ritmo de esas marcas que determinan los imaginarios del habitante y su percepción del centro y la periferia el cual apunta a un enriquecimiento y una mixtura programática en donde se genera un futuro para Cachipay, que al conocer las problemáticas, se observan algunos aspectos que permitirán preservar, recuperar, fortalecer y desarrollar el potencial de este pequeño municipio.



[Ilustración 13 Hitos principales del territorio de cachipay](#)

Fuente: realizado por la estudiante

2.1 Estrategias de Implantacion Urbana

2.1.1. Conexión de hitos:

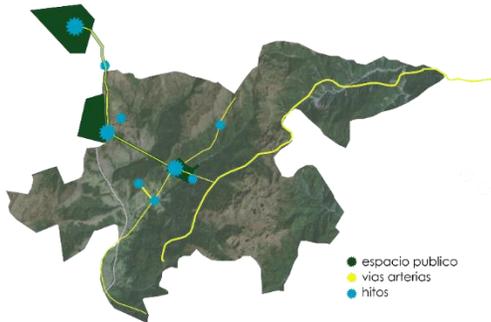


Ilustración 14 estrategias de conexión de hitos

2.1.2. Movilidad:

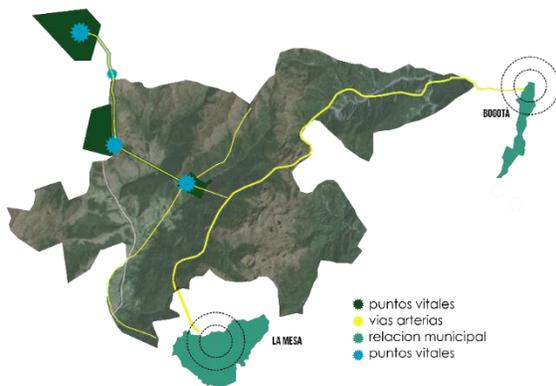


Ilustración 15 estrategias de movilidad

2.1.3.

Ecológico:

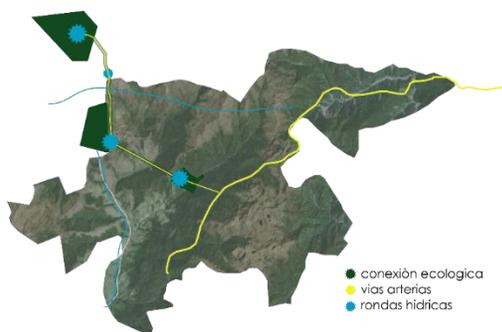


Ilustración 19 estrategias ecológicas

- Consolidación de las centralidades existentes mediante la definición de usos del suelo urbano y la definición de una estructura de espacios públicos en pro de beneficiar el encuentro ciudadano, la interrelación de sectores y la dotación de servicios a la comunidad tanto turística como local.
- Consolidación de las centralidades existentes mediante la definición de usos del suelo urbano y la definición de una estructura de espacios públicos en pro de beneficiar el encuentro ciudadano, la interrelación de sectores y la dotación de servicios a la comunidad tanto turística como local.
- Generar una adecuada intercomunicación de la zona urbana entre las vías existentes en el municipio y las que se interrelacionen con las vías regionales.
- Organización del tráfico dentro del área urbana jerarquizando las vías, proviniendo de la relación del peatón zonas de parqueo.
- Incorporación de elementos naturales, tales como arborización y cuerpos hídricos, conformando una estructura que organice y articule el territorio.
- Recuperación del sistema de rondas hídricas articulando las con los parques existentes y que están por ser construidos.
- Incorporación de elementos naturales, tales como arborización y cuerpos hídricos, conformando una estructura que organice y articule el territorio.
- Recuperación del sistema de rondas hídricas articulando las con los parques existentes y que están por ser construidos.

Fuente: realizado por la estudiante

Gracias a estas dinámicas urbanas prefiguran unos puntos públicos de relaciones sociales, donde el centro de Cachipay, revela un engranaje de líneas temáticas para su espacio público y generación de acontecimientos. Con la intervención del eje paisajístico, el centro del urbano de Cachipay recupera su vocación de origen para instaurarse nuevamente como el referente COLECTIVO VITAL que articula los dichos puntos como un recorrido paisajístico.

2.2 Eje Paisajístico

COLECTIVO VITAL

A partir de las dinámicas dadas, se redefine las condiciones del lugar y las relaciones posibles en el ámbito urbano y crea conexiones diversas entre la línea dura (malla vial – vía principal) que proyecta un camino real con otras orgánicas y blandas que surgen del reconocimiento de lo existente. De esta manera, se recupera la legitimidad al vincular la cotidianidad con otras formas de experimentar el centro revelando así el paisaje que enmarcan las montañas.

[Ilustración 20 perspectiva de cachipay vida urbana](#)



Fuente: realizado por la estudiante

Al generar el COLECTIVO VITAL se describe en una infraestructura que determina las relaciones físicas, visuales y sociales haciendo un acento sobre el recorrer y el habitar. Hoy es una línea dormida a la espera de ser activada por aquellas estrategias para la transformación del centro urbano que incitan al transeúnte a sensibilizar su mirada y activar una experiencia consiente que abre espacios de intercambio o interacción social que por medio de recuperar, revitalizar y rehabilitar, se genera un tratamiento de conexión con el espacio urbano y el tejido morfológico.

El proyecto instaure referencias topográficas usando unas líneas temáticas que denotan la diversidad y multiplicidad de la zona centro con el suburbano. Son 3 momentos, 3 nodos que se reconocen del eje paisajístico relacionados por líneas que se conectan por medio del espacio público y su carácter conceptual entre lo urbano y lo arquitectónico mostrando las distintas etapas que permiten entender su sentido histórico:

- La plaza principal representa el pasado
- El parque ambiental y colegio municipal representan el presente
- Y por último el centro geriátrico del adulto mayor representa el futuro

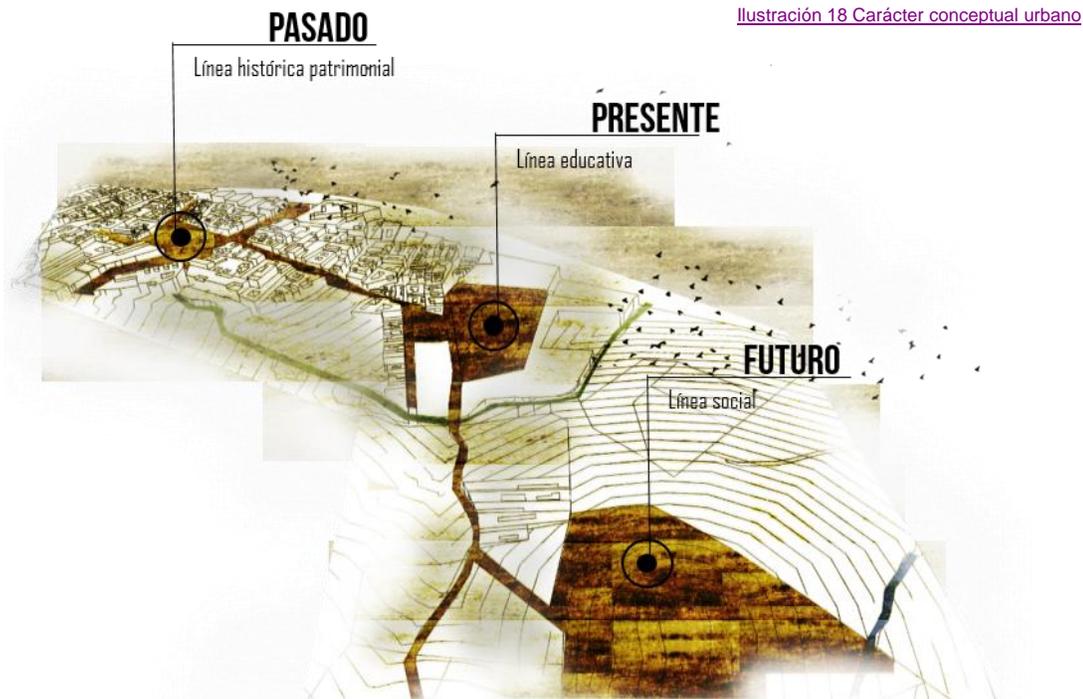


Ilustración 18 [Carácter conceptual urbano](#)

Fuente: realizado por la estudiante

Estos puntos son las nuevas formas relacionales que generan otras experiencias y recorridos en el espacio público vinculando el paisaje y las vocaciones de cada lugar.

2.2.1. Líneas Temáticas:

Como primera fase, La plaza principal de Cachipay es un lugar de encuentro, unidad e identidad, escenario social político con la expansión urbana, el parque trata de adquirir de nuevo su valor simbólico convirtiéndose en un lugar de tránsito generando la LÍNEA HISTÓRICA PATRIMONIAL que visibiliza la edificación como atractivo y reconstituye ese valor histórico como punto de partida, su objetivo es el recorrido y entrada a la intervención pasiva, allí a través de la implementación de espacio público y zonas de esparcimiento tienen como función articular e integrar tanto lo peatonal, vehicular y su vía férrea concibiendo un tratamiento tanto del espacios, mobiliario y corredores ecológicos de conexión entre los municipios de la región del Tequendama para así mismo incrementar el turismo en sector evocando los elementos del pasado .

Como segunda fase, el parque ambiental revitaliza y recupera los signos geográficos para el amortiguamiento ambiental del entorno de los valles y colinas, allí se centra el sentido de la LÍNEA DE EDUCACIÓN debido a la presencia de colegios, salud y recreación deportiva donde tanto como los niños y adultos podrán acceder e interactuar con elementos del espacio público, zonas recreativas y ambientales para su conocimiento y conciencia del lugar de mantenerlo y cuidarlo en su estado natural conociendo y enfrentando su presente.

Y por últimos y como tercera fase, se conectan con nuevos espacios culturales y cívicos con los existentes dada la LÍNEA SOCIAL, así ampliando la oferta para los habitantes del sector, generando un espacio de calidad y accesibilidad tanto de conexión con el colegio y los servicios alrededor del lugar de implantación, manteniendo las vías vehiculares como peatonales donde se establece señalización, alumbrado público y mobiliario urbano donde se ejecutara el centro geriátrico mostrando un vistazo de un futuro o posibles respuestas que ayudan a mejorar su ciudad, donde el adulto mayor como actor principal tenga un sitio de descanso y confort con los patios ambientes y espacios dedicados para el disfrute y vivencias que fortalezcan la calidad de su diario vivir.

