

00166  
201

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE ARQUITECTURA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
MAESTRIA EN ARQUITECTURA  
(Inv. y Paccencia Urbanismo)

## FALLA DE ORIGEN

DISCURSO SOCIAL, ARQUITECTURA Y REPRESION:  
SU CORRESPONDENCIA EN UNIDADES GERONTOLOGICAS  
ESTUDIO DE CASO SOBRE LA UNIDAD  
"DR. JOSE DOLORES BEAUJON" DE CORO, ESTADO FALCON.  
VENEZUELA

Alumna:  
Blanca De Lima Urdaneta

Tutor:  
Arq. Jesús Barba Erdman

México. DF. 1995



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**A Yelena,  
siempre amiga**

## **Agradecimientos**

**Este trabajo de investigación tuvo la colaboración desinteresada del personal y ancianos de la Unidad Geronto-Geriátrica de Coro. Muy particularmente agradezco a aquellos que se involucraron en las entrevistas abiertas y encuestas aplicadas. Por su orientación, deseo agradecer también a los Arquitectos Margarita Baldizán, Octavio Delgado y Amelia González. Finalmente, el apoyo logístico brindado por el Prof. Adolfo Primera y la Unidad de Investigaciones Gerontológicas de la Universidad Francisco de Miranda. En México, a Jesús Barba, más que un tutor, un voto de confianza. Y Selma, hacedora de milagros.**

Al Estado del siglo XX le bastan los métodos de aniquilamiento usuales: trabajo, explotación, aburrimiento, represión de lo pasional, manipulación, aislamiento, mutilación de la ternura y la camaradería, vejez... Puesto que todos aceptamos ya, con prudente resignación, vivir bajo la sombra tutelar de la Esfinge que se alimenta de nosotros con el pretexto del bien común, ¿sería mucho pedirle que se recorte un poco las uñas y que no se empeñe periódicamente en mojarse las zarpas con sangre inútil?

Savater

## RESUMEN

DE LIMA URDANETA, Blanca Isabel. *Discurso Social, Arquitectura y Represión: su correspondencia en Unidades Gerontológicas. Estudio de Caso sobre la Unidad "Dr. José Dolores Beaujón".* Coro, Estado Falcón, Venezuela. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Arquitectura. División de Estudios de Posgrado. Maestría en Arquitectura. 1995.

La Unidad "Dr. José D. Beaujón" es una institución asilar dependiente del Estado venezolano cuya planta arquitectónica, concebida con la intención de un cambio radical, teórico y práctico, en los servicios geronto-geriátricos; permite ver pese a su fundamentación social en el bien común, una correspondencia persistente entre arquitectura, represión y el Discurso Social vigente sobre la vejez.

Para su edificación se propuso y ejecutó parcialmente un diseño arquitectónico en base a siete ambientes. La idea fue reproducir al máximo la vida en familia y comunidad, rebasar la atención tradicional restringida a alimento, vestido y asistencia médica, para combatir el confinamiento social característico de estas instituciones. En la práctica, las modificaciones en la infraestructura y uso de los diversos ambientes indican que los postulados iniciales no se cumplieron.

Se parte de que en la actual sociedad el anciano es percibido como un desviado social, hacia el cual actúan las Instituciones Totales llamadas Geronto-Geriátricas. En éstas, un grupo de control administra la existencia de un grupo de residentes institucionalizados a partir de un poder múltiple que conjuga terapéutica, educación y corrección, las cuales llegan al individuo como coacción institucional para lograr el acatamiento.

La arquitectura refuerza la dinámica anterior a través de instalaciones que dan corporeidad al Discurso Social sobre la vejez. En el caso de las Instituciones Totales un grupo de decisión es quien impone dónde se hará y cómo será la planta arquitectónica. El arquitecto ha de plegarse a una normativa pre establecida por el grupo de poder. El diseño arquitectónico envía un mensaje al interior: simplificación, funcionalismo y autoritarismo. Al exterior este otro: apartarse del promedio social aceptable, de la norma, tiene un costo; en este caso, la vida en reclusión geronto-geriátrica.

Se utilizó la investigación exploratoria y diagnóstica, con aplicación de técnicas descriptivas, análisis e interpretación. La base metodológica se encuentra en la investigación cualitativa y el estudio de caso. Como instrumentos de recolección de datos se emplearon la entrevista abierta, el cuestionario, la entrevista cerrada y la observación no participante. Se aplicaron criterios intencionales para seleccionar ambas muestras (ancianos y personal).

Se encontró que la planta arquitectónica y los bienes muebles, sometidos a progresivas y constantes deformaciones y/o supresiones, tendentes al beneficio del grupo de control, se alejaron por completo de los objetivos iniciales. Situación explicable dado que este proyecto nació de un postulado irreconciliable: lograr un ambiente de familia y comunidad en el contexto de una Institución Total.

Se concluyó que, pese a las buenas intenciones de lograr a través de una propuesta arquitectónica alternativa solucionar los problemas básicos que afectan a los ancianos institucionalizados, el uso y modificaciones introducidos en los diversos ambientes imponen la supresión de lo individual al homogeneizar al grupo residente. No se logra una atmósfera de familia ni de comunidad. La producción multiforme de relaciones de dominio y represión generó reajustes en la planta arquitectónica. El plano se "acomodó" a lo real. Se encontró un Discurso global dicotómico que integra beneficio y rechazo. En este caso específico, el proyecto arquitectónico se orientó hacia la consecución del beneficio, pero se impuso el Discurso del rechazo que acompaña la cotidianidad de estas Instituciones.

Se detectó, pese a todo, resistencia en los ancianos a las diversas rutinas e imposiciones de la Institución; la cual se expresa en problemas de cohabitación y búsqueda del control de ciertos aspectos de la vida diaria y personal, como una forma de preservar la individualidad por encima de la presión institucional.

## INDICE

	Págs.
Dedicatoria.....	i
Agradecimientos.....	ii
Epígrafe.....	iii
Resumen.....	iv
Índice.....	vi
Introducción.....	2
Fundamentación.....	4
Objetivos.....	7
<b>CAPITULO I</b>	
1.1 El Discurso Social del envejecimiento.....	9
1.1.1 El desviado social y su control.....	9
1.1.2 El desviado social en las instituciones geronto-geriátricas.....	10
1.1.3 La particularidad: reclusión-exclusión.....	11
1.1.4 El Discurso Social del envejecimiento o cómo destruir la voluntad de la verdad.....	12
1.1.5 El Discurso se actualiza.....	14
1.2 Instituciones Totales: Arquitectura y Represión.....	19
1.2.1 'Del término Institución.....	19
1.2.2 Instituciones Totales.....	20
1.2.3 Arquitectura e Institución Total.....	23
1.2.4 Arquitectura en Unidades geronto-geriátricas: el deber ser.....	27
1.3 Institucionalización y Vejez: un hecho social.....	35
<b>CAPITULO II</b>	
2.1 Instituciones geronto-geriátricas en Venezuela.....	43
2.1.1 Antecedentes generales.....	43
2.1.2 Asistencia Social para la vejez en Venezuela: el Instituto Nacional de Geriátria y Gerontología. INAGER.....	46
2.2 La Unidad Geronto-Geriátrica "Dr. José Dolores Beaujón" de Coro, Estado Falcón.....	50

2.2.1 Antecedentes.....	50
2.2.2 Planteamiento arquitectónico general.....	52
2.2.2.1 Localización.....	52
2.2.2.2 Capacidad.....	53
2.2.2.3 Zonificación y Ambientes.....	54
Ambiente individual o elemento básico: cabañas y dormitorios colectivos para ancianos inválidos.....	56
Ambiente colectivo: comedor-salón de usos múltiples, capilla.....	58
Ambiente de integración: áreas verdes y deportivas.....	59
Ambiente de desplazamientos: corredores, andadores y rampas.....	60
Ambiente de Asistencia Especial: bloques de inválidos, consultorio, sala de fisioterapia y morgue.....	61
Ambiente de Instalaciones Centrales.....	62
Ambiente laboral: Talleres de terapia ocupacional.....	64
<b>CAPITULO III</b>	
3.1 Precisiones metodológicas.....	84
3.1.1 Los Estudios de Caso.....	84
3.1.2 Universo y Muestra: Ancianos y Personal.....	86
3.1.3 Técnicas de recolección de datos.....	87
3.1.3.1 La Entrevista Abierta.....	88
3.1.3.2 La Entrevista Cerrada.....	89
3.1.3.3 El Cuestionario.....	90
3.1.3.4 La Observación No Participante.....	90
<b>CAPITULO IV</b>	
4.1 Análisis de los diferentes ambientes en base a: tamaño, carácter, distribución, iluminación, ventilación, densidad poblacional y y utilización dada.....	93
4.1.1 Ambiente individual o elemento básico: cabañas y área individual del Bloque de Inválidos.....	93
4.1.2 Ambiente colectivo.....	97
4.1.3 Ambiente de integración.....	100

4.1.4 Ambiente de desplazamientos.....	103
4.1.5 Ambiente para asistencia especial.....	105
4.1.6 Ambiente de instalaciones centrales.....	107
4.1.7 Ambiente laboral.....	109
4.2 Transformaciones detectadas en el uso de los espacios arquitectónicos: visión diacrónica.....	111
4.3 Arquitectura, represión y movilidad del anciano.....	133
4.4 Arquitectura, represión y movilidad en el personal.....	140
4.5 Necesidades especiales para el anciano ausentes en el diseño arquitectónico.....	144
Conclusiones.....	148
Bibliografía.....	151
Anexos.....	154

# INTRODUCCION

## INTRODUCCION

En Venezuela, y en general en América Latina, existe un profundo vacío de información, formación e investigación en torno al envejecimiento y la vejez en sus diversos aspectos. Este trabajo enlaza diversas variables unidas por un hilo rector: la vejez institucionalizada; de la cual se abordarán aspectos arquitectónicos (la vivienda del anciano institucionalizado, los problemas y limitaciones del diseñador de este tipo de arquitectura, la relación de esta arquitectura con expresiones discursivas particulares) estrechamente enlazados al contexto social a través de un Discurso Social -el del envejecimiento- con sus connotaciones de represión. De esta forma se aborda una temática que formó parte de la formación de postgrado: La reproducción de los aparatos ideológicos en la producción arquitectónica.

La realidad indica que América Latina incrementa gradualmente el número de personas ancianas y la Esperanza de Vida, siendo un envejecimiento sumamente heterogéneo, tanto por países como por zonas, clases y diversos grupos sociales. Pero además el continente latinoamericano envejece en condiciones de pobreza, generando así una vejez proclive al asistencialismo proveniente de los gobiernos nacionales. Asistencialismo que, como tendencia, ha inclinado sus políticas, programas y presupuestos a la población materno-infantil, minimizando e informalizando la atención al anciano. Esta circunstancia se ha agudizado en medio de una fuerte recesión económica, recursos públicos limitados y políticas que dan escasa importancia a los gastos sociales para la vejez por considerarla no rentable.

A nivel arquitectónico esta situación se expresa en programas aislados, cercenados, sometidos a los fluctuantes cambios político-gerenciales que han derivado en la ausencia de una vivienda asistencial que reúna condiciones mínimas aceptables, dentro de los parámetros internacionalmente reconocidos; y la abundancia de la improvisación, adaptación y deformaciones en el uso de las heterogéneas opciones habitacionales que se ofrecen al anciano.

En el caso venezolano, su condición demográfica es de país con un 5.7% de población de 60 y más años de edad, o sea un país joven en términos demográficos; pese a lo cual, debido a diversas coyunturas que han desbalanceado la relación entre población económicamente activa y pasiva, actualmente este grupo etáreo se ha convertido en un problema social directamente asociado a la pobreza y por tanto a la Asistencia Social para la vejez, la cual en Venezuela depende del Instituto Nacional de Geriátria y Gerontología (INAGER); el cual gerencia las Unidades geronto-geriátricas oficiales existentes en el país.

El contenido a desarrollar en esta investigación incrementa, por su carácter exploratorio y diagnóstico, el bagaje teórico sobre la vejez venezolana, identifica una serie de características arquitectónicas y usos de los espacios que generan problemas para el anciano residente en estas Unidades, y ahonda en diversos problemas y aspectos generales del Discurso Social sobre la vejez.

Dada la cantidad de problemas detectados a través del contacto cotidiano de la autora con la Unidad Geronto-Geriátrica objeto de estudio -muchos de ellos relacionados a la planta arquitectónica- se planteó la necesidad de un estudio que permita exponerlos en forma estructurada a las autoridades que gerencian esta institución, como un primer paso en la búsqueda de mejoras en los puntos de conflicto diagnosticados.

En forma alguna esta investigación pretende ser elemento que justifique la correspondencia planteada en el título del mismo. Será, en todo caso, un aporte hacia un entendimiento más amplio del Discurso Social sobre la vejez y la arquitectura de estas instituciones del cual podrán tomarse indicadores que, manejados adecuadamente por las instancias que las gerencian, podrán resultar en un paliativo, mas nunca una solución, a la contradicción irresoluble que implica la vida en una Institución Total.

## FUNDAMENTACION

El diseño y uso de los diferentes ambientes de la Unidad Geronto-Geriátrica "Dr. José Dolores Beaujón", de Coro, Estado Falcón, Venezuela -objeto de esta investigación- permite ver, por sobre los cambios radicales planteados por el diseño arquitectónico y la fundamentación social del mismo, una correspondencia persistente entre arquitectura, represión y el Discurso Social vigente sobre la vejez.

La intención inicial de este proyecto arquitectónico -concebido como complejo de viviendas para ancianos, ya que combina tres niveles de atención: residencia para ancianos, enfermería y Centro diurno o Centro de Atención Diaria- fue cubrir necesidades primarias de subsistencia, rehabilitación física, rehabilitación moral, ambiente de hogar, recreoterapia, laborterapia y culto; para lo cual se diseñó una planta arquitectónica alejada de la verticalidad y monumentalidad, así como de otras características que, tradicionalmente, han sido acompañantes de este tipo de instituciones (altos muros, rejas, alarmas, por ejemplo); e insertando otras que rompen con la idea clásica de estas instituciones, como abundantes áreas verdes, ausencia de muros que impidan la visibilidad desde y hacia el interior/exterior y ambientes individuales con carácter de vivienda común.

Pese a esta intención inicial, los resultados prácticos, cotidianos, indican que por sobre esta imagen superficial, el diseño no pudo rebasar la imagen estereotipada del viejo enfermo e impedido para la autoasistencia, siendo esta Unidad -por normativa legal- un centro habitacional pensado para ancianos sanos, nunca una institución hospitalaria; y poseyendo unas instalaciones y personal estrictamente limitados, en términos médicos, a cuidados leves.

Esta aparente contradicción tiene una lógica interna, directamente en conexión al Discurso Social de la vejez, el cual retira al individuo los niveles previos de participación social y productiva; funciones anteriormente ejercidas se ven deprimidas, espaciadas o negadas. En el fondo de todo se encuentra un sentido de impotencia con respecto a esta etapa de la vida, impotencia que es asimilada a lo largo de la existencia de cada individuo a través del

proceso de socialización anticipatoria. De esta forma, al llegar la vejez, el individuo toma la información introyectada y la encarna, quedando definitivamente modificado sobre la base de su nueva realidad o vivencia, que implica cambios cualitativos a nivel biológico, psicológico y social negativamente manejados por el Discurso Social.

La arquitectura de las Unidades geronto-geriátricas se hace eco de este Discurso Social, independientemente de que los diversos diseños instrumentados se pretendan ajenos a éste, o pretendan evadirlo. El resultado arquitectónico en estas instituciones es, finalmente, ajeno al futuro usuario en cuanto individualidad. No es posible evadir el concepto de masa, que niega las identidades, el ser individual. En la práctica los resultados se orientan a facilitar el control del personal sobre una masa de individuos: los ancianos residentes.

Diseños como el objeto de esta investigación, de pretendido mayor o menor avance con respecto a las condiciones y calidad de vida del anciano residente, derivan en los mismos resultados represivos, que niegan la presencia de un ámbito vital al verse eliminadas y/o restringidas necesidades específicas de orden material y psicosocial tales como la independencia, autoasistencia e interacción social. Las buenas intenciones del diseño arquitectónico no evitan la nivelación ni suprimen la pérdida de individualidad. La cosificación y represión están presentes a través del manejo estandarizado y las cotidianas limitaciones y regulaciones que se imponen al residente. El ambiente de hogar queda obviado ante una serie de problemas de orden funcional resueltos técnicamente y para beneficio del grupo de control.

El resultado final es un anciano reprimido, aislado socialmente, con progresión hacia el deterioro orgánico y conductual; resultado este que usualmente se asocia al proceso de envejecimiento per se, omitiendo su relación directa con los aspectos arquitectónicos y otros de índole psicológica y social como el abandono familiar y la percepción negativa que el anciano tiene del personal.

El problema es que conceptos como hogar, individuo, singularidad, no se corresponden con el de Unidad geronto-geriátrica. Pertenecen a Discursos excluyentes que,

en vano y en este caso de estudio, se trataron de rescatar mediante cambios en el diseño arquitectónico. Hogar, individuo, singularidad, implican a su vez privacidad, individualidad, intimidad, autonomía, control en el uso de los espacios y desplazamientos, posibilidad de cambios en este entorno generados a voluntad por quien lo habita.

La arquitectura de estas instituciones está presa de un Discurso que la mantiene en un callejón sin salida, pues no puede instrumentarse un diseño arquitectónico "humanizado" sobre la base de prescindir de elementos básicos para la estabilidad psicológica y social del anciano. Recordando a Gropius, no puede pensarse en vivir sustituyendo lo cualitativo por lo cuantitativo, confundiendo armonía con monotonía y orden con reglamentaciones. La vida así entendida es la negación misma de lo humano, la cosificación llevada a una de sus más descarnadas manifestaciones.

Las Unidades geronto-geriátricas llevan a su interior una contradicción irresoluble, al no poder sustituir la serie de relaciones vitales (familiares, conyugales, vecinales, culturales, etc.) que se pierden al ingresar a ellas; al no poder reproducir en un universo cerrado y reglamentado la vida en familia y comunidad.

Humanizar la arquitectura para la vejez debería, en todo caso, dar prioridad a las adaptaciones necesarias en las viviendas donde habitan ancianos, y no reducirlas a los espacios hacinantes que albergan a los actuales grupos familiares. Grupos que, particularmente en América Latina y por factores de índole cultural, todavía retienen -incluso en zonas urbanas- al anciano en el núcleo familiar; originándose una contradicción entre familias extendidas con mujeres que procrean aproximadamente 3.7 hijos, y una arquitectura pensada para familias nucleares de no más de 4 integrantes, característica de países demográficamente viejos y con dinámicas sociales y económicas que son, con respecto al viejo, muy distintas a las de América Latina.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Analizar la red Discurso Social-Arquitectura-Represión en la Unidad Geronto-Geriátrica "Dr. José Dolores Beaujón", de Coro, Estado Falcón, Venezuela.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS

Analizar diacrónicamente los cambios en la planta arquitectónica de la Unidad Geronto-Geriátrica "Dr. José Dolores Beaujón", de Coro, Estado Falcón, Venezuela.

Analizar cómo el Discurso Social de la vejez se expresa a través del uso y modificaciones a la planta arquitectónica de la Unidad Geronto-Geriátrica "Dr. José Dolores Beaujón", de Coro, Estado Falcón, Venezuela.

Detectar las relaciones entre arquitectura, represión y movilidad en ancianos y personal de la Unidad Geronto-Geriátrica "Dr. José Dolores Beaujón", de Coro, Estado Falcón, Venezuela.

# CAPITULO I

## 1.1 EL DISCURSO SOCIAL DEL ENVEJECIMIENTO

### 1.1.1 El desvlado social y su control

El actual Discurso Social del envejecimiento tiene su fuente en el discurso jurídico, cuya historia remonta al siglo XIX. Este siglo ve nacer a nivel mundial una nueva sociedad, un nuevo orden económico, uno de cuyos pilares es el "pacto social". En adelante, el individuo daña, perturba, incomoda o se torna enemigo no simplemente con respecto a otro individuo, sino con respecto al conjunto social. Este individuo es el **desvlado social**.

La figura del **desvlado social** abarcará no sólo el área jurídica y penitenciaria, sino además otras como la fábrica, la salud y la escuela; instituciones estas cuya orientación no será cobrar para la sociedad el daño causado por un individuo, sino encauzar, impedir o procesar los cuerpos con el fin de lograr ciertos comportamientos individuales y específicos efectos considerados deseables por el conjunto social.

El objetivo final bajo este nuevo orden es el control del individuo, sea o no **desvlado social**. Y en la medida de lo posible, canalizar y reformar a éste último. Este gran objetivo es el soporte que da origen a otras instituciones, las cuales conformarán una tupida red de vigilancia. De ellas forman parte lo que Goffman llama **Instituciones Totales** y algunas de las que Foucault denomina **Instituciones de Secuestro**. Estas instituciones ya no pondrán más el énfasis en castigar, sino en vigilar y corregir.

El **desvlado social** es, finalmente, un ser diferente en un sentido discriminador. Sus características le ubican en una situación de desventaja con respecto al conglomerado social. Es un individuo inevitablemente subordinado, dependiente y propenso a la represión en sus expresiones más descaradas.

El panóptico de Bentham es el ejemplo clásico que la arquitectura aporta sobre este Discurso Social de vigilancia: un individuo cualquiera (niño, obrero, loco, viejo, delincuente...)

recluido, sabiéndose visto sin saber por quién. Perfectamente controlado en su labor con una optimización del recurso humano y del tiempo. Un par de ojos transformados por la arquitectura en miles de ojos. Un minuto transformado en la eternidad.

La arquitectura facilita la vigilancia, el control, el ejercicio del poder de unos sobre otros. Y este ejercicio del poder está sustentado por Discursos que constituyen un saber; el saber sobre aquellos que son vigilados. Poder y saber se conjugan en aquél que controla, llámese médico, maestro, jefe o director. El saber permite normar la vida de grandes masas de individuos, homogeneizar y facilitar el control de éstas.

#### 1.1.2 El desviado social en las instituciones geronto-geriátricas

Las instituciones llamadas asilares, geriátricas o geronto-geriátricas, reproducen la idea panóptica propia de las actuales sociedades, llámense capitalistas o cualquier variante del intento socialista. En ellas se encuentra la idea del control y la vigilancia permanente, la idea de optimizar el recurso humano: que los menos posibles vigilen a los más posibles, la idea de espacios diseñados en función de este control, espacios pensados por y para el que vigila, no el vigilado. El objetivo es facilitar el proceso de control. El personal ordena, dirige, sanciona, expulsa, traslada, evalúa, clasifica, da y quita, facilita y obstruye, etc. El personal determina quién es el mejor y quién el peor. Es un poder múltiple que conjuga lo social, lo económico, lo político y lo judicial.

La arquitectura y el saber sobre el usuario, en este caso el anciano, van a la par. El saber marca los parámetros, define el paradigma en vigencia. La arquitectura refuerza el paradigma al facilitar su puesta en marcha por medio de instalaciones que dan corporeidad al Discurso Social sobre la vejez.

La arquitectura y el Discurso en las instituciones geronto-geriátricas se unen para controlar el cuerpo y el tiempo del usuario: sus hábitos, sus diversas actividades, su recreación, su privacidad e intimidad, su enfermedad, por señalar sólo algunos elementos. Se administra un cuerpo en un tiempo de muerte. ¿Por qué un tiempo de muerte? Porque éste es un tiempo opuesto a la producción, a la Interacción social, a la reproducción del **deber ser** social, de la especie misma. El énfasis se pone en un cuerpo que se hace transitar hacia la muerte, negando cualquier potencialidad. La utopía del control total se activa sobre uno de los eslabones más débiles de la cadena social: el viejo, y subyace como **deber ser** en el fondo de otras instituciones como la escuela, el hospital, los correccionales y centros psiquiátricos.

### 1.1.3 La particularidad: Reclusión-Exclusión

En el caso de las Unidades geronto-geriátricas se combinan factores terapéuticos (control sobre la salud, incluyendo prevención, curación y muerte), factores educativos de orden no formal (asimilación y control sobre nuevas normas de vida y relaciones jerárquicas), y factores correctivos destinados no a revertir la condición de desviación social, sino a canalizarla y amortiguar su impacto social por vía de la exclusión, mientras se da la muerte del recluso. La terapéutica, la educación y la corrección se combinan y llegan al individuo como coacción exterior para lograr el acatamiento en la exclusión.

El objetivo no es reinserir, fijar, activar o estimular al individuo en el sentido de lograr una adecuada inserción al conjunto social. Al más auténtico estilo dieciochesco, las Unidades geronto-geriátricas recluyen en la exclusión. Aquí no existe en el Discurso la idea de volver al núcleo original o avanzar hacia una nueva etapa. No hay la fijación del individuo a algún aparato de normalización. No existe la articulación de la institución como aportadora al proceso productivo.

Estas Unidades son instituciones que administran una de las tantas formas de muerte legitimadas por el Estado. Muerte que tiene la especificidad de darse en tres grandes etapas que siguen este orden: muerte social por aislamiento e improductividad, muerte psicológica por pérdida de autoestima e identidad, y muerte biológica.

Y esta específica forma de muerte está destinada, y sólo destinada, a aquellos individuos que ya no se ajustan al aparato de producción económico y social. La producción da una función a cada individuo, lo norma y controla. Controla el tiempo tanto en el trabajo como fuera de éste. Las sociedades disciplinarias contemporáneas de que habla Foucault, exigen al individuo marchar al ritmo de la producción. El anciano escapa a este ritmo, el anciano no se iguala al promedio, convirtiéndose en un irrecuperable para efectos de producción. La categoría de desviado social se hace presente, pero con una diferencia cualitativa: no hay retorno. La opción de reclusión por exclusión se hace palpable.

#### 1.1.4 El Discurso Social del envejecimiento o cómo destruir la voluntad de la verdad

El Discurso Social sobre el envejecimiento, como todo Discurso emanado de las relaciones de poder entre los hombres, maneja una verdad destinada al consumo social, verdad de consumo que destruye la voluntad de la verdad en cada individuo y lo hace acatar a aquellos que detentan el saber, en este caso el saber sobre el viejo y la vejez. El Discurso Social sobre la vejez maneja una estrategia relacionada con la práctica misma de la explotación, la explotación en la sociedad disciplinaria. Como una anátesis, el Discurso Social de la vejez permite advertir por oposición cómo funciona ésta.

Los diversos componentes de este Discurso son introyectados en forma imperceptible por el individuo, mucho antes de que el razonamiento intervenga para advertir la serie de juicios que ya han tomado lugar en su interior. El envejecer es una realidad previa que se anuncia desde las primeras etapas de la existencia, en las potencialidades que los

progenitores aspiran sean desarrolladas por sus hijos. Por tanto el contacto entre el hombre y la vejez se da desde el momento mismo de la concepción y por dos vías: la vivencial o experiencia, que incluye tanto aquello que se vive directamente como lo que se advierte le sucede a otros que están más avanzados en la edad; y la teórica o discursiva, referente al Discurso Social sobre ella.

La vivencial son los acontecimientos que marcan el avance biológico, psicológico y social: crecer, menstruar, ejercer la sexualidad, procrear, llegar al razonamiento totalmente abstracto, independizarse económicamente, Ingresar a la esfera laboral, cambiar de estado civil,... Son sucesos que no se advierten como envejecimiento sino hasta etapas socialmente preñadas; en este sentido, el dinamismo del envejecer no se hace conciente en el individuo porque la palabra envejecer está circunscrita a sucesos muy precisos y a una cronología bastante delimitada, por ejemplo la jubilación, la menopausia, el nacimiento de los nietos, los 60 años de edad.

La teórica se da por medio de los juicios que se aprenden y se emiten sobre el envejecimiento y la vejez sobre la base de un bagaje informativo que reduce el envejecimiento a una etapa, que no lo ve en diacronía, no lo advierte como un hecho longitudinal. El individuo irá introyectando, a través de un proceso de socialización anticipatoria, los status y roles, deberes y derechos que tendrá en la vejez socialmente establecida, e irá asimilando la impotencia para manejar esta etapa. Así, al llegar a ella, el individuo tomará la información introyectada y la encarnará, quedando definitivamente modificado sobre la base de la nueva realidad discursiva a la que ha quedado adscrito: el Discurso Social sobre el envejecimiento y la vejez.

El manejo simultáneo de este cuerpo informativo y un temor psicosocial a la vejez generan una actitud evasiva en el individuo, quien no acepta que se crece, se avanza y se envejece simultáneamente. La concepción de un envejecer dinámico, que abarca la totalidad de la vida del individuo, no existe en la cotidianidad.

El conocimiento del envejecimiento y la vejez, en lo inmediato, está improntado por una serie de presupuestos impregnados de imágenes estereotipadas, que conforman una imagen no deseable de la vejez como etapa y del individuo que la transita: el anciano.

De lo anterior se deriva un temor psicosocial a la vejez, que acompaña al individuo durante buena parte de su vida. El futuro anciano se rechaza a sí mismo en función de un Discurso Social que le habla de dependencia, marginación, enfermedad, asexualidad, pasividad, improductividad, etc.; es decir, un ser en estado de involución. Hay pues una contradicción entre su autoestima de joven y los estereotipos que ha internalizado por vía del Discurso Social hacia la vejez, el cual estigmatiza a este grupo social y lo descalifica para realizar un sinnúmero de actividades, aislándolo socialmente. La actitud de rechazo ante esta muerte anunciada es un lugar común en las actuales sociedades.

La naturaleza dinámica del envejecimiento se empobrece al ser reducida su captación a una descripción lineal, estática; o a un análisis circunscrito cronológicamente a la llamada "tercera edad". Una visión global del envejecer implica captar cómo se enlazan los diferentes componentes del envejecimiento en las diversas etapas de la vida; no ver el todo como una suma de partes, sino como algo más, como una red de relaciones en que cada etapa de la vida marca el devenir de la siguiente y es marcada a su vez por su predecesora, y todas desembocan en el final sabido porque el hilo rector las orienta en ese sentido. Dejaría así la vejez de ser contemplada como una ruptura con el pasado, como una etapa inconexa, envuelta en sí misma y sólo comprensible por ella misma.

#### 1.1.5 El Discurso se actualiza

Al avanzar el siglo XX y terminar la Segunda Guerra, los procesos de industrialización se aceleran, los países altamente industrializados ven incrementarse el grupo poblacional de edades avanzadas, grupo para el cual no existía un ordenamiento discursivo en el marco de

la economía y sociedad de la postguerra. Ello generó la necesidad institucional de codificar al viejo y a la vejez en la estructura social en función de las nuevas relaciones de poder, de las nuevas dinámicas productivas.

Será Estados Unidos quien vaya a la vanguardia de estos avances teóricos, pues Europa había quedado rezagada debido a la destrucción causada por la Segunda Guerra Mundial. Orientada a la reconstrucción de su economía e incluso dependiente de la norteamericana, el desarrollo teórico, que hasta Durkheim había ido con más fuerza del viejo al nuevo continente, traslada su centro vigorizando la sociología, antropología y psicología social norteamericana.

En el marco de una economía de post guerra ávida de avances, los criterios de productividad industrial de la comunidad, y el hombre entendido socialmente como fuerza de trabajo cuya utilidad social estaba determinada por las habilidades y cualidades que le permitieran integrarse a la comunidad industrial, eran los pilares que explicaban la dinámica económica social. Y así continúa siendo hasta el presente.

En términos funcionalistas propios de la época en que se actualizó el Discurso Social del envejecimiento, y que nutren la actitud del medio social y las políticas hacia este grupo de edad incluso en la actualidad, la vejez viene a ser una disfunción propia del sistema social. En una sociedad cuyas instituciones orientan la vida del individuo hacia la productividad, el orden social debe favorecer esta productividad, por tanto, toda institución estará improntada por el sistema global de relaciones de poder. En este contexto el trabajador envejeciente, con una "función social desgastada" debido a su progresiva limitación para adquirir y mantener habilidades, estaba y está condenado a ser eliminado del sistema. Las Unidades gerontogeriatricas serían una opción de vida para ese individuo que ha perdido status y ve cómo desaparecen o se deprimen también sus roles. Su finalidad se orientaría a lograr el bienestar del anciano. Esta finalidad, tomada en sí misma y aisladamente, recibe el nombre de función.

Al reducir el individuo a una disfunción, y las instituciones que se relacionan con la atención a éste en componentes de un conjunto que tienden a guardar el equilibrio entre sus

diversas partes, la óptica funcionalista está imposibilitada de ver la sociedad en diacronía, advertir sus contradicciones. Se limita a asimilar la sociedad como algo instituido, como un núcleo estable. No logra explicar la institución y su función como representantes del sistema social en su conjunto. Obviando el Discurso de poder que lo sustenta, sólo advierte el componente funcional, entendido además como algo natural, racional, justo.

El Discurso Social más usual sobre el envejecimiento retrae al individuo los niveles previos de participación social y productiva; funciones anteriormente ejercidas se ven deprimidas, espaciadas o negadas. "La forma sigue a la función". Esa máxima racionalista viene a colación al advertirse que al carecer la vejez, productiva y socialmente hablando, de función; no hay forma, no hay un referente, un signo durable y manifiesto que la haga valedera socialmente.

Este Discurso Social del envejecimiento registra el proceso como un evento ajeno a todo conflicto social, salvaguardando así el equilibrio presupuesto. Es aquí donde se insertan Modelos Sociales de envejecimiento como el **Retraimiento** (Cummings y Henry, 1961), explicado como un alejamiento deseado y recíproco entre el anciano y la sociedad, un preludio de preparación a la muerte, un amortiguador del shock que representa ésta para la sociedad. La función social de la vejez queda explicada en función de un beneficio individual y social; no es posible desde esta óptica advertir cómo la sociedad induce al individuo a vivir la vejez como una forma de aniquilamiento social, como una escisión entre el hombre y sus potencialidades. Todo se reduce a presentar la vejez como un cambio no cualitativo en la vida del individuo, una etapa de ajuste tendente a conservar el equilibrio, la continuidad del sistema aun por sobre los cambios entre las partes, entendiéndose aquí la vejez. El Retraimiento niega las contradicciones existentes entre el ser -realidad material- y el deber ser -función oficial-; entendiéndose por SER la vivencia de la vejez y por DEBER SER el Discurso Social que la explica o describe.

Así planteadas las cosas, la vejez adquiere un sentido DENTRO DEL ORDEN SOCIAL; un sentido NORMATIVO, de respaldo a la dinámica social, descartándose posibilidades de cambio, de creación, de superación. El Modelo del Retraimiento viene a ser

la contraparte normativa de la ideología de la participación del "trabajador colectivo". La anomia de Durkheim es extrapolada al trabajador retirado y resuelta como conflicto mediante una interpretación psicologista de orden funcional-estructuralista.

Así, el Discurso Social sobre el envejecimiento da una explicación funcional, no valorativa; por cuanto se centra en explicar la vejez en el marco de funciones y disfunciones de la sociedad, sin develar las relaciones de poder que subyacen tras esa "disfunción". Se alimenta a nivel material la exclusión de la esfera productiva y el paso a población económicamente pasiva, y a nivel de pensamiento se somete al individuo a representaciones estereotipadas de la vejez. Se reduce el proceso a una serie de ajustes producto del paso de un status a otro. Pero no hay un interés en cómo ni por qué se conforma esa carrera social, qué elementos intervienen en su transformación, qué genera esa diversidad social, y más aún: dar una visión totalizadora, no sólo eslabonada, de la carrera social.

Sin embargo, para otros grupos étnicos, el Retraimiento es calificado como una forma de adaptación estrictamente individual, improductiva, asimilada a la flojera, la represión interiorizada y el escape al fracaso. Surge la pregunta obligada ¿Por qué lo que es inoperante para grupos de edades jóvenes se torna válido para explicar e incluso ofertar como opción colectiva a los ancianos?

Otros Modelos de envejecimiento han surgido, complejizando el Discurso Social. Estos aplican diversos criterios: biológicos (estado de salud), psicológicos (actitudes, motivaciones) o sociales (cambios de status y roles, cambios en el núcleo familiar). Algunos autores trazan una curva que va ascendiendo de la infancia hacia la adultez, y declinando de la adultez hacia la vejez, hilvanándose en secuencia lógica diversas variables como edad, status, roles, acontecimientos familiares y crisis de diversa índole en la vejez (Mishara y Riedel. 1986, Bromley en León. 1985). Otros proponen un continuum, negando la ruptura planteada por el Retraimiento y enfatizando que el equilibrio no se altera (Atchley en Mishara y Riedel. 1986). Diversos autores se apoyan en patrones universales que plantean una dicotomía histórica precapitalismo-capitalismo, para manejar la tesis estructuralista de una vejez precapitalista buena, contrastante con una vejez capitalista indeseable. Extrapolación absurda, igualable a

aquella de hablar de sociedades primitivas "iguales" que no manejaban el concepto de igualdad (Eisenstadt, 1974, Maxwell y Silverman, 1980).

En su conjunto, todos estos Modelos, componentes del mismo Discurso, explican la vejez a través del individuo, no del orden social, por tanto, sus proposiciones hablan de actuar sobre el individuo sin pensar en cómo el orden social incide en la vivencia de la vejez. La relación entre lo general, el orden social, y lo particular, el anciano, es sustituida por antinomias que se resuelven dando mayor peso a uno u otro, sin que haya una interacción entre ambos.