COLECTIVO VITAL

Ilustración 19 plano eje paisajístico - puntos temáticos



H Historico

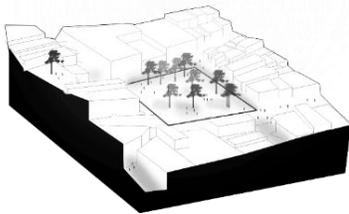


Ilustración 20 línea histórica patrimonial

E Educativo

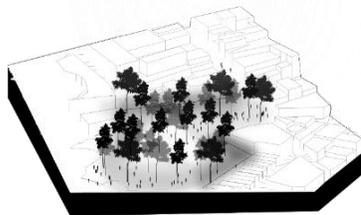


Ilustración 22 línea educativa

S Social

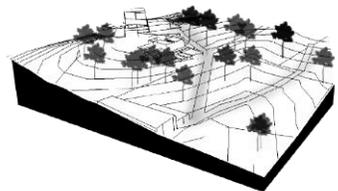


Ilustración 21 línea social

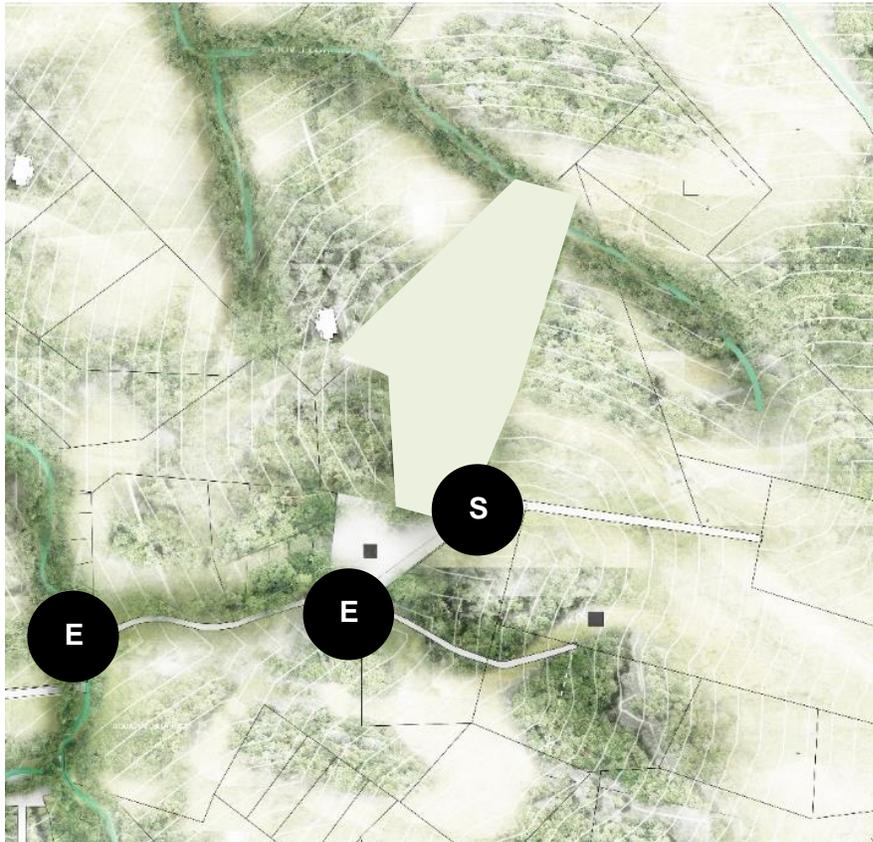
Fuente: realizado por la estudiante

El suelo es el plano base que recibe las líneas proyectando sobre los puntos públicos de nuevas topografías como variación de la experiencia actuando como acentos en el recorrido y resonancias con el paisaje de la montaña. Nace el eje paisajístico articulador como espacio público de conexión entre el centro tradicional y lo suburbano como elementos complementarios a la vivienda generando así un imaginario colectivo de proyección e innovación.

...

Según lo expuesto, a partir de la línea social se busca dar una respuesta a uno de los requerimientos más sonantes, donde parte la idea la integración del adulto mayor a las redes sociales y a los espacios públicos, en donde el adulto mayor se sienta acogido y que cumplan las necesidades de libre desplazamiento, con seguridad y ritmos propios.

[Ilustración 23 línea social - lugar de implantación](#)



CAPITULO 3

PROPUESTA ARQUITECTONICA

3.1 La Arquitectura como respuesta

Para el proyecto la arquitectura juega un papel fundamental en el bienestar y desarrollo del adulto mayor, no solo a nivel programático y de seguridad, sino con la disposición física de los elementos que permitan una integración a la vida urbana para que el adulto mayor en este caso usuario principal pueda enfrentar la ciudad y el espacio público. Esto muchas veces dado por la falta de espacios adecuados y que al hacer arquitectura, más acá en Colombia, es por falta de información en cuestión de gestionar un diseño, pero es aquí donde se busca que la arquitectura y el diseño urbano puedan contribuir a la construcción de redes sociales y espaciales, entre lo público y lo privado, que ayuden a revitalizar el espacio y que no se constituya como un elemento aislado, y es por eso se ha planteado un conjunto de soluciones continuas aplicables en distintos periodos para entender la vejez y sus viviendas de acuerdo a los requerimientos del usuario.

El concepto de centro geriátrico consiste en una agrupación de unidades de vivienda, no institucionales, especialmente diseñada con un sistema de soporte de servicios primarios especializados en el adulto mayor, donde se certifica un nivel aceptable de privacidad e independencia y con un alto grado de seguridad, que desde el punto de vista arquitectónico deriva establecer relaciones comunitarias verdaderamente activas, mejorando la calidad de vida del adulto mayor y retrasando el deterioro biológico.

Dado esto se permiten ver las relaciones que conforman el proyecto como un engranaje de elementos que brindaran al lugar de implantación escenarios que se distribuyen acorde con el entorno. En todos los programas y recorridos trata de minimizar las barreras arquitectónicas, generando la máxima cobertura de circulaciones verticales (escaleras

ergonómicas, rampas, ascensores) ofreciendo seguridad, confort en el espacio y accesibilidad en todo el recorrido.

[Ilustración 24 esquema arquitectura para la vejez](#)



Fuente: realizado por la estudiante

3.3 Referentes Arquitectónicos

Ilustración 31 mapa del globo terráqueo ubicación de proyectos referenciales



Fuente: realizado por la estudiante

3.3.1. CENTRO SOCIOSANITARIO GERIÁTRICO SANTA RITA²²

MANUEL OCAÑA
ISLAS BALLEARES-ESPAÑA (OCAÑA, 2009)

DESCRIPCIÓN

El proyecto arquitectónico se resuelve desde la UNIDAD PROGRAMÁTICA principal la habitación hacia el exterior. La habitación debe cumplir unas dimensiones ideales y tener doble circulación. La suma de unidades de habitación se acopla, doblándose a la geometría del área edificable. El espacio que crea el cerrarse sobre sí mismo será un gran jardín interior, que será a su vez el acceso principal (y directo) a cada una de las habitaciones. El área edificable se remata cerrando el edificio al exterior según alineaciones que impone el plan.

Ilustración 27 esquema características generales del CSG. SANTA RITA

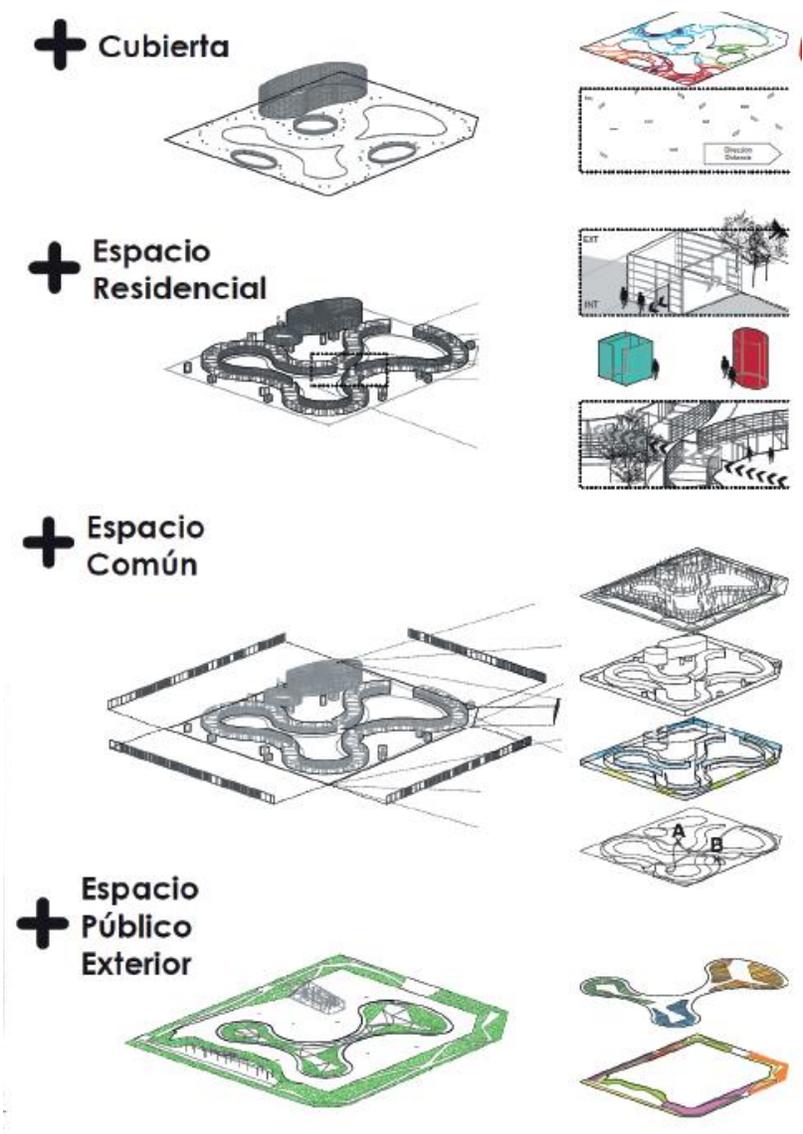


Fuente: diagrama
realizado por la
estudiante -

²² En este caso se muestra las cosas más importantes del proyecto que pueden influenciar en el diseño del centro geriátrico a diseñar, Manuel Ocaña se centra en la unidad programática que remata con espacios abiertos para el adulto mayor.

El espacio-circulación es poli atmosférico y se proyecta como un espacio de sucesos que pueda excitar los sentidos y palie la desorientación y el tedio espacial que se puede tener al interior de un Centro Geriátrico

Ilustración 28 Esquema espacial proyecto CSG Santa Rita



Fuente: tomado del proyecto CSG DE SANTA RITA Manuel Ocaña

LOSA TATUADA ²³

“En el techo sean pintado unas LÍNEAS DE ORIENTACIÓN que son la proyección del plano topográfico de las canteras sobre las que se tuvo que cimentar”.

SEÑALETICA COLGADA

“La señalética del techo y un código de colores aplicado a programas y a cerramientos según la orientación geográfica, contribuyen a la GEOLOCALIZACIÓN del individuo”.

HABITACIONES

“Todas las habitaciones, al igual que el resto de los espacios del edificio, son ADAPTADAS, garantizando que su utilización autónoma y cómoda por las personas con discapacidad”.

SERVICIOS

“La cromatización de los paquetes de servicios atomizados permite al usuario conocer su posición en todo momento, incentivando sus CAPACIDADES DEPORTIVAS”.

DOBLE CIRCULACIÓN

“Todas las habitaciones tiene acceso directo desde, y hacia, un gran JARDÍN LOBBY. Además de acceso directo hacia, y desde, las zonas comunes”.

ACCESIBILIDAD INTEGRAL

“Los ITINERARIOS SON ADAPTADOS. Los caminos son de ancho variable, nunca menor de 150CM, la altura libre mínima cubierta es de 3M. Las pendientes transversales, NUNCA SUPERIORES AL 2%”.

DEAMBULATORIO

“Entre el área residencial y el perímetro recto exterior del edificio, se genera el ESPACIO-CIRCULACIÓN. Es un espacio abierto, interconectado, fluido y plano que alberga programa y circulación”.

TEMPERAURA CROMATICA

“Los cerramientos del centro son sintético en composición de dos capas. LA PIEL INTERIOR del cerramiento plano exterior SE PROYECTA SEGÚN SU ORIENTACIÓN GEOGRÁFICA”.

²³ Descripción de aspectos relevantes en el diseño de Manuel Ocaña

ULTIPLE CHOICE

“El centro entrega posibilidades de circulación al usuario cuando se desplaza por el edificio y sus jardines. EN ESTE EDIFICIO HAY VARIAS MANERA DE IR DE A a B”.

JARDÍN INTERIOR

“El jardín interior está dispuesto en tres lóbulos ajardinados tematizados según los COLORES DE FLORACIÓN DE LAS ESPECIES, en conexión directa con el área residencial”.

JARDÍN EXTERIOR

“Contiene PROGRAMAS MÁS URBANOS, Y SEMIPÚBLICOS, como columpios y JUEGOS SENSORIALES destinados originalmente a niños discapacitados”.

Ilustración 29 Esquema de orientación y conceptualización



Fuente: diagrama realizado por la estudiante -

3.3.2. SERVICIOS DE VILANOVA I LA GELTRÚ /PINEARQ²⁴

PINEARQ

VILANOVA I LA GELTRÚ – ESPAÑA (Alvarez, 2011)

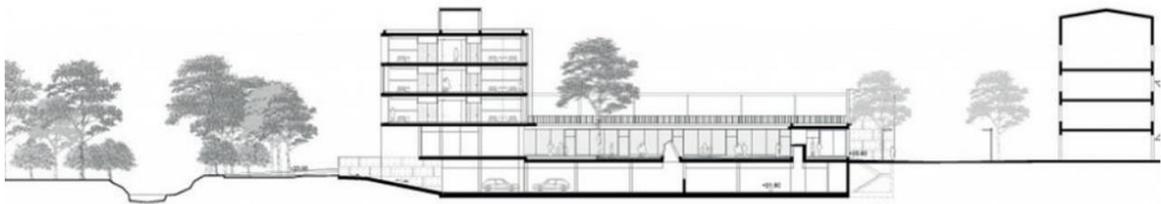
DESCRIPCIÓN

El cuerpo de más altura (Planta Baja y tres Pisos) se sitúa dando fachada al pasaje Raval de la Pastera, de forma que por la orientación del solar no da sombra al jardín. Por ese mismo motivo, la fachada de la calle Sant Josep es la más baja, permitiendo la entrada máxima de la luz solar a la zona verde.

El patio en esta calle se limita solamente con un porche, que incorpora la zona ajardinada a la calle.

La fachada del edificio que da al Hospital es de Planta Baja y Planta Piso, igualando su altura a las viviendas que hay al otro lado de la calle. Para el criterio de diseño, el edificio prioriza la escala doméstica, tratando los espacios para darles el máximo de confort necesario para los residentes, que se caracterizan por su larga estancia en el centro. También es importante la seguridad, organizando los espacios públicos interiores y exteriores para permitir un fácil control y seguimiento de los residentes.

Ilustración 30 corte longitudinal proyecto Vilanova

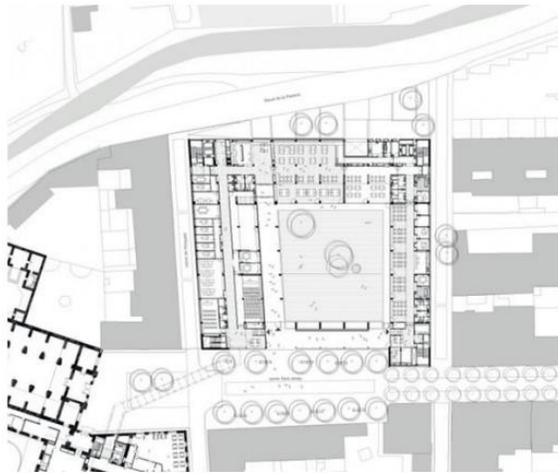


Fuente: tomado del proyecto de Albert de Pineda Álvarez - vilanova

²⁴En este caso se muestra las cosas más importantes del proyecto que pueden influenciar en el diseño del centro geriátrico a diseñar, Albert de Pineda Álvarez se centra en el confort y estado del adulto mayor que permiten el fácil control y seguridad de estos seres.

El acceso principal se sitúa en la calle Sant Josep, en la cota de Planta Baja, donde se genera el porche que permite el acceso a los diferentes servicios que da el edificio. El acceso de las Mercancías y Servicios se hace desde la calle Pastera, en la cota Sótano.

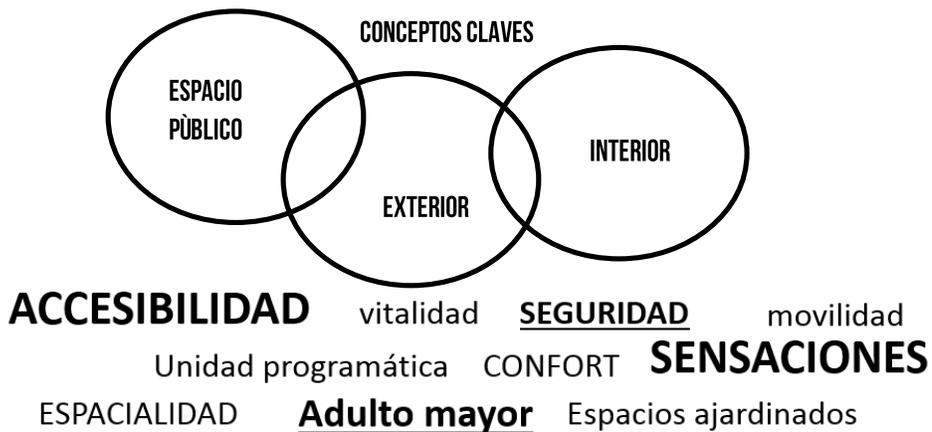
[Ilustración 31 Planta general del primer piso proyecto Vilanova](#)



Fuente: planta general del primer piso proyecto vilanova **Albert de Pineda Álvarez**

A partir del análisis de los referentes, se toman algunos conceptos claves los cuales permitirán hacer una reflexión sobre la arquitectura geriátrica.

[Ilustración 32 Esquema conceptos claves a desarrollar](#)



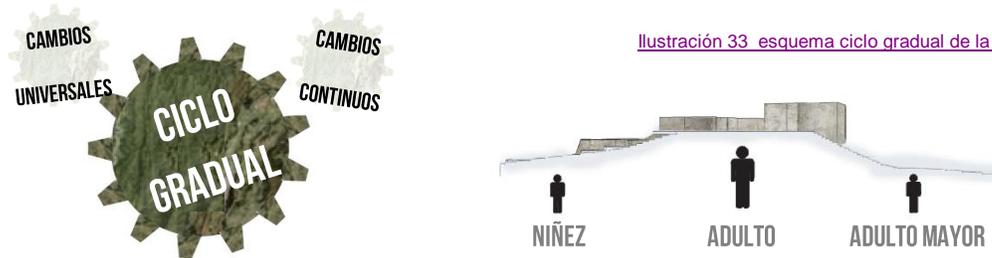
Fuente: esquema realizado por la estudiante

Estos conceptos permitirán abordar determinantes temáticas que llevaran a cabo a una ejecución adecuando conjuntos normativos, físicos y espaciales que responderán a dignificar la vida del adulto mayor dejando huella en la situación que aqueja hoy en día al desarrollo del diseño de centros de asistencia geriátrica, centros de día etc.

3.4 Propuesta Conceptual:

Dado lo anterior el proyecto se basa en comprender la calidad de vida del adulto mayor echando un vistazo en las vivencia y elementos que para este tipo de usuarios son esenciales.

De este modo, se toma como eje principal el concepto de comprender la vitalidad y la memoria del fuerte trabajo y evolución del adulto mayor a lo largo de su vida (desarrollo desde niño a adulto) (ver ilustración 33). Como aquel ciclo gradual que concibe cambios continuos y universales, los cuales muestran sus condiciones físicas, emocionales, psicológicas y consideraciones sociales mostrando su estilo y condiciones de vida.



[Ilustración 33 esquema ciclo gradual de la vida](#)

Fuente: esquema realizado por la estudiante

Gracias a esto se observan tres etapas que el proyecto concibe como piezas fundamentales para el conocimiento del adulto mayor el cual vuelve adquirir los tratos de cuidado como si fuese un niño. (Ver ilustración 34).



[Ilustración 34 conocimiento del adulto mayor](#)

Fuente: esquema realizado por la estudiante

3.4.1. Fase de Integración:

Esta fase integra a los adultos mayores que no necesitan ayuda para sus actividades cotidianas, que una vez acceden al proyecto y entienden el desprendimiento de sus familias pueden activar sus habilidades sensoriales y motrices, las cuales le permitirán una vida social y de escenarios públicos que generan el encuentro y la vinculación a la integración de actividades físicas, social y mental buscando evocar la revitalización del cuerpo y su valoración como adulto mayor.

3.4.2. Fase de Reflexión:

Esta fase está encaminada a los adultos mayores que necesitan de ayuda pero que a su vez al estar en estas condiciones se genera la ejecución de escenarios amplios, espirituales y de reflexión que llevan al adulto mayor a sentirse en paz y a gusto conectándose con visiones del pasado y el futuro en el cual los llevara a un estado de purificación del cuerpo y del alma.

3.4.3. Fase de Paciencia:

Y por último, esta fase es para aquellos adultos mayores que ya por la misma edad no pueden tener ese libre movimiento y que tienen una mirada hacia la muerte. Allí el significado busca aquel escenario de descanso, paciencia y sanación tenga distintas dinámicas dadas por el paisaje que permitirán que los adultos mayores estén en una zona de confort para la llegada del último aliento.