Ninguno de ellos da cuenta del hecho histórico ni de las relaciones de poder que le subyacen, como tampoco de la complejidad social. Dan explicaciones ajenas a la historia social. Todos han nacido de una aplicación estereotipada, rígida, universal, justificando procedimientos y actitudes asumidos socialmente hacia la vejez. De esta manera cooperan en el control del comportamiento social al guiar opiniones, actitudes e imágenes. El Discurso se redimensiona, pero no cambia su fondo mutilante.

## 1.2 INSTITUCIONES TOTALES: ARQUITECTURA Y REPRESION

### 1.2.1 Del término **Institución**

El término **INSTITUCION**, en las actuales sociedades, engloba diversos elementos que van desde actos normativos como el matrimonio o el crédito, el establecimiento formal de un ente, por ejemplo una familia, un negocio, una asociación, etc.; hasta formas sociales visibles como el aparato escolar, médico-asistencial, industrial y otras.

Para efectos de esta investigación, se considerará **Institución** a toda organización social con un fin determinado y limitada tanto por su objetivo como sus particulares reglamentos, además de estar asociada a un espacio arquitectónico específico.

Pese a la aparente separación, cada **Institución** participa y es influenciada por otras. Así, por ejemplo, la familia se entrecruza, entre otros, con el aparato escolar (educación de los hijos), y el aparato médico-asistencial (planificación familiar). De esta forma se devela la existencia de una **Red Institucional**, trama en la cual cada **Institución** argumenta la existencia de otras.

Se parte del hecho de que cada **Institución** es depositaria de un saber, un conocimiento. El individuo acepta no poder abarcar todo el conocimiento y se subordina a diversas **Instituciones** que sí saben cómo obrar en específicas circunstancias. El individuo se subordina sobre la base de la eficiencia de las **Instituciones**, destinadas a administrar el saber en beneficio del colectivo social y del individuo en particular. En este principio de administración se encuentra la **represión**, que se expresa a través de las tendencias dominadoras y se encuentra presente en toda relación de poder.

Las **Instituciones**, además de la eficiencia que deben mostrar en el manejo del conocimiento que administran, definen qué individuo -como totalidad física y de pensamiento- qué actitudes y qué imágenes son necesarias para el adecuado funcionamiento de cada una de ellas. Esto es posible porque cada saber específico queda confiscado por determinada

Institución, que lo aplica como mecanismo para control y sometimiento del conjunto social, conservándose así el orden existente.

Se verán aparecer o desaparecer Instituciones siempre en relación a una economía del orden que va conquistando espacios y normando individuos. Debido a esto surgen nuevos saberes y otros son reformulados, se imponen deseos y se hace desaparecer otros. Y todo se desarrolla a partir de las Instituciones, que se tornan en guardianes del individuo, de la fuerza productiva esencial del sistema.

Al interior de las Instituciones el poder se muestra por las autoridades particulares, "cabezas visibles" de las relaciones de poder que a su interior se reproducen. El otro extremo lo forma el conglomerado sometido a la autoridad, aquellos que delegaron su derecho al saber y cualquier potencialidad sobre el mismo en aras de la Institución.

La otra cara de las Instituciones es la auto-vigilancia, el asumir como decisión autónoma, como hecho natural, cualquier dictado de la Institución. Verse a sí mismo como lo ve e identifica el marco institucional. Quizás aquí se hace más patente la fragmentación del individuo y la imposición de una represión que alimenta el poder que limita a cada individuo.

### 1.2.2 Instituciones Totales

¿Qué sucede si el individuo no se somete a la dinámica institucional, si por alguna circunstancia se convierte en un desviado social? Siempre hay una posibilidad de control, una posibilidad límite para procesar cualquier individuo que no entre en el juego tal y como lo establece la Institución. La cárcel, el manicomio y las Unidades geronto-geriátricas son los ejemplos más evidentes de distintas formas en que se procesa aquellos individuos que rebasaran los límites institucionales. El presidiario, violador de un orden jurídico, el loco de un orden médico, el anciano de un orden productivo.

Estas Instituciones obran sobre un individuo que ha perdido sus derechos civiles dada la nueva condición (delincuente, loco, anciano) que le caracteriza. Esta muerte civil puede ser temporal si se "cura" -en el caso del demente- o se "rehabilita" -en el caso del delincuente-. Pero en la singularidad del anciano residente en Unidades geronto-geriátricas lo que se encuentra es una muerte lenta, que se inicia con lo social y culmina con lo biológico. Si hay alguna transformación no va orientada a un retorno al conglomerado social, a una recuperación del individuo, sino a la aniquilación.

Las Instituciones que obran sobre los individuos ejemplificados reciben el calificativo de **Instituciones Totales**, y se caracterizan por su tendencia **totalizadora**, es decir, todos sus integrantes gozan de igual situación, se desenvuelven en un mismo espacio arquitectónico y realizan las mismas actividades bajo una rutina rígida administrada por el personal. Todo en condiciones de aislamiento.

Para lograr esto se requiere un espacio arquitectónico con características particulares, como muros elevados que coadyuvan al aislamiento impidiendo ver o ser visto, egresar o ingresar fuera de los canales regulares; puertas y ventanas cerradas, o incluso ausencia de puertas en ciertas áreas (baños, por ejemplo), profusión de mecanismos de seguridad como enrejados, cerraduras, alarmas, etc; escaso mobiliario. Unido esto a una vigilancia notoria y permanente y reglamentos que norman al extremo la dinámica institucional.

Se tomará la clasificación de Erving Goffman (1973), quien ha agrupado las Instituciones Totales según las características del individuo que reside en ellas. Las Unidades geronto-geriátricas formarían parte del grupo de Instituciones Totales que albergan individuos que parecen ser incapaces e inofensivos. Aquí también se incluyen los orfanatos. Los otros tipos de Instituciones Totales son:

- Las que albergan personas que constituyen una amenaza involuntaria para el conglomerado social (psiquiátricos, leprocomios...).
- Las que protegen de personas que constituyen en forma intencional un peligro social (cárceles, campos de concentración,...).

- Las destinadas a optimizar el cumplimiento de una labor (Internados escolares, cuarteles...).
- Los establecimientos para quienes se retiran voluntariamente del medio social regular (monasterios, claustros, conventos, ...).

Característica esencial de las Instituciones Totales es que niegan el tránsito interinstitucional, por el cual actividades diferentes se realizan en instituciones diferentes, transitando el individuo de una a otra y asumiendo en cada caso status y roles específicos. Al impedirse el tránsito interinstitucional se reduce al mínimo la interacción con otras personas. Una sola institución, un mismo espacio arquitectónico, reúne todos los ambientes para las actividades y servicios que considera el residente debe cumplir y recibir: educativas, laborales, médicas, recreativas, sociales, etc.

En estos diversos ambientes el grupo residente posee igualdad de circunstancias. Las actividades a realizar son escogidas y planificadas por una organización burocrática que, junto al residente, conforma los dos grandes grupos sociales al interior de la institución, grupos con una distancia institucional reglamentada. El grupo de residentes no interviene en las decisiones que se toman con respecto a ellos, esto debido a la pérdida de autonomía y delegación de poder. Una maquinaria administrativa opera sobre el residente para lograr un efectivo control; una represión que se expresa en rutinas como pérdida de la identificación personal (sustitución de nombres por números, uso de apodos...), cambios obligados en la presencia física (corte del pelo, uniformes...), pérdida de la privacidad e intimidad (uso de dormitorios y baños colectivos, separación por sexos...), actos verbales de sumisión, supresión de la sexualidad, entre otras.

Las Instituciones Totales excluyen la vida en familia y comunidad, las relaciones de trabajo, las posibilidades de ascenso en la jerarquía institucional, determinadas interacciones sociales (paseos, visitas, fiestas,...), la facultad para elegir lecturas, amistades, programación (radio, televisión,...). En resumen, la interacción social intra y extra institucional opera cambios drásticos de orden cualitativo.

En las Instituciones Totales se revela en su forma más extrema la escisión que existe en la sociedad, sus imposiciones, regulaciones y reglamentos. Toda relación al interior de estas Instituciones está determinada por el poder de las mismas y la identificación que obligadamente debe hacer el residente con éste, lo que conduce a una igualación individuo-institución que es simultánea y enquistadora, porque niega lo humano y exagera la cosificación que ya se advierte en las Instituciones no Totales.

### 1.2.3 Arquitectura e Institución Total

La idea del aislamiento, del confinamiento de individuos, surgió en el siglo XVII. Fue el paso posterior a las prácticas de exclusión (destierro) y castigo corporal. Mientras la pena recayó sobre el cuerpo y fue aplicada públicamente no fue necesario idear espacios cerrados en el sentido de lo que es una Institución Total.

Estos espacios arquitectónicos surgen teniendo como objetivo el aislamiento, destinado a impedir la ociosidad y la mendicidad de ciertos individuos, o cuando menos ocultarlas. El aislamiento en estas Instituciones fue un aporte importante al capitalismo en expansión, pues funcionó como mecanismo regulador de los salarios y barrera de contención contra posibles agitaciones sociales, en una época signada por elevadas tasas de desempleo y mermada remuneración de la fuerza de trabajo. El Estado pasó a responsabilizarse de estos individuos, que perdían su libertad individual por diversas circunstancias. Posteriormente se uniformarían en torno a la categoría de **desviado social**.

Con fluctuaciones, las Instituciones llamadas de confinamiento persistieron en su actuación. Posteriormente el Discurso Social transformó el rol de los excluidos. Entonces se pasó del simple encierro al trabajo forzado, mano de obra barata que en épocas de flujo del capitalismo naciente ayudaba al avance de las manufacturas. El trabajo fue considerado un

mecanismo de corrección, aplicado por igual a niños, mujeres, mendigos, ancianos, reos y otros grupos sociales sujetos a la confinación.

La complejización del saber en materia de Instituciones Totales, los avances en psicología, psiquiatría, jurisprudencia y otras áreas separaron progresivamente el manejo de estos grupos. Surgieron así los asilos para ancianos, orfanatos, correccionales para menores, manicomios, reformatorios para adultos, prisiones preventivas y de pena, etc. Todos ellos con rasgos arquitectónicos comunes y una clara intención política: el control social.

Dice Renato de Fusco (1970) que la arquitectura es un acto que tiene consecuencias políticas, trátase de promocionar, futurizar, colaborar con el poder o renunciar al mismo. En el caso de las Instituciones Totales su función va más allá del compromiso político específico del arquitecto y del tipo de Estado que las impulsa. Y es que la izquierda, el centro y la derecha, una vez en el poder, actúan de la misma forma con respecto a estas Instituciones. Nadie las cuestiona o las replantea. Todos las usan en el mismo sentido, las piensan con la misma función. Para bien o para mal, las Instituciones Totales tienen caracteres invariables en todos los países y economías.

En ninguna otra área de la arquitectura se advierte de manera tan descarnada cómo las decisiones escapan al control del especialista, cómo la inventiva es negada, cómo la pasividad arrinconó al arquitecto. Cuando el especialista llamado arquitecto innova o experimenta con el espacio de estas Instituciones, será siempre bajo el lineamiento de perfeccionar sus mecanismos de control. Por otra parte, los cambios en las propuestas de diseño en estas Instituciones son lentos, no tienen el dinamismo de la tecnología que poseen otras. Existen caracteres que se han mantenido constantes incluso desde el pasado siglo, como las rejas y los muros. Esto se debe a que toda alteración en el espacio de las Instituciones Totales está supeditada a los cambios en el Discurso Social respectivo, y el de estas Instituciones se caracteriza por su rigidez y lenta evolución.

En el contexto de las Instituciones Totales, la arquitectura está condicionada por un elemento práctico, por razones técnicas que se imponen al profesional. Es un grupo de

decisión quien impone dónde se hará y cómo será la planta arquitectónica. El arquitecto ha de plegarse a una normativa pre establecida por el grupo de poder.

Aquí no existen criterios de oferta y demanda, en el sentido de un juego dinámico en que una masa de consumidores exprese de alguna forma deseos, intereses, expectativas y exigencias. No hay nadie a quien convencer. Aquí el cliente es sólo uno: aquél que se impone en las relaciones de poder. Y la forma va a estar dada a partir del discurso científico que, en un momento dado, tenga vigencia para efectos de recuperar o eliminar el individuo que se aparta de la norma.

La prevalencia del factor funcional es característica de estas instituciones, a través de la zonificación y de la célula habitable. Cualquier valor simbólico de la forma, prescindiendo de la función, se orienta a identificarla como Institución Total, como lugar de segregación, de aislamiento. Si algún compromiso hay con la forma, es en este sentido.

Al concentrar todos los ambientes de la vida humana en un mismo espacio, la arquitectura de las Instituciones Totales ayuda, a partir de un funcionalismo límite, a expresar en forma desnuda los mecanismos de las relaciones de poder. Está pensada para controlar todo movimiento, toda actividad, todo hábito, toda información, etc. Ayuda a optimizar la aplicación de los reglamentos, el uso del tiempo, la administración del aislamiento y el castigo.

A nivel de comunicación, la figura arquitectónica de las Instituciones Totales envía mensajes tanto hacia el interior como hacia el exterior.

Mientras las Instituciones no Totales irradian mensajes diversos que incitan al tránsito interinstitucional, que estimulan la interacción social, el consumo, la participación; las Instituciones Totales niegan todo lo anterior, su mensaje se restringe a la función específica asignada. Son la antítesis de la propagación de lo social. Al interior, el mensaje se hace presente a través de espacios que hablan de simplificación, unificación, inmediatez, univocidad, funcionalismo y autoritarismo. Ese es el lenguaje arquitectónico intra institucional de las Instituciones Totales. Su sujeto: el recluso. Su objetivo: el control, la sumisión.

A nivel extra institucional el sujeto es el conglomerado social. El mensaje que se envía, el valor que se promueve, que orienta su planificación, es la productividad y el apego a la norma. La arquitectura de estas Instituciones recuerda lo necesario de permanecer en el promedio social, de mantener comportamientos muy específicos. Y esto lo logra el diseñador sin apelar a juegos estéticos. Aquí la forma es una advertencia, un alerta a la no transgresión.

En el caso específico de las Unidades geronto-geriátricas el mensaje se da por oposición. El individuo anciano se desdibuja como fuerza mercantil, como potencial de trabajo, como reproductor de la especie, como potencial de consumo, como ideal estético. En general, el conglomerado social y cada individuo se expresa en el sentido de desear la existencia de tal Institución como vivencia PARA OTROS, más no como vivencia personal. El mensaje es claro: dejar de producir, dejar de consumir, en fin, apartarse del promedio socialmente aceptable, de la norma, tiene un costo; en este caso la vida en reclusión geronto-geriátrica.

En un juego de contrasentidos, uno de los pilares que sustenta la permanencia de las Instituciones geronto-geriátricas es el conocido sistema de valores de las actuales sociedades, donde palabras como bienestar, consumo y seguridad son rectoras. La reclusión de ciertos individuos es necesaria para garantizar el bienestar de otros, la seguridad de otros, el tiempo libre de otros. Y esos otros no preguntan por las limitaciones que pudieran tener esas Instituciones, su ignorancia al respecto es total. Más aún, salvando ocasionales excepciones, nadie tiene que rendir cuentas al conglomerado social sobre la dinámica de ellas. No tienen un peso específico a nivel político-electoral, no son factor decisivo para medir la eficacia de instituciones conexas, tampoco tienen relevancia en el sector de obras públicas.

En resumen, la arquitectura de las Instituciones Totales tiene un escenario y un mensaje que va más allá de las paredes. Forma parte de un contexto general, tiene una funcionalidad externa. Justifica, por ejemplo, la presencia de otras Instituciones, y en el caso particular que aborda este trabajo, facilita esencialmente el funcionamiento de la Institución familiar, particularmente en las grandes urbes, donde es usual la existencia de Unidades Geronto-Geriátricas o asilos. Además de ser un agente preventivo y correctivo de diversas

disrupciones sociales que la presencia del anciano conflictuado puede originar (mendicidad, alcoholismo, ...).

#### 1.2.4 Arquitectura en Unidades geronto-geriátricas: el **deber ser**

Se ha avanzado mucho, a nivel discursivo, en el sentido de madurar una idealidad, un **deber ser** sobre la arquitectura de estas Instituciones. Si décadas atrás se hablaba de vigilar, de cuidar, sanar y controlar; estos objetivos han sido eliminados o complementados con otros. En las últimas décadas se habla de apertura hacia la comunidad, se incluye el concepto de reinserción, movilidad, de intercambio, integración de la familia en el proceso del recluido, entre otros.

Para el caso específico de las Unidades geronto-geriátricas valga esta cita, que condensa el actual **deber ser** para estas instituciones:

Estas instituciones **deben brindar** la posibilidad de desarrollar actividades creativo-recreativas y de mantenimiento de funciones, en un ambiente protegido, donde los cuidados diferenciados constituyen un marco de referencia que otorgue seguridad, facilitando el desarrollo de la autoconfianza y mayor independencia, que unido al status social reconquistado en función del desempeño y adquisición de nuevos roles, y su consiguiente revalorización, determine un aprendizaje no sólo de nuevas actividades, sino también de nuevos modelos de relación (Firevicius.1988.P.16)

El diseño arquitectónico está dirigido a enfrentar los problemas básicos que se consideran afectan a la ancianidad: soledad, inseguridad, inactividad e incapacidad. El factor gula para el diseño de estas Unidades consiste en reproducir al máximo posible los ambientes y condiciones que permitan al anciano sentir la vida en familia, además de servir

de puente entre el anciano y la comunidad, ya que se parte del hecho de suprimir la sensación de aislamiento. El diseño arquitectónico debe facilitar tanto el diálogo interno como la integración urbana. El criterio hospitalario, de células o áreas aisladas, inconexas, debe sustituirse para lograr la identificación del grupo residente y del individuo con la institución a partir de nuevos supuestos.

De esta manera, el planteamiento tradicional de ubicar las Unidades geronto-geriátricas en terrenos aislados, alejados de la actividad urbana, queda descartado en aras del principio del contacto permanente. Se trata de guardar, en todo caso, un balance entre este contacto urbano y el contacto con la naturaleza.

Al ser Instituciones Totales cuyo usuario es considerado incapaz e inofensivo, la arquitectura de las Unidades geronto-geriátricas ha jugado, incluso, con la supresión de ciertos elementos tradicionales como los muros, e incluyendo otros como las áreas verdes, generando fachadas con aspectos muy distantes al concepto tradicional de Institución Total, como es el caso que ocupa a esta investigación.

Los espacios hacinantes, propios de diseños tradicionales, quedan redimensionados en su densidad. La capacidad máxima recomendable fluctúa entre 60 y 100 personas. El objetivo es disminuir los problemas administrativos que siempre ocasiona el aumento de usuarios, lograr que no se pierda la identificación individual, lo que sí sucede cuando se masifica el servicio, y salvaguardar las relaciones afectivas, el diálogo e intercambio del grupo.

Se procede a la zonificación, buscando generar los diferentes ambientes en que el individuo se ha desenvuelto durante toda su vida en familia y comunidad. Cada ambiente debe tener su dimensión y actividad claramente definida, debiendo existir el ambiente individual, familiar y comunal. El individual sería el dormitorio del anciano, constituido por unidades mínimas de dos personas para evitar el aislamiento, y máximas deseables de cuatro. En este ámbito el anciano guardaría sus bienes preciados, su patrimonio, su intimidad y privacidad. El familiar se daría en espacios con capacidad máxima deseable para

15 personas, rodeados por los dormitorios. En él se realizarían interacciones sociales inmediatas y cotidianas como ver televisión, jugar cartas, conversar, etc. El ambiente comunal aprovecharía las zonas verdes de la Institución y las urbanas para actividades básicamente sociales y de integración cívica y recreacional.

Excluyendo estos ambientes, deben diseñarse espacios destinados a cumplir con la "dinámica laboral", a través de Talleres de terapia ocupacional orientados según las habilidades y conocimientos de los usuarios, siendo ideal la coordinación con industrias del sector. El quehacer doméstico en el ámbito individual también formar parte de la dinámica laboral. Por último, atendiendo a las necesidades de rehabilitación física, debe incluirse la Sala de fisioterapia.

El diseño debe considerar detalles especiales como rampas para vencer los cambios de nivel, pasamanos, asideras en los baños, líneas especiales para limitados físicos, espejos especiales para inválidos, dispositivos especiales para disminuir o aumentar la altura de los sanitarios, cambios de color que identifiquen las diferentes zonas, anchura adecuada de puertas y pasillos, etc.

En el caso venezolano, diversos elementos se han conjugado para que, en materia de Unidades geronto-geriátricas, impere la anarquía arquitectónica. A pesar de haberse expuesto en forma oficial, hacia la década de los 70s, un planteamiento arquitectónico general, de hecho no puede hablarse, ni siquiera a nivel gubernamental, de alguna normativa que rija a efectos de diseño arquitectónico. Sin embargo, el Gobierno Nacional, partiendo de los nuevos conceptos aplicados por otros países en el área geronto-geriátrica, argumentó entonces el siguiente **deber ser** en materia de arquitectura:

...un formato arquitectónico general, que contiene edificaciones aisladas o agrupadas en superficies que deparen un ambiente menos rígido que los existentes, donde los peligros estén eliminados para reducir los accidentes, con lugares flexibles, enriquecidos física y socialmente, y que les deparen seguridad y les permita independencia, y que conserven una relación estrecha con la comunidad que los rodea, además donde los espacios sean

delineados específicamente a cada una de las dependencias que seguirán una ubicación directa a su funcionamiento.

Las dependencias administrativas, servicios generales, de salud, social, áreas de investigación y usos múltiples, surcadas por terrazas y pasillos cubiertos o no, que inviten a sentarse o pasear, u otro menester, rodeados de jardines, sombras y otros detalles que mantengan similitud con sus lugares anteriores o donde conformen nuevas ilusiones, para que puedan sostener el amor consigo mismo y sus propias energías. (Mazzi.1988.P.161)

A partir de este planteamiento, el Estado venezolano programó la edificación de tres tipos de Unidades geronto-geriátricas, tipología cuyo hilo conductor fue la ubicación: urbana, suburbana y rural; y la capacidad: Unidad tipo A, de 200 a 500 ancianos; Unidad tipo B, de 100 a 300 ancianos; Unidad tipo C, hasta 100 ancianos.

Las Unidades urbanas son de desarrollo vertical, en un sistema de complejo que incluye servicios de hospitalización pagos y gratuitos, consulta externa, residencia pagada y no pagada para ancianos sanos, área para matrimonios, entre otros. (Ver figura N° 1). En Caracas se inauguró la primera Unidad "A" urbana, en el año 1973, siendo considerada además la primera de Latinoamérica.

Las Unidades suburbanas son de desarrollo horizontal, en un sistema que da servicio de residencia a ancianos sanos y enfermos, además de consulta externa (Ver figura N° 2).

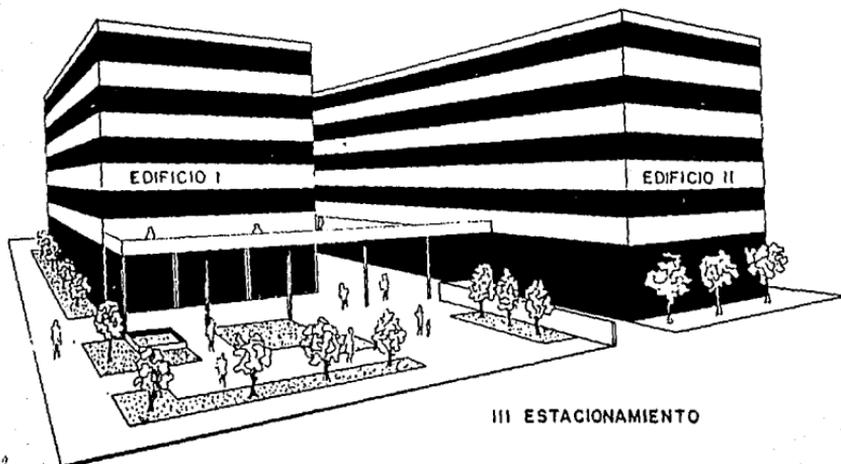
Las Unidades rurales mantienen esencialmente la misma zonificación que las suburbanas, con diseños arquitectónicos más modestos. De éstas también se inauguró una, el mismo año 1973, en la ciudad de Boconó, Estado Trujillo (Occidente del país). Posteriormente, otras en el pueblo de Bárbula, Estado Carabobo (Centro del país) y en Pueblo Viejo, Estado Zulia (Occidente del país). (Ver figura N° 3).

Este macroproyecto, surgido en épocas de estabilidad económica para el país, fue sometido -independientemente de su pertinencia- a las características desviaciones de las sucesivas administraciones del servicio geronto-geriátrico. En la práctica, Venezuela logró

inaugurar durante la década de los 70s una Unidad geronto-geriátrica en cada uno de sus estados, abandonando el macro proyecto original, contando en la actualidad con 29 instituciones de este tipo, cuya dinámica general no se corresponde con el deber ser arriba enunciado.

FIGURA N° 1

UNIDAD GERONTOLÓGICA  
TIPO "A" URBANA



EDIFICIO I

1. PLANTA BAJA: ADMINISTRACION, SERVICIOS MEDICOS, DE  
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

PISO 1, 2, 3. HOSPITALIZACION ENFERMOS NO PASANTES.

PISO 4. HOSPITALIZACION ENFERMOS PASANTES

PISO 5. RESIDENCIAS PARA PERSONAL

EDIFICIO II

1. PLANTA BAJA: SERVICIOS DE REHABILITACION, LABORTE-  
-RIPIA, UEGOS MULTIPLES

PISO 1, 2, 3. RESIDENCIAS SANOS NO PASANTES

PISO 4, 5. RESIDENCIAS SANOS PASANTES

PISO 6. MATRIMONIOS

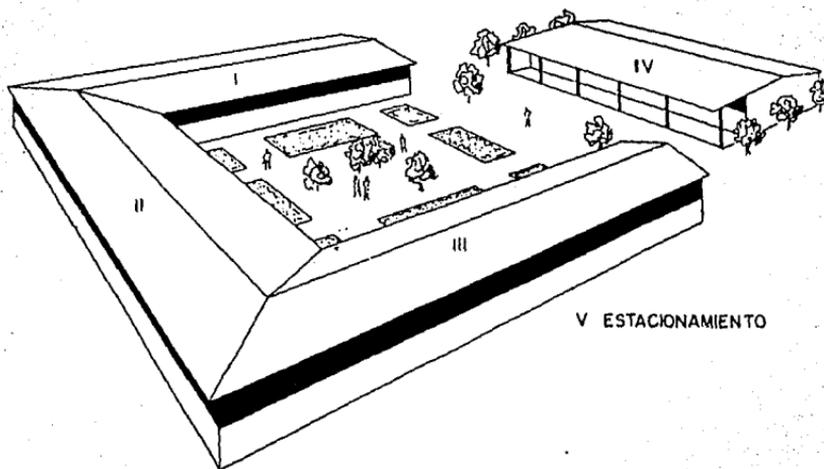
PISO 7. SOLARIUM

SOTANOS

EN LOS SOTANOS DE AMBOS EDIFICIOS SE  
ENCUESTRAN: COMEDOR - COCINA - DEPOSITOS Y  
OTROS SERVICIOS

**FIGURA N° 2**

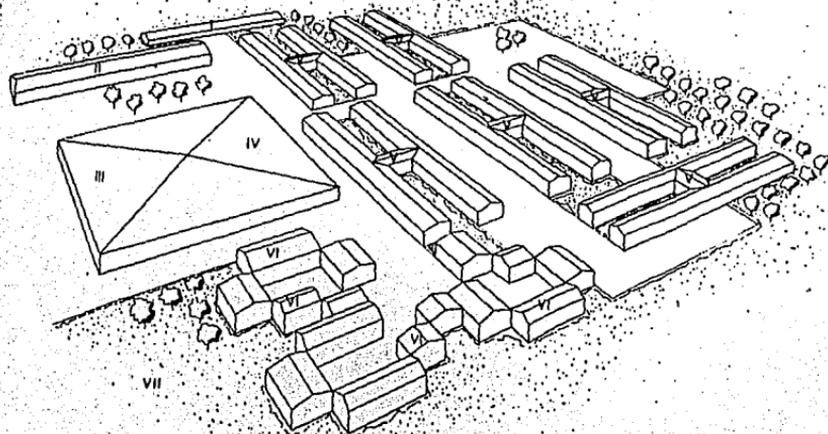
**UNIDAD GERONTOLÓGICA  
TIPO "A" SUB-URBANA**



- I. RESIDENCIAS PARANTES SANOS
- II. DIRECCION - ADMINISTRACION - CONSULTA EXTERNA  
USOS MULTIPLES
- III. RESIDENCIAS ENFERMOS
- IV. COMEDOR - COCINA - DEPOSITO
- V. ESTACIONAMIENTO

**FIGURA N° 3**

**UNIDAD GERONTOLÓGICA  
TIPO "A" RURAL**



- I. RESIDENCIAS ENFERMOS
- II. COMEDOR - COCINA - DEPÓSITOS
- III. ADMINISTRACIÓN - CONSULTA EXTERNA
- IV. USOS MÚLTIPLES
- V. RESIDENCIAS BAÑOS
- VI. RESIDENCIAS PASANTES
- VII. ESTACIONAMIENTO

### 1.3 INSTITUCIONALIZACION Y VEJEZ: UN HECHO SOCIAL

El más dramático de los problemas sociales de la vejez es la **Institucionalización**, proceso que aunque revestido de una tónica hospitalario-asistencial es objetivamente hablando un hecho básicamente social en su origen, que conlleva repercusiones graves en las diversas áreas del individuo sujeto a tal proceso.

Todo proceso de institucionalización conlleva la entrega de poder a una instancia específica a cambio de algo, en el caso de la vejez a cambio de seguridad personal, de bienestar integral.

Como toda Institución Total, una Unidad geronto-geriátrica reúne diversas instancias que en conjunto remiten a relaciones de poder, sólo que fuera de ella se articulan bajo parámetros formales de libertad, de posibilidades de elección; mientras que a su interior una organización se ocupa de administrar esas instancias (por ejemplo salud, recreación, interacción social). De esta forma, la Unidad geronto-geriátrica se va situando, por lo menos para el anciano, de manera negativa con respecto a lo vivido y perdido. La finalidad oficial, el deber ser, forma parte de un discurso de poder que se presenta al individuo como opción última para permanecer inserto socialmente. En la práctica, la institución va a reproducir una serie de relaciones ya establecidas, a preservar unas normas, unas actitudes del medio social.

Llegar al extremo de demandar de otro seguridad, bienestar, a cambio de delegar iniciativa, capacidad de decisión, libertad de desplazamientos, privacidad, intimidad, entre otros muchos aspectos; es culminación de un proceso de debilidad socio-estructural que ha conducido a abdicar potencialidades, derechos y vivencias ante una instancia que ofrece protección.

La institucionalización en la vejez implica no poder determinar lo que ha de hacerse y lo que ha de evitarse. No es posible innovar, vivir de otro modo, experimentar con las propias

capacidades. Se acepta el mando ajeno, se acepta una forma de servidumbre. Ahogado en la negación, el anciano institucionalizado es negado como miembro activo de la sociedad, pierde su condición de persona autónoma. El estigma de ser viejo y estar recluido destruye cualquier otra determinación.

#### La Institución Total:

Es un lugar clausurado, marcado, lugar de la represión libidinal; un lugar dividido en el espacio y el tiempo sociales; un lugar sometido a normas imperativas, que refleja en parte las normas sociales de la clase dominante acentuándolas, y en parte instaura normas especiales que dan la espalda tanto a las reglas jurídicas como a la "ley natural" (...) Totalitarias porque, encontrándose separadas de las normas sociales exteriores, y además fuertemente reglamentadas, ofrecen una analogía con los sistemas políticos totalitarios. Pero también "totales", en un sentido, porque encarnan el proyecto -siempre latente en nuestra cultura- de condensar en un espacio el concepto de totalidad,... (Lourau.1975.P.29-30).

En la institucionalización se revela en su forma extrema la escisión que existe en la sociedad, sus imposiciones, dirigismos, regulaciones y reglamentos. El poder acumulado por un fragmento de la sociedad y que se revierte coactivamente hacia todo aquello que es disidente, divergente o distinto; en este caso la vejez.

Marcada por la tónica del capital, que convierte la vida en una reproducción productiva, todo aquello que no puede insertarse al mercado, todo aquello que no produzca o consuma, es rechazado. El trabajo y el consumo, siendo las actividades humanas primordiales, aquéllas que estructuran la existencia del hombre, el uso de su tiempo y sus formas de interacción social, se convierten en articuladoras de la vida del individuo. El trabajo indica quién ocupa qué lugar en la jerarquía social, quién manda y quién obedece. El trabajo define al individuo.

Y esto lo sabe todo hombre desde que adquiere conciencia de la competencia que le rodea. Él luchará todo el tiempo por no ser identificado como distinto al conglomerado social, por asimilarse a la dinámica exigida; porque sabe que de ser excluido la institucionalización es el camino obligado; y la institucionalización es, en el caso de la vejez, necesariamente fatal, pero él no tiene fuerzas para combatirla. En la Institución Total no se produce, no se crea, no se potencia, no se ama; toda relación está determinada por el poder de la Institución y la identificación del individuo con éste, lo que conduce a una igualdad individuo-Institución que es simultánea y necesariamente mortal porque niega lo humano y exacerba la cosificación que caracteriza al medio social.

En un juego de contradicciones, el individuo que llega a la vejez se toma "diferente", ajeno al ideal social. Si el origen está en él y/o en el medio social no viene al caso; lo importante es que se desfasa de lo real, y esa diferenciación se convierte en motor que alimenta procesos de institucionalización posteriormente igualadores a su interior, pero extremadamente contrastantes hacia el exterior: "Lo diferente ha huido de lo real, para quedar analemizado como capricho perverso, abuso o enfermedad: un imperdonable error, en todo caso" (Savater, 1985, P.67).

Las Unidades geronto-geriátricas, aparentemente homogéneas en su trato al anciano, simplemente son vehículos sociales que sujetan al individuo a una relación de desigualdad social con respecto al medio, culminación de un proceso gradual de desigualdad a partir del desfase con respecto a la aceptabilidad productiva mínima, una no correspondencia con el deber ser social.

La institucionalización refleja la contradicción al seno de una sociedad que se autoproclama gregaria y preocupada por el bien común, mismo que se niega en cada Institución Total, y que disfraza su anulación bajo el ropaje de una mayor seguridad y bienestar sobre la base de la segregación. Lo que realmente trasluce es el egoísmo de una sociedad indiferente ante parte de sus miembros desde etapas anteriores de la vida, y que establece condiciones para "permanecer" en ella, conducentes a la anulación de lo humano. Anulación que es recibida e introyectada por cada individuo.

El llamado bienestar es una coartada que justifica el operativizar acciones que sólo benefician a unos pocos aunque se presenten como buenas para todos. Aquí, el calificativo de bueno es manejado dualmente: la reclusión-exclusión es buena para otros, no para mí (piensa el individuo) quien tiene claramente establecido un temor psicosocial hacia la vejez; y el Discurso Social razona: "lo que es bueno para el Todo, es bueno para todos" (Savater.1985.P.58); dejando asentado que todos somos sujetos potenciales de tal proceso.

La institucionalización es una falsa solución alentada y reproducida por la dinámica social, que refuerza las actuales relaciones sociales y productivas. Relaciones donde los sujetos se valoran teniendo como parámetros los objetos, en un proceso de cosificación que impronta toda la carrera social. A través de los procesos de institucionalización se advierte el manejo en los hechos de valores como la subordinación, formalmente excluidos como parámetros que guían las relaciones humanas, pero hondamente vivenciados en las Instituciones Totales, que encarnan esa unión contradictoria por la cual un ser formalmente libre cede su libertad para que otro la administre, bajo el supuesto de preservar un bienestar al que debería, también formalmente, accederse en libertad. De tal forma ciertos individuos, como los ancianos, cambian libertad por seguridad.

La institucionalización en la vejez no es producto del azar o la desgracia. Es consecuencia de la coexistencia de una igualdad social formal y una diferencia real en acceso al poder, el capital, la educación. Se es igual de derecho, no en los hechos. Esta desigualdad origina que parte del conglomerado social, llegada la etapa de la vejez, genere una doble impotencia: impotencia para producir e impotencia para reaccionar ante el hecho y sus consecuencias en todos los órdenes, apareciendo la institucionalización como una posibilidad cada vez más próxima. La impotencia conduce a la desviación social.

Las Unidades geronto-geriátricas son muestra extrema de la cesión de potencialidades y fuerzas individuales que puede hacer un individuo ante una instancia superior, una vez ubicado en la impotencia para cumplir con el deber ser social. Ellas reproducen

descarnadamente lo que se vive cotidianamente en otras instituciones: una igualación en cuanto a tener que obedecer un poder que se alimenta de la impotencia de otros.

El anciano, por distinto con respecto a la exigencia social, amenaza la estabilidad; de ahí la necesidad de intervenirlo y homogeneizarlo, igualarlo en la desigualdad. La institucionalización en la vejez, su sistema jerárquico, se vive como sujeción y abandono necesarios. A mayor sujeción y abandono, mayor abismo entre anciano y personal. He ahí la diferencia entre una Unidad geronto-geriátrica y cualquier otra institución no total: el margen de sujeción y abandono hacia la jerarquía institucional es cualitativamente diferente. No hay posibilidad de reubicación para disminuir el abismo. La impotencia es total, como total la igualdad del recinto: arquitectura, horarios, movimientos, alimentos,...

La institucionalización geronto-geriátrica niega los impulsos vitales (sexualidad, trabajo, superación personal, creación,...), expresiones todas de poder en el hombre. El anciano se coloca ante imposiciones coercitivas que cuentan con una anuencia formal de su parte y que anulan cualquier ejercicio de la voluntad, del dominio de sus circunstancias. Es el costo de no mantener la identificación con el poder, de no corresponderse a la norma.

Sobre la base de prescindir de elementos básicos para la estabilidad social y psicológica, e incluso orgánica, estas instituciones generan una contradicción irresoluble, al no poder sustituir la serie de relaciones vitales que se pierden al ingresar a ella. Ninguna Unidad geronto-geriátrica, por muy humanizada que se pretenda, logrará sustituir la vida en familia y comunidad.

La vejez es una etapa carente de sentido para el medio social. Su existencia viene a ser, socialmente hablando, una no-existencia. En los ancianos institucionalizados se da una muerte social y psicológica cotidiana, y una semimuerte biológica, implícitamente necesarias e inevitables. La vejez viene a ser un cuerpo extraño, y el anciano institucionalizado un ser localizado y aislado para no interrumpir la dinámica social establecida:

En una palabra, lo Social decide qué es lo normal y se previene contra cualquier forma de anormalidad. En unos casos, cumple este objetivo por medio de una disposición penal; en otros - vejez, minusválidos, niños...- por una occlusión excluyente de la participación comunitaria que margine -o asile- a los anormales hasta que se eduquen, se curen, se reformen o mueran (Savater, 1985.P.160).

Al presentarse las discrepancias, la imposibilidad exógena y endógena de amoldarse a lo universal, la sociedad estandariza al grupo en una categoría para operar sobre él, para controlarlo. Se trata de explicar por qué y cómo se envejece, e incluso se hace atractiva, viable, deseable, práctica, la institucionalización. En un atroz juego de contradicciones, lo asocial se hace socialmente válido; es la sociedad quien argumenta la utilidad y levanta las Unidades geronto-geriátricas, es la sociedad quien aísla, es la sociedad quien resuelve el problema de la muerte social perpetuándola al reproducirla en tales Instituciones.

Esto es, indudablemente, una forma de violencia social, que se mueve y convulsiona bajo el manto de la ayuda, servicio o asistencia social. Una violencia planificada para controlar aquello que "es" (el viejo y la vejez) pero no "está" porque no es común al universo social, si no lacra de una minoría. Una muerte social que es simple derivado de premisas aceptadas por el conjunto social para garantizar la sociabilización.

Se acepta la existencia de la muerte social como acompañante obligada de la vida en sociedad, como se acepta la guerra o la tortura; aceptación que vive de la impotencia de los individuos. En el caso de la vejez, la muerte social deja al individuo a la sola espera de la muerte biológica.

Abandonado por las ciencias sociales, el estudio y manejo de las Instituciones geronto-geriátricas tomó un carácter marcadamente médico, que ha imposibilitado advertir que el problema de fondo está en relación directa con la división social del trabajo, con el control de la fuerza de trabajo que la racionalidad de la sociedad industrial impone. Hay una incapacidad para admitir que al interior de estas Instituciones hay fenómenos de poder, de control social,

de decisión, de negociación, que son obviados por el Discurso oficial de bienestar social manejado por estas instituciones.

La acción en las Unidades geronto-geriátricas es absolutamente estéril y de orden médico, cerrada sobre la institución. El personal actúa sobre individuos que de inicio son considerados "enfermos", sólo que, a diferencia del hospital, aquí no hay una cura conducente a la reincorporación del individuo al aparato productivo. Se manejarán cuadros orgánicos aislados de su contexto social y emocional. El tratamiento se sustentará en la medicalización y hospitalización, el deterioro continuará y se agudizará, el abandono familiar se hará presente y la muerte biológica surgirá como la opción obligada para el egreso de la institución.

## CAPITULO II

## 2.1 INSTITUCIONES GERONTO-GERIATRICAS EN VENEZUELA

### 2.1.1 Antecedentes generales

Los antecedentes inmediatos de los servicios de vivienda para ancianos administrados por el Estado se encuentran diluidos en otras instituciones, que durante años sirvieron para alojar -con o sin argumento- al geronte en condiciones infrahumanas. Es el caso de los hospitales, manicomios y asilos, sitios que albergaban una heterogeneidad de desposeídos sociales en condiciones de enfermedad, hacinamiento, pobreza y mendicidad.

El anciano canalizado por vía de la atención hospitalaria ha sido una constante en la historia venezolana. En la Venezuela recién independizada, el problema de los ancianos e inválidos -grupos asimilados para efectos de atención- se canalizó por los hospitales militares, y por pequeñas ayudas económicas aportadas en forma aislada por diversas autoridades.

El papel de la iglesia fue acentuado en la prestación de servicios a ancianos. A fines del siglo XIX el recién creado Hospital de Malquetía, en la costa central próxima a Caracas, daba servicio a enfermos mentales y ancianos solos o indigentes, siendo dirigido por religiosas de la congregación San Vicente de Paúl. También en el centro del país, en la ciudad de Maracay, la congregación religiosa Hermanas Agustinas administraba por la misma época el Hospital San José, bajo los mismos criterios.

El siglo XX vio surgir los primeros asilos, básicamente atendidos por religiosas, que hasta entrada la década de los 30s comenzaron a recibir apoyo gubernamental. Era entonces Venezuela un país con menos de 3% de población anciana, altamente ruralizada y en extremadas condiciones de pobreza.

Será hasta el 23 de noviembre de 1949 cuando, mediante Decreto, el Estado venezolano asuma la atención de su población anciana, mediante la creación del Patronato Nacional de Ancianos e Inválidos (PANAI). El PANAI genera el cuerpo conceptual que le permitiría incidir sobre el anciano, usando criterios de reeducación, reorientación, y

desarrollando en algunas ciudades el programa de casas-hogares. El saber se complejizaba. En términos generales, se aceptaba la idea de que el Estado debía proporcionar respaldo a los ancianos a través de diversos servicios sociales.

Actualmente se trabaja sobre el hecho de que la colocación en Unidades gerontogeríaticas, también llamadas asilos, hogares residenciales, unidades de larga estancia, por sólo citar unos cuantos sinónimos vigentes; es un servicio de obligatoria existencia, sean de índole gubernamental, privada o por entidades voluntarias. Servicio dirigido a ancianos con o sin recursos económicos, con apoyo familiar deprimido o inexistente, que previo servicio de trabajo social -en las instituciones oficiales- o por simple decisión personal derivan hacia este tipo de alojamiento.

En Venezuela, se diferencian dos tipos de Instituciones Totales para ancianos: las llamadas **ASILARES**, que forman parte de la cobertura social del Estado para con este grupo etéreo, y que son gerenciadas por el **INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA** (en adelante INAGER). Estas Instituciones centran su atención en necesidades básicas: vivienda, alimentación, vestido, etc.; y las **ASISTENCIALES**, gerenciadas por el sector privado y donde la atención se orienta hacia requerimientos de orden físico, psíquico o socio familiar (Fireviclus.1993,P.2)

En los últimos quince años ha proliferado la prestación de este servicio a nivel privado, para dar cobertura a requerimientos básicos de alojamiento y alimento a personas de avanzada edad. Esto ha restado presión sobre camas en los hospitales y ha sido una alternativa para aquellas familias que por diversas razones no logran mantener al anciano inserto en dicho núcleo.

Sin embargo, este incremento se ha dado sobre la base de la improvisación y de la adaptación de cualquier planta para propósitos geronto-geriátricos; a lo anterior se agrega un nulo control sobre los entes que prestan tales servicios, generándose incluso condiciones de abierta violación a los derechos humanos: hacinamiento, maltrato físico y psicológico, ausencia de áreas de rehabilitación y recreativas, deficiente servicio médico, etc. En la raíz

de este desorden se encuentra la juventud demográfica, el crecimiento urbano desordenado y omiso hacia la población anciana que ha vivenciado el país, la inexistencia de una política arquitectónica en materia gerontológica y la vigencia de un Discurso que maneja la Imagen hospitalaria y segregacionista de estas Instituciones e Individuos.

Contrario a otros países, como los europeos, que ofrecen diversos modelos de residencias atendidos por la Seguridad y la Asistencia Social, Venezuela no posee política alguna en materia de residencia para ancianos ofertada por la Seguridad Social, la cual está circunscrita a las pensiones por vejez y asistencia médica de orden curativo. El servicio de alojamiento se orienta, por vía de la Asistencia Social, a ancianos en condiciones de pobreza y/o abandono familiar.

Suelen poseer estos lugares características similares en su planta arquitectónica: sala de estar, sala de televisión, áreas verdes -sin mantenimiento especializado-, talleres generalmente inoperantes, área de oficinas, cocina, comedor común, baños sin el mobiliario y los materiales idóneos para el geronte, dormitorios despersonalizados, muebles alineados, sección de consulta médica, área de rehabilitación -generalmente sin equipo-, espacio para enfermos, capilla, largos pasillos, uso de materiales no apropiados para el usuario, entre otras. En ocasiones la planta arquitectónica resulta una adaptación forzada de alguna edificación cuyo origen es ajeno al uso geronto-geriátrico, lo que origina, por ejemplo, presencia de escaleras, desniveles, dormitorios aislados, desplazamientos prolongados hacia las áreas colectivas y espacios reducidos.

## 2.1.2 Asistencia Social para la Vejez en Venezuela: el Instituto Nacional de Geriátría y Gerontología (INAGER)

Como parte de los bienes y servicios que ofrece la Asistencia Social venezolana se encuentra el alojamiento para ancianos, brindado a través del servicio asilar, oficialmente denominado **Unidades geronto-geriátricas** (en adelante UGG).

El **INAGER** es el ente encargado de todo lo pertinente a este servicio. Forma parte del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social como organismo descentralizado; así, sus políticas se orientan según planes y normativas que establece el Ejecutivo Nacional. Como Institución especializada en ancianos surgió el 1 de septiembre del año 1978, con la promulgación de la Ley que lo creó en sustitución del antiguo PANAI. Dicha Ley:

... tiene por objeto regular las actividades de protección y asistencia que el Estado Venezolano presta a los ancianos en los campos social, médico, económico, jurídico y cultural; obligaciones que al asumir las el Estado, no excluye las que por ley corresponden a los familiares de dicho grupo etario (INAGER, 1990, P.1)

El **INAGER** ofrece estructuras de servicio abiertas y cerradas.

Los programas abiertos, como los Centros de Atención Diaria (CAD), Abuelos para la Comunidad, Círculos de Ancianos y Hogares Sustitutos se ejecutan con participación comunitaria, teniendo como objetivo el mantener al anciano de escasos recursos económicos en su entorno familiar y comunitario. Todos ellos están dirigidos a personas mayores de 60 años y con autonomía total. El alcance de estos programas es sumamente limitado, no pudiéndose considerar hasta el momento como programas de cobertura nacional. Algunos, como los Hogares Sustitutos, Círculos de Abuelos y Abuelos para la Comunidad, se consideran aún programas pilotos.

Los servicios del **INAGER** a través de las **UGG** se orientan exclusivamente a ancianos en condiciones de pobreza y/o abandono familiar, carentes de seguridad social, mayores de 65 años, autoválidos y libres de enfermedades mentales e infecto contagiosas. Los ancianos que más utilizan este servicio son aquellos que viven solos, no tienen hijos, o si los tienen el contacto está deprimido; puede ser que vivan en familia, pero existen condiciones negativas de soledad, hacinamiento, aislamiento, problema económico severo, salud deteriorada, entre otros.

Aunque en sus inicios el **INAGER** programó tres tipos de Unidades Geronto-Geríátricas (Vid supra pág. 30), su crecimiento no ha cubierto estas expectativas y en la actualidad existe prácticamente una **UGG** por cada Estado de la República, ubicadas generalmente en zonas urbanas; y se combina con servicios abiertos que no han alcanzado la misma cobertura ni extensión que los cerrados.

Para 1994 el **INAGER** contaba, en total, con 49 establecimientos propios, de los cuales 28 eran **UGG**, con capacidad para 3.000 ancianos; cinco Centros de Atención Diaria o Clubes de Ancianos, uno de estos en Coro, Estado Falcón, con capacidad de servicio para 50 ancianos; y 16 consultas ambulatorias -éstas se ofrecen en locales diversos como hospitales y **UGG**-. Por su parte, el Censo 1990 arrojó un total nacional de 75 establecimientos con servicios residenciales para ancianos, incluyendo al **INAGER**. (OCEI.1990. P.41)

La justificación para la existencia de este servicio nacional se extrae del reconocimiento de cambios profundos en la estructura familiar, lo cual ha generado que ésta no tenga la capacidad de otras épocas para resolver la problemática de sus ancianos. Se reconoce que, en términos generales, todas las estructuras sociales marginan al anciano, y que hay una actitud negativa hacia la persona que envejece. Todo lo anterior obligó al Estado venezolano a definir una política a favor de la ancianidad y darle soporte legislativo, a efectos de hacerla cumplir en todos los sectores de la sociedad. (INAGER.1990.P.4).

El INAGER ha abandonado, a nivel discursivo, la opción de ofertar bienestar a cambio de segregar al anciano de la sociedad. Correspondiendo al avance en el Discurso oficial de asistencia a la vejez, todo programa se plantea teniendo como premisa mantener al anciano en actividad, luchar contra toda forma de segregación y lograr para las personas de edad un lugar adecuado dentro de la comunidad:

En la actualidad los ESTABLECIMIENTOS GERIATRICOS deben superar la situación asilar, (generadora de condiciones similares al hospitalismo) y la segregación, ya que sus objetivos fundamentales serán el de mejorar y/o mantener buenos lazos afectivos con la familia e incrementar en cantidad y calidad las relaciones interpersonales; la monotonía y la privación sensorial deben ser reemplazados por un medio ambiente motivador y estimulante, ... (Firevicus.1993.P.4-5)

El estudio realizado para el INAGER por la Psicóloga María Haydée Firevicus, consultora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), efectuado en 82 Instituciones Totales para ancianos, y que incluyó entre sus variables la planta física y los recursos materiales (inmueble y bienes muebles), ubicó 42 establecimientos (51,22%) en la categoría más baja: no recomendable, y sólo dos (2,44%) fueron considerados recomendables (Ibidem.P.33-34).

La capacitación del personal también se ubicó en niveles extremadamente bajos, sólo un 6,25% posee formación de nivel universitario completa, teniendo el grueso del personal niveles que no rebasan el bachillerato completo y donde predomina la primaria incompleta (Ibidem.P.35).

Existe una correlación directa entre los bajos niveles de formación y especialización en Gerontología y las actitudes hacia la vejez en este personal. El 85% mantuvo actitudes neutras o negativas hacia los ancianos (Ibidem.P.36). Aquí se revela la introyección y manejo por el recurso humano en estas Instituciones del Discurso Social segregante acerca de la

vejez. Abundan los estereotipos negativos que asimilan al anciano con enfermedad, improductividad, asexualidad, entre otros.

Como contradicción, este personal forma parte de una Institución que reconoce la existencia de un problema psicosocial en la vejez institucionalizada, y que argumenta la necesidad de integración social, de borrar las barreras entre la Institución y el mundo exterior. La pregunta es cómo llevar a cabo proyectos que no son compartidos por el personal que debe ponerlos en marcha. El **INAGER** se propone insertar en la desinserción, ubicar *al interior de la comunidad* a partir del aislamiento intrínseco que le caracteriza y de un recurso humano que lo subraya. Es usual el recurso a verbos y expresiones relacionados con la negación de la autonomía, del desarrollo de potencialidades, tales como procurar conseguir, proteger, prestar, proveer, suministrar; en un contexto fuertemente medicalizado, aunque oficialmente opuesto a mantener el "rol de enfermo" asignado tradicionalmente a los ancianos institucionalizados, para tratar una problemática cuyas raíces y dinámica son sociales.

El manejo discursivo del **INAGER** gira sobre dos líneas paralelas: una, letra muerta, que reconoce la existencia de una problemática social en la institucionalización del anciano y argumenta la necesidad de darle solución. Otra, que se lleva a la práctica, sustentada en conocimientos biomédicos aislados del contexto social. El resultado es una atención esencialmente biologicista y hospitalaria, que ubica el eje en la enfermedad, no en la vida.

Lo anterior refleja la actitud clásica del Estado ante situaciones de conflicto social, que consiste no en incidir sobre los factores causantes de éste, sino en generar una nueva infraestructura que de hecho "soporta" el problema, mas no lo elimina. O quizás podría hablarse de una eliminación en el sentido de conveniencia para quienes detentan el poder: en todo caso, se elimina el individuo -anciano en este caso- para permitir a esa estructura familiar modificada proseguir la reproducción de las relaciones de poder vigentes. En un proceso de inversión, resulta que finalmente el problema es el anciano, no la familia.

## 2.2 LA UNIDAD GERONTO-GERIATRICA "DR. JOSE DOLORES BEAUJON" DE CORO, ESTADO FALCÓN

### 2.2.1 Antecedentes

Los antecedentes históricos del servicio asistencial para ancianos en el Estado Falcón se remontan al año 1945, cuando un decreto del Gobierno del Estado da origen al "Asilo de Ancianos e Inválidos", ubicado en Coro, capital del Estado, bajo la dirección de religiosas Agustinas.

Desde su instalación funcionó en diversas casas, ninguna de las cuales poseía las condiciones apropiadas para el servicio. En el año 1960, el Director de la Seccional Zulia del PANAI y el Arq. Miguel Casas Armengol, colaborador de la Oficina de Proyectos y Planificación del PANAI, Seccional Zulia, presentaron en el encuentro de la PAMA (Asociación Médica Panamericana), efectuado en Ciudad de México durante mayo de 1960, un ante-proyecto sobre edificaciones residenciales para ancianos.

Como resultado de su puesta en marcha fue edificada la UGG de la ciudad de Coro, que entró en servicio en el año 1964, incorporada al PANAI. De la experiencia de su funcionamiento se desarrollarían -lo que no se logró- soluciones regionales y nacionales para Venezuela, un país que por entonces se manejaba a través de asilos carentes de planificación arquitectónica y gerontológica en general.

El proyecto inicial comprendía un complejo de viviendas para ancianos con dos niveles de servicio: residencia para ancianos y enfermería. El único cambio con respecto al proyecto fue la capilla, originalmente diseñada en forma circular y realizada finalmente sobre una planta rectangular, mucho más modesta. Años después se anexó el programa Centro de Atención Diaria, por lo cual el complejo actual ofrece tres niveles de servicio.

Los autores del proyecto se basaron en un estudio previo que consideró aspectos sociales, humanos y funcionales; con la finalidad de cubrir requerimientos físicos primarios y

necesidades espirituales y humanas (Casas, Suárez. 1960. P.1). En dicho estudio intervinieron médicos y arquitectos.

A partir de la idea de reproducir al máximo la vida en familia y comunidad, el proyecto perseguía rebasar la atención tradicional de alimento, vestido y asistencia médica, para combatir el confinamiento social característico de las residencias geronto-geriátricas. El objetivo-solución se encerraba en el concepto "HOGAR DE ANCIANOS", entonces considerado un término moderno en la materia.

Un "HOGAR DE ANCIANOS" moderno debía reunir las siguientes características:

- Cubrir las necesidades de alimentación, vestido y vivienda.
- Incluir la rehabilitación física.
- Incluir la rehabilitación moral, sustentada en considerar al anciano como persona, mantener su responsabilidad ciudadana y sentido cívico dentro de la sociedad.
- Introducir el concepto de HOGAR. Lograr un ambiente que haga sentir al anciano como en casa, rescatando elementos de intimidad a través de células básicas habitacionales.
- Incluir la Recreoterapia a partir de espacios de reunión y esparcimiento como comedores, salones de estar, de juego, biblioteca, etc. Así como áreas para reuniones más pequeñas y más privadas.
- Incluir la Laborterapia para aprovechar la capacidad de producción de los ancianos, generando ocupación y pequeñas remuneraciones. Funciones como portero, vigilantes y jardineros se sugerían para los gerontes.
- Evitar la edificación monumental, por impedir la individualización de las células componentes del proyecto, dificultar la circulación y requerir técnicas costosas. El principio era adaptar el plano arquitectónico a las condiciones de los usuarios.
- Proporcionar facilidades para el culto religioso. (Ibidem. P. 3-4)

El proyecto rechazaba el carácter cerrado tradicional de estas Instituciones, hablaba de relaciones con la comunidad, de un lugar permeado hacia el exterior, relación con otros grupos de edad, fijación de roles y sentido de pertenencia hacia el nuevo hogar. Se proponía

facilitar el acceso de las visitas e incluso permitir a algunos ancianos salir de la Institución, contrapesando los problemas administrativos que esto pudiera ocasionar con regulaciones apropiadas.

En sus inicios el personal se integraba por: dos médicos, uno de ellos con función de Director; una enfermera jefe y 6 auxiliares, 6 camareras, 4 religiosas y un capellán. El personal administrativo lo integraban unas 12 personas entre conserje, cocineras, lavanderas y jardineros. El área de laborterapia se dividía en manualidades, jardinería y horticultura.

## 2.2.2 Planteamiento Arquitectónico General

### 2.2.2.1 Localización

Esta UGG, de carácter oficial, dependiente del INAGER, está ubicada en la Avenida Independencia de la ciudad de Coro, capital del Estado Falcón, en el plano costero de la región noroccidental venezolana. (Anexos N° 1 y 2)

Abarca un área de 10.000 mts cuadrados en zona actualmente urbana (Anexo N° 3). La Avenida Independencia es la principal arteria vial de la ciudad de Coro, comunica a la ciudad por su parte occidental con la carretera de la costa, que se dirige hacia el centro del país. Posee esta avenida cuatro canales de circulación, de mediana velocidad (40-60 kph), con dos orientaciones: poniente-oriente y oriente-poniente, y divididos por camellón central. Cuenta con zona arbolada a ambas orillas, no así en el centro. Se encuentra asfaltada desde su inauguración y en su totalidad. (Foto 1)

Para el momento de su puesta en marcha, la ubicación de esta UGG era periférica con respecto al cuadrado urbano, en sus alrededores no había más que algunas construcciones

aisladas propiedad de particulares, un stadium y un colegio de religiosas. Progresivamente, el proceso de conurbación fue asimilando la Avenida y con ella la UGG a la actividad residencial y comercial de la ciudad. Actualmente es una zona casi totalmente urbanizada, excepto por su lado norte. (Anexos N° 2 y 3)

Al respecto de los anexos 2 y 3, cabe mencionar que el Plano N° P1-031-B4, del Municipio Miranda, proporcionado por el Ministerio de Desarrollo Urbano (MINDUR) y considerado el más actualizado a nivel Ministerial, no incluye la localización ni identificación en la trama urbana de la Unidad Geronto-Geriátrica de Coro, como tampoco de las edificaciones próximas (Polideportivo, Stadium Municipal, Tecnológico de Coro, etc.). La Dirección de Ingeniería Municipal del Municipio Miranda no proporcionó un plano más completo, al regirse por los planos de MINDUR. Se recurrió a un plano de la Dirección Regional de Turismo el cual, pese a estar mucho más actualizado, tampoco incluía la Unidad Geronto-Geriátrica de Coro. Se procedió a identificarla en el Plano de la Dirección de Turismo, para efectos de esta investigación.

#### 2.2.2.2 Capacidad

La capacidad actual de alojamiento de esta institución es de 100 ancianos, y el programa abierto Centro de Atención Diaria maneja un cupo máximo de 50 beneficiarios.

Entre 1978 y 1979 fue construida una edificación anexa para 104 ancianos, integrada por habitaciones para 6 ancianos, con 2 salas de baño y 6 closets; además cocina, comedor, cava y espacio para actividades sociales. Sin embargo, este anexo no guardó correspondencia con respecto al plano arquitectónico anterior, y se cometieron graves errores de diseño, resultando que el piso del patio exterior, alrededor del cual se ubicaban las habitaciones, quedó más alto que el de éstas y sin canalización para el agua de lluvia, por lo que al llover se presentaban serios problemas que impidieron la puesta en servicio de dicha obra. (Fotos 2 y 3)

Años después, por convenio entre la Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda y el **INAGER**, estas instalaciones fueron cedidas para funcionamiento del Programa de Gerontología, carrera técnica universitaria que egresa especialistas en la problemática de la vejez.

Actualmente residen 86 ancianos en dicha UGG, y 25 asisten al Centro de Atención Diaria.

### 2.2.2.3 Zonificación y Ambientes

Haciendo un desglose detallado, la UGG "Dr. José Dolores Beaujón" cuenta actualmente con las siguientes zonas:

- Administrativa: incluye tres oficinas de trabajo social, oficina de economato, Dirección con oficina de secretaría, oficina de personal, cuarto de reproducción, oficina de gerontología, oficina de contabilidad y depósito de medicinas.

- Social: incluye hall de espera para visitas y sala de usos múltiples para ancianos autoválidos.

- Cabaña para visitas: incluye recibo, dormitorio y baño.

- Religiosa: formada por una capilla.

- Consultorio médico.

- Cocina: con el área de preparación de alimentos, depósito de víveres secos, depósito de loza y comedor para empleados y trabajadores.

- Comedor de ancianos autoválidos, el cual funciona en el mismo espacio que la sala de usos múltiples de la zona social.

- Lavandería y aplanchado: en un solo espacio se agrupan 2 lavadoras industriales, una secadora, una aplanchadora industrial, varias mesas para planchado manual y escarapates metálicos para almacenamiento de ropa. Con acceso inmediato pero clausurado se ubica el depósito de artículos de limpieza. La zona de tendederos se ubica hacia los

líderes norte y este de esta zona, aunque también ha invadido el interior de la lavandería-aplanchado.

- Alojamiento de ancianos: espacios de diferentes tamaños, divididos para ancianos autoválidos e inválidos, separados hombres de mujeres, y el área de inválidos con sus respectivos puestos de enfermería. Son, en total: tres cabañas para ancianas autoválidas en cohabitación, dos cabañas para ancianas autoválidas solas, cuatro cabañas para ancianos autoválidos en cohabitación y tres cabañas para ancianos autoválidos solos. Para los ancianos inválidos existen dos bloques colectivos separados por sexo.

- Alojamiento de un residente no anciano no incluido en el plano original.
- Cafetín-refresquería.
- Sala de fisioterapia.
- Morgue.
- Casa-depósito de material fuera de inventario.
- Talleres: incluye actividades de mantenimiento y reparación.
- Áreas verdes.

El diseño se ejecutó como conjunto abierto, con diversos "bloques tipo" que se repiten, y cuyos elementos de especificación (ventanas, puertas, pisos, vigas, etc.) también son iguales, con el objetivo de abatir costos. Edificios pequeños que requieren estructuras livianas y sencillas.

En total se distinguen siete ambientes que engloban dichas zonas: individual o elemento básico (cabañas y dormitorios colectivos para ancianos inválidos), colectivo (capilla y comedor-salón de usos múltiples), de integración (áreas verdes y deportivas), de desplazamientos (corredores, rampas, andadores), de asistencia especial (Bloques de inválidos, consultorios médico, sala de fisioterapia y morgue), instalaciones centrales (oficinas, depósitos, cocina, lavado, cafetín), laboral (talleres de terapia ocupacional). Se expondrá cada uno por separado.

## Ambiente individual o elemento básico: cabañas y dormitorios colectivos

### Cabañas

Las llamadas cabañas (Anexo N° 4) consisten en células habitacionales pequeñas, ubicadas como espacios externos privados o semi privados. Inicialmente constituyeron un elemento con un tipo de planta, que variaba en la disposición del plano de conjunto y los colores. Actualmente se denomina cabaña a cualquier espacio habitado por ancianos. (Foto 4)

Los materiales utilizados fueron bloque gris, arena, cemento y concreto armado; techos de asbesto con estructura de viguetas metálicas y correas, y pisos de cemento pulido.

El acceso a las cabañas se da por puertas de madera cuyo ancho oscila, debido a la heterogeneidad de locales destinados a cabañas, entre 74 cms. hasta 1 metro. Tienen diversos sistemas de cierre (manillas, cerradura giratoria o pasadores con candado). Las cabañas originales poseen sólo una puerta al exterior. Interiormente, los microambientes se comunican por vanos de medidas iguales a la puerta externa. Las puertas de los baños, cuando los hay, son bastante angostas (59 cms.).

Cada anciano cuenta con cama individual de hierro, con jergón metálico y colchón generalmente forrado de plástico. Algunos cuentan con un casillero, escaparate o maleta para guardar sus objetos de uso personal, además de alguna silla y mesitas donde colocan diversos objetos. (Foto 5)

La ventanería es tipo basculante, encontrándose los vidrios inferiores recubiertos de pintura plástica, en sustitución de cortinas y para mitigar la luz solar. Todas las cabañas tienen ventilación artificial, sea ventilador de techo, de pared o de piso. (Foto 6)

La iluminación artificial de las cabañas es en base a bombillos incandescentes, generalmente adosados a las paredes, ubicándose uno por cama. En la parte externa

presentan el mismo tipo de bombillos. Los interruptores generalmente se encuentran a media altura y los tomacorrientes están integrados a cada unidad de lámpara, a una altura de 2.05 mts. del piso.

No todas las llamadas cabañas poseen baño. Cuando los hay, están divididos en dos compartimientos con entradas independientes y puertas de metal: el área de ducha y el área de WC y lavamanos. Sus paredes llegan a una altura inferior al resto de la planta arquitectónica. Tienen cerámica blanca ordinaria en sus paredes, sanitarios de cerámica blanca ordinaria y regadera con agua fría. Los pisos son de cerámica antiresbalante color crema. (Fotos 7 y 8)

Separados por sexo, las cabañas de las mujeres están pintadas -por dentro y fuera- en color rosa, y las de ancianos en azul claro (Fotos 4 y 9). Los pisos son de cemento liso y en color rojo. En los techos domina el gris del asbesto. En términos generales los colores interiores y exteriores del área de residencia son rosado y azul. Una gama de marrones, azules, blancos y cremas predomina en ventanas y puertas. En los pisos el rojo oscuro.

#### Dormitorios colectivos para ancianos inválidos

Finalmente, existen bloques para ancianos inválidos (Ver Anexo Nº 4), cuyas dimensiones y características están en función de las conveniencias de una atención más específica, con intervención permanente de personal de enfermería. (Vid Infra. Pág. 61 )

Para efectos de funcionamiento, las dos paralelas que conforman cada bloque están distribuidas según el grado de deterioro físico y mental de los ancianos. Los ancianos inválidos y sin afecciones psíquicas ocupan una paralela, los ancianos con afecciones psíquicas ocupan la otra. Sin embargo, existen ancianos autoválidos y sin deterioro mental que residen en estos bloques, en una evidente alteración de la dinámica de distribución de la población residente. Además de esto se encuentra el uso de un depósito como dormitorio para los llamados "ancianos caminadores", reportados como ancianos que por diversas

circunstancias acostumbran deambular en horas de la noche y a los que, por medida de seguridad, se les confina en ese pequeño espacio, ubicado en el área de enfermería.

En general, los ancianos de estos bloques aunan a su problema locomotriz algún deterioro mental acentuado. Si alguna posibilidad hubo de rehabilitación ésta se ha perdido. Permanecen durante el día a lo largo de los corredores techados que existen en ambas paralelas, acostados en sillas extensibles, en posición fetal o semi fetal, o en silla de ruedas. (Foto 10)

#### Ambiente colectivo: comedor-salón de usos múltiples, capilla

La UGG cuenta con un comedor-salón de usos múltiples, que diariamente es utilizado además como salón de televisión para ancianos autoválidos. La capilla fue pensada en función de las necesidades de culto y como punto de contacto e intercambio con otras personas de la comunidad. (Ver Anexos N° 4 y 5)

La capilla no ha sufrido modificaciones de forma ni función desde su inauguración, reportándose mejoras recientes en la ventilación artificial. Por el contrario, el comedor-salón de usos múltiples es resultado de la fusión de dos espacios antes independientes. A diferencia de los otros espacios, en éste se combinó el azul oscuro en pintura de aceite para la mitad inferior de los muros, y blanco en la superior, con piso y techo como los ya descritos. (Fotos 11 y 12)

## Ámbito de Integración

### Espacio exterior Inmediato: áreas verdes, áreas deportivas

Las áreas verdes rodean a la UGG por sus lados sur y oeste. El área verde ubicada hacia el lado sur, colindante con la Avenida Independencia, tiene como propósito crear una barrera contra ruidos y polvo. Tienen como marco un muro con bloques perforados en su parte superior, pintado en su totalidad de azul claro y blanco. (Foto 13)

Alrededor de dormitorios y cabañas también existen áreas verdes, con presencia de plantas ornamentales y frutales. Se observa en general fuerte deforestación. (Foto 14)

Las áreas verdes están bajo atención de un jardinero sin conocimientos especializados en paisajística, que se limita a labores de limpieza en estas áreas. No existe mantenimiento fito-sanitario, selección de árboles para reforestación ni reposición de nutrientes en el suelo.

El área deportiva, en cuanto sentido de rehabilitación o acondicionamiento físico, no existe. Está reducida a la presencia de una cancha de bolas criollas y otra de bolos, ambos deportes tradicionales en los hombres del medio rural venezolano y a los que son afectos un grupo de ancianos residentes, cumpliendo un papel más recreativo que de acondicionamiento físico. (Fotos 15 y 16)

### Comunicación con los alrededores: facilidad de acceso, tipo de alrededores

Si alguna vez el acceso a la UGG se dificultaba por su ubicación periférica, actualmente la situación ha cambiado.

La Avenida Independencia es zona de circulación de las principales rutas de transporte colectivo de la capital del Estado, y acceso usual del transporte interurbano proveniente del

centro del país y de los Municipios ubicados hacia el oriente del Estado, sobre todo Colina, Zamora y Piritu.

Debe considerarse, sin embargo, que la entrada principal de la UGG y de la capilla se encuentran del lado sur, sobre la Avenida Independencia, y no existen señalizaciones de que exista en la zona un conjunto habitacional para ancianos, como tampoco semáforos manuales en dichas entradas, siendo que existe un flujo peatonal de importancia derivado de las instituciones cercanas y de la misma UGG, así como una parada autorizada y dos paradas no autorizadas para transporte colectivo. (Foto 13)

En los alrededores de la UGG se ubican residencias privadas de sectores sociales acomodados, unidades educativas oficiales de nivel superior, dependencias del Gobierno del Estado y locales comerciales. Quedan aún pocas manchas no urbanizadas, algunas de las cuales se encuentran en proceso de construcción de viviendas para sectores sociales medios y altos. Existe también, por el límite norte de la UGG, un área no urbanizada, propiedad del Instituto Universitario de Tecnología "Alonso Gamero". (Anexos N° 2 y 3)

#### Ambiente de desplazamientos: corredores, andadores y rampas

Básicamente, la UGG tiene corredores y andadores.

Los corredores son techados y comunican las dependencias de los Bloques 1 y 2 de Instalaciones Centrales. Los andadores no están techados y se ubican en ciertos sectores de las áreas verdes, teniendo como finalidad comunicar la UGG en su conjunto. Las rampas prácticamente no existen en esta Institución: (Fotos 17 y 18. Anexo N° 5)

La comunicación desde el interior hacia la capilla es ostensiblemente deficiente. El desplazamiento está claramente definido desde el exterior, tanto porque la fachada mira

hacia la Avenida Independencia como porque la única área de acceso da servicio hacia esta avenida. Los ancianos que recurren a este servicio deben cruzar la arboleda circundante para acceder a la instalación o utilizar una acera de un metro de ancho que bordea la capilla por su lado izquierdo, comunicando con una entrada lateral -sin rampa para sillas de ruedas- y la entrada principal, donde existe una rampa reducida a un ancho útil de 70 cms. Siendo el ancho de las sillas de ruedas 60 cms., queda una superficie de movimiento, aproximación y maniobra de sólo 10 cms., que en ancianos con dificultades para autopropulsarse -como en este caso- aumenta su dependencia de un tercero. (Fotos 19 y 20)

Los materiales empleados para este ambiente son, esencialmente, cemento pulido en los corredores y cemento rústico en los andadores de las áreas verdes. Se observa deterioro en estos debido al intemperismo y a la penetración de las raíces de los árboles, que ocasiona levantamiento y fractura de las losas de cemento; y rotura del alcantarillado. (Fotos 21 y 22)

#### Ambiente para asistencia especial: bloques de inválidos, consultorio médico, sala de fisioterapia y morque

Los dos bloques de inválidos se ubican en dirección oeste-este: uno para hombres, pintado en azul claro, y otro para mujeres pintado en rosa pálido. El acceso principal está inmediato al área de enfermería, de la que cada bloque cuenta con una para efecto de control médico y cuidados leves. También cuenta cada uno con un área húmeda, donde se limpian parcialmente las bandejas de alimentos antes de llevarlos a la cocina. El cuarto de guardia de las enfermeras se ubica en el bloque de inválidas. Los dormitorios se ubican en pequeñas células alineadas e intercomunicadas en forma permanente por vanos carentes de puertas. En general, cada célula tiene cuatro camas individuales por todo mobiliario. (Foto 23)

Construidos en forma de "H"; pisos, techos, paredes, ventanería, colores, accesos y otros elementos guardan las mismas características que la zona de cabañas. Ambas

paralelas de la "H" poseen dormitorios y baños, pero además, en una se ubica -sobre el corredor- la zona de comedor, y en la otra el área de enfermería con sus anexos (sala de cura, consulta médica, oficina de enfermería, cuarto para ancianos "caminadores" y depósito de ropa). En el segmento de unión y el corredor-comedor se sustituyó hace pocos años el cemento liso rojo por cerámica antideslizante.