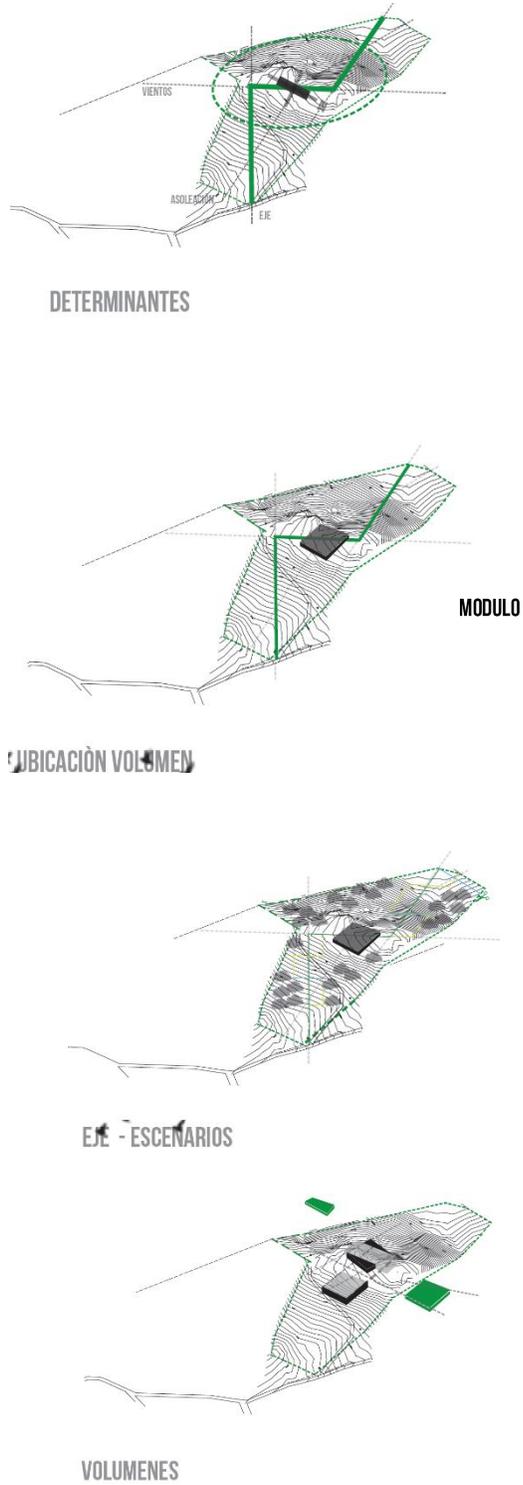
[Ilustración 35 esquema conceptual](#)



Fuente: esquema realizado por la estudiante

3.5 Criterios de Diseño:

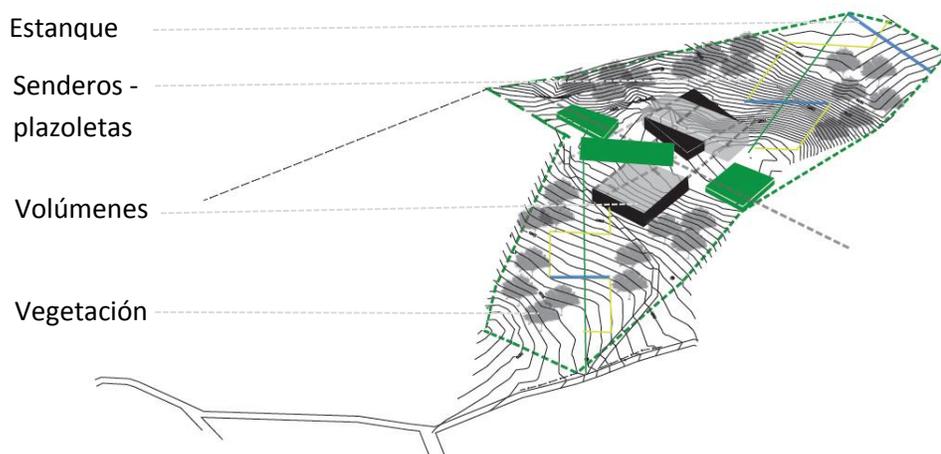
Ilustración 36 criterios de diseño centro geriátrico colectivo vital



Fuente: esquema realizado por la estudiante

Dado lo anterior, el proyecto se conforma a partir de las necesidades de independencia y privacidad que necesita el adulto mayor, a nivel de viviendas y de servicios, que por medio de programas y escenarios se fomente el desarrollo como personas y su vinculación con el entorno. Dadas por la conexión de vegetación, agua y el juego de volúmenes (ver imagen) que serán espacios vitales que suplirán las necesidades de sus cuidados intentando recuperar el papel productivo que le permita sentirse en su segundo hogar, lugar de espacios humanizados, flexibles, sostenibles, tecnológicos y normatizados donde su concepción funcional y de construcción se genera el centro de asistencia geriátrica.

Ilustración 37 esquema de implantacion



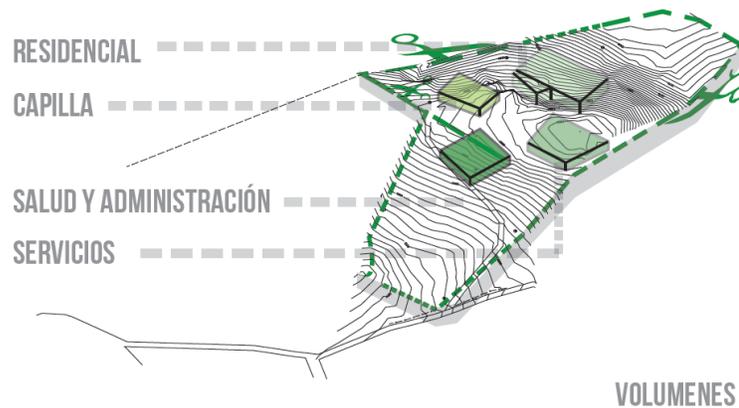
IMPLANTACIÓN

Fuente: esquema realizado por la estudiante

3.6 Propuesta Programática:

La distribución de los programa dentro del centro geriátrico es de acuerdo a la relación que tienen con lo público, el programa está diseñado en base de las fases establecidas anteriormente que por medio de los escenarios vitales (ver imagen) que empezara a desglosar el programa arquitectónico con el fin de cubrir las necesidades del adulto mayor.

Ilustración 38 esquema de zonificación volumétrica



Fuente: esquema realizado por la estudiante

3.6.1. Ocio:

El programa de ocio es fundamental, ya que el adulto mayor en su mayoría a terminado su vida laboral, por lo tanto se encuentra con mucho tiempo libre que si no se le otorga un buen uso puede derivar en depresiones y angustias, que finalmente provocan la auto marginación.

La generación de salas de capacitación, talleres, capilla y escenarios públicos pueden ayudar a reincorporar a la vida productiva y generar un sentido de utilidad en él, estimulando el funcionamiento cerebral. Estos espacios están ubicados en la primera planta, tratando de brindarles escenarios ambientados como jardines patios y espacios para la activación de sus habilidades

3.6.2. Permanencias:

La configuración de estos espacios se distribuye de acuerdo a las necesidades funcionales y de importancia otorgada por el análisis de la reglamentación de espacios para centros

geriátricos obtenida en capítulos anteriores, a partir de aquí estos espacios van muy ligados al concepto de graduación de espacios en todos los sentidos, desde lo público hasta lo privado.

Público.....Privado

Estos recintos están diseñados con el fin de fomentar y organizar la interacción que tiene el adulto mayor para así enriquecer la vida social, es por esto que las circulaciones se establecen vínculos tanto verticales como horizontales que permitirán como ya anteriormente nombradas, las conexiones visuales ligando el permanecer como escenarios de actividades donde el adulto mayor podrá circular y a la vez detenerse para descansar y contemplar cada elemento que sustenta al proyecto en pro de la calidad de vida, seguridad y accesibilidad.

Se inicia con la fase de integración, allí el volumen del área de salud y administración, en su primera planta gracias a la comunicación que se da con lo exterior (escenarios) se proyecta una sala múltiple, cafetería y servicios correspondientes a este para continuar con esos vínculos sociales que le permitirán al adulto mayor desenvolverse en actividades lúdicas, culturales y de esparcimiento. La segunda planta está compuesta por los consultorios de atención primaria y el parque fisioterapéutico diseñados según los requisitos del ministerio de salud y de las dimensiones seleccionadas de la reglamentación por ordenanza que definen a los centros geriátricos, y por ultimo como tercera planta se ubican el área de administración y control de todo el centro geriátrico.

En segunda instancia la fase de reflexión, se ubica el volumen de servicios el cual conduce a un patio a la espera de tener una calidad particular de un ambiente muy cálido y fluido creando sensaciones placenteras al adulto mayor y a sus visitantes, este está constituido por el comedor que se conecta con el área de las habitaciones a través de un puente, cocina, depósitos, alacenas y plataformas de descarga que al darse de forma aislada facilita el acceso rápido de los camiones de alimentos, por otro lado el volumen y área espiritual, allí la generación de un escenario amplio, íntimo y de reflexión de gran riqueza espacial y funcional donde el adulto mayor podrá recorrer progresivamente, una capilla de un gran marco visual que la recubre generando un umbral donde una plaza ajardinada le permitirá apreciar la capilla directamente desde el exterior sintiéndose en paz y a gusto

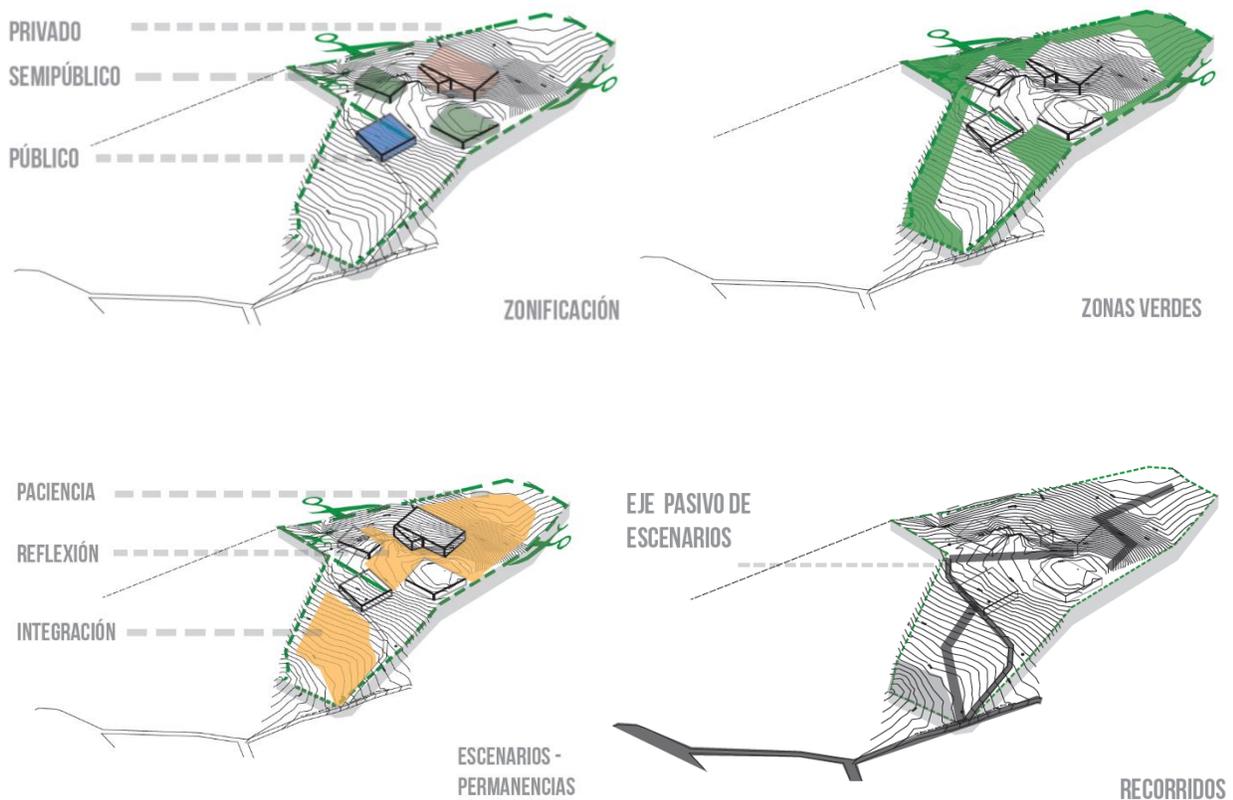
purificando su cuerpo y alma. El espacio del templo se dan de acuerdo a un volumen sencillo, conformado por la plaza ajardinada (atrio) con la pila bautismal, la capilla axial y el altar, espacios donde se manifiesta la imagen de la virgen de Fátima, que por medio de las aberturas dadas en sus fachadas, se convertirán en los resplandores de luz celestial, que al transcurrir el día, transforma el espacio de acuerdo al recorrido del sol evocando la mítica historia del municipio de cachipay.