El consultorio médico, antes en el Bloque 1 de Instalaciones centrales, se encuentra actualmente en la zona de cabañas, ocupando una de éstas. Tiene el mobiliario e insumos mínimos indispensables para su funcionamiento, incluso aire acondicionado y cortinas. La sala de fisioterapia es de reciente creación, fue inaugurada oficialmente en mayo del año en curso, pero ha habido actividades de rehabilitación física en forma sistemática desde 1994. También ocupa lo que fuera una cabaña. Cuenta con el equipo mínimo: camilla, dos andaderas, barra paralela, espejo de cuerpo entero, mesón de tratamiento, polea para miembros superiores, tres bastones de trípode, lámpara de infrarrojos, dos fomenteras eléctricas y aparato de Tens.

La morgue se ubica en el extremo noroeste de la UGG (Foto 24), retirada de las Instalaciones centrales y el área de cabañas, próxima al bloque de ancianas inválidas y a una cabaña que originalmente era de aislamiento y en la actualidad es residencia de ancianos varones autoválidos. La morgue de la UGG nunca ha funcionado como área de autopsias, sólo como depósito de cuerpos y lugar de preparación de los mismos antes de llevarlos a la capilla. Presta servicio exclusivamente a los ancianos residentes.

Ambiente de Instalaciones centrales: Dirección, oficinas, habitaciones para el personal, cocina, lavado-aplanchado, depósitos, cafetín

Las siguientes instalaciones centrales se ubican casi en su totalidad en el área más inmediata a la entrada principal (Bloque 1 de Instalaciones Centrales), hacia el límite suroeste de la UGG: oficina de economato, oficinas de servicio social, Dirección con oficina de

secretaría, oficina de contabilidad, cuarto de reproducción, oficina de gerontología, oficina de personal y el depósito de medicinas. En la parte posterior y en Bloques separados se ubican la cocina y el área de lavado-planchado. Desde las Instalaciones Centrales se accede y controla con facilidad tanto la entrada principal (Foto 25) como la entrada de vehículos lateral, ubicada hacia el occidente.

Casi todas las oficinas cuentan con aire acondicionado. Todas tienen piso de cemento pulido, puertas y ventanas de madera, techos con falso plafón e iluminación adosada a éste. El servicio telefónico público también se ubica en estas instalaciones, así como la mayor parte de los pasamanos.

La ventanería de todas las oficinas se encuentra recubierta de pintura plástica u oculta por cortinas, además de permanecer cerrada todo el tiempo, por lo cual su ventilación e iluminación natural es deficiente, debiendo recurrirse en forma permanente al uso de aire acondicionado y luz artificial. El mobiliario es el propio de oficinas, sin llegar a la ostentación pero evidentemente seleccionado con mayor flexibilidad presupuestal que el del resto de la UGG.

Las habitaciones para el personal se reducen al área de enfermería de guardia, ubicada en el bloque de ancianas inválidas. Las originales habitaciones del personal (médicos, enfermeras y religiosas) fueron modificadas en sus funciones, ya que cambios en el organigrama de la institución eliminaron la permanencia de este personal como residente. Estas habitaciones pasaron a uso de las Instalaciones Centrales y al ambiente de cabañas.

La cocina conserva parcialmente el agrupamiento tradicional, al estar cerca del comedor de obreros pero retirada del comedor de ancianos autoválidos y de la cava. Su equipamiento también es parcial, al carecer de campana y extractor, servicio de agua caliente, tela metálica o insectocutores, y otros.

El área de lavado-planchado-ropería-costura conserva la ubicación tradicional, al fondo del conjunto. Al igual que la cocina-comedor el conjunto ha sido alterado en su flujo, y también

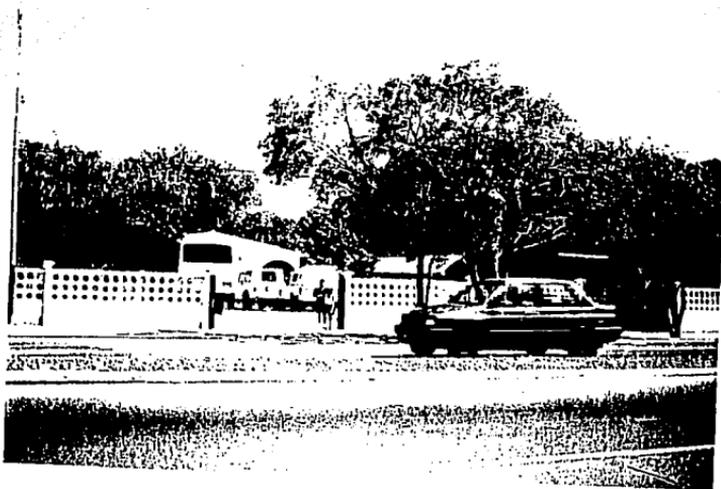
posee un equipamiento parcial. En estos dos bloques de Instalaciones Centrales se advierte estrechez presupuestal, que se refleja en problemas crónicos de mantenimiento de las instalaciones y equipos.

Los depósitos se ubican en distintos puntos de la UGG, comenzando con el depósito de medicinas, adjunto a la sección de oficinas. Otros (viveres secos y aseo) se ubican hacia el occidente. La cava para alimentos perecederos está hacia el oriente, en un segmento del anexo donde funciona el Centro de Atención Diaria, al igual que una pequeña casa destinada a depósito y almacenaje de material fuera de inventario. (Fotos 26 y 27)

Por último, el cafetín ocupa lo que fuera en el plano original la habitación de un ayudante, en la red de andadores, ambiente de cabañas. Fue donado a la institución y parte de su equipo se encuentra fuera de servicio. Es administrado por uno de los pocos ancianos que tienen entrada y salida libre a la institución.

#### Ambiente laboral: Talleres de terapia ocupacional

Los llamados Talleres en realidad no cumplen su función de terapia ocupacional. En el Plano Piloto eran tres (Ver Anexo N° 4), pero nunca funcionaron como tal, y actualmente son cabañas que habitan ancianos autoválidos solos. Las actividades de Terapia Ocupacional han sido desplazadas hacia el anexo construido posteriormente. Estas involucran por lo general a las ancianas, tanto del Centro de Atención Diaria como Institucionalizadas. (Foto 28)



1. Fachada principal de la Unidad Geronto-Geriátrica "Dr. José Dolores Beaujón".  
Coro, Estado Falcón, Venezuela. Ubicada sobre la Avenida Independencia.



**2. Centro de Atención Diaria: Patio y aulas de la Unlversidad**

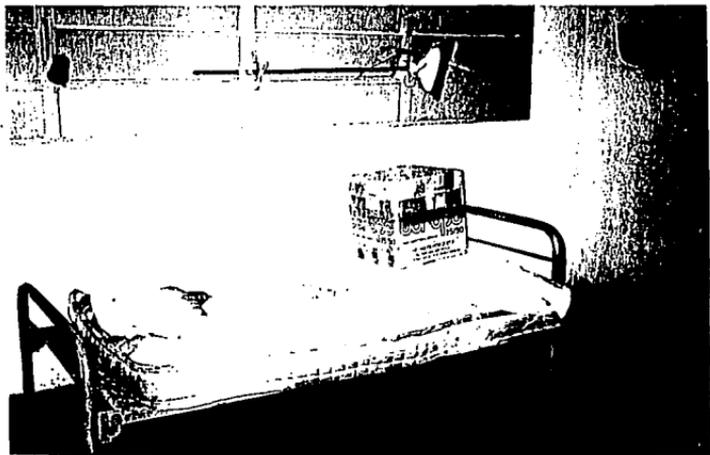


**3. Contro de Atención Diaria: Area de usos múltiples.**



4. Cabaña de ancianos. Al fondo, la cancha de bolas criollas.

5. Interior cabaña anciana  
mobiliario general.



6. Interior cabaña anciana; mobiliario general.



**7. Baño cabaña. Area de ducha y lavamanos. Obsérvese la barrera arquitectónica que separa ambos elementos.**



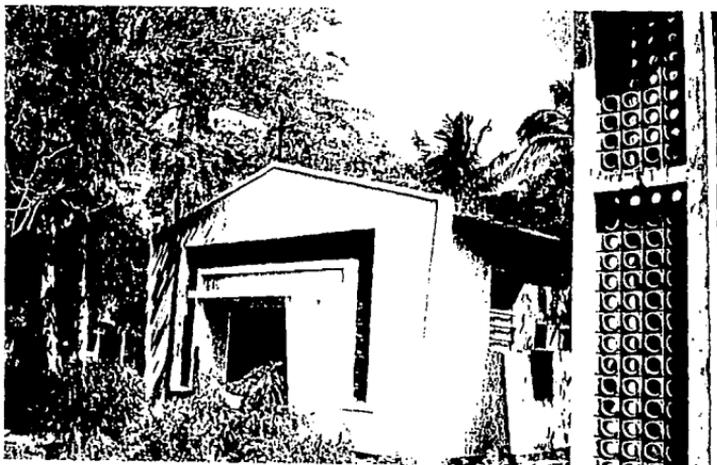
8. Baño de cabañas. Area de inodoro. Se advierte la estrechez del vano de ingreso (59 cms.)



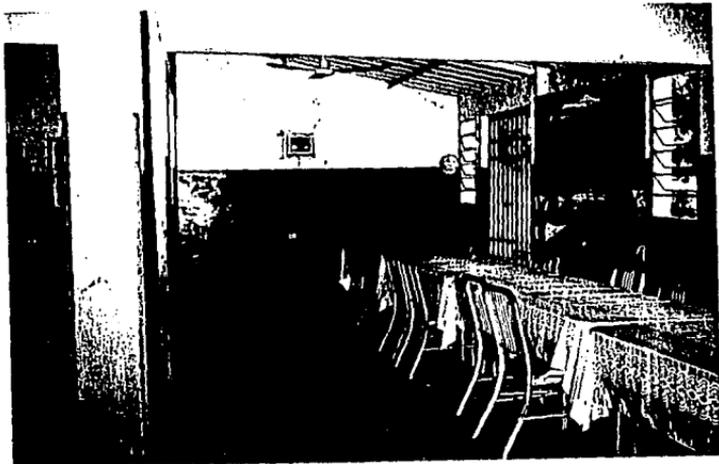
**9. Cabaña de ancianas (antes de las religiosas) con espacio abierto personalizado.**



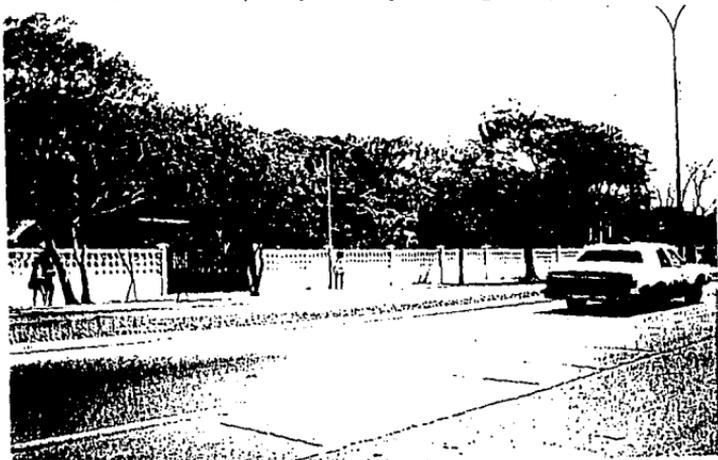
10. Bloque de inválidos varones. Vista del patio central con acentuada deforestación. Al fondo, anclanos acostados en el segmento de unión de las paralelas.



11. Fachada principal de la capilla. Al lado derecho, el campanario (sin equipo).



12. Comedor-salón de usos múltiples. Se advierte la escasa y aleatoria decoración del ambiente. Al fondo, adosado a la pared y con enrejado de seguridad, el televisor.



13. Muro de colindancia que bordea la Unidad Geronto-Geriátrica de Coro. Vista desde la Avenida Independencia. Se ve la entrada principal y la única parada oficial de transporte público.



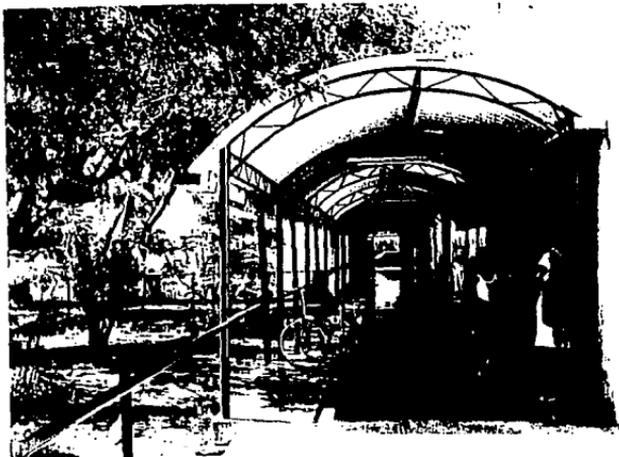
**14. Deforestación en el área verde colindante con el comedor-salón de usos múltiples. Al fondo, el muro de colindancia con la Avenida Independencia. La cabaña con aire acondicionado que se ve es la de visitantes.**



15. Cancha de bolas criollas, ubicada entre dos cabañas y un andador.



16. Cancha de bolos, ubicada a un costado del Centro de Atención Diaria y entre tres andadores.



17. Corredor con cercha tubular, uno los Bloques 1 y 2 de Instalaciones Centrales. Se advierte la permanente presencia de ancianos, personal y visitas sobre este corredor.



18. Andador que corre desde los Bloques 1 y 2 de Instalaciones Centrales, hasta los bloques de Inválidos. Obsérvese la rampa a la entrada de una cabaña. Al fondo, en amarillo, un depósito convertido en cabaña para anciana sola.

19. Capilla. Entrada lateral.  
La pérdida de vegetación  
se relaciona por ser zona  
de tránsito para los ancianos



20. Capilla. Rampa de acceso a la puerta principal. Superficie libre para movimiento, aproximación y maniobra: 60 cms.



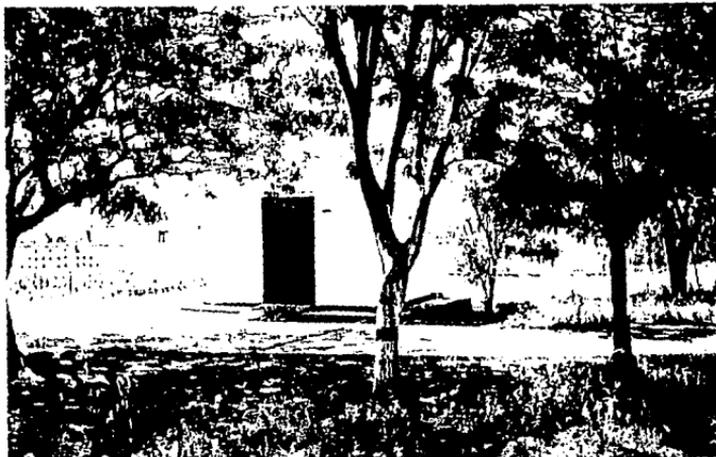
21. Andador deteriorado en acceso a cabaña de anclanas.



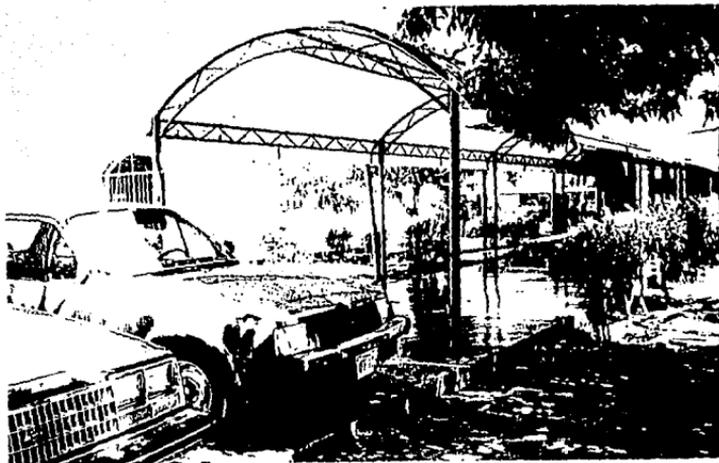
22. Zona de andadores. Alcantarillado con roturas.



23. Mobiliario del bloque de Inválidas. La pertenencia está dada por las pantuflas colocadas sobre el colchón. Obsérvese el deterioro en paredes y piso, el tipo de cama y la ausencia de mecanismos de control de iluminación y timbres a la altura del anclano.



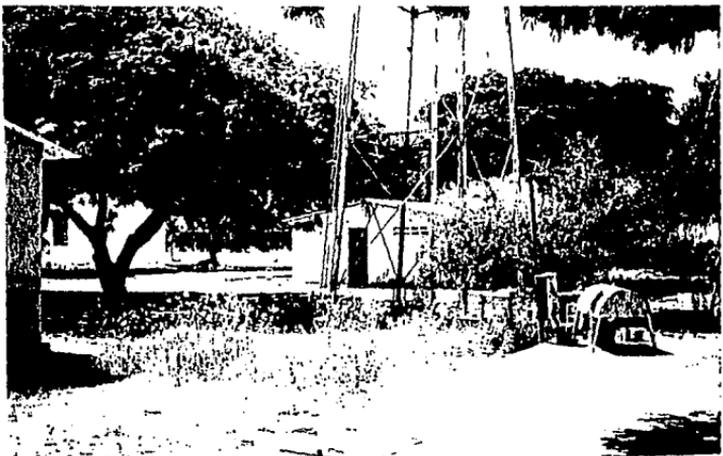
24. Morgue. Al fondo, muro de colidancia con la parte occidental (Av. IUTAG)



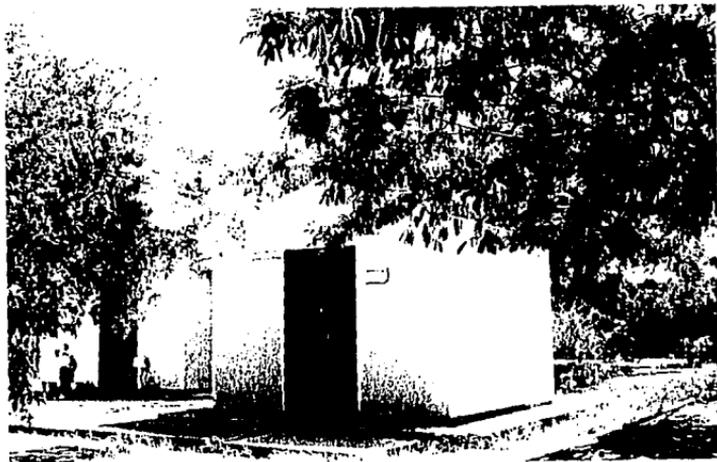
25. Parte frontal del Bloque 1 de Instalaciones Centrales. Se advierte su cercanía a los accesos principales. La puerta enrejada se encuentra cerrada en forma permanente, siendo la entrada natural hacia las oficinas. El acceso peatonal usualmente es obstruido por la sobreposición del estacionamiento.



26. Andador desde el área de cabañas hacia la cava, ubicada en el Anexo del Centro de Atención Diaria. Se ve el acceso a ésta.



27. Casa depósito-material fuera de inventario. Próxima al bloque de Inválidos y los originales Talleres de laborterapia, actualmente cabañas para ancianos solos.



**28. Cabañas para ancianos solos, sin baño (en el plano piloto, Talleres de laborterapia).**

## CAPITULO III

### 3.1 PRECISIONES METODOLÓGICAS

Este trabajo persigue descubrir la red de relaciones que dan forma a una realidad, en este caso la correspondencia entre Discurso Social, arquitectura y represión en una Unidad Geronto-Geriátrica específica.

Su base se ubica en la concepción de totalidad como la plantean Savater, desde la filosofía; y Gropius, desde la arquitectura:

Todo se espera del Todo, lo mejor y lo peor; fuera de él no hay cura ni razón, no hay cobijo ni progreso, no hay vida. Pero también es el Todo quien tiene la culpa minuciosa de cada uno de nuestros males, de cada una de nuestras miserias, de nuestra impotencia disimulada, pregonada... (Savater. 1978.P.19)

La materialización del objetivo propuesto de una arquitectura "total" que abarque todo el contorno visible, desde el simple mobiliario hasta la compleja ciudad (...) Todo ello representa un programa que deba conducir de la observación al descubrimiento, del descubrimiento a la invención y, finalmente, a la intuitiva estructuración de nuestro ambiente vital moderno (Gropius.1968.P.19)

#### 3.1.1 Los Estudios de Caso

Esta investigación es esencialmente exploratoria y diagnóstica, con uso de técnicas descriptivas, análisis e interpretación. Su base metodológica se encuentra en la investigación cualitativa y el estudio de caso:

El propósito es comprender el ciclo vital -o una parte importante de dicho ciclo- de una unidad individualizada. Esta unidad puede ser una persona, una familia, un grupo, una institución social o toda una comunidad. El estudio de caso, como método, examina y analiza profundamente la interacción de los factores que producen cambio o crecimiento (Best.1978.P.101).

Como tipo de estudio, el estudio de caso no es nuevo. Forma parte de las metodologías con que la antropología se aproximó al conocimiento de diversas regiones a ser colonizadas, desde la Primera Guerra Mundial. Otras áreas de saber como el Trabajo Social, la Psicología y la Medicina también lo han utilizado.

El estudio de caso centra su atención en una unidad social seleccionada (individuo, grupo, institución...) objeto de investigación, considerándola -para efectos de ésta- como un ente único; por tanto, se centra en la variabilidad individual y no se interesa por las generalizaciones o promedios.

La elección de este tipo de estudio se tomó debido a varias consideraciones. La más importante de ellas es que la planta arquitectónica de la Unidad Geronto-Geriátrica "Dr. José Dolores Beaujón" no se corresponde al promedio de lo que es una Institución Total. En este sentido, su forma no guarda relación con el mensaje que envía al conglomerado social. Esta UGG carece de elementos arquitectónicos tradicionales característicos de dichas Instituciones, como los muros elevados, la profusión de rejas, el ocultamiento del conjunto habitacional y sistemas de alarma. Igualmente, carece a nivel normativo o hace excepciones de muchas exigencias propias de estas Instituciones, como horarios estrictos, prohibición de salida para los internos y uniformes.

Como conjunto arquitectónico la Unidad Geronto-Geriátrica "Dr. José Dolores Beaujón" no se corresponde con los casos típicos de Institución Total para ancianos, no define visualmente el tipo ideal de ésta, y aunque no puede considerarse un caso extremo sí puede hablarse de una circunstancia atípica. Por tanto, existen elementos suficientes que permiten hablar con propiedad de una variabilidad individual acentuada tal que da pertinencia al uso de este recurso metodológico.

En este caso, el estudio será descriptivo e intensivo, analizando detalladamente un solo caso, la Unidad Geronto-Geriátrica "Dr. José Dolores Beaujón", anotando los cambios en su planta arquitectónica, desarrollo y crecimiento, simultáneamente a la exploración de las

relaciones entre esta forma arquitectónica en apariencia abierta con una serie de vivencias psicosociales de los residentes.

Interesa, antes que resolver un problema, detectar problemas; por ello no se hará uso de sistema hipotético. En todo caso, el estudio permitiría formular hipótesis de trabajo. Se persigue analizar la red de relaciones que dan forma a una realidad, en este caso la correspondencia entre Discurso Social, arquitectura y represión en esta UGG.

### 3.1.2 Universo y Muestra: ancianos y personal

Los datos para este trabajo proceden de dos fuentes básicas: ancianos y personal; que conforman universos diferentes dada su ubicación en la jerarquía institucional. Por ello se agruparon respetando esta jerarquía y se extrajeron muestras separadas proporcionales a estos dos grupos naturales de la Institución.

El Universo de usuarios lo integran 83 gerontes con calidad de **residentes**. Se excluyó a los ancianos que asisten al Centro de Atención Diaria por no entrar en la interacción cotidiana de la Institución Total, ya que el programa del cual participan es abierto.

Aplicando un criterio intencional, del Universo total de usuarios se excluyó aquellos ancianos con problemas de lucidez mental y/o con incapacidad verbal para mantener una conversación fluida (26 ancianos); lo cual redujo el Universo a 57 ancianos, de los cuales 25 habitan en cabañas y 32 en dormitorios comunes. Posteriormente se hizo el muestreo respetando los sub grupos naturales derivados de las distintas zonas de habitación existentes en la UGG: cabañas y dormitorios comunes para inválidos. El resultado final fue

una muestra de 13 ancianos: 6 residentes en cabafias y 7 en dormitorios comunes, equivalentes a poco más del 20% del universo.

El Universo del personal lo integran 75 trabajadores. Institucionalmente hay dos grandes categorías: administrativos y obreros. El personal obrero incluye a 53 trabajadores entre almacenera, aseadora, auxiliares de enfermera, cocineras y ayudantes de cocina, meseras, encargado y ayudante de mantenimiento, jardinero, barbero, camareras, camilleros, conductores, costurera, lavanderas y planchadoras. El personal administrativo incluye a 22 trabajadores entre Directora, asistente de personal II, auxiliar de laboratorio, Lrapista ocupacional y auxiliar, auxiliar de dietética, capellán, contabilista, enfermeras, técnicos superiores en Gerontología, médicos, oficinistas, trabajadoras sociales y ecónoma.

Aquí, también intencionalmente, se seleccionó al personal de mayor antigüedad en la institución, idóneo para seguimiento longitudinal y con buena capacidad de información. La muestra seleccionada fueron 18 individuos: 5 administrativos y 13 obreros, representando también, en conjunto, un porcentaje mayor al 20% del universo del personal.

### 3.1.3 Técnicas de Recolección de datos

La entrevista abierta, el cuestionario, la entrevista cerrada y la observación no participante fueron los procedimientos seleccionados para efectos de recolección de datos. La entrevista arrojó datos longitudinales sobre la institución y detalladas descripciones del presente, así como ciertas actitudes. La Observación corroboró algunos datos de las entrevistas y arrojó otros que no podían inferirse de las mismas.

Se fue particularmente cuidadoso en la aplicación de las entrevistas a ancianos porque estos poseen características muy particulares, propias del proceso normal del envejecimiento,

que hicieron necesaria su aplicación por etapas; por ejemplo fallas de memoria, cansancio y fallas auditivas.

Por ser individuos particularmente sensibles a los contactos interpersonales, dado lo escaso de los mismos y su deteriorada calidad, y haber generado una actitud de desconfianza hacia la interacción social -de la que el aislamiento institucional es responsable-, el investigador tomó los mayores cuidados para lograr una comunicación óptima, en el sentido de ser receptivo, mostrar interés por los planteamientos realizados, dejarlos expresar sus sentimientos, descartar actitudes moralistas, asumir actitudes comprensivas, no presionar y no interferir reacciones:

...podemos concluir que la comunicación óptima tiene lugar cuando el sujeto percibe al investigador como a una persona que probablemente comprenda y acepte su situación básica. De esta manera, el entrevistador es percibido como "cerca de uno"; es decir, es visto como una persona que aceptará las afirmaciones y la experiencia del sujeto. Eso no quiere decir que el sujeto deba percibir al entrevistador como similar a él mismo, pero debe verlo como capaz de comprensión o completamente tolerante ante su punto de vista (Festinger, Katz, 1975.P.319)

### 3.1.3.1 La Entrevista Abierta

El recurso básico fue la entrevista individual abierta a la muestra seleccionada. El investigador preparó una Guía de Entrevista para manejar en forma ordenada todos los aspectos a explorar en la investigación. Se partió de que la información suministrada está influenciada por la situación del entrevistado al interior de la institución. No hay información pura, incontaminada y estrictamente objetiva, a ningún nivel de la jerarquía institucional.

Se realizó en diferentes situaciones y tiempos, con el objeto de captar la mayor riqueza de las circunstancias de institucionalización que permitiera encontrar una estructura explicativa al objeto de estudio. Se trató de captar detalles, costumbres, rutinas, etc. A través

de un contacto progresivo, se partió de entrevistas no profundas hasta lograr niveles máximos de información comprometida:

La gran relevancia, las posibilidades y la significación del diálogo como método de conocimiento de los seres humanos, estriba, sobre todo, en la naturaleza y calidad del proceso en que se apoya. A medida que el encuentro avanza, la estructura de la personalidad del interlocutor va tomando forma en nuestra mente; adquirimos las primeras impresiones con la observación de sus movimientos, sigue la audición de su voz, la comunicación no verbal (que es directa, inmediata, de gran fuerza en la interacción cara a cara y, a menudo, previa a todo control consciente) y toda la amplia gama de contextos verbales por medio de los cuales se pueden aclarar los términos, descubrir las ambigüedades, definir los problemas, orientar hacia una perspectiva, patentizar los presupuestos y las intenciones, evidenciar la irracionalidad, ofrecer criterios de juicio o recordar los hechos necesarios. (Martínez.1991.P.68)

Para el acceso a los entrevistados se aprovechó la interacción cotidiana que tienen con la investigadora, dada su función docente en el local anexo del Programa de Gerontología. Además, se utilizaron estrategias como explicar los objetivos de la investigación, apoyarse en el profesionalismo, asegurar la confidencialidad de la información, e incluso adoptar un rol pasivo dejando al informante llevar el hilo narrativo, interrumpiendo lo menos posible y utilizando las preguntas para estimular la narración en la búsqueda de los datos deseados.

### 3.1.3.2 La Entrevista Cerrada

La entrevista cerrada, de carácter directivo, fue diseñada con el objeto de precisar al máximo el uso que los entrevistados dan y la impresión que tienen del espacio en que habitan. Se aplicó exclusivamente a ancianos, que por su elevado índice de analfabetismo quedan invalidados para aplicación de cuestionario. Se diseñó un instrumento de 37 preguntas, se aplicó prueba piloto en 2 individuos de la misma institución y con las características exigidas a la muestra, para realizar los ajustes pertinentes, resultando un

Instrumento definitivo de 36 preguntas, clasificadas de la siguiente forma: tamaño de los ambientes, mobiliario y utensilios, puertas y ventanas, iluminación, temperatura y ventilación, pisos, movilidad, olores y colores, uso de los ambientes y necesidades sentidas. (Anexo N° 6)

### 3.1.3.3 El Cuestionario

Por ser una población completamente alfabetizada, y para facilitar las respuestas, se diseñó -exclusivamente para el personal- un cuestionario de 29 preguntas. La prueba piloto se aplicó a 2 (dos) individuos. De ésta se desprendió la necesidad de hacer pequeños cambios de lenguaje y algunas precisiones de instrucción para responder ciertas preguntas, quedando el cuestionario definitivo con la misma cantidad de interrogantes y clasificadas sus preguntas en: tamaño de los ambientes, mobiliario y utensilios, desplazamientos, iluminación, temperatura y ventilación, pisos, olores y colores, uso de los ambientes y necesidades sentidas. (Anexo N° 7)

### 3.1.3.4 La Observación no Participante

Para efectos de Observación se diseñaron Cédulas; una por cada ambiente, con aquellas características a ser incluidas en la recolección de datos. Las Cédulas de Observación permitieron sistematizar y delimitar el proceso de Observación. Resultaron en total 7 (siete) Cédulas. (Anexos N° 8 a 14)

Sucesivos recorridos por las instalaciones de la UGG, unos en forma independiente y otros acompañada de informantes idóneos, permitieron registrar por vía escrita, grabaciones y visual (fotografías) una serie de elementos de la planta arquitectónica y conexos a ella, vaciándolos después como descripción y con su respectivo análisis.

La Observación permitió detallar aspectos del uso cotidiano de las instalaciones: zonas de mayores y menores desplazamientos, dificultades para los mismos, ingreso y egreso de la

Institución, horarios, y otros; registrar visualmente el estado de mantenimiento de la planta arquitectónica. Además, y en función de las fallas de memoria que pudieran constituirse en limitantes a la recolección de datos, la Observación permitió corroborar algunas de las preguntas efectuadas en las entrevistas cerradas.

En el transcurso de ejecución del proyecto, el investigador no se insertó ni se involucró en la dinámica institucional. En ningún momento participó en las actividades cotidianas del lugar, por lo cual esta Observación entra en la categoría de **No Participante**.

## CAPITULO IV

#### 4.1 ANALISIS DE LOS DIFERENTES AMBIENTES EN BASE A: TAMAÑO, CARACTER, DISTRIBUCION, ILUMINACION, VENTILACION, EQUIPAMIENTO, DENSIDAD POBLACIONAL Y UTILIZACION DADA

##### 4.1.1 Ambiente individual o Elemento Básico: Cabañas y área individual del Bloque de Inválidos.

El número de residentes; 86, es inferior al cupo máximo fijado en el diseño arquitectónico de la institución; 100 ancianos. Por lo cual no puede hablarse de elevada densidad poblacional, ni de hacinamiento en un sentido formal, de plano arquitectónico. Sin embargo, a nivel individual, el espacio de uso efectivo en las habitaciones oscila entre los 3.5 y 4 mts cuadrados por anciano. En la realidad, el anciano no dispone de ese espacio suficiente y necesario; sentido, no simplemente planificado, como célula básica (Fotos 4 y 5). La extremada visibilidad de los supuestos espacios individuales entra en contradicción directa con el concepto y la práctica de lo individual, lo íntimo, lo personal, lo privado. Si bien no puede hablarse de un problema de hacinamiento, sí puede hacerse de una resistencia a la cohabitación, y el recurso al aislamiento como mecanismo preservador, en alguna medida, de la intimidad y privacidad. Por otra parte, en términos del Discurso institucional, puede afirmarse que existe una imposibilidad real de la institución para afrontar el aislamiento.

El ambiente individual de **autoválidos** ha crecido sustentado en la dispersión de los ancianos y la invasión del área menos favorecida infraestructuralmente: los depósitos. Se encontró la dispersión del área habitacional y su crecimiento hacia áreas aisladas, así como la presencia de ancianos residentes en solitario, lo cual se contradice con los objetivos de integración de la Unidad, de vida gregaria, de compartir. Revela una incapacidad social y psicológica de la institución para llevar a la práctica los postulados del diseño arquitectónico: obtención de un ambiente familiar, eliminación del ambiente de confinamiento, estimulación del intercambio. De hecho, ya forma parte de la legalidad vivida de la institución y del manejo práctico de la planta arquitectónica el considerar válida la vida del anciano aislado al interior de la Unidad.

La presencia de este tipo de circunstancias no es extraña; se deriva de la distorsión que, a nivel de Discurso Social, se da en este caso específico, al confundirse la vida en comunidad con la simple cohabitación. El postulado discursivo parte, en forma simplista, de suponer que el contacto interancianos es mecanismo suficiente para suplir la anterior vida en familia y/o comunidad que estos hubieran tenido. La cohabitación, teóricamente una medida estimulante, es percibida como forzosa por el anciano. En este caso específico ciertos gerontes han logrado sustraerse a la misma.

Resulta contradictorio y significativo el hecho de que el crecimiento del área de cabañas se haya dado no sobre el sustrato de un incremento de la densidad poblacional, sino sobre la vida en solitario. Efectivamente, cinco de los nuevos espacios habitacionales albergan ancianos que viven solos, en células habitacionales que no guardan condiciones mínimas aceptables; y la cabaña de aislamiento también es utilizada por tres ancianos reportados con problemas de interacción. El personal argumenta que esto se debe a características conductuales: son ancianos que no quieren compartir. Incluso en el área de cabañas cohabitadas se encuentra aislamiento, ya que se ha improvisado en algunos espacios separaciones que los convierten de hecho en células habitacionales para ancianos solos. Más aún, se da el caso de ancianos autoválidos que habitan en el área de inválidos. Esta es una aparente decisión personal que trasluce un problema de ajuste a la institución, hacia el cual ésta no ha podido responder.

En resumen, no se cumple el objetivo de que los ancianos vivan en pequeños grupos, o más exactamente, este objetivo está severamente fracturado, al haber alteraciones en el uso de los espacios que inducen al ambiente de claustro.

El clima es factor identificado recurrentemente como causante de incomodidad en los ancianos, así como las lluvias. En el primer caso está directamente relacionado al material que predomina en los techos: el asbesto. A esto se une la carencia de mecanismos adecuados que mitigen o eliminen las consecuencias derivadas de la retención de calor originada por este material. Hay déficit de ventiladores en las habitaciones de los ancianos y la ventanería en su totalidad carece de mantenimiento adecuado, por lo cual se encuentra

Inhabilitada, habiendo gran cantidad de ventanas cerradas total o parcialmente, con las manijas rotas o atoradas, con vidrios recubiertos de pintura con el objetivo de eliminar las cortinas y mitigar la intensidad del sol, pero incidiendo sobre mayor retención de calor y menor iluminación natural (Fotos 6 y 23). Casi la mitad de la muestra de ancianos entrevistados indicó que sus habitaciones son afectadas por la lluvia debido a no poder cerrar las ventanas. En conclusión, la ventanería no cumple el objetivo de controlar la admisión de luz, ventilación y visión, excluir inclemencias del tiempo, reducir filtraciones de aire y dar seguridad personal.

En cuanto a la iluminación artificial, pensada para una sola actividad -el reposo-, entra en contradicción con las múltiples actividades que el anciano realiza en las cabañas; y que requieren distintas intensidades. El flujo luminoso, dirigido hacia abajo, directamente sobre la cama del anciano y sin control individual en espacios cohabitados y con uso altamente diversificado, se une a la vista disminuida del viejo para, en el menor de los casos, generar fatiga ocular. Por último, no existen luces de orientación, por lo cual el tránsito de la oscuridad a la luz es repentino.

En el equipamiento se hace evidente la pobreza del mobiliario -predominan camas y casilleros metálicos- y la falta de estimulación visual al interior de las habitaciones, totalmente ausentes de decoración y de adornos o muebles propiedad de los ancianos. La existente se reduce a estampas religiosas adheridas precariamente por escasos ancianos en algún rincón (Foto 5). No hay plantas, cuadros, fotografías, estantería decorativa, objetos de adorno, relojes de pared, lámparas decorativas, cortinas o algún otro elemento que dé a las cabañas la sensación de privacidad e intimidad que el diseño arquitectónico propone.

Estas habitaciones carecen del carácter de ambiente personal, donde se exprese la individualidad, los gustos, los recuerdos del anciano. La desnudez de ellas, la uniformidad del mobiliario y su distribución originan un efecto de monotonía visual que se pliega al manejo tradicional de estas instituciones, y trasluce la sensación de confinamiento y pérdida de identidad que el proyecto inicial pretendió superar.

La escasez del mobiliario ocasiona incluso la alteración en las funciones del mismo: sillas que se convierten en roperos, mesas de noche en mesas de comer o estantes, por ejemplo. El estado de estos muebles es regular, con frecuentes desperfectos por falta de mantenimiento, habiendo incluso ancianos que proceden a darlo en forma individual a los muebles que utilizan.

Los colchones son, junto con los roperos, el problema más crítico que registran estos ancianos en cuanto a mobiliario. Casi todos forrados en plástico, al interior de habitaciones con techo de asbesto y ventanas poco funcionales, absorben alta cantidad de calor, haciéndose inutilizables en ciertas horas del día y en general mencionados como incómodos por los ancianos, muchos de los cuales deambulan por los corredores y andadores de la UGG en horas del mediodía y primeras de la tarde al no poder hacer uso de sus habitaciones dado el calor retenido en las camas. (Foto 23)

Al respecto de las camas, éstas deberían ser, en un sentido técnico, el centro de interés en la composición del ambiente; sin embargo, pasan junto con el escaso mobiliario a un segundo plano ante el vacío, que se impone visual y emocionalmente, ubicándose en el centro de la escena y dando a las habitaciones su carácter asilar. Por otra parte, no es raro encontrar camas bajo las ventanas, expuestas a corrientes de aire; y camas que reciben frontalmente la luz natural, causando molestias a los ancianos. (Foto 29)

La sobreposición de ambientes y funciones en las cabañas es evidente. No sólo funcionan como sitios de reposo nocturno, vestuario y almacenamiento de ropa; sino además como lugar de trabajo, comedor, recepción de visitas, aseo personal e incluso lavadero de ropa. En resumen, el resultado habitacional es asilar: pobre en recursos y ausente de estímulos.

El ambiente individual de inválidos puede considerarse destructivo: se encuentra despersonalizado, con mantenimiento ostensiblemente deficitario, sin comodidades mínimas. Es evidente que al carecer estos usuarios de control sobre su entorno, por tener -entre todos los ancianos- el más bajo status: inválidos e inconcientes, la administración posterga las mejoras a estos bloques, desplazando el esfuerzo económico hacia el ambiente de

cabafias y otros, donde sus usuarios si son potenciales reclamantes por las anomalías que pudieran presentarse. Muy probablemente el personal asignado a este ambiente disminuya la calidad de su trabajo, que se refleja en el deficiente aseo, malos olores, y una atmósfera general depresiva e inhóspita. Tal vez haya aquí violencia física y psicológica hacia el anciano, que otro tipo de estudios podría detectar.

#### 4.1.2 Ambiente Colectivo

El ambiente colectivo se ha sobrepuesto, utilizándose un mismo espacio para todas las funciones -comedor, salón de tv., sala de estar o recreación- excepto la religiosa. Puede considerarse que este ambiente está atrofiado en beneficio permanente de las instalaciones centrales. En el plano original se incluía bar, tienda, recepción, sala de estar, sala de juegos y sala de visita-lectura, cada uno con espacio claramente definido (Anexo N°. 5). Sin embargo esto no se construyó, al modificarse el área y generarse tres segmentos: comedor, salón de usos múltiples y uno más pequeño que ha tenido diversas funciones tales como cuarto del pesebre (bajo la administración religiosa), cuarto de costura, oficina de secretaría, oficina de la Junta Sociogerontológica y -actualmente- oficina de economato.

La inclusión de espacios como el bar, sala de juegos y sala de lectura están acordes con la intención del proyecto de reproducir al máximo las características de una ciudad o pueblo: "Como toda ciudad o pueblo el Hogar de Ancianos tiene su centro común donde están los comedores, salas de estar, de juegos, bibliotecas, recepción, administración, etc." (Casas, Suárez. 1960. P.6). En la búsqueda de un "ideal urbano" se olvidaron las características culturales y educativas de la población usuaria a la hora de diseñar este tipo de proyectos. Desde la planificación misma de esta institución se sabía que los residentes serían provenientes del campo o de sectores empobrecidos de zonas urbanas, con muy elevados índices de analfabetismo, hombres con problemas de alcoholismo, población

masculina esencialmente trabajadora del campo y mujeres de oficios del hogar. Sin embargo, estos aspectos del diseño original parecieran más cercanos a población anciana europea.

### Comedor-salón de televisión

Al respecto del comedor para ancianos ya se mencionó que no existe como área separada. En la decoración de este salón no se advierte una intencionalidad, un objetivo. Los objetos: cuadros, afiches y mascarones folklóricos -en algunos de los cuales se evidencia deterioro-, están colocados en forma aleatoria, sin conexión alguna con las actividades que allí se realizan. (Foto 12)

El mobiliario se limita a las mesas y sillas de comer y una mecedora de madera. No existe servicio de cuchillería. La institución hace entrega a cada anciano de un juego individual de cubiertos (cuchara, cuchillo y tenedor), el anciano se hace responsable de los mismos, tanto por su uso como por su limpieza y conservación. En torno a esta cuchillería se genera una circunstancia sui géneris, quizás provocada por el despojo a que están sujetos estos ancianos; ellos asumen como propiedad lo que no es más que una sesión de la institución, que ante la imposibilidad de impedir la sustracción crónica de estos objetos, optó por trasladar la responsabilidad a los ancianos, quienes igualmente son víctimas del robo, ya que en general sólo tienen cucharas para sopa. Así, el espacio, decoración, mobiliario y utensilios son elementos no estimulantes en la ingesta del anciano.

El mantenimiento en esta área es deficiente, advirtiéndose roturas en el techo. La ventanería consiste en cuatro pequeñas ventanas basculantes y cuatro vanos de gran abertura, con rejas, que comunican este salón con el área verde inmediata, aunque se encuentran cerrados permanentemente. La ausencia de vidrios y dimensiones de los vanos trae en consecuencia la abierta exposición del salón al viento dominante procedente del este, polvo y lluvia; siendo reportada la incomodidad de los usuarios de este ambiente.

Se registra una ruptura de la zonificación original, que ha originado por un lado dispersión -por ejemplo, las actividades recreativas se realizan con mucha frecuencia en áreas verdes, así como visitas- y por otro la sobreposición de espacios y funciones, sin haberse considerado al usuario en relación con los ajustes realizados. Ha sido un crecimiento improvisado, oportunista, sustentado en modificaciones a la planta arquitectónica original e inconexa con el proyecto inicial, el cual planteaba el uso de espacios independientes, no múltiples. (Anexo N°. 5)

### Capilla

En términos generales, este ambiente recibe mejor mantenimiento que otros de la UGG. La ventilación es en base a aire acondicionado y su capacidad actual con respecto a los usuarios comienza a ser insuficiente, al irse incrementando progresivamente la asistencia al servicio religioso dominical de personas venidas de la comunidad.

La orientación dada a la capilla, con su fachada hacia la avenida y sus vías de acceso orientadas hacia el exterior, indica que la intención inicial de enlace anciano-comunidad no se concretó. Este ambiente da la espalda, por completo, al anciano residente. Y lo que sucede a nivel del plano arquitectónico también se traduce en el uso que se da a este espacio, el cual se limita estrictamente a un servicio los días domingos y ceremonias especiales cuando fallece algún anciano, de resto permanece cerrada. El religioso se limita a cumplir con el horario estricto, no lleva comuniones ni otros servicios al área de inválidos. Dado lo anterior, la actividad de culto queda restringida a momentos formales y siempre con la presencia del sacerdote. El anciano no tiene acceso para otros efectos, como la meditación o la oración. Tampoco se utiliza la capilla para otras actividades usualmente permitidas en el contexto de una política religiosa más amplia; por ejemplo actos culturales.

#### 4.1.3 Ambiente de Integración

##### Áreas verdes

La apropiación de las áreas verdes por el anciano es esencialmente visual. El anciano promedio no se inserta en ellas, no las ocupa ni utiliza. Aunque el diseño original de las mismas incluía un parque éste nunca se edificó. Es un área desprovista de elementos arquitectónicos y de una programación que posibilite la integración del anciano y su uso para efectos de rehabilitación psicosocial; por ejemplo, no cuenta con plazoletas, bancos y mesas de mampostería, fuentes, caminerías con pasamanería o elementos similares. Pese a lo anterior, las áreas verdes dan al anciano y al personal la sensación de lo vivo, lo movido y cambiante; en contraste a la rigidez institucional, que llama a lo inerte.

En forma aislada, y como un elemento más de resistencia y búsqueda de lo individual, algunas ancianas usan las tomas de agua de esta área para lavar su ropa y enseres de cocina.

Es contradictorio como, provenientes estos ancianos en su mayoría del medio rural y teniendo fuerte apego a las actividades agrícolas; no se haya aprovechado buena parte de estos espacios para actividades productivas y de laborterapia. Sin embargo, algunos ancianos -sobre todo mujeres- han procedido a apropiarse de pequeños espacios verdes ubicados cerca de sus habitaciones o en las zonas menos provistas de cuidados de jardinería, donde cuidan plantas ornamentales e incluso algunas gramíneas, personalizando así el espacio abierto. (Fotos 9 y 30)

En el manejo de las áreas verdes no hay un conocimiento de las especies ornamentales y sus hábitats, algún sentido de la forma y el color, organización de grupos de plantas. El acomodo es elemental: esquinas, orillas de andadores, por ejemplo. Originalmente estaba destinada a apoyar la planta arquitectónica para aislarla del ruido y gases provenientes del tráfico vehicular. Así, grandes árboles fueron plantados a lo largo de las áreas inmediatas a la Avenida Independencia, disminuyendo su presencia hacia el interior,

donde había en los primeros años incluso pasto y arbustos ornamentales, incluyendo rosales que eran cuidados por las religiosas. (Fotos 1 y 13)

Los largos veranos, periódicas crisis de sequía que caracterizan la región -la más seca del país-, el clima cálido, suelos permeables y arcillosos se conjugan con una deficiente administración de las áreas verdes, reduciendo así las posibles ventajas que podrían obtenerse, como por ejemplo filtrar los rayos del sol para que el asfalto y los vidrios no se calienten en demasía; sobre todo en aquellas cabañas que por clasificación de sacrificios fueron orientadas hacia el oeste, siendo castigadas por el sol de la tarde en una atmósfera caldeada.

Contradictoriamente, se ha permitido la progresiva deforestación de esta red vegetal, particularmente los grandes árboles, lo cual ha disminuido el aislamiento sónico mientras se ha incrementado progresivamente el tráfico en las dos arterias viales que colindan con la Unidad, con el consiguiente aumento de la emanación de gases por combustión de motores y peligro para el peatón en una zona deficientemente identificada. (Fotos 10, 14 y 31)

La arborización desaparece casi totalmente hacia la parte norte, al finalizar la zona de cabañas. A medida que se avanza hacia el fondo de la institución abunda la maleza, tierra y vegetación muerta. Así, los ancianos inválidos, las trabajadoras de lavandería y planchado, las enfermeras auxiliares, camareras y aseo que trabajan con inválidos, así como los ancianos que habitan en la cabaña de aislamiento y las tres cabañas del extremo oeste, se ubican cotidianamente en un entorno menos estimulador aun que el resto de la Unidad. Se informa que hubo arborización en el área mencionada, pero es evidente que la escasa preeminencia se le dio a las áreas verdes que se ubican hacia la fachada principal, "que dan la cara hacia la sociedad". (Fotos 32, 33 y 34)

Puede afirmarse entonces que el ambiente de integración, está fuertemente intervenido, afectado por la deforestación parcial y la tala de los grandes árboles, y habiendo sufrido pérdidas en función de objetivos ajenos a la dinámica oficial, como es la admisión de casos no ancianos y la ampliación -inconclusa- del área de estacionamiento interior. (Foto 31)

### Áreas deportivas

Las áreas deportivas no se incluyeron en el plano arquitectónico original. Las existentes aparecieron muy posteriormente, sobre la base de disminuir las áreas verdes.

Objetivamente, los ancianos de esta Unidad no registran la necesidad del deporte. Es una actividad completamente ajena a su carga cultural. Se estima que una inducción en este sentido, orientada hacia deportes propios de entornos urbanos, no daría resultados positivos.

Las dos zonas deportivas existentes se canalizan hacia actividades propias de varones en la Venezuela rural: bolos y bolas criollas. Ambas son utilizadas más que como deportes como actividades de recreación e interacción social por pequeños grupos de ancianos varones, y ocasionalmente para encuentros deportivos insertos en la dinámica de terapia. Por tanto, no puede considerarse que el área de deportes tenga un impacto constante y decisivo sobre el bienestar integral, biopsicosocial, del anciano residente.

### Comunicación con los alrededores

La comunicación con los alrededores y la identificación de la institución tiene deficiencias (Anexo Nº 15). Es significativo que una institución con más de 30 años de ubicación en la principal arterial vial de la ciudad no sea reconocida por muchos habitantes y no figure en los planos oficiales de la ciudad. No existen semáforos manuales a la altura de las entradas de la Unidad, ni aviso alguno de cruce de peatones, no hay estacionamiento para visitas, tampoco indicación de reducir la velocidad dada las características de la institución, donde entran y salen constantemente ancianos del Centro de Atención Diaria e incluso de la misma Unidad. (Fotos 1 y 13)

Las letras metálicas insertas en la pared, a un lado de la entrada de oficinas, y que identifican la Unidad Geronto-Geriátrica, son ocultadas constantemente por los vehículos que

se estacionan en el área de acceso principal, que es simultáneamente estacionamiento de los vehículos oficiales de la institución, de empleados y entrada y salida para visitas. (Foto 35)

Así, pese a una ubicación formalmente idónea, la institución reúne diversos componentes que dificultan su acceso tanto a peatones de cualquier edad como a vehículos y niegan su identificación en la trama urbana, con lo cual finalmente se potencia el aislamiento al que de por sí ya está sujeto el anciano.

Un único y estable factor que ha identificado a esta institución a lo largo de su historia es el color. Monocromía y monoterminación caracterizan a esta UGG. Los colores: azul, rosado y blanco, sólo distinguen -al interior- la división de habitaciones por sexo. La monocromía genera un único y gran espacio, no se percibe el tránsito de un ambiente a otro. El color de la fachada siempre ha sido el azul pálido y blanco. Azul y rosa pálidos, colores estáticos, disociados con respecto a objetivos gerontológicos y, en particular el azul, asociado a ambientes hospitalarios, aunque también al descanso, frescura, paz y soledad. La excepción la dan los antiguos depósitos y cuarto de ayudante ubicados sobre la red de andadores, pintados en color amarillo mostaza (Foto 18). Al imponerse una armonía monocromática no existe el juego con diferencias de valores, saturaciones y matices. El resultado final es muy económico a nivel presupuestario, pero pobre a nivel sensorial, sin contraste de formas, dimensiones, texturas, colores, etc.

#### 4.1.4 Ambiente de Desplazamientos

El ambiente de desplazamientos ha permanecido igual desde los orígenes de la Unidad. Sólo se agregó un andador hacia los talleres del lado este que fueron convertidos en cabañas, y posteriormente dos accesos hacia el anexo donde hoy funcionan el CAD y el Programa de Gerontología (Foto 36). La red de andadores abarca todas las cabañas, pero la progresiva dispersión de este ambiente ha impedido que la red funga como mecanismo de

encuentro entre éstas, la mayoría de las cuales están alejadas del ambiente colectivo. El estado de estos andadores es de deterioro, con fuertes roturas y desniveles producidos por las ralces y factores de intemperismo. (Fotos 21, 22 y 37)

Sumamente inseguros para caminar, la mayoría de las rampas y placas de cemento que conforman esta red presentan juntas abiertas y hundidas, rejillas rotas, generando una superficie irregular que causa inconvenientes tanto para arrastrar los pies como para apoyar las ayudas técnicas para la marcha y el rodamiento de las sillas de ruedas (Fotos 36, 37 y 38). A esto se une la ausencia de pasamanos en prácticamente toda la red de andadores, lo que la hace menos viable como medio de integración y desplazamientos, sobre todo en los ancianos semiambulatorios, con problemas de equilibrio y de vista. Todas estas limitantes las suple el conocimiento adquirido por el uso rutinario de la red, lo que proporciona mínima autonomía y seguridad sobre la misma. (Fotos 39 y 40)

Pese a residir 18 ancianos usuarios de sillas de ruedas -lo que constituye poco más del 20% de la población total- y que en general estos ancianos tienen limitaciones ambulatorias, habiendo incluso algunos que utilizan bastones, tripodes y andadores, no existe un sistema de rampas en esta Unidad. Las que hay están colocadas en forma improvisada, sin ninguna especificación técnica, y carecen de doble pasamanos para auxiliar a ancianos con lesiones motoras. De hecho, esta Unidad no está diseñada para que un anciano pueda desplazarse en silla de ruedas, dada las deficiencias que posee el ambiente de desplazamientos. Así, el anciano en silla de ruedas queda circunscrito prácticamente al bloque de inválidos, precipitándose su deterioro integral en un bloque sumamente deprimido en estímulos e interacción.

Relatando lo anterior, sólo uno de esos 18 ancianos es residente en cabaña, y la usa como mecanismo para desplazarse libremente por la Unidad. Coincidentemente, este anciano no es inválido sino minusválido, pero prefiere la silla de ruedas a las muletas como medio para agilizar sus desplazamientos. En el resto de ancianos, la silla de ruedas viene a ser un tercer nivel de confinamiento, precedido por el hecho mismo de la institucionalización y la posterior adscripción al bloque de inválidos. Es así como la silla de ruedas no funciona como un elemento manejable por el anciano, que le haga posible conservar elementos de

independencia y autocuidado, sino como un instrumento más utilizado para facilitar al personal el control de estos gerentes.

En cuanto a la red de corredores, se circunscribe casi totalmente a las instalaciones centrales, destacando el corredor techado con cercha tubular que comunica la cocina con los comedores, y los Bloques 1 y 2 de dichas instalaciones (Fotos 17, 25 y 41). Esta red fue construida sin considerar al usuario. Así, el material utilizado es cemento rojo liso y pulido, también empleado en las oficinas y el actual comedor de ancianos. Un piso oscuro, poco apto para detectar objetos caídos y manchas de líquidos, y susceptible a resbalamientos. Como ya se mencionó, sólo los bloques de inválidos poseen un corredor y el segmento de unión con pisos antiresbalantes.

Finalmente, cambios en la zonificación reubicaron el comedor de ancianos, alejándolo de la cocina pero quedando unido a ésta por el corredor con cercha tubular, favoreciendo los desplazamientos del personal y desfavoreciendo al anciano, que debe desplazarse por áreas a la intemperie y alejadas para llegar a este ambiente. Sin embargo, factores climáticos originan la constante aglomeración de ancianos en este corredor, en búsqueda de menos calor, afectándose el tránsito del personal entre la cocina y el comedor de ancianos. Así, el prerequisite de un paso rápido, directo y sin obstáculos entre ambos ambientes no se cumple.

#### 4.1.5 Ambiente para Asistencia Especial

##### Bloque de ancianos inválidos

En estos Bloques, exceptuando las áreas con cerámica antiresbalante, los pisos tienen las características ya mencionadas, encontrándose en mal estado. Siendo los usuarios en su mayoría personas inválidas o con problemas ambulatorios, no existe pasamanería ni en sus

andadores inmediatos ni en las paredes, tampoco zócalos que protejan puertas y muros del impacto y roce de las sillas de ruedas. Estas instalaciones poseen puertas principales de 97 cms. de ancho, y vanos internos sin marco de 1.08 mts., lo cual favorece al personal en su manejo de las sillas de ruedas.

La condición de los baños es particularmente crítica. Con precaria privacidad, no tienen servicio de agua caliente, llaves mezcladoras ni termostato. No hay asiento fijo en la zona de duchas. Las sillas sanitarias -con alto grado de deterioro- no son adaptables al inodoro, y se usan tanto para la ducha como para evacuación. El inodoro carece de barras laterales fijas o sostenes frontales. La escasez de mobiliario obliga a que los ancianos más enfermos realicen todas sus actividades entre la silla sanitaria y la cama. Los malos olores y el aspecto general comprometen la calidad de su higiene. (Fotos 42, 43 y 44)

Al respecto de la cétula individual ya se expuso que la situación es todavía más pobre que en las cabañas. Aquí las habitaciones poseen camas metálicas comunes de medida standard (0,80 cms. de ancho por 1,90 mts. de largo) por todo mobiliario. Casi no hay camas con barandas. La altura de las camas -como en la zona de cabañas- es muy variable, resultado de colchones con distintos espesores. La altura promedio es de 55 cms. del piso al borde superior del colchón. Esto ocasiona dificultades a los ancianos inválidos, ya que las sillas de ruedas tienen una altura inferior promedio de 43 cms. del piso al asiento; no disponiéndose de barras o trapecios colgados del techo para ayudar a la movilización. (Foto 29)

Nada en paredes, ningún estímulo visual o auditivo para el anciano. Existe conexión para ambiente musical, pero en las ocasiones visitadas no se encontraba en funcionamiento, aunque se informó que el sistema está en servicio. Ningún tipo de pertenencia ni intento alguno por dar un carácter propio al espacio habitado. Puede hablarse de un micro ambiente desnudo, donde no se advierte comodidad, compañía, interacción ni la atención personalizada, que podría darse dado el escaso número de ancianos. (Fotos 29 y 45)

### Consultorio médico, sala de fisioterapia

Estos dos espacios poseen una situación de privilegio dentro de la institución. Quizás esta preeminencia esté en conexión al sesgo medicalizado de la atención al anciano. Mínimamente equipados, su infraestructura ha absorbido, bien por impulso institucional o por actividades de voluntariado, una serie de ventajas que les dan un acondicionamiento aceptable. Originalmente la consulta sólo era para ancianos residentes, en la actualidad existe la modalidad de consulta externa.

#### 4.1.6 Ambiente de Instalaciones Centrales

Las Instalaciones Centrales han tenido el más fuerte crecimiento, que se ha dado sobre la base del área de cabañas y el anexo construido en los años ochenta. Este crecimiento también incluye al personal, que de 32 en sus inicios, ha pasado a 75 en la actualidad, sin que este incremento se traduzca en mayor y/o mejor productividad para la institución.

No existe problema de densidad ya que el incremento del personal se ha compensado con la expansión de sus áreas. Los problemas de ventilación, inhabilitación de la ventanería y temperatura en los ambientes en general son coincidentes con los ambientes de ancianos residentes. El uso de aire acondicionado se restringe a parte de las Instalaciones Centrales y el consultorio. Igual sucede con la iluminación, donde un 42% de la muestra global de trabajadores manifestó deficiente funcionamiento de los bombillos y un 37% de los tomacorrientes. En este último caso la certeza fue total, ya que el personal hace uso cotidiano de las instalaciones eléctricas, mientras que los ancianos hacen escaso uso de las mismas y los tomacorrientes se encuentran integrados a cada unidad de lámpara, a elevada altura, fuera de su alcance. Exceptuando los corredores y espacios abiertos, todas las instalaciones fueron consideradas calientes, pero particularmente el salón de lavado y planchado (43%), seguida por los comedores, cocina, enfermería y almacén (32%). Unificando opiniones de

ancianos y personal, la lluvia es un elemento crítico para el comedor-salón de TV, así como para los corredores. Quizás este factor, por demás de escasa presencia en la zona de Falcón donde se ubica esta institución, sea el único factor limitante a los desplazamientos del personal.

En cuanto a los olores; mientras los ancianos manifiestan estar habituados a los malos olores que encuentran en la institución, el personal es más reactivo a este particular. Sólo entre las aseadoras se encontró una adaptación o costumbre a este respecto. Casi el 70% de la muestra de personal manifestó que los malos olores -particularmente de orina, heces, desinfectantes y basura- dificultan en forma permanente la realización de su trabajo. Esta circunstancia afecta principalmente al personal de menos jerarquía en el grupo de control. El personal de cocina hizo alusión a la basura, el de almacén a los fuertes olores de cloro, Jabón y desinfectantes; las aseadoras y auxiliares de enfermería al orín y heces.

Es necesario exponer la evidente preeminencia por la mejora de las condiciones del micro ambiente en las instalaciones centrales. De hecho, todas las mejoras han sido orientadas hacia esta área: aire acondicionado, plafón, papel tapiz, cortinas, luces fluorescentes (Foto 46). Cuando por una circunstancia coyuntural el área de cabañas ha sido favorecida (Por ejemplo por vía de donaciones), se reprocesa el espacio y se traslada hacia instalaciones centrales o al servicio médico. Es el caso del consultorio. O se ubica la mejora en dichas instalaciones, por ejemplo muebles. Incluso la colocación de la escasa pasamanería se inició desde el área de entrada principal y está casi toda circunscrita al Bloque 1 de las instalaciones centrales, que es el área menos transitada por los ancianos. (Fotos 17, 40 y 41)

Se detectó, sin embargo, que con respecto al Bloque 1 y a las dependencias médicas, el resto de instalaciones centrales guarda un ostensible rezago, habiendo ausencias o deficiencias sobre todo en mobiliario y accesorios de seguridad. Así, los depósitos con materiales inflamables carecen de equipo anti-incendios y el mobiliario y equipo en general carece del mantenimiento mínimo, por lo cual parte de él se encuentra fuera de servicio. Esto podría encontrar explicación en que estos equipos son de más costoso mantenimiento y la

institución presenta crónico déficit presupuestal, pero lo cierto es que marcan aún más la diferencia ya existente en el grupo de control, entre personal administrativo y obrero.

Finalmente, es interesante observar cómo el hall, que en las instituciones no totales funge como recepción y enlace entre las diversas zonas, es aquí un sector de retención, una inadvertida y eficiente barrera entre los visitantes y las partes más internas de la institución. A ello contribuye en primer lugar la eliminación de las dos originales recepciones que contemplaba el plano arquitectónico: una anexa a la oficina de servicio social y otra a la sala de visita-lectura. La recepción quedó ubicada sobre el ambiente de desplazamientos de la zona administrativa, perdiendo así su carácter de punto de espera, equidistante entre la entrada y los diversos ambientes, y siendo absorbido a la dinámica de las instalaciones centrales, que cuentan con escaso mobiliario para el servicio de visitantes y utilizan éste en su beneficio.

En definitiva, la política de infraestructura y de recursos humanos ha mantenido una constante que favorece al grupo de control, notándose una preeminencia del personal administrativo.

#### 4.1.7 Ambiente Laboral

El ambiente laboral, pese a estar incluido en el diseño original a través de Talleres de laborterapia con actividades que podrían dirigirse hacia el mercado y su participación en labores de mantenimiento de las instalaciones, no tuvo espacio asignado sino hasta el año 1980.

Inicialmente ocupaba gran parte del anexo, nunca utilizado, para residencia de ancianos. En diversos salones se ubicaban: salón de manualidades, terapia ocupacional, salón de carpintería, sala de exposiciones, salón de aprendizaje con biblioteca y sala de

descanso. Progresivamente y por criterios gerenciales diversos, estos espacios fueron eliminados y parte de los salones fueron cedidos a la Universidad Francisco de Miranda para el Programa de Gerontología. (Foto 2)

En general, esta ampliación ha sido utilizada para diversas funciones que van desde salones de trabajo, barbería y oficinas hasta dormitorios de ancianos reportados con problemas de interacción. De esta forma también se ve en esta área el uso inconexo y desordenado de los espacios, completamente ajenos al planteamiento original, sin consideración alguna por lo que respecta a iluminación, carácter, densidad poblacional u otros.

Igualmente, el que esta área, bastante alejada de la actividad cotidiana de la institución, haya sido utilizada inclusive como dormitorio para ancianos conflictuados habla, una vez más, de cómo la institución ha generado como única alternativa para este tipo de ancianos la vida en solitario: punto de fuga ya permanente y disruptor del Discurso sobre la vejez que acompañó al planteamiento arquitectónico original.

Este ambiente está atrofiado, carece de recursos materiales, materia prima y herramientas necesarias, por lo cual se reduce a actividades de manualidades casi todas realizadas por mujeres (Foto 46). El llamado Taller de Carpintería es un pequeño espacio similar a un depósito, sin ventilación ni iluminación adecuadas, ni los materiales necesarios. Actualmente su tendencia es a convertirse en depósito debido a su poca utilización. (Fotos 48 y 49)

#### 4.2 TRANSFORMACIONES DETECTADAS EN EL USO DE LOS ESPACIOS ARQUITECTONICOS: VISION DIACRONICA

El plano piloto de la UGG resultó mucho más ambicioso que lo que finalmente llegó a ejecutarse. Dividido en cuatro etapas, sufrió modificaciones y se edificó parcialmente sólo hasta la tercera. (Ver Anexo N° 4)

El estudio global de esta edificación arroja que la zonificación original ha sido alterada. Parte de las instalaciones centrales ha sido trasladada al área original de cabañas. Igualmente, el área de cabañas ha crecido en forma desordenada e irrespetando las necesidades mínimas de espacios y servicios para el usuario; anexando en su crecimiento espacios originales de depósito, residenciales del personal y el área médica. Siguiendo el mismo mecanismo invasivo, las escasas áreas deportivas se han originado sobre las áreas verdes.

La fachada no respeta el diseño original (Anexos 15, 16 y 17). El carácter abierto no le fue respetado, al agregarse desde un principio paredes con bloques perforados a lo largo de las oficinas del Bloque 1 de Instalaciones Centrales. (Fotos 25 y 35) Posteriormente, en la década de los setenta, se añadieron rejas en los accesos principales como medida de seguridad. (Foto 25)

El Bloque 1 de las Instalaciones Centrales fue destinado en los planos para los dormitorios de enfermera y médico y el área de consultorio, uniendo así componentes de diversos ambientes. Esta disposición del espacio se puso en práctica sólo parcialmente. Los espacios de enfermera y médico fueron destinados desde los inicios de la Unidad a depósitos, el primero de material de limpieza y el segundo a medicinas. Posteriormente fueron asignados como oficinas de Trabajo Social. El espacio prefigurado en el plano arquitectónico como sala de espera y sala de examen médico ha oscilado entre dos funciones: la original y la de Dirección con su anexo de secretaría.

Se advierten en este Bloque 1 modificaciones en el uso que inciden en procesos de dispersión del personal, incremento de desplazamientos, mayor movilización de material y

ruptura de la zonificación. Es el caso de la colocación inicial de dos depósitos en la entrada principal, alejándolos de sus zonas naturales de flujo. En la práctica, este Bloque nunca ha funcionado como zona habitacional para personal, destinándose para zona de oficinas. A nivel infraestructural se conserva sin cambios.

En el Bloque 2 de las Instalaciones Centrales, Área de administración, se han dado cambios de función e infraestructurales. Ninguno de los espacios conserva su destino inicial, desde los comienzos de la Unidad estuvieron sujetos a cambios. Han funcionado o funcionan en este Bloque depósitos de medicinas, cuarto de reproducción de material impreso, Dirección y consultorio médico, que no fueron ubicados aquí en el plano piloto. En el plano original hay comunicación interna entre los espacios destinados a actividades administrativas (servicio social, archivo, contabilidad y economato), probablemente destinado a facilitar y acortar la comunicación y acceso del personal a la documentación de oficinas con labores estrechamente relacionadas. Esta comunicación interna ha desaparecido casi por completo debido a los cambios de función adjudicados; así, en la década de los 80 el traslado del consultorio a este Bloque indujo a la clausura de su comunicación interna, para aislarlo de las oficinas. El baño para el personal de este Bloque fue eliminado, funcionando actualmente en condiciones inadecuadas de iluminación, ventilación y equipamiento el cuarto de reproducción de material impreso. (Anexo 5)

El Bloque 3 integra diversos ambientes: el colectivo (comedor de personal) e Instalaciones Centrales (cocina y depósitos). En el plano original se integraban en este Bloque tres comedores: el de ancianos, obreros y empleados, cada uno con su área respectiva y aislada, todos comunicados con la cocina y ésta con sus respectivos depósitos. Esta distribución se obvió desde un principio, ya que el comedor de ancianos nunca ha funcionado anexo a la cocina, sino en su sitio actual, con lo cual nunca se respetó la circulación diseñada, pues se le alejó de la cocina y se le aproximó a la entrada principal.

El organigrama original de la institución, con una verticalidad pronunciada y ninguna movilidad, atomizó las áreas de comedor haciendo necesaria su ampliación, ya que médico y religiosas se anexaron los comedores de obreros y empleados, desplazando a los ancianos

de su espacio original y concentrando obreros y empleados en el espacio de aquellos. Esta dispersión se conserva, aunque sólo funcione actualmente en este Bloque un espacio como comedor de obreros. La alteración generalizada que se presenta en el uso de los espacios en este Bloque ha llevado a intersecciones con el Bloque administrativo, ya que han funcionado oficinas en el original comedor de empleados e incluso existe presión sobre este espacio, actualmente sin uso, por parte del sindicato de obreros, que lo solicita para instalar su sede.

Igualmente, el espacio original de depósitos y cava ha sido transformado sin las adecuaciones del caso: la cava en depósito de loza y uno de los depósitos modificado a zona de circulación para efectos de eliminación de la basura; obligando así a dispersar el área de depósito de perecederos. El mobiliario ha sido eliminado total o parcialmente. El resultado ha sido la generación de espacios muertos y la pérdida de la zonificación y circulación del plano original. (Anexo N° 18 y Fotos 50 y 51) Muy importante en este aspecto es el "reciclaje" de diversos depósitos de ropa como habitaciones para ancianos. Es el caso de dos ubicados en el área de cabañas -donde viven dos ancianas solas- a uno de las cuales, inclusive, la familia de la anciana le anexó un baño privado; y en los Bloques de Inválidos su conversión a "cuartos de caminadores".

Al Bloque 4 de Instalaciones Centrales corresponde originalmente el área de lavado y planchado, calderas, costura y baños de obreros. Exceptuando los baños, este Bloque ha sido sujeto a importantes modificaciones de infraestructura que modificaron la zonificación original. Se eliminó la zona de calderas, y el cuarto de costura nunca funcionó en este Bloque, ubicándose allí en años anteriores el depósito de víveres secos y de aseo; y actualmente sólo el depósito de materiales de limpieza. El cuarto de costura se alejó por completo del área natural de flujo. (Anexo N° 19)

Se derribaron dos paredes y se generó un solo espacio, cuyo equipo en la actualidad es menor al programado en el plano y no tiene la distribución señalada. El equipo se instaló parcialmente: dos lavadoras industriales, una secadora y una planchadora de rodillo. Actualmente parte de éste se encuentra fuera de servicio (secadora, planchadora de rodillo y una lavadora industrial). El espacio de línea aséptica (ropa limpia) fue ocupado por el área

húmeda, al instalarse una batea. La estantería para ropa separa parcialmente y en forma no planificada la línea séptica (ropa sucia) y el área de lavado, del área de planchado. Todo el Bloque ha sido "invadido" por tendederos improvisados, como también improvisadas son las mesas comunes e incluso escritorios que han sustituido progresivamente las mesas de planchado, así como las cubetas que han reemplazado las originales tinas de remojo (Foto 52). Los baños de obreros tienen su único acceso por la parte posterior de la institución, lo cual obliga a este personal a extensos traslados para utilizar este servicio, encontrándose prácticamente aislado con respecto a sus áreas de desplazamiento.