Y por último la fase de la paciencia, allí se presenta la distribución de los dormitorios que se rigen de acuerdo al nivel de independencia que requiere cada adulto mayor, se dividen dos alas de habitaciones, la primera conformada de 20 habitaciones dobles y la segunda de 20 habitaciones sencillas en 5 niveles para el total de 60 adultos mayores, cada uno con sus respectivos baños, escritorios y balcones que vinculan el exterior del volumen como el interior de cada habitación. También se establecen espacios comunales que van alrededor de vacíos que permiten la iluminación del volumen y el contacto visual de cada nivel con la presencia de salones de televisión, ludotecas y áreas de control de enfermería, y en el último piso se ubica el área de ocio que en este caso es para la piscina terapéutica, un espacio que potencializa, enriquece y fomentan la vinculación de la vida social y medica del adulto mayor con espacios que se conectan entre si tanto verticalmente como horizontal por medio de pasarelas y placas continuas variando el recorrido que se presenta al interior del volumen.

3.6.3. Circulación:

Es fundamental la relación de los espacios, en el proyecto la circulación debido a la condiciones del terreno, se plantea de forma continua tanto horizontal como verticalmente, por medio de capas que al momento se superponerlas genera un juego de vacíos que toman el rol del diseño permitiendo relaciones visuales y de permanencias tanto al interior de los volúmenes como al exterior de estos. Estas circulaciones se evidencias como puentes, pasarelas y placas continuas con la utilización de circulaciones verticales que en determinados casos permitirán la comunicación directa de áreas, volúmenes y escenarios públicos donde el adulto mayor tendrá mayor facilidad para recorrer aprovechando cada espacialidad que se brinda en el lugar de implantación .

Ilustración 50 esquemas de zonificación espacial



Fuente: esquema realizado por la estudiante

3.6.4. Materialidad:

Esta esta generado a partir del módulo progresivo que se va creando de acuerdo al espacio público, escenarios, plazas duras y vegetación. El contraste entre los espacios más duros y blandos, se demarca más aún el paso entre uno y otro, de intimidad y tranquilidad que entre las terrazas se genera el contacto con lo urbano tratando de llevarlo al interior. Esta volumetría está conformada por su revestimiento de lingotes de madera, hormigón y la colocación de paneles de madera y tejido que interrumpe parcialmente en la fachada, dejando apreciar la vista a la ciudad, pero generando la prolongación de la sombra hacia el interior. También la generación de largas abertura en forma de cruz las cuales permitirán también la iluminación de cada volumen dándole un significado distinto y sin dejar de lado las irregularidades que maneja el terreno.

3.7 Tabla de áreas:

ACCESO PRINCIPAL: PLAZAS	
Plaza del desprendimiento	454 M2
Plaza de la amistad	495 M2
Ágora del descenso	444,82 M2
Plaza del recuerdo	2230,38 M2
Plaza ajardinada	571 M2
Plaza voces del más allá	549 M2
Plaza de la alegría	523 M2
Plazas de ensueño y el pensamiento	403 M2
TOTAL	5,910 M2
FASE INTEGRACIÓN 300 M2	
sala múltiple: área abierta 150p	185 M2
escenario	20 M2
baños	6 M2
Baños públicos	40 M2
camerinos	12 M2
Hall	59, 50 M2
CAFETERIA: 144,53 M2	
área libre	118,53 M2
cocineta	26 M2
SALUD:	
CONSULTORIOS: 12 M2	
Oficina trabajo social	12 M2
Consultorio psicología	12 M2
Medicina general	12 M2
Fisioterapia	12 M2
Peluquería y podología	12 M2
Área de descanso medico	12 M2
Farmacia	12 M2
Archivo	12 M2
Sala de espera	20 M2
Parque fisioterapéutico	287 M2
Baños públicos	92 M2
Circulación	209,5 M2
Hall	185 M2
TOTAL	816 M2
ADMINISTRACIÓN:	
Sala de reuniones	42 M2
Archivos	8,48 M2
Dirección	23 M2

Pagaduría	11, 19 M2
Oficina administrativa	16 M2
Sala de espera	10 M2
Baños públicos	46 M2
Circulación	180 M2
Hall	840M2
TOTAL	376,67 M2

FASE REFLEXION

SERVICIOS:	801 M2
COCINA:	297 M2
Deposito	30 M2
Almacenes	80 M2
Baños	30 M2
Patio	24 M2
Comedor	400 M2
LAVANDERIA:	
Hall	26 M2
Zona sucia	24 M2
Zona de desinsectación	5 M2
Zona limpia	60 M2
Zona de protección	48,32 M2
Zona de cocer	13,43 M2
Zona de planchado	18 M2
TOTAL AREA	195 M2
TOTAL	996 M2

CAPILLA:

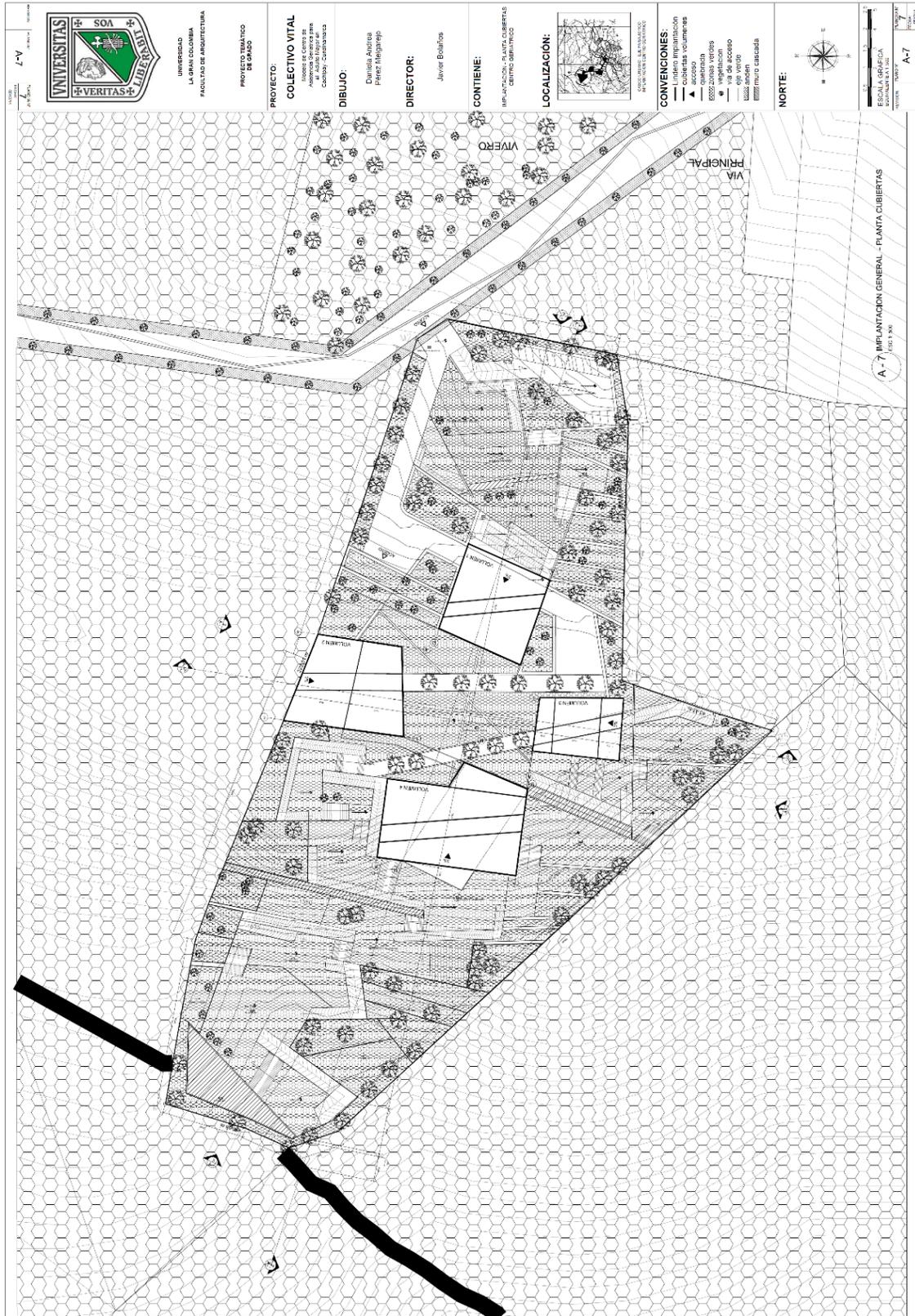
Ábside	200 M2
Capilla lateral	46 M2
Capilla axial	173,34 M2
Pila bautismal	60 M2
Campanario	20 ML
Sagrario	6 M2
Oficina	6 M2
TOTAL	511,34 M2

FASE PACIENCIA:

DORMITORIOS + BALCONES:	
Tipo I: hab. Sencillas X 20	420 M2
Tipo II: hab doble X 50	1,500 M2
Área de control	228 M2
Salas comunales	42 M2
Circulaciones	1,654 M2
Hall	106 M2

Piscina	200 M2
Baños	231 M2
Cuarto de máquinas	15,41 M2
TOTAL	4,448 M2
AREA TOTAL CONSTRUIDA	
AREA TOTAL CONSTRUIDA	7,592 M2
AREA LIBRE	5,910 M2
TOTAL	13,502 M2

3.8 Implantación: (anexos de planimetría por pisos)



Fuente: plano implantacion proyecto centro geriátrico

Ilustración 51. implantacion proyecto centro geriátrico -
planta cubiertas

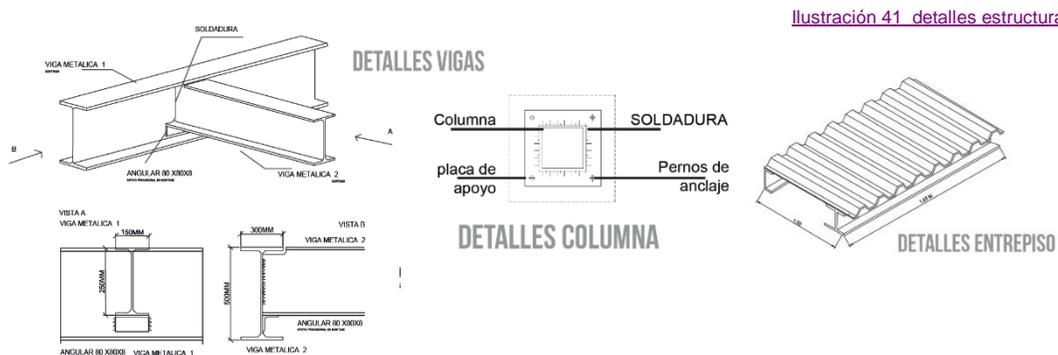
3.19 Criterios Estructurales:

La estructura se basa en un edificio de salud que está pensado frente a dos temas fundamentales los cuales deben resistir de manera óptima los movimientos sísmicos que puedan acontecer y por otro lado la flexibilidad frente a los cambios programáticos, de capacidad que pueda presentar el centro de salud.