Es evidente un desplazamiento por el cual el área de Trabajo social ha crecido, cuenta con tres espacios en Instalaciones Centrales, desplazando de su espacio original al área de consulta -inicialmente ubicada en dichas Instalaciones-, la cual a su vez invadió el área de cabañas -tomando para sí la que posee mejor acondicionamiento-; lo cual desplazó a su vez una cabaña hacia el área médica de aislamiento, que es una de las más deprimidas en todos sentidos: ambiental, de interacción social, ...

En el anexo construido en los años 80 se ubican actualmente diversos espacios utilizados por la Unidad. Desde baños (ambiente individual); cava, salón de costura, depósito de inventario nuevo y mantenimiento (Instalaciones Centrales), hasta el espacio de terapia ocupacional (ambiente laboral).

Un aspecto en cuanto al uso de los espacios arquitectónicos que sufrió modificaciones, fue el horario. Mientras la administración estuvo bajo control de religiosas el horario era estricto, así como las actividades a desarrollar. Este era:

6 a.m. Levantada. Rosario.

7 a.m. Desayuno

11 a.m. Almuerzo. Rosario.

7 p.m. Acostarse. Rosario.

No había actividades recreativas ni de rehabilitación física o laborterapia. El énfasis estaba en actividades de orden religioso. El anciano no podía hacer uso de la habitación una vez levantado, por razones de orden y limpieza, viéndose obligado a deambular por corredores y andadores. El personal de mayor antigüedad reporta que los niveles de higiene eran muy superiores a los actuales, pese a haber mucho menos personal.

Posterior al retiro de la administración religiosa se liberalizó el horario, diversificaron actividades y creció el personal. Actualmente es flexible el horario para levantarse, el anciano no es obligado en forma compulsiva a realizar actividades y el retiro a las habitaciones se produce hacia las 8 p.m. La tendencia espontánea de los ancianos es a reproducir costumbres del área rural en este aspecto. El horario de visitas no tiene restricción de días ni horas, como una forma de estimulación hacia el núcleo familiar del viejo que, sin embargo, no ha dado los resultados esperados.

Para una mejor comprensión de los cambios de función, se esquematiza a continuación cada local, colocando los cambios en orden creciente y subrayando el uso actual:

#### BLOQUE 1 DE INSTALACIONES CENTRALES

- Pesebre, costura, oficina de secretaría, oficina Junta Sociogerontológica, oficina economato.
- Salón de fiestas y comedor de ancianos (separados), comedor-salón de usos múltiples.
- Depósito material de limpieza, oficina de Servicio Social.
- Farmacia para residentes, oficina de Servicio Social.
- Consultorio, Dirección, consultorio, Dirección.
- Depósito medicinas, oficina de contabilidad.
- Baño, sala de reproducción.
- Oficina de Secretaría, consultorio, oficina de Servicio Social.
- Dirección, consultorio, oficina de Gerontología.
- Oficina de contabilidad, oficina de personal.
- Servicio Social, depósito de medicinas.

## BLOQUE 2 DE INSTALACIONES CENTRALES

- Comedor religiosas, comedor Dirección, depósito vajilla/cubiertería, comedor personal administrativo, depósito, oficina economato, vacío.
- Comedor personal obrero.
- Cocina
- Cava, depósito de loza.
- Comedor Dirección, oficina economato, depósito víveres secos.

## BLOQUE 3 DE INSTALACIONES CENTRALES

- Lavado y planchado, área de tendedores.
- Depósito víveres secos y de limpieza, depósito de materiales de limpieza.

## CABAÑAS

- Residencia del médico, cabaña para visitantes.
- Residencia de religiosas, sala de laborterapia, cabaña de ancianas.
- Cabaña de ancianos.
- Talleres de laborterapia, oficinas Universidad Francisco de Miranda, cabañas de ancianos.
- Cabaña de ancianas, sala de fisioterapia.
- 2 depósitos de ropa y cuarto de ayudante, dos cabañas de ancianas y cafetín.
- Cabaña de ancianos.
- Cabaña de ancianas.
- Cabaña de ancianos, cabaña de anciana sola, consultorio médico.
- Cabaña de aislamiento, cabaña de ancianos.

## BLOQUES DE INVALIDOS

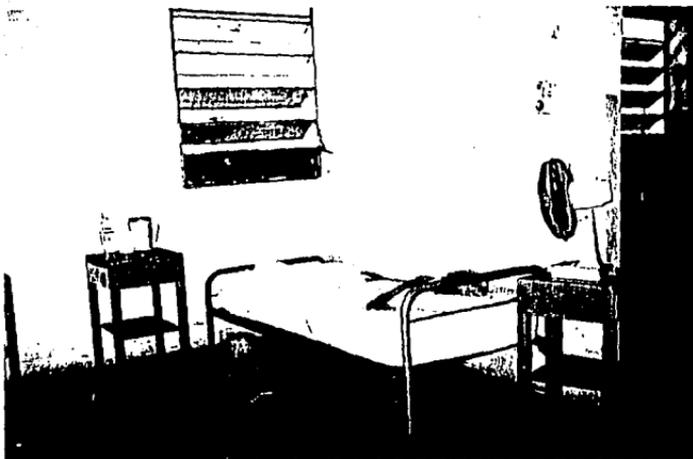
- Sala de curas, oficina de enfermería.
- Habitación de inválido no anciano (fallecido), habitación de observación para ancianos.
- Depósito, cuarto de "ancianos caminadores".

#### AREAS VERDES

- Area verde, cabaña de paciente no anciano no inserta en el plano original.
- Area verde, cancha de bolas criollas y cancha de bolos.
- Area verde, zona deforestada totalmente, para estacionamiento inconcluso.
- Area verde, cimientos y techado de un baño para inválidos inconcluso utilizado como área de descanso por ancianos y personal.

#### FUERA DEL AREA DE PLANO ORIGINAL

- Cava.
- Talleres de laborterapia.
- Depósito y materiales fuera de inventario.
- Sala de costura.
- Barbería.
- Depósito de mobiliario.
- Baño utilizado por anciana residente.



29. Dormitorio bloquo inválidas. Resalta la sensación asilar. Vacío visual y carencia de estimulación. Mobiliario tipo. Ausencia de decoración.



30. Espacio abierto personalizado: jardín creado y cuidado por una anciana residente en la cabaña anexa.



31. Deforestación en la esquina sur-occidental de la UGG, generada para la construcción, nunca realizada, de un estacionamiento interior. Por la entrada lateral, cercana a esta zona, se introducen animales callejeros, como el que se observa.



32. Deforestación alrededor de la lavandería y el bloque de Inválidas. Al fondo, tendederos al aire libre.



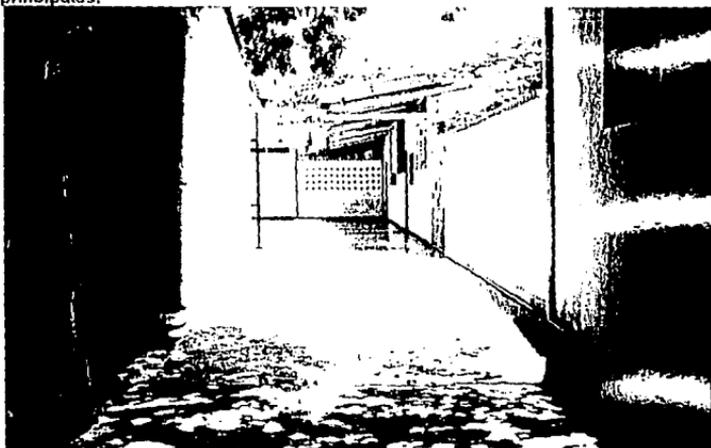
33. Deforestación alrededor de lavandería y bloque de inválidas. Al fondo, grandes árboles en las cercanías del muro de colindancia.



34. Última hilera de árboles, tras el bloque de inválidos. Al fondo, zona deforestada. El aire acondicionado da servicio a la oficina de enfermería.



35. Estacionamiento interior invadiendo zona peatonal y obstruyendo identificación y accesos principales.



36. Rampa que une la UGG con el Centro de Atención Diaria y el ambiente laboral (Talleres de manualidades y carpintería). Da también acceso a las instalaciones universitarias.



37. Andador de acceso a la capilla, con fuertes roturas y desniveles.



38. Andador y rampas de acceso al bloque de inválidos.



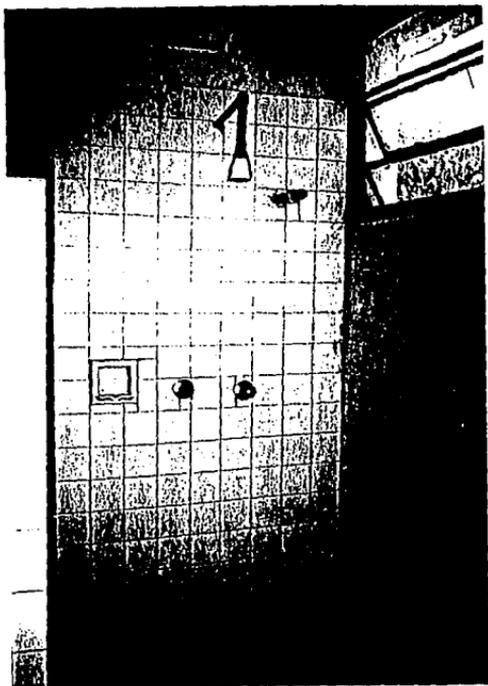
39. Andador de acceso al bloque de inválidas. Se advierten las dos paralelas y al fondo el segmento de unión.



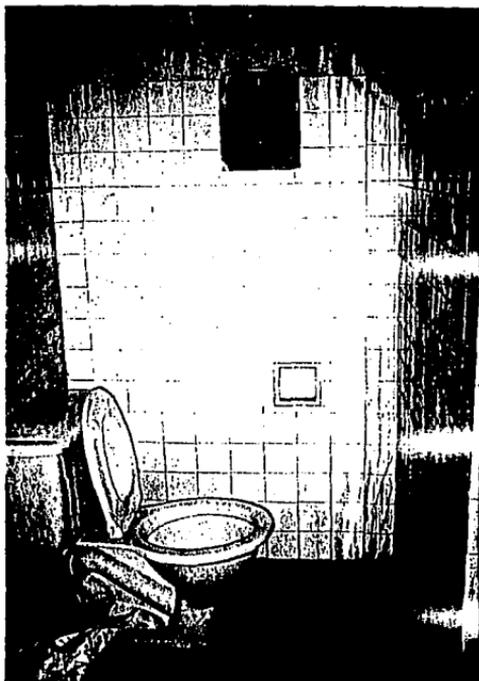
40. Único andador con pasamanos, en el área de cabañas. A la derecha antigua cabaña, actualmente consultorio médico.



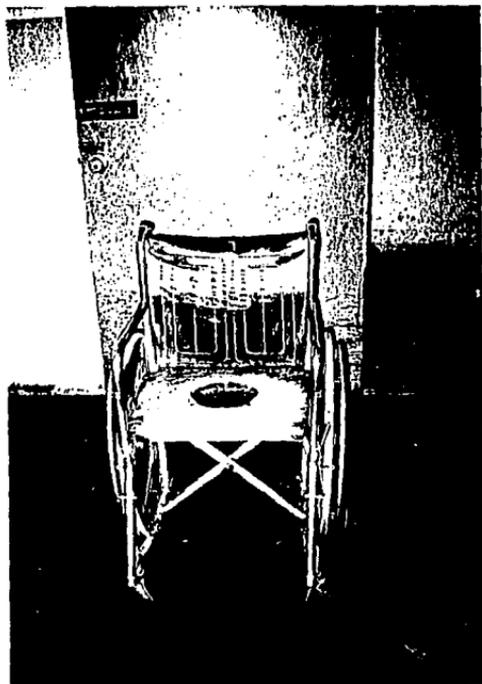
**41. Corredor en Instalaciones Centrales. Obsérvese la pasamanería y los colores oficiales de la institución. A la derecha, puertas de acceso al comedor de ancianos-salón de usos múltiples.**



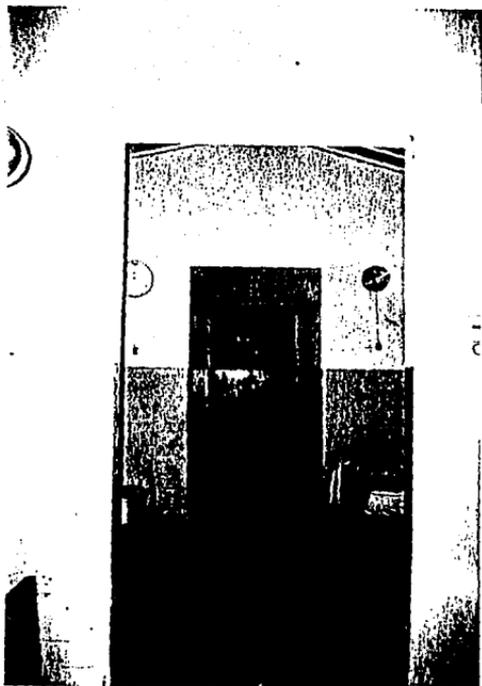
**42. Baño bloque de inválidas. Área de ducha. Obsérvese la total ausencia de dispositivos especiales para discapacitados.**



43. Baño bloque de inválidas. Área do Inodoro. Obsérvase la total ausencia de dispositivos especiales para discapacitados.



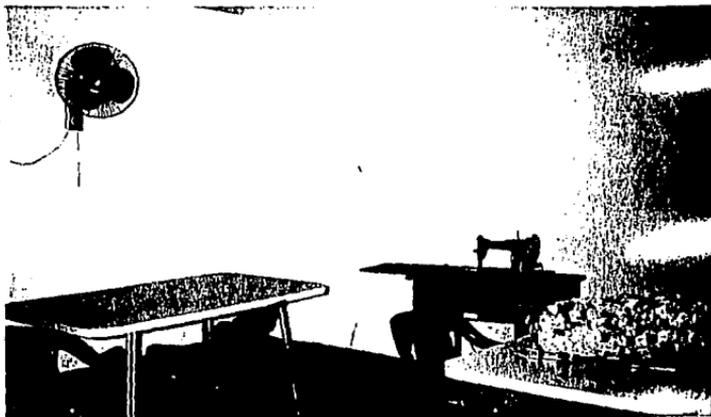
**44. Silla sanitaria. Obsérvese el deterioro general tanto del mueble como de pisos, puerta y paredes del inmueble (bloque de inválidas). En la puerta, mecanismos de cierre exterior empleados en la noche. Al fondo, piso antideslizante del segmento de unión.**



**45. Pasillo central del bloque de inválidas. A los lados, las células individuales. Se advierte el tipo de iluminación, la disposición de las camas y la sensación asilar.**



46. Oficina de Servicio Social en el Bloque 1 de Instalaciones Centrales. Compárese con la foto 45 para advertir la concentración de recursos hacia el grupo de control.



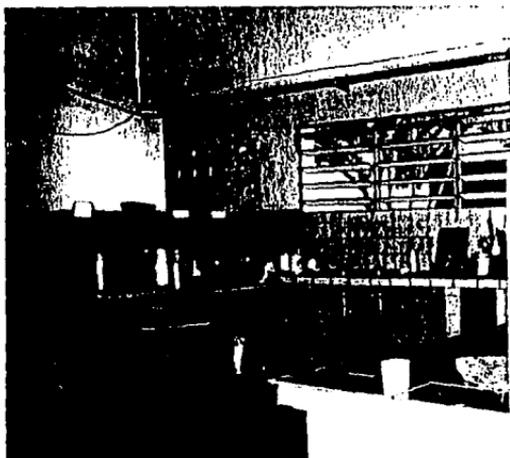
47. Taller de manualidades, ubicado en el Anexo. Mobillarlo general.



48. Taller de carpintería. Obsérvese la acumulación de objetos ajenos a la actividad específica, en su proceso de conversión a depósito.



49. Taller de carpintería.  
Otro ángulo.



50. Bloque 2 de Instalaciones Centrales: Cocina Industrial, lavaplatos doble y mesada lisa. Desapareció la distribución del plano arquitectónico. Ausencia de campana y extractor. Nótese la acumulación de grasa en paredes.



51. Bloque 2 de Instalaciones Centrales; se ven las dos cocinas industriales y el mismo aspecto general de la foto 50. La reja azul del primer plano es el mecanismo de control de acceso que la separa del comedor de personal y el resto de ambientes.



52. Bloque 3 de Instalaciones Centrales: lavado-planchado. Se advierte la zona húmeda (batea), no incluida en el plano original. La zona de planchado con mobiliario parcialmente improvisado; la separación por muebles de la zona de lavadoras y parte de los tendederos que la han invadido.

#### 4.4 ARQUITECTURA, REPRESION Y MOVILIDAD DEL ANCIANO

Se evidenció cómo la movilidad del anciano está severamente deprimida, y cómo la represión es ubicua y multivariada; detéctándose inseguridad personal, desarticulación con respecto a la planta arquitectónica, pérdida de la autonomía, limitación de la libertad de acción y depresiva solidaridad Intermiembros. Puede hablarse, con propiedad, de una violencia soterrada y tolerada por la institución.

La aplicación de la entrevista arrojó, de manera generalizada, una percepción de los distintos ambientes y una identificación con los mismos directamente conectada al uso que hacen de ellos. Los ancianos no logran expresar una idea de conjunto de la institución, se reducen a aquellos ambientes donde se desenvuelven, el resto de la UGG les resulta inclusive desconocida. Es una percepción definitivamente socializada. Así, por ejemplo, los ancianos hombres registran escasa identificación con el Ambiente Laboral, el cual orienta su programación de manera ostensible hacia la población anciana femenina, abundando actividades de manualidades asociadas al bordado, tejido y costura, mientras que se encuentran crónicamente deprimidas aquellas relacionadas con el sexo masculino como la carpintería, jardinería, siembra, reparaciones menores, entre otras.

Particularmente en el ambiente individual, la sobreposición de ambientes y funciones permite afirmar la tendencia a un encapsulamiento del anciano en su célula individual y un evidente retraimiento de la interacción con la comunidad institucional. Poco más del 20% de la muestra entrevistada indicó su habitación como el lugar donde más les gusta estar. Con todos los inconvenientes climáticos y la pobreza sensorial, es evidente la búsqueda en los ancianos autoválidos de un entorno mínimo, propio, sobre el cual tengan el mayor control y que les permita reproducir diversas condiciones de existencia con el menor control institucional. En el caso de las mujeres entrevistadas, cuatro de seis manifestaron lavar su ropa o mandarla a lavar fuera de la lavandería, una lamentó ya no poder hacerlo por factores de enfermedad, y sólo una recurre al servicio de la institución.

Se hizo evidente como al no identificarse los ancianos con un determinado ambiente, situación que se presentó en forma mayoritaria en hombres y mujeres con respecto a las oficinas, el consultorio y la enfermería, no logran expresar las sensaciones corporales o las opiniones que tuvieran con respecto a ellos. Así, no lograban o difícilmente podían expresar si eran grandes, medianas o pequeñas; su temperatura, su iluminación, las distancias y otros elementos. Esto se hizo ostensible en los ancianos inválidos y con más años en la institución; reducida su movilidad a dos o cuando mucho tres ambientes: cuarto, baño y comedor de inválidos; estos ancianos se encuentran en una situación de atonía directamente relacionada con la ausencia casi total de estímulos, desplazamientos y diversidad de contactos interpersonales. La represión, soportada sobre bases geriatrizadas que niegan cualquier recuperación para estos individuos, se presenta de manera descarnada en estos ambientes de inválidos.

En cuanto a las dimensiones de los distintos ambientes, quizás la condición de pobreza que ha caracterizado a casi todos estos ancianos a lo largo de su vida, y que a nivel de planta arquitectónica se tradujo en viviendas pequeñas y hacinamiento, les hace percibir a estos, en general, como Grandes; mientras el personal, como se explicará más adelante, califica a los mismos entre pequeños y medianos. También puede suponerse que el dominio institucional y la consecuente impotencia del usuario ante éste, se traduzca en una percepción de la escala que magnifica las dimensiones de los distintos ambientes; con lo cual esta percepción estaría definitivamente improntada por las relaciones de poder existentes en la institución. Debe mencionarse sin embargo que esta percepción de las escalas entra en contradicción con otros aspectos que se abordarán líneas abajo. (Vid infra pág. 135)

La incapacidad para ejercer cualquier propiedad plasma de manera directa el proceso de despojo e impotencia a que está sometido el anciano. Menos de un 20% de la muestra (dos ancianas) resultó ser propietaria de algún aparato o mueble, llegándose al extremo de ancianos cuyas habitaciones carecen incluso de ventilador, en un clima caluroso y en una edificación cuyos techos y ventanería resultan inadecuados como mitigantes o aislantes del mismo. Bien puede atribuirse esto a la situación de pobreza característica de estos ancianos,

pero se contradice con la recurrente afirmación de que **NÓ PUEDEN** tener objetos, sin poder explicar por qué o aludiendo a "órdenes" que no logran especificar.

En cuanto al mobiliario, inicialmente se registra una aceptación general del mismo. Le dan poca importancia al factor calidad y se conforman con tenerlo aunque esté deteriorado, llegando a expresar "costumbre" por los mismos. Sin embargo, casi el 80% de los ancianos entrevistados expresó su deseo por tener algún mueble en especial, predominando los roperos con llave, seguidos por radios y ventiladores. Este predominio del deseo por un mueble al que sólo ellos puedan tener acceso refleja la carencia de seguridad y privacidad en estos ancianos, dos de los cuales llegaron a explicitar su temor por los robos a las pertenencias de ancianos que, a lo largo del tiempo, se han presenciado en la institución sin darse solución a los mismos. Hay una evidente pérdida de intimidad y privacidad, lo cual es una forma de represión que se traduce en privación de expresividad: el anciano no tiene un espacio mínimo que marcar con su individualidad.

Por su parte, radios y ventiladores se asocian, los primeros al factor de Incomunicación en que transcurre la cotidianidad de estos ancianos y las altas tasas de analfabetismo entre ellos. La radio resulta un aparato sencillo de manejar, fácil de guardar, que les da acceso a información y recreación pasiva. Los ventiladores forman parte del crónico problema de clima asociado a esta edificación, mayormente vivido por los usuarios ancianos.

Finalmente, aquellos ancianos que se expresaron negativamente sobre el deseo de algún mueble en especial, sustentaron sus negativas no en la ausencia de deseo, sino en la estrechez de espacio para acomodar cualquier otro mueble, con lo cual se entra en contradicción -en el plano de lo concreto- con el manejo de la escala hecho inicialmente.

Otro de los aspectos donde se evidencia el factor de inseguridad personal y agresiones vivenciadas por los ancianos es en el uso de la cuchillería. Como ya se mencionó, el recurrente y prolongado robo del material de la institución llevó a la supresión de este servicio hacia los ancianos. Casi el 85% de la muestra se limita al uso de cuchara para sopa. Tazas de café y vasos son masivamente propiedad de los ancianos, siendo común la sustitución de

la taza por diversos envases plásticos o el uso de platos soperos como tazas. Estos deben llevar al comedor sus cubiertos y utensilios y regresarlos a sus habitaciones, de lo contrario no hay garantía sobre ellos. Esta circunstancia no hace extraño el ver ancianos que toman cualquier tipo de alimentos con las manos.

El comportamiento del anciano con respecto a estos objetos revela los niveles de inseguridad y represión que vive en la institución, así como su necesidad de posesión. Un frasco vacío, un envase plástico, pueden ser objeto de discusiones aparentemente sin sentido entre el personal, que no logra entender por qué el anciano se aferra a tener en sus habitaciones objetos aparentemente "sin uso ni beneficio", y éste, empeñado en no deshacerse de los mismos, aunque puedan ser incluso reservorios de diversos insectos, polvo, basura y otros elementos no deseables.

El control sobre el acceso a las habitaciones está mediado por diversos factores, según el anciano viva en cabañas o en bloque de inválidos. En ambos casos, sin embargo, se evidencian elementos que coartan la movilidad del anciano y desalientan el contacto interpersonal entre ellos y el personal.

En el anciano de cabañas las opiniones están divididas a prácticamente el 50% sobre el control que se posee o no para abrir o cerrar las puertas de sus habitaciones. Independientemente de esta divergencia de opiniones se advierte que este control de los ancianos de cabañas está relacionado a varios factores: la cohabitación, que les obliga a no cerrar; daños en la estructura de las puertas que hacen imposible cerrarlas; el clima cálido que obliga a mantenerlas abiertas como medio para tolerar el calor, y la invalidez. Lo que sí es definitivo es que el control no se relaciona al uso masivo de mecanismos de cierre como cerraduras con llave o candados; sólo dos ancianos de la muestra manifestaron tener alguno de estos mecanismos. Lógicamente, la necesidad de no cerrar unida a la ausencia de mecanismos de seguridad en las puertas son factor de riesgo para la sustracción de pertenencias en estos ancianos. Aunque no se expresó literalmente en la muestra, el apego del anciano por su habitación y sus escasos y cortos desplazamientos hacia otras áreas pueden tener conexión con la vulnerabilidad a que está sometida la célula individual, la

sensación de inseguridad con respecto a la misma y la desconfianza ante otros ancianos y el personal.

Los ancianos inválidos son el grupo más vulnerable a este respecto, su situación es cualitativamente diferente. No solo no existe ingerencia alguna del anciano sobre los accesos, sino que el personal agudiza este control en horas de la noche, al cerrar con llave la única puerta que comunica dormitorios con el baño, por lo cual los ancianos no tienen acceso a éste. Si a esto se le agrega la inexistencia de timbres para llamar al personal, estos ancianos registran inclusive riesgos médicos en caso de emergencia nocturna, ya que exceptuando las rondas del personal de guardia, quedan totalmente incomunicados con el resto de la institución. A esto se le agrega el uso de habitaciones especiales ya mencionadas para los llamados "ancianos caminadores".

Calor y lluvia son factores que condicionan la movilidad del anciano. Lo que pareciera interacción con otros ancianos o el personal es en realidad un encuentro casual derivado de deficiencias en las instalaciones, algunas relacionadas con el clima y temperatura, que obligan al anciano a desplazarse hacia los espacios abiertos. Por otra parte, la calidad de los pisos es condicionante limitativo de la movilidad. Contradictoriamente, si bien casi el 100% de la muestra considera que los pisos de la UGG no son difíciles para caminar, la totalidad de los entrevistados manifestó alguna dificultad externa para los desplazamientos asociada a los pisos: la lejanta, rejillas defectuosas y desniveles en los andadores, superficie muy pulida y humedad en los corredores; contrapesados los andadores por una favorable identificación con el cemento rústico como superficie segura para caminar por su adherencia.

Es interesante el haber detectado aspectos subjetivos que inciden para considerar un piso como "difícil" o "fácil" para caminar; esto sucedió en los ancianos autoválidos con respecto al ambiente de inválidos. Se advierte un factor emocional que les hace considerar el tránsito por estos bloques como difícil. Tras esta expresión pudiera estar el temor hacia este ambiente, relacionado con enfermedad, invalidez y muerte. Por el contrario, el factor de conocimiento y cercanía al ambiente individual fueron elementos expresados como facilitadores de los desplazamientos.

El índice de caídas detectado fue ligeramente inferior al 40%, asociándose a los pisos mojados sólo un caso. El resto coincidió con problemas de locomoción, efectos de medicamentos y mobiliario inadecuado que propició la caída. Es particularmente importante resaltar que los dos casos de caídas relacionadas al mobiliario tuvieron como causal los colchones nuevos, cuya rigidez los hizo desplazarse ocasionando la caída del anciano, ya que estas camas carecen de barandas.

La ubicación con respecto a los ambientes está, en estos ancianos, fuertemente marcada por un factor emotivo: si el ambiente le interesa, hay una identificación con él, lo consideran cercano, aunque esté más lejos que otros. Así, por ejemplo, la capilla y los talleres se ubican casi a la misma altura; para los hombres, sin embargo, los talleres quedan lejos y la capilla cerca; lo cual puede explicarse por la escasa utilización que los hombres dan al ambiente laboral (Vid supra pág. 109) en contraste con el servicio religioso que reciben todos los domingos. En caso de no identificación, el anciano llegó al extremo de mostrarse incapacitado para ubicarse con respecto a alguna área, lo cual sucedió en más de un 80% con respecto a las oficinas, lo cual reafirma la zonificación y restricción de desplazamientos de que ya se ha hablado.

La adaptación a la institución y sus restricciones se plasma en la aceptación de diversos malos olores, siendo el más mencionado las orines y heces percibidas mayormente en habitaciones, baños, comedor y corredores. Más de un 80% de ancianos manifestaron no molestarse por estos olores; sin embargo, poco más del 20% mencionó simultáneamente el "haberse acostumbrado" a estos y otros olores como desinfectantes de piso y medicinas.

Las necesidades sentidas de estos ancianos quedaron reflejadas, además del mobiliario, en otros dos elementos: el color y la decoración de las habitaciones. Más del 80% expresó su deseo de cambiar el color al interior de las habitaciones y agregarle algo más, generalmente asociado al mobiliario y/o decoración. Nuevamente aparecieron los roperos con llave, los radios y ventiladores, a los cuales se agregaron colchones, cortinas, adornos en general e incluso modificaciones a la planta arquitectónica relacionadas con el calor, ventanas.

El deseo de agregar objetos a las habitaciones se relaciona con la total carencia de estímulos visuales que existe en los ambientes individuales, tanto en cabañas como en bloque de inválidos. Más del 80% de ancianos manifestaron no poseer adornos en sus habitaciones, atribuyéndolo a factores de represión institucional e inseguridad: normativas desconocidas, órdenes igualmente desconocidas, robos precedentes y maltrato a los objetos. Un grupo menor del 30% atribuyó a su pobreza la ausencia de decoración. La misma cantidad manifestó tener algún adorno, predominando la imaginería religiosa en forma de estampas o pequeños bultos.

Puede hacerse una suma en que la pobreza, inseguridad y normativas no especificadas dan por resultado el despojo en estos ancianos de la capacidad de poseer y la pérdida de control sobre sus pertenencias. Muy probablemente estas pérdidas contribuyan a mermar los desplazamientos de los ancianos y su confianza en un entorno que se revela agresivo.

#### 4.4 ARQUITECTURA, REPRESIÓN Y MOVILIDAD EN EL PERSONAL

En términos generales se encontró una gran división en el personal de esta institución con respecto a arquitectura, represión y movilidad, con diferencias cualitativas que les ubican de muy distintas maneras con respecto a la institución y los ancianos. Estos dos grandes grupos son el personal de Dirección Central y Administrativo, al que se unen las Auxiliares de Enfermera (en adelante Grupo 1); y un grupo que incluye personal de cocina, lavandería, almacenista y aseadoras (en adelante Grupo 2).

Las escalas son percibidas por el personal de forma distinta que los ancianos, considerando casi todos los ambientes entre pequeños y medianos. Esta percepción de pequeñez es más acentuada hacia cuatro espacios: el consultorio, la enfermería, el cuarto de guardia de las auxiliares de enfermería y los baños de autoválidos. Nótese cómo tres de estos cuatro espacios corresponden a los Bloques de inválidos y se relacionan con el personal que más directamente contacta y maneja a los ancianos más deteriorados.

Los problemas del personal se reducen, en el Grupo 1, a elementos de acondicionamiento de sus particulares zonas de trabajo. En el Grupo 2 no sólo hay problemas de acondicionamiento -algunos severos- sino además de movilización y contacto con el resto de la institución.

Hablando en cifras, casi el 70% manifestó trabajar en un lugar cómodo, y un 32% lo encontró agradable. Casi el 43% lo consideró bonito contra poco más de la mitad de la muestra que lo calificó como "Indiferente" e incluso "Feo". Sin embargo y contradictoriamente, el 100% de la muestra haría cambios a ese lugar bonito, cómodo y agradable; desde cambios en el color (74%) y aumento del espacio hasta más acondicionamiento en el área y/o en la estructura completa de la institución (48%). El decorado en general no fue considerado por los entrevistados.

Puede considerarse al Grupo 2 como un sector conflictuado dentro del personal. Los elementos que los unifican son el aislamiento pronunciado de sus áreas de trabajo y, en el

caso de las aseoadoras, aunque éstas se desplazan por gran parte de la institución su trabajo, el menos calificado y más sujeto a órdenes, las hace el eslabón más débil dentro de la jerarquía institucional. Además, su elevada movilidad las hace percibir que no tienen un lugar específico, que las identifique, dentro de la institución.

La adaptación al mobiliario presenta más problemas en el Grupo 2: la estantería y los recipientes de limpieza fueron reportados como "incómodos", así como el mobiliario de cocina y sus condiciones generales. El ambiente de cocina fue calificado de caluroso y mal ventilado, mientras que la muestra global se dividió al 50% en cuanto a la comodidad o incomodidad de sillas de oficina y de comedor. En general el personal de la institución encuentra algún tipo de problema con respecto al mobiliario, pero no escasez o ausencia del mismo, como sí ocurre con los ancianos.

El 79% de la muestra global manifestó desconocer la existencia de alguna normativa que reglamente sus desplazamientos, la cual efectivamente no existe. A este respecto la libertad del personal es prácticamente total, sólo restringida a áreas de Dirección, almacenes y depósitos, que coincidencialmente incluyen las del Grupo 2: almacenes y cocina. El Grupo 2 incluye aquellos trabajadores que no poseen llave de su área de trabajo: aseoadoras y lavanderas. Para el personal del Grupo 1, en general, no existen severos problemas de desplazamientos en sus áreas de trabajo; contrariamente, la muestra global manifestó dificultades para desplazarse hacia las áreas ocupadas por el Grupo 2, y éste a su vez expresó su sensación de aislamiento con respecto al resto de la institución. El aislamiento de la lavandería fue el más evidente: comunicación con muchos obstáculos (tendederos, piedras, tierra, tubería de superficie, la entrada orientada al lado opuesto de los demás ambientes).

El tipo de pisos no fue reportado como limitante exceptuando la zona de andadores, donde la muestra global se dividió a mitad sobre la dificultad y/o facilidad para desplazarse. Esta dificultad afecta particularmente al personal que da limpieza y mantenimiento a este ambiente. Igualmente, la iluminación en el Bloque 1 de instalaciones centrales fue considerada como buena, no así en los Bloques de inválidos y depósitos, donde a la

calificación de regular para enfermería, cuarto de guardia y almacenes, se une la sensación de inseguridad nocturna ante la oscuridad y soledad reportadas por las auxiliares de enfermería. Esta sensación sí constituye un factor de riesgo muy próximo para los ancianos, ya que el personal auxiliar es el único que queda para enfrentar situaciones de emergencia. En los hechos, la escasa vigilancia y el poco personal han generado un historial de sustracciones nocturnas en esta institución. Quizás esta sensación de inseguridad y no control refuerza el mantenimiento de medidas ya mencionadas como el cerrar con llave el único acceso a los dormitorios del bloque de inválidos en horas de la noche.

Así pues, las características de los ambientes de desplazamiento y de los pisos en general no representan un obstáculo para que el personal realice sus funciones y ejerza su autoridad sobre los residentes. Las limitaciones y problemas más bien se orientan a los contactos interpersonales y a los grupos que menos se relacionan con el manejo directo del anciano.

Sin embargo, el control sobre los ancianos no excluye una pronunciada zonificación, coincidente este aspecto con los ancianos residentes, ya que limitan sus desplazamientos a los ambientes de su competencia laboral y muestran poco conocimiento de los ambientes de ancianos. Cada personal se relaciona en la medida que su ambiente o su tipo de trabajo se aproxima al anciano. Así, aseadoras, enfermeras, camilleros y auxiliares de enfermería son algunos de los miembros que más contactan con ancianos, ya que su actividad y/o desplazamientos obligan a esto. Al extremo opuesto, personal como la costurera casi no se relaciona con ellos, a lo cual contribuye no sólo su tipo de oficio, sino el que su ambiente de trabajo fue desplazado de su ubicación original -en lavado y planchado- al extremo opuesto de la UGG, bastante alejado del movimiento de los residentes. De hecho, casi el 43% de la muestra global reportó un contacto nulo con los ancianos, y poco más del 20% reportó contactos escasos.

Se registra una particularidad con el bloque de ancianos inválidos, donde más que conocimiento se revela el alto y negativo impacto emocional que ocasiona en el personal las condiciones de vida de estos residentes. Un pequeño porcentaje de poco más de 20%

manifestó el deseo de cambios en el área de inválidos, para hacerlas más confortables, refiriéndose al deterioro de la estructura, falta de mantenimiento, mal olor, abundancia de moscas y deficiente ventilación. Un porcentaje aún mayor (26%) consideró los bloques de inválidos como el lugar menos agradable de la UGG, lo cual se relaciona con el porcentaje que le precede y posiblemente con el temor a los factores declinantes que se asocian a la vejez, ostensibles en los ancianos de estos bloques.

Es definitivo que el personal no maneja, al igual que el anciano, una idea global de la institución. La zonificación unida a un voluntario control de sus desplazamientos, que no un factor de represión soportado en normativas o en la planta arquitectónica, son los elementos que privan en la movilidad del personal.

Lo anterior no permite hablar con propiedad de un bloque de personal que "trabaja con ancianos"; frase de frecuente uso en la institución. La planta arquitectónica tiene muy marcadas las zonas de los distintos grupos de trabajadores, a lo cual se une una actitud individual en gran parte de estos, tendente a restringir sus contactos con los ancianos al mínimo indispensable.

#### 4.5 NECESIDADES ESPECIALES PARA EL ANCIANO AUSENTES EN EL DISEÑO ARQUITECTONICO

El diseño marca a partir de sus ambientes a qué tiene derecho o no el anciano. Es una constante la ausencia de habitaciones para cónyuges, de áreas de recreación, áreas educativas y de trabajo. Esto es comprensible en función de que, de hecho, no se consideran como necesidades a cubrir la sexualidad, la educación ni el trabajo, y la recreación se realiza en otros espacios, inclusive externos, como plazas, jardines, playas, etc.

En términos generales puede hacerse el siguiente diagnóstico sobre este renglón, que abarca infraestructura y mobiliario:

##### AMBIENTE INDIVIDUAL O ELEMENTO BASICO: CABAÑAS Y DORMITORIOS COLECTIVOS PARA ANCIANOS INVALIDOS

###### **CABAÑAS:**

- Falta de privacidad e intimidad.
- Insuficiente mobiliario para atender a las necesidades personales y de privacidad del anciano.
- Inexistencia de camas y colchones adaptados a las limitaciones motrices y características músculo-esqueléticas de los ancianos.
- Deficiencias en ventilación e iluminación.
- Ancho insuficiente en las puertas para baños.

###### **DORMITORIOS COLECTIVOS:**

- Ambiente individual destructivo a nivel bio-psico-social.
- Ausencia de mobiliario mínimo para salvaguardar bienes e intimidad del anciano.
- Inexistencia de camas y colchones adaptados a las limitaciones motrices y características músculo-esqueléticas de los ancianos.
- Deficiente dotación de aparatos de ventilación.
- Ausencia de limbres de cama.

### AMBIENTE COLECTIVO

- Alejamiento del comedor de ancianos de las zonas de flujo de los usuarios.
- No hay servicio de cuchillería.
- Color y decoración no estimulantes de la ingesta.
- No hay mobiliario adecuado para salón de televisión.

### AMBIENTE DE INTEGRACION

- Extensa deforestación con repercusiones a nivel de contaminación sónica, respiratoria y visual.
- Ausencia de elementos arquitectónicos integradores en áreas verdes.
- Colapsamiento del área de ingreso, al sobreponerse estacionamiento y acceso peatonal, obstruyéndose las entradas principales.

### AMBIENTE DE DESPLAZAMIENTOS

- Inexistencia de un sistema de rampas y pasamanería.
- Materiales y mantenimiento inadecuados en pisos de alta circulación, no aptos para las características de locomoción de personas de avanzada edad.
- Deterioro acentuado en la red de andadores y en pisos de los ambientes individuales.

### AMBIENTE DE ASISTENCIA ESPECIAL

- Cuestionable calidad de la higiene general de estos Bloques.
- Aislamiento tanto del personal como de ancianos con respecto a los otros grupos institucionales.
- Inseguridad nocturna en el personal.
- Generación de espacios con funciones no incluidas en el diseño original y de connotaciones represivas (cuartos de ancianos caminadores).
- Inexistencia de asideras en las distintas áreas de los baños.
- Ausencia de líneas para limitados físicos.
- Inexistencia de asientos fijos en el área de ducha.
- Ausencia de dispositivos para ayudar a la transferencia silla de ruedas-inodoro

### AMBIENTE DE INSTALACIONES CENTRALES

- Alteración de funciones y modificaciones a la planta arquitectónica con respecto al diseño original.
- Crecimiento oportunista en detrimento de la zona de cabañas.
- Concentración de las ventajas en cuanto a bienes muebles e inmuebles.
- Primacía del Bloque 1 y las dependencias médicas por sobre el resto de Instalaciones Centrales.
- Déficit de mobiliario y equipos en cocina, lavado y planchado.
- Ausencia de equipo anti-incendio en depósitos de material inflamable.

### AMBIENTE LABORAL

- Ausencia de áreas laborales, particularmente para varones, e hipotrofia de la existente.

### ASPECTOS GENERALES QUE AFECTAN AL CONJUNTO ARQUITECTONICO

- Insuficientes mecanismos de identificación en la trama urbana.
- Ausencia de una política de mantenimiento para la planta arquitectónica, tanto en bienes muebles como inmuebles.
- Inexistencia de una política de orden psicosocial que permita detectar las necesidades sentidas del anciano con respecto a la planta arquitectónica y bienes muebles.
- Elevada alteración de las funciones originales asignadas a los ambientes en el diseño arquitectónico, con supresión, sobreposición y modificaciones realizadas en forma improvisada.
- Uso de material cancerígeno en techos: asbesto.
- Ausencia del manejo del color como elemento para indicar cambios de ambientes y como recurso de beneficio psicológico.
- Colapso en sistema de ventanería, con afectación de temperaturas interiores y ventilación.
- Polarización en la distribución de los aparatos de ventilación, con tendencia ostensible a favorecer al grupo de control de mayor jerarquía en el organigrama institucional.
- No hay servicio de agua caliente.

## CONCLUSIONES

Pese a las buenas intenciones de lograr en una síntesis arquitectónica la solución de los problemas básicos que afectan a los ancianos sujetos a la Asistencia Social, la realidad es que en la práctica el diseño arquitectónico de esta Unidad geronto-geriátrica lleva a la nivelación y suprime la individualidad, con lo cual este proyecto se ubica a respetable distancia de la frase de Le Corbusier: "arquitectura es prever".

El planteamiento original supuso que un diseño arquitectónico lograría algo: mejorar la calidad de vida del anciano institucionalizado. En realidad, la producción multiforme de relaciones de dominio y represión propias de este tipo de instituciones generó reajustes en la planta arquitectónica; el plano se "acomodó" a lo real, a lo que se impone, que son específicas relaciones de dominio.

El Discurso se maneja en sus dos planos; contradictorios y habituales. Por un lado la argumentación oficial, fuertemente apoyada en bases técnicas, en investigaciones, que pretende explicar las características y devenir de ciertos grupos e incidir sobre estos en un sentido de beneficio. Un Discurso de supuesta autocrítica, en defensa y rescate de valores sociales y de instituciones. En este caso se encuentra la presencia de lo más avanzado del Discurso Social sobre la vejez, el cual se abstiene de usar estereotipos negativos como herramienta conceptual y busca explicaciones sustentadas en factores sociales, económicos, biológicos y otros. Este nuevo Discurso se hizo extensivo hacia el plano de lo arquitectónico, donde se intentó un diseño que lograra reproducir condiciones externas, comunitarias, de vida social intergrupal, de tránsito interinstitucional, en una Institución Total. Es así como se habla de hogar, intimidad, privacidad, etc; e incluso de ciudad y pueblo.

Por otra parte se encuentra, introyectado y aplicado por el personal y los ancianos residentes, el Discurso vivencial, no sofisticado, no oficial, del envejecimiento; aquí impregnado de estereotipos negativos y que estigmatiza esta etapa de la vida. Discurso que trasluce el temor psicosocial que se tiene de la vejez como etapa y como experiencia. Es este un Discurso de fractura, de escisión, que rechaza los "beneficios" ofertados por su contraparte. Discurso orientado a la eficacia, al mercado, al mundo de la producción.

De la unidad de ambos resulta un Discurso global paradójico, unión de opuestos (beneficio-rechazo) en el cual la arquitectura ha sido trasladada, como diseño, hacia la consecución del beneficio; sin lograr deslastrarse del rechazo social que, pese a todo, acompaña a estas instituciones.

Pero mientras el Discurso no se transforma en lo inmediato, la propuesta arquitectónica sí se transforma obedeciendo a la reproducción inmediata de las relaciones de poder propias de estas Instituciones Totales, y que encontraba en el seguimiento del diseño arquitectónico propuesto una alteración a su dinámica. En este estudio de caso, el poder se oculta en el Discurso Social sobre la vejez; inclusive se oculta tras una aparente ausencia de normativas que es suplida en los hechos por los diversos procesos de sometimiento sobre los cuerpos, gestos, hábitos, etc.; pero en el uso de la planta arquitectónica se expresa en todos sus detalles.

El diseño arquitectónico original queda cuestionado desde dos ángulos: en su uso debido a las deformaciones sufridas por los diversos ambientes, y que en conjunto llevan a contradecir el Discurso oficial y los objetivos del que es componente la planta arquitectónica más antigua. En su pertinencia debido a que el anexo construido posteriormente parte de una concepción completamente distinta del diseño arquitectónico, aunque también manejada por las autoridades, en este tipo de instituciones, y que viene a ser una forma de desautorizar -por la vía de un no seguimiento- el proyecto anterior.

Es evidente que como proyecto de vida para otros -los ancianos- las novedades planteadas por el Discurso oficial y apoyadas en la planta arquitectónica no han tenido los resultados esperados, bien por haber sido alteradas u omitidas. Las condiciones de vida de estos no reflejan la intencionalidad del Discurso oficial, y sí las del Discurso vivencial. Anteriores investigaciones sobre diversos aspectos de esta institución confirman lo aquí expuesto (Chibly, 1994; García, 1994).

Pero, en definitiva, es concluyente que donde hay poder hay resistencia. Esta se expresa, en el caso de que se trata, a través de la resistencia a la cohabitación y la búsqueda de la vida en solitario como elementos preservadores de lo individual.

Así pues, la planta arquitectónica, sometida a progresivas y constantes deformaciones en su diseño y funciones, se aleja por completo de los objetivos iniciales, los cuales se ve imposibilitada de alcanzar en la medida que arranca de un postulado irreconciliable: lograr un ambiente de familia y comunidad en el contexto de una Institución Total. Las transformaciones llevan al extremo de generar espacios de "cuidado" o "vigilancia" claramente represivos, como los cuartos de "caminadores". Las ambientaciones claramente se orientan a reprimir y nivelar a los residentes, al recrearse espacios sin estimulación alguna.

Negado su principio de transformar la calidad de vida de estos ancianos, lo arquitectónico se muestra como un elemento más del Discurso oficial acerca de la vejez, y sujeta como él a las desviaciones propias de este tipo de planteamientos, limitados al impacto formal mas no a generar cambios en grupos sociales que, como éste, continúan en la categoría de "desaparecidos sociales"; pero con los resultados esperados con respecto al mensaje que genera hacia el medio social: no apartarse de la norma, no apartarse del ideal social, apearse lo más posible al deber ser.

Por último, la dicotomía radical grupo de control-grupo residente, queda fracturada en este caso por dos elementos: primero, la división al interior del grupo de control en dos subgrupos, uno de los cuales en forma ostensible predomina y se impone al otro; y segundo, el racionamiento que el grupo de control -en general- hace de sus contactos con los ancianos. El contacto cotidiano y el fuerte de la responsabilidad y la interacción social queda, entonces, en una fracción del grupo de control; aunque todos coadyuven a que el proceso de somelimiento no pierda su tono.

## BIBLIOGRAFIA

- Alzate, O. (Octubre, 1982). *Incidencia del Medio Ambiente, la Arquitectura y el Urbanismo en el Anciano y la Familia*. Ponencia presentada al Encuentro Latinoamericano sobre la Familia y la Tercera Edad. Naciones Unidas-Opera Pia Internacional-CELAM. Bogotá, Colombia.
- Best, J.W. (1978). *Cómo Investigar en Educación*. Editora Nacional, México DF.
- Casas, M. y Suárez, L. (Mayo, 1960). *Edificaciones Residenciales para Ancianos*. Ponencia presentada a las Jornadas de PAMA. México DF.
- Carstense, L. y Edelstein, B. (1989). *Gerontología Clínica: el envejecimiento y sus trastornos*. Edic. Martínez-Roca. Barcelona, España.
- Cuba, Freddy. - *Unidad Geriátrica "Dr. José Dolores Beaujón"*. Coro. 1983. Inédito.
- Chibly, Laila. (1993). *Heteropercepción entre ancianos y personal en la Unidad Gerontogeriatrica "Dr. José Dolores Beaujón"*. Coro. Trabajo Especial de Grado. Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda.
- de Debuchy, A. Amengual, C. y Mariño M. (1994). *Viviendas y Equipos*. Artículo en: *La Atención de los Ancianos: un desafío para los años noventa*. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica N° 546. Washington. USA.
- De Fusco, Renato. (1970). *Arquitectura como "mass medium"*. Edit. Anagrama. Barcelona, España.
- De Lima, B. y García, V. (1979). *Institución y Vida Cotidiana*. Tesis de Licenciatura en Antropología Social. Escuela Nacional de Antropología e Historia. México DF.
- Fernández, Carlos. (1992). *Sin Vigilancia y sin Castigo. Una discusión con Michel Foucault*. Edit. Libertarias/Prodhufi, S.A. Madrid, España.
- Festinger, León; Katz, Daniel. - *Los Métodos de Investigación en las Ciencias Sociales*. Edit. Paidós. Buenos Aires. 1975.
- Firevicius, María. (1988). *Establecimientos de Internación de Larga Estadía para Gerontes*. Artículo en: *Gerontología*. Revista Platense. Publicación de la Asociación Gerontológica de La Plata. Año 2. N° 1.
- Firevicius, M. y Nouzeilles, B. (1989). *Establecimientos de Internación de Larga Estadía para Gerontes en la República Argentina: Características de la oferta (prestadores) y de la demanda (usuarios)*. Determinación de necesidades. Inédito. La Plata, Argentina.

- Firevicius, María. (noviembre 1993). Evaluación de los Establecimientos Geriátricos en Funcionamiento en Venezuela. Ponencia inserta en la Memoria del V Curso Nacional de Geriatría y Gerontología. UNEFM-INAGER. Coro, Estado Falcón, Venezuela.
- Foucault, Michel. (1992). La verdad y las formas jurídicas. Gedisa. Barcelona, España.
- Fuentes Aguilar, L. y Fuentes, R. (1978). Salud y Vejez. Ediciones El Caballito. México DF, México.
- García, Zaida. (1994). Calidad de Vida en Ancianos Institucionalizados del Estado Falcón. Trabajo Especial de Grado. Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda.
- Goffman, Erving. (1970). Estigma. Amorrortu Editores. Buenos Aires, Argentina.
- Goffman, Erving. (1973). Instituciones Totales. Amorrortu editores. Buenos Aires, Argentina.
- Gropius, W. (1968). Apolo en la Democracia. Monte Avila editores. Caracas, Venezuela.
- INAGER. (1990). Deberes y Derechos del Anciano Residente. Instituto Nacional de Geriatría y Gerontología. Caracas, Venezuela.
- INAGER. (1990). Análisis de Algunas Experiencias sobre Atención de Ancianos: Experiencia Venezolana. Papel de Trabajo. Presidencia del INAGER. Ponencia inserta en las Memorias del Curso Internacional de Gerontología. CIGER 1990.- OPS-UNEFM-INAGER. Coro, Venezuela.
- Irureta, F. y Rodríguez, R. (1985). Estudio de Factibilidad para Residencia Geriátrica. Inédito de Fundación CAVENDES.
- Laforest, J. (1991). Introducción a la Gerontología. Editorial Herder. Barcelona, España.
- Lanz, Rigoberto y otros.- Michel Foucault y la Cuestión del Poder en las Ciencias Sociales. Ediciones Fundacrítica. Caripe, Monagas, Venezuela. 1990.
- Léon, Antoine. (1985). Psicopedagogía de los Adultos. Editorial Siglo XXI. Colección Mínima N° 59. México DF, México.
- Lourau, René. (1975). El Análisis Institucional. Amorrortu editores. Buenos Aires, Argentina.
- Marlín-Baro, Ignacio. (1985). Acción e Ideología. UCA editores. San Salvador, El Salvador.
- Martínez, M. (1991). La Investigación Cualitativa Etnográfica. Editorial Texto. S.R.L. Caracas, Venezuela.

- Martino, H. (1989). **El Hábitat para la Tercera Edad**. Avance de Investigación en: Gerontología. Revista Platense. Publicación de la Asociación Gerontológica de La Plata. Año 3. Nº 1. Pp. 37-45.
- Mazzei, Jesús. (1988). **La Mejor Edad**. Geriatría y Gerontología en Venezuela. Edición del Autor. Caracas, Venezuela.
- Mishara, B. y Riedel R. (1986). **El Proceso de Envejecimiento**. Editorial Morata. Madrid, España.
- Moia, J. (1974). **Cómo se proyecta una vivienda**. Editorial Gustavo Gili S.A. Barcelona, España.
- Neufert, E. (1979). **El Arte de Proyectar en Arquitectura: fundamentos, normas y prescripciones sobre construcción, instalaciones, distribución y programas de necesidades, dimensiones de edificios, locales y utensilios**. Editorial Gustavo Gili S.A. Barcelona, España.
- OCEI. (1990). **Síntesis estadística Censo 1990**. Ediciones de la Oficina Central de Estadística e Informática. Caracas, Venezuela.
- Quintero, G. (1992). **La Calidad de Vida en la Tercera Edad**. Artículo en: Gerontología. Boletín Informativo del Centro Iberoamericano de Evaluación y Tratamiento de la Tercera Edad y de la Sociedad Cubana de Gerontología y Geriatría. Nº 3, Vol. 1. Pp. 11-16.
- Savater, Fernando. (1978). **Panfleto contra el Todo**. Dopesa. Barcelona, España.
- Schalhorn, K. (1979). **Viviendas para la Tercera Edad**. Ediciones Gustavo Gili, S.A. México DF. Colección Proyecto y Planificación.
- Selliz et al. (1965). **Métodos de Investigación en las Relaciones Sociales**. Ediciones RIALP. Madrid, España.

## PERIODICOS

El Chivito. Año VIII, Nº 66. Coro. 30 de enero de 1965.

## **ANEXOS**

**Anexo Nº 1.-** Mapa político-territorial del Estado Falcón, situación relativa, ficha censal básica y escudo. Con ubicación del Municipio Autónomo Miranda y su capital Coro, también capital del Estado.

**Anexo Nº 2.-** Plano de la ciudad de Coro.

**Anexo Nº 3.-** Plano de la ciudad de Coro. Detalle de la ubicación de la Unidad Geronto-Geriátrica "Dr. José Dolores Beaujón".

**Anexo Nº 4.-** Hogar de Ancianos. Coro. Plano Piloto.

**Anexo Nº 5.-** Hogar de Ancianos. Coro. Planta Grupo A y B.

**Anexo Nº 6.-** Encuesta a Ancianos Residentes.

**Anexo Nº 7.-** Cuestionario para el Personal.

**Anexo Nº 8.-** Cédula de Observación. Ambiente individual.

**Anexo Nº 9.-** Cédula de Observación. Ambiente colectivo.

**Anexo Nº 10.-** Cédula de Observación. Ambiente de integración.

**Anexo Nº 11.-** Cédula de Observación. Ambiente de desplazamientos.

**Anexo Nº 12.-** Cédula de Observación. Ambiente para asistencia especial.

**Anexo Nº 13.-** Cédula de Observación. Ambiente de instalaciones centrales.

**Anexo Nº 14.-** Cédula de Observación. Ambiente laboral.

**Anexo Nº 15.-** Hogar de Ancianos. Coro. Vista entrada del Conjunto.

**Anexo Nº 16.-** Hogar de Ancianos. Coro. Plano de fachadas y corte.

**Anexo Nº 17.-** Hogar de Ancianos. Coro. Planta cortes fachadas y perspectivas.

**Anexo Nº 18.-** Unidad Gerontológica. Coro. Plano de la Cocina.

**Anexo Nº 19.-** Unidad Gerontológica. Coro. Lavandería y Planchado.

**TESIS SIN PAGINACION**

**COMPLETA LA INFORMACION**



**ANEXO Nº 2**  
**PLANO DE LA CIUDAD DE CORO**

**ANEXO N° 3**  
**PLANO DE LA CIUDAD DE CORO**  
**DETALLE UBICACION UNIDAD**  
**GERONTO-GERIATRICA**



**PAGINACION VARIA**

**COMPLETA LA INFORMACION**

**ANEXO N° 6**  
**DISCURSO SOCIAL, ARQUITECTURA Y REPRESION SU CORRESPONDENCIA EN UNIDADES GERONTO-GERIATRICAS**  
**ENCUESTA A ANCIANOS RESIDENTES**

**TAMAÑO DE LOS AMBIENTES**

1 - Diga si el tamaño de estos espacios lo rasulla.

PEQUEÑO MEDIANO GRANDE

CUARTO	---	---	---
COMEDOR	---	---	---
SALON TV	---	---	---
BAÑO	---	---	---
OFICINAS	---	---	---
ENFERMERIA	---	---	---
CONSULTORIO	---	---	---
AREAS VERDES	---	---	---
TALLERES	---	---	---
CAPILLA	---	---	---

**MOBILIARIO Y UTENSILIOS**

2 - Cué de estos aparatos tiene en su cuarto

Televisor \_\_\_\_\_ Radio \_\_\_\_\_ Coccinilla \_\_\_\_\_ Cafetera \_\_\_\_\_ Ventilador \_\_\_\_\_ Plancha \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

3 - ¿Cuáles muebles y/o aparatos de su cuarto son de su propiedad?

4 - El acomodo y distribución de los muebles ¿lo hace Ud ?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

5 - ¿Le gustaría tener algún mueble un especial? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Cué \_\_\_\_\_

6 - Diga Ud si usa para comer

SI NO A VECES

Tenedor	_____	_____	_____
Cuchara	_____	_____	_____
Cuchillo	_____	_____	_____
Cuchara de café	_____	_____	_____
Plato	_____	_____	_____
Uzana	_____	_____	_____
Pielto	_____	_____	_____
Hondo	_____	_____	_____
Taza de café	_____	_____	_____
Vaso	_____	_____	_____
Servilleta	_____	_____	_____
Bandeja	_____	_____	_____
Integrado	_____	_____	_____

7 - Diga si los siguientes muebles le resultan

Cómodos Incómodos

Sillas del comedor	_____
Sillas de extensión	_____
Sillas de su cuarto	_____
Mesas del comedor	_____
Cama	_____
Poseta (WC)	_____
Silla de ruedas	_____

**PUERTAS Y VENTANAS**

8 - En su cuarto ¿puedo Ud abrir o cerrar cuando lo desea puertas y ventanas?

Puertas Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Ventanas Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

(DE SER NEGATIVA LE RESPUESTA)

Par qué \_\_\_\_\_

9 - ¿Puedo Ud cerrar y abrir su cuarto con llave cuando lo desea o necesita? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

(DE SER NEGATIVA LA RESPUESTA)

Par qué \_\_\_\_\_

10 - ¿Se ha quedado alguna vez encerrado en

Cuarto propio \_\_\_\_\_  
Otros cuartos \_\_\_\_\_  
Baño \_\_\_\_\_  
Comedor-Salón de TV \_\_\_\_\_  
Enfermería \_\_\_\_\_  
Oficinas \_\_\_\_\_  
Otro \_\_\_\_\_

(DE SER AFIRMATIVA LA ANTERIOR) ¿Por qué? \_\_\_\_\_

### ILUMINACION

11 - ¿Funcionan todos los bombillos de su cuarto? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

12 - ¿Funcionan los luminarios de su cuarto? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

13 - Para realizar sus actividades, diga si la iluminación de los siguientes espacios le resulta.

Buena Regular Mala

Cuarto \_\_\_\_\_  
Baño \_\_\_\_\_  
Comedor \_\_\_\_\_  
Consultorio \_\_\_\_\_  
Enfermería \_\_\_\_\_  
Áreas verdes \_\_\_\_\_  
Entrada a la UG \_\_\_\_\_  
Corredores \_\_\_\_\_  
Andadores \_\_\_\_\_  
Oficinas \_\_\_\_\_  
Capilla \_\_\_\_\_

### TEMPERATURA Y VENTILACION

14 - Cuando sopla viento ¿abren sus puertas o ventanas?

Puerta Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Ventana Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

15 - Cuando llueve entra agua a

Su cuarto \_\_\_\_\_  
Baño \_\_\_\_\_  
El comedor/  
salón TV \_\_\_\_\_  
La enfermería \_\_\_\_\_  
Los corredores \_\_\_\_\_  
Oficinas \_\_\_\_\_  
Entrada a la UG \_\_\_\_\_  
Talleres \_\_\_\_\_  
Capilla \_\_\_\_\_

16 - Diga si la temperatura de estos espacios le parece

Caliente Fresco Frio  
DIA NOCHE DIA NOCHE DIA NOCHE

Cuarto \_\_\_\_\_  
Baño \_\_\_\_\_  
Comedor \_\_\_\_\_  
Enfermería \_\_\_\_\_  
Corredores \_\_\_\_\_  
Oficinas \_\_\_\_\_  
Talleres \_\_\_\_\_  
Capilla \_\_\_\_\_

**PISOS**

17 - Diga si se ha caído o resbalado alguna vez en los siguientes espacios

Su cuarto \_\_\_\_\_  
 Baño \_\_\_\_\_  
 Comedor/  
 salón TV \_\_\_\_\_  
 Enfermería \_\_\_\_\_  
 Corredores \_\_\_\_\_  
 Andadores \_\_\_\_\_  
 Oficinas \_\_\_\_\_  
 Talleres \_\_\_\_\_  
 Capilla \_\_\_\_\_

(DE SER AFIRMATIVA LA RESPUESTA ANTERIOR) ¿Por qué? \_\_\_\_\_

18 - Diga Ud. si algunos de estos pisos le resulta difícil para caminar

Su cuarto	_____	_____
Baño	_____	_____
Comedor/salón TV	_____	_____
Enfermería	_____	_____
Corredores	_____	_____
Andadores	_____	_____
Oficinas	_____	_____
Talleres	_____	_____
Capilla	_____	_____

19 - Por qué parte de la UG se le hace más fácil caminar \_\_\_\_\_

Por qué \_\_\_\_\_

**MOVILIDAD**

20 - Para trasladarse desde su cuarto, diga si estos espacios le quedan

	Cerca	Lejos	Muy lejos
comedor	_____	_____	_____
salón TV	_____	_____	_____
baño	_____	_____	_____
oficinas	_____	_____	_____
enfermería	_____	_____	_____
áreas verdes	_____	_____	_____
talleres	_____	_____	_____
capilla	_____	_____	_____

**OLORES Y COLORES**

21 - Qué tipo de olores perciba Ud. en la Unidad.

Basura Plantas Medicinas Orines Comida Desinfectantes  
 hecos

Cuarto \_\_\_\_\_  
 Baño \_\_\_\_\_  
 Comedor/  
 salón TV \_\_\_\_\_  
 Enfermería \_\_\_\_\_  
 Computaria \_\_\_\_\_  
 Corredores \_\_\_\_\_  
 Andadores \_\_\_\_\_  
 Oficinas \_\_\_\_\_  
 Talleres \_\_\_\_\_

22 - ¿Alguna de estos olores le molesta en forma permanente? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

23 - Si Ud. pudiera ¿preferiría su cuarto de otro color? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

## USO DE LOS AMBIENTES

24 - ¿Dónde realiza Ud. las siguientes actividades?

Leer    Coser    Ver    Cocinar    Comer    Razar    Recibir Activ. Asoc.    Lavar  
Escribir    Bordar    TV    visitas    Roca    Pars.    Ropa

Cuarto \_\_\_\_\_  
Baño \_\_\_\_\_  
Salón TV \_\_\_\_\_  
Enfermería \_\_\_\_\_  
Corredores \_\_\_\_\_  
Andadores \_\_\_\_\_  
Áreas verdes \_\_\_\_\_  
Talleres \_\_\_\_\_  
Capilla \_\_\_\_\_

25 - ¿Tiene Ud. objetos para adornar su cuarto?    Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

(DE SER NEGATIVA LA RESPUESTA)    Por qué \_\_\_\_\_

### NECESIDADES SENTIDAS

- 26 - En qué parte de la UG le gusta más estar \_\_\_\_\_ Por qué \_\_\_\_\_  
27 - En qué parte de la UG le gusta menos estar \_\_\_\_\_ Por qué \_\_\_\_\_  
28 - ¿Qué parte de la UG le parece más bonita \_\_\_\_\_ Por qué \_\_\_\_\_  
29 - ¿Qué parte de la UG le parece menos bonita \_\_\_\_\_ Por qué \_\_\_\_\_  
30 - ¿Qué le quitaría Ud. a su cuarto? \_\_\_\_\_  
31 - ¿Qué le pondría Ud. a su cuarto? \_\_\_\_\_  
32 - ¿Qué le quitaría Ud. al comedor de la Unidad \_\_\_\_\_  
33 - ¿Qué le pondría Ud. al comedor de la Unidad \_\_\_\_\_  
34 - ¿Qué le quitaría Ud. a las áreas verdes de la Unidad \_\_\_\_\_  
35 - ¿Qué le pondría Ud. a las áreas verdes de la Unidad \_\_\_\_\_  
36 - De qué Ud. llegó a la actualidad hay en la Unidad \_\_\_\_\_

Más o menos árboles \_\_\_\_\_  
Más o menos áreas deportivas \_\_\_\_\_  
Más o menos áreas recreativas \_\_\_\_\_  
Más o menos áreas de talleres \_\_\_\_\_  
Más o menos áreas de rehabilitación \_\_\_\_\_

**ANEXO N° 7**  
**DISCURSO SOCIAL, ARQUITECTURA Y REPRESION,**  
**SU CORRESPONDENCIA EN UNIDADES GERONTO-GERIATRICAS**  
**CUESTIONARIO PARA PERSONAL**

**TAMAÑO DE LOS AMBIENTES**

1 - En caso de que su horario de trabajo transcurra en uno o varios de ellos, diga si el tamaño de los siguientes espacios lo resulta

	PEQUEÑO	MEDIANO	GRANDE
Oficina	___	___	___
Comedor personal	___	___	___
Comedor ancianos	___	___	___
Cocina	___	___	___
Consultorio	___	___	___
Cuarto de guardia	___	___	___
Enfermería	___	___	___
Almacén	___	___	___
Lavado y planchado	___	___	___
Baño inválidos	___	___	___
Baño autoválidos	___	___	___
Área laborterapia	___	___	___
Área mantenimiento	___	___	___
Corredores	___	___	___

2 - Considere Usted que su área de trabajo es:  
 (CONTESTE LAS TRES OPCIONES)

- A) Cómoda \_\_\_ Incómoda \_\_\_  
 B) Bonita \_\_\_ Fea \_\_\_ Indiferente \_\_\_  
 C) Limpia \_\_\_ Sucia \_\_\_

**MOBILIARIO Y UTENSILIOS**

3 - En caso de usarlos, diga si los siguientes muebles o utensilios lo resultan

	COMODOS	INCÓMODOS
Sillas de trabajo	___	___
Escritorios de trabajo	___	___
Sillas del comedor de personal	___	___
Mesas del comedor de personal	___	___
Cama en que duerma	___	___
Mesas de planchado	___	___
Mueble de cocina	___	___
Lavaplatos	___	___
Escritorio	___	___
Recipientes para limpiar el piso	___	___

Mencione algún otro mueble o utensilio que considere incómodo \_\_\_\_\_

**DESPLAZAMIENTOS**

4 - ¿Tiene Usted acceso sin restricciones a toda la Unidad? SI \_\_\_ NO \_\_\_

Mencione los espacios en que su acceso está restringido o condicionado \_\_\_\_\_

5 - ¿Conoce Usted algún reglamento que mencione cómo debe desplazarse por las diversas áreas de la Unidad?  
 SI \_\_\_ NO \_\_\_

6 - ¿Tiene Usted llave de su área de trabajo? SI \_\_\_ NO \_\_\_

7 - La ventilación de su área de trabajo es AIRE ACONDICIONADO \_\_\_ VENTILACION NATURAL \_\_\_ AMBAS \_\_\_

8. Las ventanas de su área de trabajo permanecen CERRADAS \_\_\_ ABIERTAS \_\_\_ AMBAS \_\_\_

9. Cuando tiene que entrar al dormitorio de un anciano Usted

Toca la puerta \_\_\_ Anuncia su llegada \_\_\_ Entra libremente \_\_\_ Pide permiso \_\_\_

#### ILUMINACION

10. ¿Funcionan todos los bombillos de su área de trabajo? SI \_\_\_ NO \_\_\_

11. ¿Funcionan todos los tomacorrientes de su área de trabajo? SI \_\_\_ NO \_\_\_

12. En caso de que su horario de trabajo transcurra en uno o varios de ellos, diga si la iluminación de los siguientes espacios le resulta

	BUENA	REGULAR	MALA
Oficina	___	___	___
Comedor personal	___	___	___
Comedor ancianos	___	___	___
Cocina	___	___	___
Consultorio	___	___	___
Cuarto de guardia	___	___	___
Enfermería	___	___	___
Almacén	___	___	___
Lavado y planchado	___	___	___
Baño inválidos	___	___	___
Baño autoválidos	___	___	___
Área laborterapia	___	___	___
Área mantenimiento	___	___	___
Corredores	___	___	___

#### TEMPERATURA Y VENTILACION

13. Cuando sopla viento ¿se cierran con violencia las puertas o ventanas de su área de trabajo?

PUERTAS SI \_\_\_ NO \_\_\_ VENTANAS SI \_\_\_ NO \_\_\_

14. Cuando fluye entra agua a.

	SI	NO
Oficina	___	___
Comedor personal	___	___
Comedor ancianos	___	___
Cocina	___	___
Consultorio	___	___
Cuarto de guardia	___	___
Enfermería	___	___
Almacén	___	___
Lavado y planchado	___	___
Baño inválidos	___	___
Baño autoválidos	___	___
Área laborterapia	___	___
Área mantenimiento	___	___
Corredores	___	___

15. En caso de que su horario de trabajo transcurra en uno o varios de ellos, diga si la temperatura de estos espacios le parece

CALIENTE FRESCA FRIA  
DIA NOCHE DIA NOCHE DIA NOCHE

Oficina	___	___	___
Comedor personal	___	___	___
Comedor ancianos	___	___	___
Cocina	___	___	___
Consultorio	___	___	___

Cuarto de guardia	_____	_____	_____	_____
Enfermería	_____	_____	_____	_____
Almacén	_____	_____	_____	_____
Lavado y planchado	_____	_____	_____	_____
Baño inválidos	_____	_____	_____	_____
Baño autoválidos	_____	_____	_____	_____
Área laborterapia	_____	_____	_____	_____
Área mantenimiento	_____	_____	_____	_____
Corredores	_____	_____	_____	_____

### PISOS

16 - Diga si los pisos de estos espacios facilitan o dificultan sus desplazamientos:

	FACILITA	DIFICULTA
Oficina	_____	_____
Comedor personal	_____	_____
Comedor ancianos	_____	_____
Cocina	_____	_____
Consultorio	_____	_____
Cuarto de guardia	_____	_____
Enfermería	_____	_____
Almacén	_____	_____
Lavado y planchado	_____	_____
Baño inválidos	_____	_____
Baño autoválidos	_____	_____
Área laborterapia	_____	_____
Área mantenimiento	_____	_____
Corredores	_____	_____
Andadores	_____	_____

17 - En su opinión ¿existen suficientes y adecuadas rampas para el desplazamiento de sillas de ruedas y carros de servicio de comedor?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

18 - ¿Por qué parte de la Unidad se le hace más fácil caminar? \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

19 - ¿Por qué parte de la Unidad se le hace más difícil caminar? \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

### COLORES Y COLORES

20 - ¿Qué tipo de colores percibe Usted en su área de trabajo?

Plantas	_____
Comida	_____
Ornamentos	_____
Medicinas	_____
Basura	_____
Desinfectantes	_____
Otros (cubi)	_____

21 - ¿Alguno de esos colores dificulta la realización de su trabajo? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Cuál color? \_\_\_\_\_

22 - El color de que está pintada su área de trabajo le parece Agradable \_\_\_\_\_ Desagradable \_\_\_\_\_ Indiferente \_\_\_\_\_

23 - Si Usted pudiera ¿cambiaría el color de su área de trabajo? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**USO DE LOS AMBIENTES**

24 - ¿En qué sitios de la Unidad realiza Usted las siguientes actividades?