Dado lo anterior, se propone una estructura metálica de marco rígido o aporticada los cuales cuenta entre 3 a 6 niveles con losa de cimentación en hormigón reforzado respondiendo a los aislamientos de sonido y fuego, zapatas aisladas, usando pilares metálicos en perfiles en forma de C los cuales permiten salvar las luces necesarias con una mayor esbeltez y estabilidad de los elementos a comparación con el hormigón, modulados cada 8 o 10 metros de 0.30 x 0.50 x 3.00 m en sus dimensiones, permite ser revestido de manera simple y logra un pilar que no tenga aristas y que pueda ser inseguro para la circulación de personas, sillas de ruedas y camillas.

Para la utilización de las vigas en perfiles en I de 0.30 x 0.20 m, permitiendo la amplitud visual, Se dispondrá, además, de alvéolos que permitan el paso de instalaciones, según se requiera. Según las longitudes del edificio, también se debe considerar una dilatación de la estructura para responder de mejor forma en presencia de un sismo.

El sistema de losas será de losas aligeradas (colaborante) que permiten las grandes luces y fácil instalación para el entrepiso de cada volumen propuesto; su rápida instalación permite ahorros en mano de obra, tiempo y arriendo de moldajes. Será distribuida en anchos de hasta 3 metros sobrelapados e instalados sobre vigas auxiliares que ayudan a la estructura principal a los esfuerzos de compresión que generan las losas.



Fuente: esquema realizado por la estudiante

3.10 Eficiencia Energética:

CLIMATIZACIÓN Y ARQUITECTURA PASIVA

En un espacio como lo es un centro geriátrico es primordial la conservación del acondicionamiento climático interior y que además renueve el aire, de manera que la ventilación que se maneje sea de funcionamiento óptimo teniendo en cuenta el diseño implementado, gracias a esto se proyectó los elementos arquitectónicos de acuerdo a los parámetros cartográficos las cuales se busca el aprovechamiento de la iluminación natural y la adecuada ventilación, donde la temperatura al interior y el ahorro en gastos de energía de los volumen sea confortante para el adulto mayor y que en cachipay debido a su distintos niveles de temperatura permitirá tener espacios con condiciones adecuadas para el habitar del adulto mayor.

Dado lo anterior, se busca aprovechar al máximo los elementos naturales pero tratando de darles un control el cual permita el mejor desenvolvimiento en cada volumen y a través del proyecto. Se toman algunos elementos del Sistema de Aire Acondicionado y Calefacción del edificio donde se contemplan unidades generadoras de agua helada y de calefacción simultánea donde el cielo raso y las cubiertas alimentaran de aires proyectados a cada espacio propuesto. En el caso de las habitaciones el agua será un punto muy importante ya que en las noches este permitirá tener un habiente cálido y confortante para el adulto mayor, ya que se proporcionara un sistema de tuberías que irán debajo de las camas que durante el día el agua se acumulara y se calentara por medio de la iluminación solar, que en las noches dará paso a esta agua para calentar esta zona y así el adulto mayor no tenga problemas de frio, también el tratamiento que se le da al área de la piscina pues es allí y a su ubicación en el último piso permitirá que el aire en su parte baja mantenga al resto del volumen con un aire más apto para la ir y venir del adulto mayor, Mientras que el aire será canalizado a través de redes de ductos debidamente aislados, inyectando mediante difusores y rejillas. El avance de los ductos de estos sistemas se hará por sobre el cielo raso hasta llegar a cada espacio proyectado.

ILUMINACIÓN Y AHORRO ENERGÉTICO

El ahorro de energía es una prioridad, y como se venía anunciando se busca reducir costos en la explotación de los centros de salud, como por la aportación de la carga energética hace a la conservación del medio ambiente. Aquí se busca las condiciones óptimas condiciones para desarrollar las tareas correspondientes, y contribuir a una atmósfera en la que el adulto mayor se sienta confortable, generando un control que por medio de las fachadas y sus panales de tejidos y maderas permitirán el paso adecuado de iluminación natural hacia los volúmenes, combinando la utilización de tecnologías, (que por su propia implantación, y hasta cierto punto, independientemente del tipo de uso), se garantice dicho control.

3.11 Imágenes del proyecto:





CONCLUSIONES

Pensar en el ser adulto mayor es algo que hoy en día la ciudad muy pocas veces ve y arriesga por ellos, la realización de este proyecto ha permitido una responsabilidad frente a este individuo que a pesar de las problemáticas observadas frente a su normatividad, condicionamientos y carencias de valoración son los fenómenos de mayor impacto y transgresión en Colombia donde se manifiesta a través del crecimiento demográfico donde el adulto mayor se vuelve cada vez más fuerte. Pero es aquí donde se busca no solo aquel aparato normativo sólido que garantiza el mejoramiento de su calidad de vida, prestación de servicios y de la misma manutención, sino también en gestionar un proyecto totalmente consiente en el pensamiento del adulto mayor, entendiendo la palabra vejez, donde este se sienta a gusto en escenarios de integración, reflexión y descanso en el cual pueda compartir tanto con su familia como los demás adultos mayores, dignificando su diario vivir con un modelo el cual establece una concepción espacial, funcional y constructiva en pro de la habitabilidad y la calidad de vida.

Gracias a esto, se consideró la urgente configuración de estrategias que permitan el reconocimiento de los adultos mayores como seres valorados, integrados, activos y productivos dentro de la sociedad, que a través del diseño arquitectónico de asistencia geriátrica en este caso, el municipio de Cachipay Cundinamarca, el adulto mayor se integra a una convivencia individual y colectiva que dan solución perdurable y progresiva, incorporándolo a comodidades y requerimientos necesarios que busca su caminar hacia el envejecimiento con dignidad y seguridad, convirtiéndose así en referente normativo (constructivo y funcional) a seguir para el desarrollo de futuras entidades a nivel nacional de su mismo carácter.

A sí mismo a las condiciones ambientales y climáticas que fueron fundamentales para el tratamiento y control tanto de las enfermedades respiratorias, cardíacas y de presión que afectan a la mayoría de adultos mayores, como dentro del proyecto proporcionando climas

cálidos y favorables para el tratamiento y beneficio de los espacios de interacción con la población local y visitante, convirtiéndose en una región de sectores turísticos que busca la facilidad de conexión, desplazamiento y acceso a las grandes urbes del país pero manteniendo un ambiente de ruralidad sinónimo de espacios seguros, tranquilos y relajantes, ideales para el hábitat del adulto mayor.

Por otro lado, pensar en generar arquitectura como respuesta al adulto mayor ha permitido en este caso que este pueda enfrentar la ciudad y el espacio público, que en gestión del diseño busca construir redes sociales y espaciales, entre lo público y lo privado, que ayuden a revitalizar el espacio y al mismo individuo, dejando que no se constituya como un elemento aislado permitiéndole su desarrollo cognitivo e integración con la vida urbana, concibiendo ese engranaje de elementos que se distribuyen de acuerdo al entorno, buscando minimizar las barreras arquitectónicas, generando la máxima cobertura de vínculos que dan un vistazo en las vivencias y elementos que para este tipo de usuarios son esenciales, recuperando el papel productivo que le permita sentirse en su segundo hogar, lugar de espacios humanizados, flexibles, sostenibles, tecnológicos y normatizados donde su concepción funcional y de construcción se genera el centro de asistencia geriátrica.

Bibliografía

- Aranibar, P. (s.f.). Entorno y Vejez.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1993). *Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Birren, J., & Bengston, V. (1998). *Emergent theories aging*. Nueva York: Springer.
- Campbell, A., Converse, P. E., & Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American Life*. Nueva York: Rusell Sage Foundation.
- Chile, P. U. (2000). *Manual de Geriatría y Gerontología*. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Colombia, C. d. (20 de Julio de 2006). Proyecto de Ley 11 de 2006 Senado. Bogotá D.C, Bogotá D.C., Colombia.
- DANE, D. A. (2005). *Dane*. Recuperado el 28 de Febrero de 2014, de www.dane.gov.co
- Fernández, J. J. (01 de Abril de 2009). Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socio culturales diferentes, España y Cuba. Valencia, España: Universidad de Valencia.
- Guzmán, M. I. (2010). Abandono del adulto mayor, derechos y politica social. Bogotá, Colombia: Corporación Universitaria Minuto de Dios.
- Levi, L., & Andersson, L. (1980). *Psychosocial stress: population, environment, and quality of life*. Nueva York: Nueva York: S. P. Books Division .
- Ortiz, J. (2003). *Cuerpo, Dinamismo y Vejez*. Barcelona.
- residencias geriatricas, e. (1993). *CENTROS GERIÁTRICOS, SU REGLAMENTACIÓN POR ORDENANZA NRO.4610/93.-.* españa, barcelona .
- Ruiz, M. V., Scipioni, A. M., & Lentini, D. F. (2014). *Vejez e imaginario social*. San Luis, Argentina.
- Vargas, E. (10 de Noviembre de 2009). Más allá de las arrugas...¡Cuando llega la vejez!
- Waren, H. (1984). *Diccionario de Psicología*. Mexico D.F.: Fondo de Cultura Económica.

Cibergrafía

- Alvarez, A. d. (2011). *plataforma arquitectura*. Obtenido de <http://www.plataformaarquitectura.cl/cl/PSi66vr9nE/plataforma-de-servicios-de-vilanova-i-la-geltru-pinearq>.

- Cardenas, M. (2014). *Ministeria de Hacienda*. Recuperado el 31 de Marzo de 2014, de <http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/presupuestogeneraldelanacion/ProyectoPGN/2014/PRESUPUESTO%20GRAL%202014.pdf>
- CELADE, C. L. (Junio de 2003). *CELADE- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía División de Población*. Recuperado el 02 de Marzo de 2014, de <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/8/14988/dge2235.pdf>
- DNP, D. N. (Diciembre de 2007). *Departamento Nacional de Planeación*. Recuperado el 30 de Marzo de 2014, de https://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/DDS/SISD/boletin34_3.pdf
- Gerontología, L. e. (06 de Abril de 2012). *Universidad Maimónides*. Recuperado el 02 de Marzo de 2014, de <http://gerontologia.maimonides.edu/2012/04/segun-la-oms-en-america-habra-200-millones-de-adultos-mayores-en-2020/>
- Gonzalez, A. L. (2007). *Secretaria de Salud de Mexico*. Recuperado el 31 de Marzo de 2014, de <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/34.pdf>
- GUZMAN, M. D. (2009). *PLATAFORMA AEQUITECTURA*. Obtenido de <http://www.plataformaarquitectura.cl/cl/626312/centro-sociosanitario-geriatrico-santa-rita-manuel-ocana>.
- Jaen, U. d. (s.f.). *Univerisdad de Jaen*. Recuperado el 02 de Marzo de 2014, de <http://www.ujaen.es/investiga/cvi296/Gerontologia/MasterGerontologiaTema01.pdf>
- Martinez, R., María, R. V., & Enrique, V. (15 de Marzo de 2012). *Organización Panamericana de la Salud*. Recuperado el 30 de Marzo de 2014, de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2796%3Acrecimiento-acelerado-poblacion-adulta-mas-60-anos-reto-salud-publica&catid=1796%3Afacts&Itemid=1914&lang=es
- Martinez, R., María, R. V., & Enrique, V. (15 de Marzo de 2012). *Organización Panamericana de la Salud*. Recuperado el 30 de Marzo de 2014, de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2796%3Acrecimiento-acelerado-poblacion-adulta-mas-60-anos-reto-salud-publica&catid=1796%3Afacts&Itemid=1914&lang=es
- Mayor, F. C. (2002). *Red Latinoamericana de Gerontología*. Recuperado el 30 de Marzo de 2014, de http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/FUNBAM_Directorio_Parte_2de2.pdf

OCAÑA, M. (2009). *PLATAFORMA ARQUITECTURA* . Obtenido de <http://www.plataformaarquitectura.cl/cl/626312/centro-sociosanitario-geriatrico-santa-rita-manuel-ocana>.

OMS, O. M. (Abril de 2012). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 02 de Marzo de 2014, de www.who.int/features/factfiles/ageing/es/

Anexos

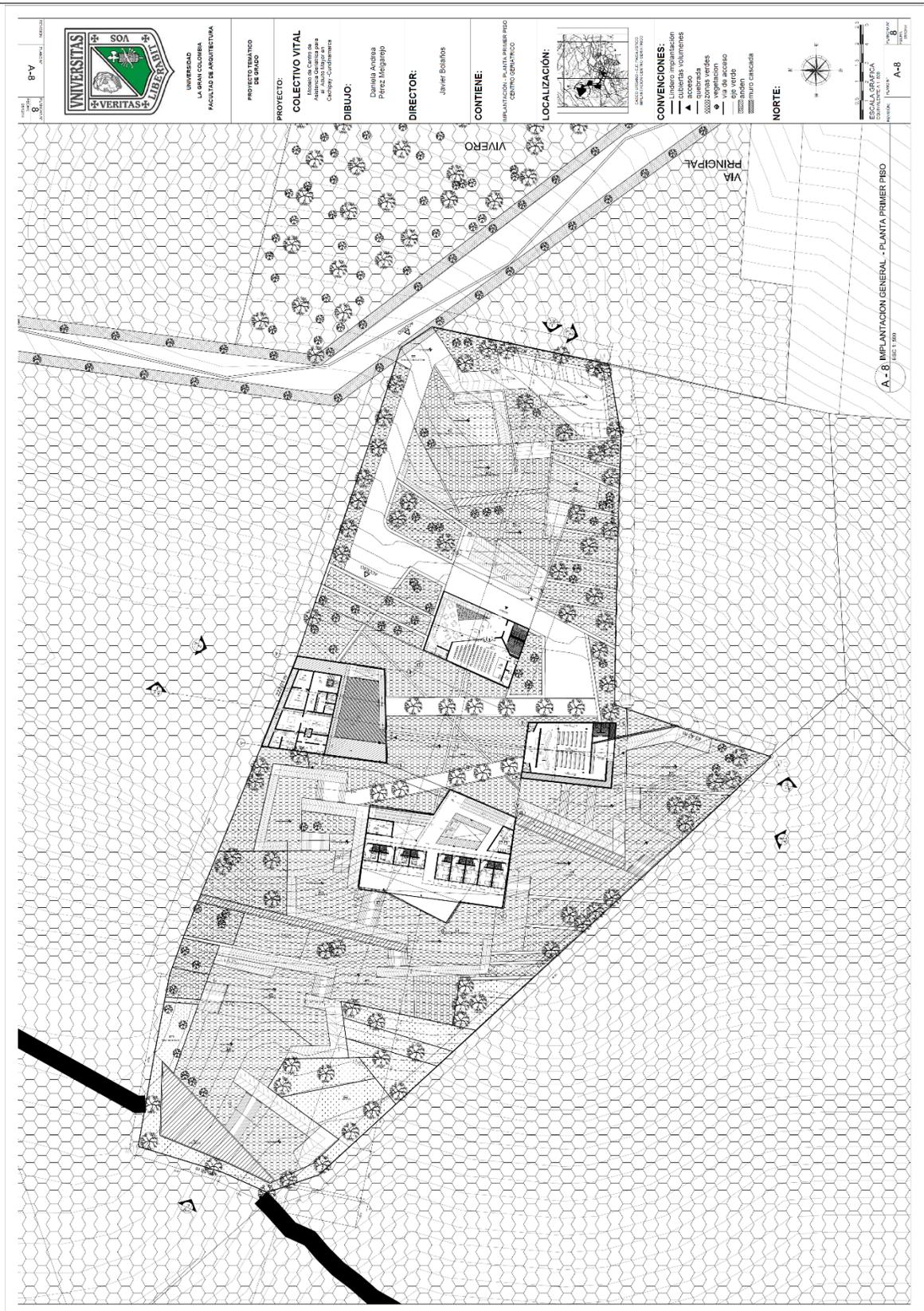
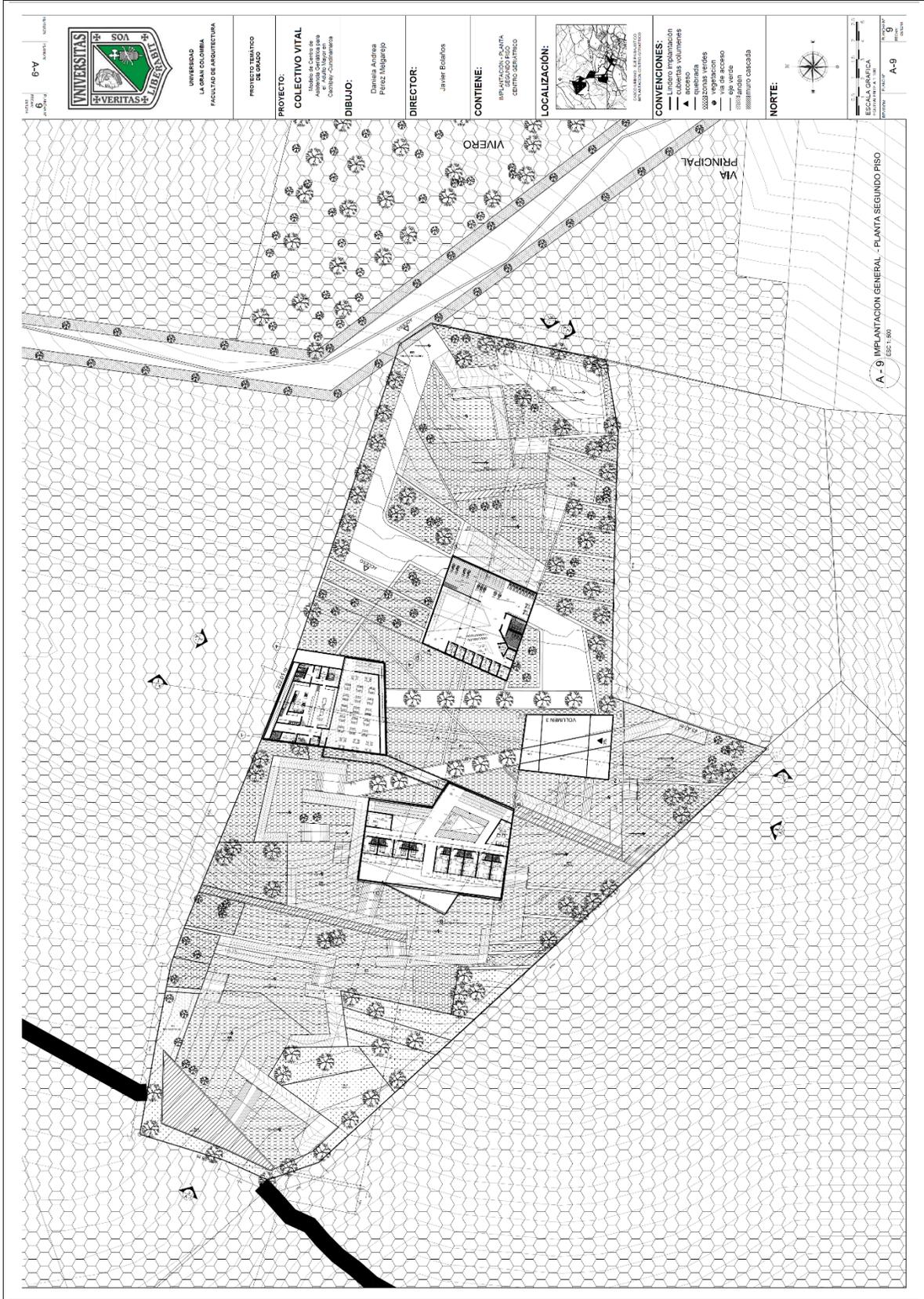


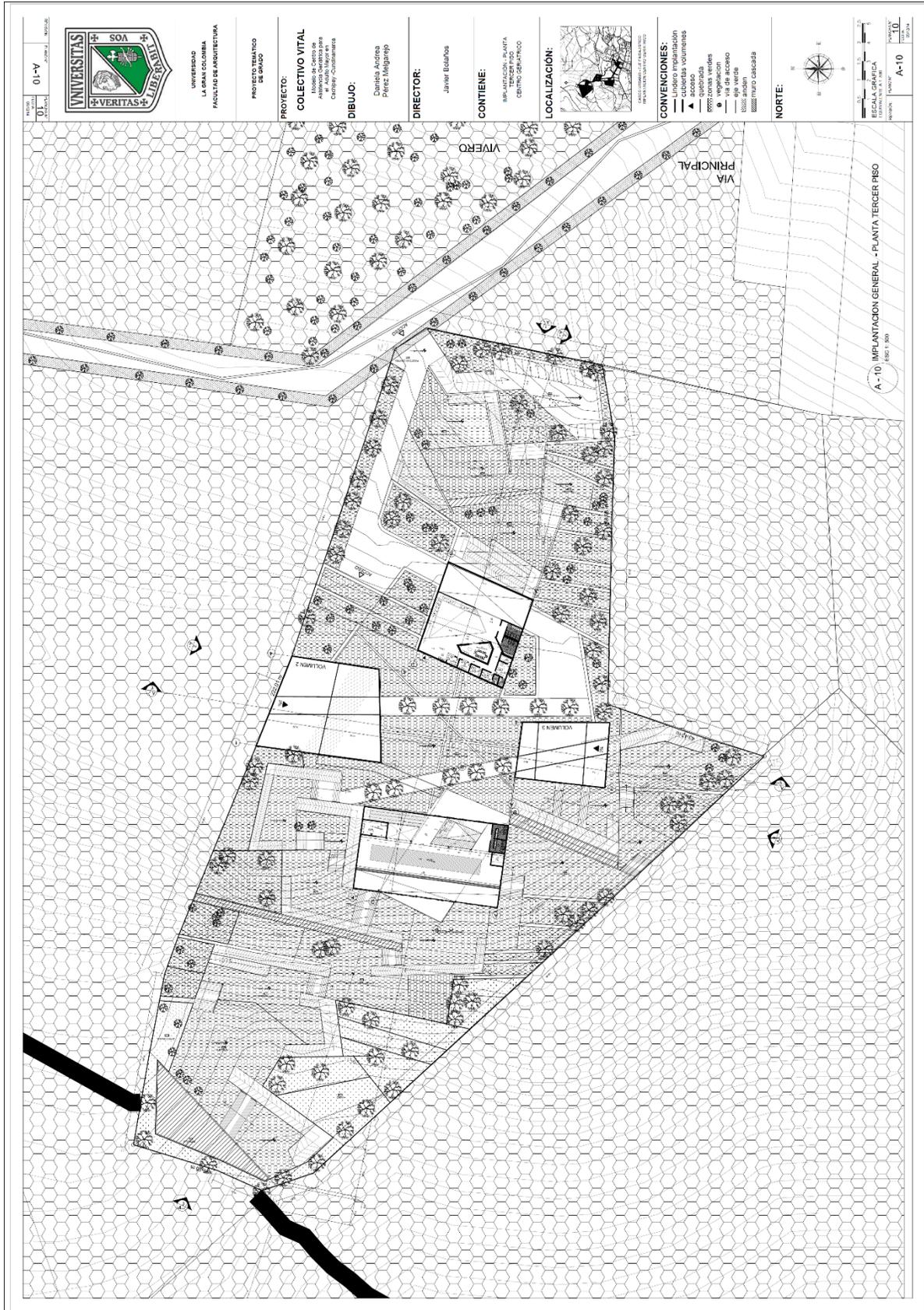
Ilustración 42 plano implantación primer piso

Fuente: plano implantación proyecto centro geriátrico



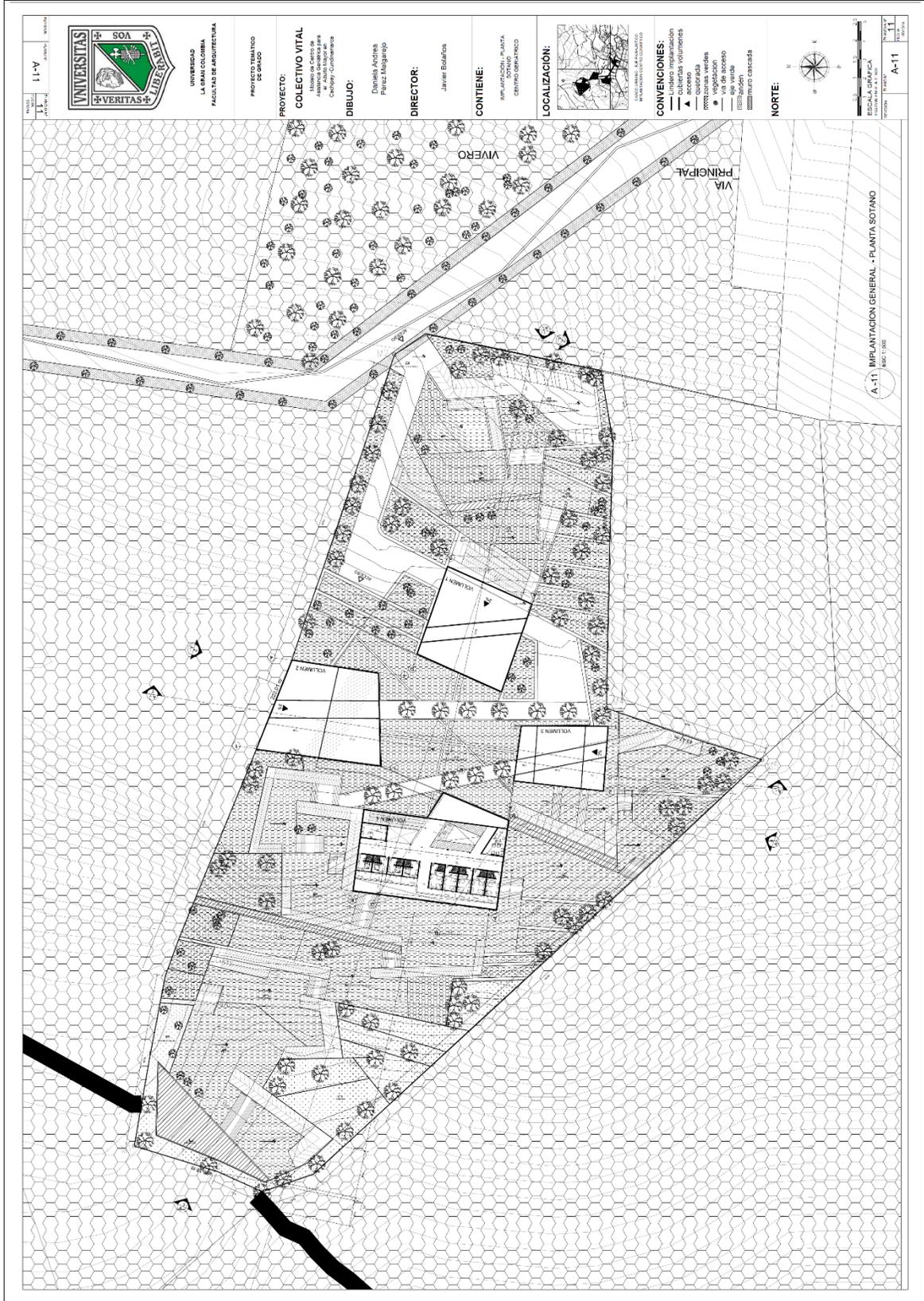
Fuente: plano implantacion proyecto centro geriátrico

Ilustración 43 plano implantación segundo piso



Fuente: plano implantacion proyecto centro geriátrico

Ilustración 44 plano implantación tercer piso



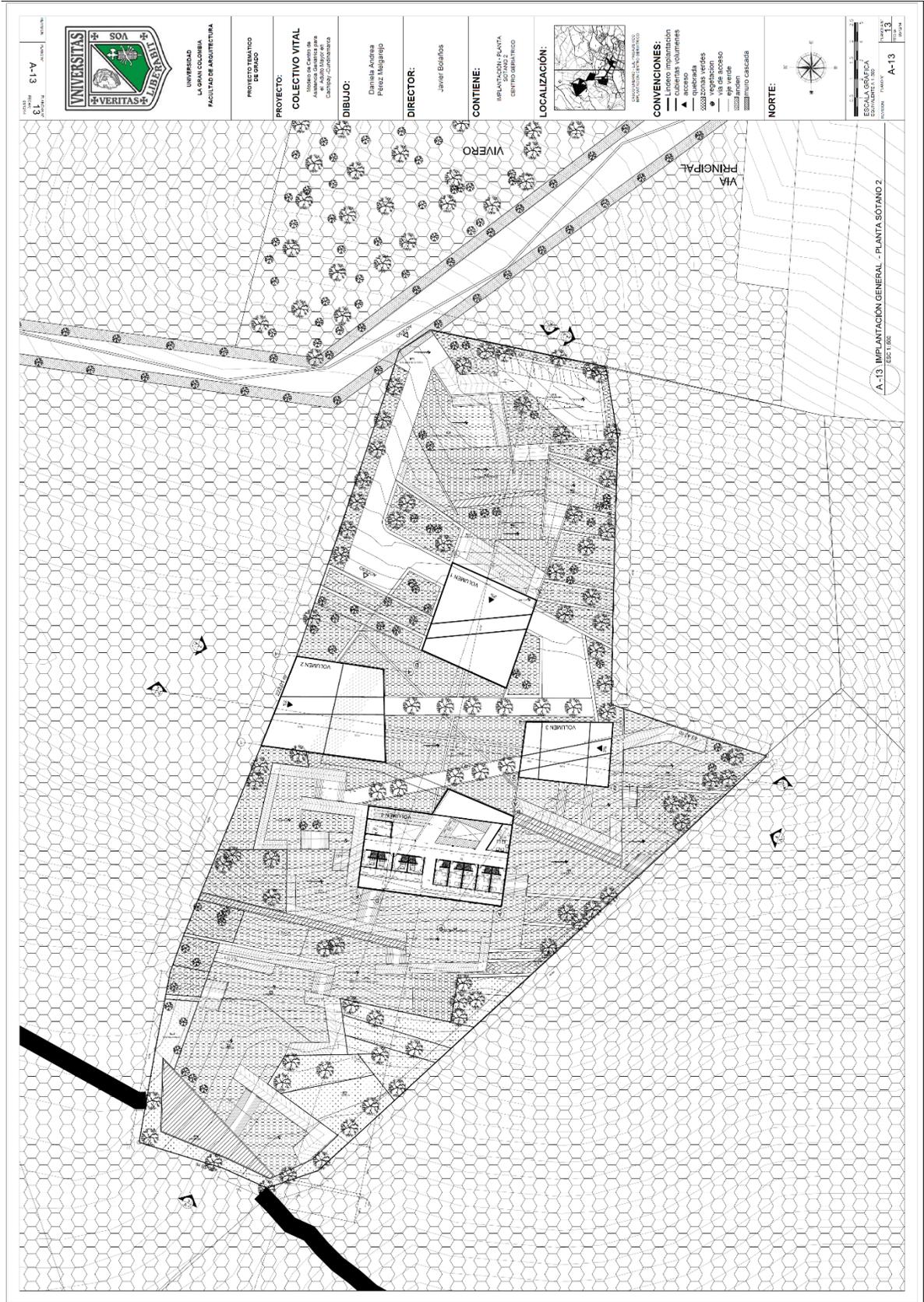
Fuente: plano implantación proyecto centro geriátrico

Ilustración 45 plano implantación sótano



Fuente: plano implantacion proyecto centro geriátrico

Ilustración 46. plano implantación sótano 1



Fuente: plano implantación proyecto centro geriátrico

Ilustración 47. plano implantación sótano 2