	Leer-escribir	Almorzar o merendar	Contactar ancianos
Área de trabajo	_____	_____	_____
Baño de personal	_____	_____	_____
Comedor ancianos	_____	_____	_____
Enfermería	_____	_____	_____
Consultorio	_____	_____	_____
Corredores	_____	_____	_____
Andadores	_____	_____	_____
Áreas verdes	_____	_____	_____
Talleres	_____	_____	_____
laboratorio	_____	_____	_____
Dormitorios ancianos	_____	_____	_____

**NECESIDADES SENTIDAS**

25 - ¿Qué lugar de la Unidad le resulta más agradable? \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

26 - ¿Qué lugar de la Unidad le resulta menos agradable? \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

27 - Si Usted pudiera ¿qué cambiaría en el aspecto de su área de trabajo? \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

28 - Si Usted pudiera ¿qué cambiaría en cualquier otro lugar de la Unidad? \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

29 - Desde que Usted trabaja en la Unidad hasta la actualidad hay más o menos o iguales:

	MAS	MENOS	IGUAL
OFICINAS	_____	_____	_____
COMEDOR PARA PERSONAL	_____	_____	_____
AREAS DE DEPOSITO	_____	_____	_____
AREA LAVADO-PLANCHADO	_____	_____	_____
VIAS DE CIRCULACION PARA EL PERSONAL	_____	_____	_____
HABITACIONES DE ANCIANOS	_____	_____	_____
TALLERES LABORTERAPIA	_____	_____	_____
AREAS RECREATIVAS	_____	_____	_____
ARBOLES	_____	_____	_____
AREAS DEPORTIVAS	_____	_____	_____
RAMPAS PARA ANCIANOS DISCAPACITADOS	_____	_____	_____

**ANEXO N° 8**  
**DISCURSO SOCIAL, ARQUITECTURA Y REPRESION**  
**SU CORRESPONDENCIA EN UNIDADES GERONTO-GERIATRICAS**  
**CEDULA DE OBSERVACION**  
**AMBIENTE INDIVIDUAL**

**1.- Muebles:**

1.1 Cama \_\_\_\_\_ 1.2 Mese de Noche \_\_\_\_\_ 1.3 Ropero \_\_\_\_\_  
1.4 Tecedor \_\_\_\_\_ 1.5 Mesa accesoría \_\_\_\_\_ 1.6 Sillas \_\_\_\_\_ 1.7 Repisas \_\_\_\_\_  
1.8 Otros \_\_\_\_\_

**Característica de las camas:**

Ortopédica \_\_\_\_\_ 0,80 X 1,90 (mínimo) \_\_\_\_\_ 0,50 a 0,60 de altura (con colchón) \_\_\_\_\_  
Con barandas \_\_\_\_\_

**2.- Aparatos:**

2.1 TV \_\_\_\_\_ 2.2 Radio \_\_\_\_\_ 2.3 Cocinilla \_\_\_\_\_ 2.4 Cafetera \_\_\_\_\_ 2.5 Plancha \_\_\_\_\_  
2.6 Ventilador \_\_\_\_\_ 2.7 Reloj de pared \_\_\_\_\_ 2.8 Lámpara \_\_\_\_\_  
2.9 Otro (s) \_\_\_\_\_

**3.- Decoración:**

3.1 Figuras decorativas \_\_\_\_\_ 3.2 Retratos \_\_\_\_\_ 3.3 Cuadros varios \_\_\_\_\_  
3.4 Imagenes religiosas \_\_\_\_\_ 3.5 Plantas \_\_\_\_\_ 3.6 Libros \_\_\_\_\_  
3.7 Cubrecamas \_\_\_\_\_ 3.8 Cortinas \_\_\_\_\_  
3.9 Otro (s) \_\_\_\_\_

**4.- Techos:**

4.1 Asbesto \_\_\_\_\_ 4.2 Plafón \_\_\_\_\_  
4.3 Roturas \_\_\_\_\_ 4.4 Suciedad \_\_\_\_\_

**5.- Pisos:**

5.1 Cemento pulido \_\_\_\_\_ 5.2 Losete vinilica \_\_\_\_\_ 5.3 Otro \_\_\_\_\_  
Desniveles: 5.4 Grietas \_\_\_\_\_ 5.5 Escalones \_\_\_\_\_ 5.6 Rampas \_\_\_\_\_  
5.7 Suciedad \_\_\_\_\_

**6.- Paredes:**

Tipo de recubrimiento en las paredes:

6.1 Yeso \_\_\_\_\_ 6.2 Rústico \_\_\_\_\_ 6.3 Otro \_\_\_\_\_  
6.4 Grietas \_\_\_\_\_ 6.5 Pintura deteriorada \_\_\_\_\_ 6.6 Suciedad \_\_\_\_\_

**7.- Puertas:**

7.1 Material \_\_\_\_\_  
7.2 Acceso para silla de ruedas \_\_\_\_\_  
Cerradura: 7.3 Inhabilitada \_\_\_\_\_ 7.4 Defectuosa \_\_\_\_\_

**8.- Ventanas:**

8.1 Tipo de Ventana: \_\_\_\_\_  
8.2 Clausurada \_\_\_\_\_ 8.3 Manijas inutilizadas \_\_\_\_\_  
Vidrios: 8.4 Recubiertos \_\_\_\_\_ 8.5 Rotos \_\_\_\_\_ 8.6 Cortinas \_\_\_\_\_

**9.- Iluminación:**

9.1 N° de luces en la habitación \_\_\_\_\_  
Tipo de iluminación: 9.2 Natural \_\_\_\_\_ 9.3 Artificial \_\_\_\_\_  
9.4 Central \_\_\_\_\_ 9.5 Por cama \_\_\_\_\_  
9.6 Tipo de bombillo: \_\_\_\_\_  
9.7 Estado general de los focos/arrolantes \_\_\_\_\_  
9.8 Estado general de los apagadores \_\_\_\_\_

**10.- Colores:**

10.1 Color de las paredes \_\_\_\_\_  
10.2 Color del techo \_\_\_\_\_  
10.3 Color de las puertas \_\_\_\_\_  
10.4 Color del piso \_\_\_\_\_  
10.5 Colores en el mobiliario \_\_\_\_\_

**11.- Olores:**

11.1 Plantas \_\_\_\_\_ 11.2 Medicinas \_\_\_\_\_ 11.3 Orines/hecas \_\_\_\_\_ 11.4 Comida \_\_\_\_\_  
11.5 Desinfectantes \_\_\_\_\_ 11.6 Perfume \_\_\_\_\_ 11.7 Otro \_\_\_\_\_

**BAÑO DE ANCIANOS**

- 12.- Muebles y accesorios en el baño:  
12.1 Ducha \_\_\_\_\_ 12.2 Jabonera en la regadera \_\_\_\_\_ 12.3 Poseta \_\_\_\_\_  
12.4 Porta Papel \_\_\_\_\_ 12.5 Lavamanos \_\_\_\_\_ 12.6 Jabonera en Lavamanos \_\_\_\_\_  
12.7 Porta cepillo \_\_\_\_\_ 12.8 Botiquín \_\_\_\_\_ 12.9 Espejo \_\_\_\_\_ 12.10 Toallero \_\_\_\_\_  
12.11 Otro (s) \_\_\_\_\_
- 13.- Accesorios de seguridad:  
13.1 Agarradera en ducha \_\_\_\_\_ 13.2 Agarradera en poseta \_\_\_\_\_  
13.3 Alfombra accanillada o con ventosas \_\_\_\_\_ 13.4 Ducha de mano \_\_\_\_\_  
13.5 Asiento antideslizante \_\_\_\_\_
- 14.- Techos:  
14.1 Asbesto \_\_\_\_\_ 14.2 Plafón \_\_\_\_\_  
14.3 Roturas \_\_\_\_\_ 14.4 Suciedad \_\_\_\_\_
- 15.- Pisos:  
15.1 Cerámica antideslizante \_\_\_\_\_ 15.2 Cemento \_\_\_\_\_  
Desniveles: 15.3 Grietas \_\_\_\_\_ 15.4 Escalones \_\_\_\_\_  
15.5 Suciedad \_\_\_\_\_
- 16.- Paredes:  
Tipo de recubrimiento en las paredes  
16.1 Cerámica hasta 1.80 mts. \_\_\_\_\_ 16.2 Pintura de acello \_\_\_\_\_  
16.3 Otro \_\_\_\_\_  
16.4 Grietas \_\_\_\_\_ 16.5 Pintura deteriorada \_\_\_\_\_ 16.6 Suciedad \_\_\_\_\_
- 17.- Puerta:  
17.1 Material \_\_\_\_\_  
17.2 Acceso para silla de ruedas \_\_\_\_\_  
Cerradura: 17.3 Inhabilitada \_\_\_\_\_ 17.4 Defectuosa \_\_\_\_\_
- 18.- Ventanas:  
18.1 Tipo de Ventana: \_\_\_\_\_  
18.2 Cierre \_\_\_\_\_ 18.3 Manijas inutilizadas \_\_\_\_\_  
Vidrios: 18.4 Recubiertos \_\_\_\_\_ 18.5 Rotos \_\_\_\_\_
- 19.- Iluminación y ventilación:  
19.1 N° de luces \_\_\_\_\_  
Tipo de Iluminación: 19.2 Natural \_\_\_\_\_ 19.3 Artificial \_\_\_\_\_  
19.4 Tipo de bombillo: \_\_\_\_\_  
Ventilación: 19.5 Directa \_\_\_\_\_ 19.6 Indirecta \_\_\_\_\_
- 20.- Colores:  
20.1 Color de las paredes \_\_\_\_\_  
20.2 Color del techo \_\_\_\_\_  
20.3 Color de la puerta \_\_\_\_\_  
20.4 Color del piso \_\_\_\_\_  
20.5 Colores en el mobiliario \_\_\_\_\_
- 21.- Olores:  
21.1 Plantas \_\_\_\_\_ 21.2 Medicinas \_\_\_\_\_ 21.3 Orines/heces \_\_\_\_\_ 21.4 Comida \_\_\_\_\_  
21.5 Desinfectantes \_\_\_\_\_ 21.6 Perfume \_\_\_\_\_ 21.7 Otro \_\_\_\_\_

ANEXO N° 9  
DISCURSO SOCIAL, ARQUITECTURA Y REPRESION  
SU CORRESPONDENCIA EN UNIDADES GERONTO-GERIATRICAS  
CEDULA DE OBSERVACION  
AMBIENTE COLECTIVO

COMEDOR/SALON DE TELEVISION.-

1.- Muebles:

- 1.1 Mesa de comer \_\_\_\_\_ 1.2 Sillas de comer \_\_\_\_\_  
1.3 Mesadros \_\_\_\_\_ 1.4 Cairros de servicio \_\_\_\_\_  
1.5 Otro(s) \_\_\_\_\_

2.- Aparatos:

- 2.1 TV \_\_\_\_\_ 2.2 Ventilador \_\_\_\_\_ 2.3 Reloj de pared \_\_\_\_\_  
2.4 Otro (s) \_\_\_\_\_

3.- Decoración:

- 3.1 Figuras decorativas \_\_\_\_\_ 3.2 Cuadros varios \_\_\_\_\_  
3.3 Imagenaria religiosa \_\_\_\_\_ 3.4 Plantas \_\_\_\_\_  
3.5 Otro (s) \_\_\_\_\_

4.- Techos:

- 4.1 Asbesto \_\_\_\_\_ 4.2 Plafón \_\_\_\_\_  
4.3 Roturas \_\_\_\_\_ 4.4 Suciedad \_\_\_\_\_

5.- Pisos:

- 5.1 Cemento pulido \_\_\_\_\_ 5.2 Loseta vinílica \_\_\_\_\_ 5.3 Otro \_\_\_\_\_  
Desniveles: 5.4 Grietas \_\_\_\_\_ 5.5 Escalones \_\_\_\_\_ 5.6 Rampas \_\_\_\_\_  
5.7 Suciedad \_\_\_\_\_

6.- Paredes:

Tipo de recubrimiento en las paredes

- 6.1 Yeso \_\_\_\_\_ 6.2 Rústico \_\_\_\_\_ 6.3 Otro \_\_\_\_\_  
6.4 Grietas \_\_\_\_\_ 6.5 Pintura deteriorada \_\_\_\_\_  
6.6 Suciedad \_\_\_\_\_ 6.7 Pasamanería \_\_\_\_\_

7.- Puertas:

- 7.1 Material \_\_\_\_\_  
7.2 Acceso para silla de ruedas \_\_\_\_\_  
Cerradura: 7.3 Inhabilitada \_\_\_\_\_ 7.4 Defectuosa \_\_\_\_\_

8.- Ventanas:

- 8.1 Tipo(s) de Ventana: \_\_\_\_\_  
8.2 Clausurada \_\_\_\_\_ 8.3 Manijas inutilizadas \_\_\_\_\_  
Vidrios: 8.4 Recubiertos \_\_\_\_\_ 8.5 Rotos \_\_\_\_\_

9.- Iluminación:

- 9.1 N° de luces \_\_\_\_\_  
Tipo de Iluminación: 9.2 Natural \_\_\_\_\_ 9.3 Artificial \_\_\_\_\_  
9.4 Tipo de bombillo: \_\_\_\_\_  
9.5 Estado general de los tomacorrientes \_\_\_\_\_  
9.6 Estado general de los apagadores \_\_\_\_\_

10.- Colores:

- 10.1 Color de las paredes \_\_\_\_\_  
10.2 Color del techo \_\_\_\_\_  
10.3 Color de las puertas \_\_\_\_\_  
10.4 Color del piso \_\_\_\_\_  
10.5 Colores en el mobiliario \_\_\_\_\_

11.- Olores:

- 11.1 Plantas \_\_\_\_\_ 11.2 Medicinas \_\_\_\_\_ 11.3 Orines/heces \_\_\_\_\_  
11.4 Comida \_\_\_\_\_ 11.5 Desinfectantes \_\_\_\_\_ 11.6 Perfume \_\_\_\_\_  
11.7 Otro \_\_\_\_\_

CAPILLA

12.- Muebles:

- 12.1 Asientos para público \_\_\_\_\_ 12.2 Mobiliario religioso \_\_\_\_\_  
12.3 Otro(s) \_\_\_\_\_

- 13.- Aparatos:
- 13.1 Aire acondicionado \_\_\_\_\_ 13.2 Ventilador \_\_\_\_\_
- 13.3 Reloj de pared \_\_\_\_\_
- 13.4 Otro (s) \_\_\_\_\_
- 14.- Decoración:
- 14.1 Flores \_\_\_\_\_ 14.2 Imaginería religiosa \_\_\_\_\_
- 14.3 Candelabros \_\_\_\_\_
- 14.4 Otro (s) \_\_\_\_\_
- 15.- Techos:
- 15.1 Asbesto \_\_\_\_\_ 15.2 Plafón \_\_\_\_\_
- 15.3 Roturas \_\_\_\_\_ 15.4 Suciedad \_\_\_\_\_
- 16.- Pisos:
- 16.1 Cemento pulido \_\_\_\_\_ 16.2 Loseta vinílica \_\_\_\_\_ 16.3 Otro \_\_\_\_\_
- Desniveles: 16.4 Grietas \_\_\_\_\_ 16.5 Escalones \_\_\_\_\_ 16.6 Rampas \_\_\_\_\_
- 16.7 Suciedad \_\_\_\_\_
- 17.- Paredes:
- Tipo de recubrimiento en las paredes:
- 17.1 Yeso \_\_\_\_\_ 17.2 Rústico \_\_\_\_\_ 17.3 Otro \_\_\_\_\_
- 17.4 Grietas \_\_\_\_\_ 17.5 Pintura deteriorada \_\_\_\_\_
- 17.6 Suciedad \_\_\_\_\_
- 17.7 Pasamanería \_\_\_\_\_
- 18.- Puertas:
- 18.1 Material \_\_\_\_\_
- Cerradura: 18.2 Inhabilitada \_\_\_\_\_ 18.3 Defectuosa \_\_\_\_\_
- 18.4 Rampas: \_\_\_\_\_
- 19.- Ventanas:
- 19.1 Tipo de Ventana: \_\_\_\_\_
- 19.2 Clausurada \_\_\_\_\_ 19.3 Manijas rotas o inutilizadas \_\_\_\_\_
- Vidrios: 19.4 Recubiertos \_\_\_\_\_ 19.5 Rotos \_\_\_\_\_
- 19.6 Cortinas \_\_\_\_\_
- 20.- Iluminación:
- 20.1 N° de luces \_\_\_\_\_
- Tipo de Iluminación: 20.2 Natural \_\_\_\_\_ 20.3 Artificial \_\_\_\_\_
- 20.4 Estado general de tomacorrientes \_\_\_\_\_
- 20.5 Estado general de apagadores \_\_\_\_\_
- 21.- Colores:
- 21.1 Color de las paredes \_\_\_\_\_
- 21.2 Color del techo \_\_\_\_\_
- 21.3 Color de las puertas \_\_\_\_\_
- 21.4 Color del piso \_\_\_\_\_
- 21.5 Colores en el mobiliario \_\_\_\_\_
- 22.- Olores:
- 22.1 Plenas \_\_\_\_\_ 22.2 Medicinas \_\_\_\_\_ 22.3 Orines/heces \_\_\_\_\_
- 22.4 Comida \_\_\_\_\_ 22.5 Desinfectantes \_\_\_\_\_ 22.6 Perfume \_\_\_\_\_
- 22.7 Otro \_\_\_\_\_

**ANEXO N° 10**  
**DISCURSO SOCIAL, ARQUITECTURA Y REPRESION**  
**SU CORRESPONDENCIA EN UNIDADES GERONTO-GERIATRICAS**  
**CEDULA DE OBSERVACION**  
**AMBIENTE DE INTEGRACION**

**AREAS VERDES**

- 1.- Superficie  
1.1 Extensión aproximada \_\_\_\_\_  
Tipo de terreno \_\_\_\_\_
- 1.2 Plano \_\_\_\_\_ 1.3 Ondulado \_\_\_\_\_ 1.4 Quebradizo \_\_\_\_\_
- 2.- Tipo de vegetación  
2.1 Moleza \_\_\_\_\_ 2.2 Arboles decorativos \_\_\_\_\_ 2.3 Arboles frutales \_\_\_\_\_  
2.4 Arbustos de jardín \_\_\_\_\_ 2.5 Cultivos \_\_\_\_\_  
Nombres \_\_\_\_\_
- 3.- Condiciones de la vegetación  
3.1 Enferma \_\_\_\_\_ 3.2 Podada \_\_\_\_\_ 3.3 Tolida \_\_\_\_\_
- 4.- Condiciones del suelo  
4.1 Abonado \_\_\_\_\_ 4.2 En descanso \_\_\_\_\_ 4.3 Abandonado \_\_\_\_\_
- 5.- Elementos insertos en las áreas verdes  
5.1 Parque \_\_\_\_\_ 5.2 Fuentes \_\_\_\_\_ 5.3 Bancos \_\_\_\_\_ 5.4 Plaze \_\_\_\_\_  
5.5 Areas deportivas \_\_\_\_\_ 5.6 Cultivos \_\_\_\_\_ 5.7 Zonas de desechos \_\_\_\_\_
- 6.- Estado general de las áreas verdes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**AREAS DEPORTIVAS**

- 6.- Tipo de instalación  
6.1 Cancha de pelota \_\_\_\_\_ 6.2 Gimnasio \_\_\_\_\_  
6.3 Cancha de boliche \_\_\_\_\_ 6.4 Cancha de Bolas criollas \_\_\_\_\_
- 7.- Características de las instalaciones  
7.1 Techado \_\_\_\_\_ 7.2 Aire libre \_\_\_\_\_  
7.3 Piso de tierra \_\_\_\_\_ 7.4 Piso de cemento \_\_\_\_\_ 7.5 Otro \_\_\_\_\_
- 8.- Estado general de los accesorios \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 9.- Estado general de la demarcación \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ANEXO N° 11**  
**DISCURSO SOCIAL, ARQUITECTURA Y REPRESION**  
**SU CORRESPONDENCIA EN UNIDADES GERONTO-GERIATRICAS**  
**CEDULA DE OBSERVACION**  
**AMBIENTE DE DESPLAZAMIENTOS**

**ACCESO A LA UNIDAD GERONTO-GERIATRICA**

- 1.- Circulación exterior:  
1.1 Calle pavimentada \_\_\_\_\_ 1.2 Avenida pavimentada \_\_\_\_\_
- 2.- Transporte público:  
2.1 Transporte público inmediato (menos de 3 cuadras) \_\_\_\_\_
- 3.- Acceso peatonal:  
3.1 Cemento rústico \_\_\_\_\_ 3.2 Cemento pulido \_\_\_\_\_  
Desniveles: 3.3 Grietas \_\_\_\_\_ 3.4 Escalones \_\_\_\_\_ 3.5 Rampas \_\_\_\_\_  
3.6 Semáforo peatonal \_\_\_\_\_
- 4.- Acceso vehicular:  
4.1 Estacionamiento para visitas \_\_\_\_\_  
4.2 Estacionamiento para vehículos oficiales \_\_\_\_\_  
4.3 Estacionamiento al interior \_\_\_\_\_  
4.4 Estacionamiento al exterior \_\_\_\_\_

**CORREDORES**

- 5.- Techos:  
5.1 Asbesto \_\_\_\_\_ 5.2 Plafón \_\_\_\_\_  
5.3 Roturas \_\_\_\_\_ 5.4 Suciedad \_\_\_\_\_
- 6.- Pisos:  
6.1 Cemento pulido \_\_\_\_\_ 6.2 Cemento rústico \_\_\_\_\_ 6.3 Otro \_\_\_\_\_  
Desniveles: 6.4 Grietas \_\_\_\_\_ 6.5 Escalones \_\_\_\_\_ 6.6 Rampas \_\_\_\_\_  
6.7 Suciedad \_\_\_\_\_  
6.8 Ancho superior a 0,95 mts \_\_\_\_\_  
6.9 Pasamanería \_\_\_\_\_  
6.10 Mts. lineales aproximados de pasamanería \_\_\_\_\_  
6.11 Rampas \_\_\_\_\_  
Estado general de las rampas \_\_\_\_\_
- 

**ANDADORES**

- 7.- Pisos:  
7.1 Cemento rústico \_\_\_\_\_ 7.2 Otro \_\_\_\_\_  
Desniveles: 7.3 Grietas \_\_\_\_\_ 7.4 Escalones \_\_\_\_\_ 7.5 Rampas \_\_\_\_\_  
7.6 Ancho superior a 0,95 mts \_\_\_\_\_  
7.7 Pasamanería \_\_\_\_\_  
7.8 Mts. lineales aproximados de pasamanería \_\_\_\_\_  
7.9 Rampas \_\_\_\_\_  
Estado general de las rampas \_\_\_\_\_
-

**ANEXO N° 12**  
**DISCURSO SOCIAL, ARQUITECTURA Y REPRESION**  
**SU CORRESPONDENCIA EN UNIDADES GERONTO-GERIATRICAS**  
**CEDULA DE OBSERVACION**  
**AMBIENTE PARA ASISTENCIA ESPECIAL**

**ENFERMERIA.-**

**1.- Mobiliario y equipo:**

- 1.1 Cama de auscultación \_\_\_\_\_ 1.2 Escritorio \_\_\_\_\_ 1.3 Silla \_\_\_\_\_  
1.4 Nevera para medicinas \_\_\_\_\_ 1.5 Archivo de Historias clinicas \_\_\_\_\_  
1.6 Depósito Individual de medicamentos \_\_\_\_\_  
1.7 Balanza \_\_\_\_\_ 1.8 Tensiómetro \_\_\_\_\_ 1.9 Estetoscopio \_\_\_\_\_ 1.10 Termómetro \_\_\_\_\_  
1.11 Botiquin de primeros auxilios \_\_\_\_\_ 1.12 Otros \_\_\_\_\_

**2.- Aparatos:**

- 2.1 Aire acondicionado \_\_\_\_\_ 2.2 Ventilador \_\_\_\_\_ 2.3 Reloj de pared \_\_\_\_\_  
2.4 Otro (s) \_\_\_\_\_

**3.- Decoración:**

- 3.1 Figuras decorativas \_\_\_\_\_ 3.2 Cuadros varios \_\_\_\_\_  
3.3 Imagineria religiosa \_\_\_\_\_ 3.4 Plantas \_\_\_\_\_  
3.5 Otro (s) \_\_\_\_\_

**4.- Techos:**

- 4.1 Asbesto \_\_\_\_\_ 4.2 Plafón \_\_\_\_\_  
4.3 Roturas \_\_\_\_\_ 4.4 Suciedad \_\_\_\_\_

**5.- Pisos:**

- 5.1 Cemento pulido \_\_\_\_\_ 5.2 Loseta vinilica \_\_\_\_\_ 5.3 Otro \_\_\_\_\_  
Desniveles: 5.4 Grietas \_\_\_\_\_ 5.5 Escalones \_\_\_\_\_ 5.6 Rampas \_\_\_\_\_  
5.7 Suciedad \_\_\_\_\_

**6.- Paredes:**

Tipo de recubrimiento en las paredes

- 6.1 Yeso \_\_\_\_\_ 6.2 Rústico \_\_\_\_\_ 6.3 Otro \_\_\_\_\_  
6.4 Grietas \_\_\_\_\_ 6.5 Pintura deteriorada \_\_\_\_\_  
6.6 Suciedad \_\_\_\_\_

**7.- Puertas:**

- 7.1 Material \_\_\_\_\_  
7.2 Acceso para silla de ruedas \_\_\_\_\_  
Cerradura: 7.3 Inhabilitada \_\_\_\_\_ 7.4 Defectuosa \_\_\_\_\_

**8.- Ventanas:**

- 8.1 Tipo de Ventana: \_\_\_\_\_  
8.2 Clausurada \_\_\_\_\_ 8.3 Manijas inutilizadas \_\_\_\_\_  
Vidrios: 8.4 Recubiertos \_\_\_\_\_ 8.5 Rotos \_\_\_\_\_ 8.6 Cortinas \_\_\_\_\_

**9.- Iluminación:**

- 9.1 N° de luces \_\_\_\_\_  
Tipo de iluminación: 9.2 Natural \_\_\_\_\_ 9.3 Artificial \_\_\_\_\_  
9.4 Tipo de bombillo: \_\_\_\_\_  
9.5 Estado general de los lamacortantes \_\_\_\_\_  
9.6 Estado general de los apagadores \_\_\_\_\_

**10.- Colores:**

- 10.1 Color de las paredes \_\_\_\_\_  
10.2 Color del techo \_\_\_\_\_  
10.3 Color de las puertas \_\_\_\_\_  
10.4 Color del piso \_\_\_\_\_  
10.5 Colores en el mobiliario \_\_\_\_\_

**11.- Olores:**

- 11.1 Plantas \_\_\_\_\_ 11.2 Medicinas \_\_\_\_\_ 11.3 Orines/heces \_\_\_\_\_ 11.4 Comida \_\_\_\_\_  
11.5 Desinfectantes \_\_\_\_\_ 11.6 Perfume \_\_\_\_\_ 11.7 Otro \_\_\_\_\_

**BLOQUE DE INVALIDOS**

**12.- Mobiliario y accesorios de uso Individual:**

- 12.1 Cama \_\_\_\_\_ 12.2 Mesa de Noche \_\_\_\_\_ 12.3 Ropero \_\_\_\_\_ 12.4 Ventilador \_\_\_\_\_  
12.5 Redjo \_\_\_\_\_ 12.6 Silla \_\_\_\_\_ 12.7 Repisas \_\_\_\_\_ 12.8 Llamador o llmbre \_\_\_\_\_  
12.9 Otro(s) \_\_\_\_\_

13.- Aparatos de uso colectivo:

13.1 TV \_\_\_\_\_ 13.2 Radio \_\_\_\_\_ 13.3 Ventilador \_\_\_\_\_ 13.4 Reloj de pared \_\_\_\_\_  
13.5 Música funcional \_\_\_\_\_  
13.6 Otro (s) \_\_\_\_\_

14.- Decoración (Individual):

14.1 Floreros \_\_\_\_\_ 14.2 Figuras decorativas \_\_\_\_\_ 14.3 Imaginería religiosa \_\_\_\_\_  
14.4 Cuadros varios \_\_\_\_\_ 14.5 Plantas \_\_\_\_\_ 14.6 Cortinas \_\_\_\_\_  
14.7 Retratos \_\_\_\_\_ 14.8 Cubrecamas \_\_\_\_\_  
14.9 Otro (s) \_\_\_\_\_

15.- Decoración (colectiva):

15.1 Floreros \_\_\_\_\_ 15.2 Figuras decorativas \_\_\_\_\_  
15.3 Imaginería religiosa \_\_\_\_\_ 15.4 Cuadros varios \_\_\_\_\_  
15.5 Plantas \_\_\_\_\_ 15.6 Cortinas \_\_\_\_\_  
15.7 Otro (s) \_\_\_\_\_

16.- Techos:

16.1 Asbesto \_\_\_\_\_ 16.2 Plafón \_\_\_\_\_  
16.3 Roturas \_\_\_\_\_ 16.4 Suciedad \_\_\_\_\_

17.- Pisos:

17.1 Cemento pulido \_\_\_\_\_ 17.2 Loseta vinílica \_\_\_\_\_  
Desniveles: 17.3 Grietas \_\_\_\_\_ 17.4 Escalones \_\_\_\_\_ 17.5 Rempes \_\_\_\_\_  
17.6 Suciedad \_\_\_\_\_

18.- Paredes:

Tipo de recubrimiento en las paredes:

18.1 Yeso \_\_\_\_\_ 18.2 Rústico \_\_\_\_\_ 18.3 Otro \_\_\_\_\_  
18.4 Grietas \_\_\_\_\_ 18.5 Pintura deteriorada \_\_\_\_\_  
18.6 Suciedad \_\_\_\_\_  
18.7 Pasamanería \_\_\_\_\_

19.- Puertas:

19.1 Material \_\_\_\_\_  
19.2 Acceso para silla de ruedas \_\_\_\_\_  
Cerradura: 19.3 Inhabilitada \_\_\_\_\_ 19.4 Defectuosa \_\_\_\_\_

20.- Ventanas:

20.1 Tipo de Ventana: \_\_\_\_\_  
20.2 Clausurada \_\_\_\_\_ 20.3 Manijas inutilizadas \_\_\_\_\_  
Vidrios: 20.4 Recubrimientos \_\_\_\_\_ 20.5 Rotos \_\_\_\_\_ 20.6 Cortinas \_\_\_\_\_

21.- Iluminación:

21.1 N° de luces en la habitación \_\_\_\_\_  
Tipo de iluminación: 21.2 Natural \_\_\_\_\_ 21.3 Artificial \_\_\_\_\_  
21.4 Central 21.5 Por cama \_\_\_\_\_  
21.6 Tipo de bombillo: \_\_\_\_\_  
21.7 Estado general de los tomacorrientes \_\_\_\_\_  
21.8 Estado general de los apagadores \_\_\_\_\_

22.- Colores:

22.1 Color de las paredes \_\_\_\_\_  
22.2 Color del techo \_\_\_\_\_  
22.3 Color de las puertas \_\_\_\_\_  
22.4 Color del piso \_\_\_\_\_  
22.5 Colores en el mobiliario \_\_\_\_\_

23.- Olores:

23.1 Plantas \_\_\_\_\_ 23.2 Medicinas \_\_\_\_\_ 23.3 Orines/heces \_\_\_\_\_ 23.4 Comida \_\_\_\_\_  
23.5 Desinfectantes \_\_\_\_\_ 23.6 Perfume \_\_\_\_\_ 23.7 Otro \_\_\_\_\_

BAÑO BLOQUE DE INVALIDOS

24.- Equipamiento general:

24.1 Ducha con agarredero \_\_\_\_\_ 24.2 Ducha de mano \_\_\_\_\_  
24.3 Asiento antideslizante \_\_\_\_\_ 24.4 Alfombra antiresbalante \_\_\_\_\_  
24.5 Poseta con agarrederos \_\_\_\_\_ 24.6 Lavamanos \_\_\_\_\_ 24.7 Jaboneras \_\_\_\_\_  
24.8 Portacepillo \_\_\_\_\_ 24.9 Espejo \_\_\_\_\_ 24.10 Toallero \_\_\_\_\_

25.- Techos:

25.1 Asbesto \_\_\_\_\_ 25.2 Plafón \_\_\_\_\_  
25.3 Roturas \_\_\_\_\_ 25.4 Suciedad \_\_\_\_\_

26.- Pisos:

26.1 Cerámica antirresbalante \_\_\_\_\_ 26.2 Cemento pulido \_\_\_\_\_  
Desniveles: 26.3 Grietas \_\_\_\_\_ 26.4 Escalones \_\_\_\_\_  
26.5 Suciedad \_\_\_\_\_

27.- Paredes:

Tipo de recubrimiento en las paredes:

27.1 Cerámica hasta 1,80 mts \_\_\_\_\_ 27.2 Pintura de aceite \_\_\_\_\_  
27.3 Otro \_\_\_\_\_  
27.4 Grietas \_\_\_\_\_ 27.5 Pintura deteriorada \_\_\_\_\_  
27.6 Suciedad \_\_\_\_\_  
27.7 Pasamanería \_\_\_\_\_

28.- Puertas:

28.1 Material \_\_\_\_\_  
28.2 Acceso para silla de ruedas \_\_\_\_\_  
Cerradura: 28.3 Inhabilitada \_\_\_\_\_ 28.4 Defectuosa \_\_\_\_\_

29.- Ventanas:

29.1 Tipo de Ventana: \_\_\_\_\_  
29.2 Clausurada \_\_\_\_\_ 29.3 Manijas inutilizadas \_\_\_\_\_  
Vidrios: 29.4 Recubiertos \_\_\_\_\_ 29.5 Rotos \_\_\_\_\_

30.- Iluminación:

30.1 Nº de luces \_\_\_\_\_  
Tipo de Iluminación: 30.2 Natural \_\_\_\_\_ 30.3 Artificial \_\_\_\_\_  
30.4 Tipo de bombillo: \_\_\_\_\_  
30.5 Estado general de los tomacorrientes \_\_\_\_\_  
30.6 Estado general de los apagadores \_\_\_\_\_

31.- Colores:

31.1 Color de las paredes \_\_\_\_\_  
31.2 Color del techo \_\_\_\_\_  
31.3 Color de las puertas \_\_\_\_\_  
31.4 Color del piso \_\_\_\_\_  
31.5 Colores en el mobiliario \_\_\_\_\_

32.- Olores:

32.1 Plantas \_\_\_\_\_ 32.2 Medicinas \_\_\_\_\_ 32.3 Orines/heces \_\_\_\_\_ 32.4 Comida \_\_\_\_\_  
32.5 Desinfectantes \_\_\_\_\_ 32.6 Perfume \_\_\_\_\_ 32.7 Otro \_\_\_\_\_

ANEXO N° 13

DISCURSO SOCIAL, ARQUITECTURA Y REPRESENTACION CORRESPONDENCIA EN UNIDADES GERONTO-GERIATRICAS  
CÉDULA DE OBSERVACION INSTALACIONES

OFICINAS -

1. **Mobiliario**
  - 1.1 Escritorio \_\_\_\_\_ 1.2 Silla de oficina \_\_\_\_\_ 1.3 Archivero \_\_\_\_\_ 1.4 Telefonera \_\_\_\_\_
  - Otro(s) \_\_\_\_\_
2. **Aparatos**
  - 2.1 Aire Acondicionado \_\_\_\_\_ 2.2 Ventilador \_\_\_\_\_
  - 2.3 Computadora \_\_\_\_\_ 2.4 Máquina escribir \_\_\_\_\_ 2.5 Radio \_\_\_\_\_
  - 2.6 Roloj de pared \_\_\_\_\_ 2.7 Cafetera \_\_\_\_\_ 2.8 Teléfono \_\_\_\_\_
  - Otro (s) \_\_\_\_\_
3. **Decoración**
  - 3.1 Figuras decorativas \_\_\_\_\_ 3.2 Retratos \_\_\_\_\_
  - 3.3 Cuadros varios \_\_\_\_\_ 3.4 Imaginería religiosa \_\_\_\_\_ 3.5 Plantas \_\_\_\_\_
  - Otro (s) \_\_\_\_\_
4. **Techos**
  - 4.1 Asbesto \_\_\_\_\_ 4.2 Plátón \_\_\_\_\_ 4.3 Roturas \_\_\_\_\_ 4.4 Suciedad \_\_\_\_\_
5. **Pisos**
  - 5.1 Cemento pulido \_\_\_\_\_ 5.2 Loseta vinílica \_\_\_\_\_ 5.3 Otro \_\_\_\_\_
  - 5.4 Grietas \_\_\_\_\_ 5.5 Escalonos \_\_\_\_\_ 5.6 Rampas \_\_\_\_\_
  - 5.7 Antideslizante \_\_\_\_\_ 5.8 Suciedad \_\_\_\_\_
6. **Paredes**
  - Tipo de recubrimiento en las paredes
  - 6.1 Yeso \_\_\_\_\_ 6.2 Rústico \_\_\_\_\_ 6.3 Otro \_\_\_\_\_
  - 6.4 Grietas \_\_\_\_\_ 6.5 Pintura deteriorada \_\_\_\_\_ 6.6 Suciedad \_\_\_\_\_
7. **Puertas**
  - 7.1 Material \_\_\_\_\_
  - 7.2 Acceso para silla de ruedas \_\_\_\_\_
  - Cerradura 7.3 Inhabilitada \_\_\_\_\_ 7.4 Defectuosa \_\_\_\_\_
8. **Ventanas**
  - 8.1 Tipo de Ventana \_\_\_\_\_
  - 8.2 Cerradura \_\_\_\_\_ 8.3 Manijas inutilizadas \_\_\_\_\_
  - Vidrios 8.4 Recubiertos \_\_\_\_\_ 8.5 Rotos \_\_\_\_\_
  - 8.6 Cortinas \_\_\_\_\_
9. **Iluminación**
  - 9.1 N° de luces \_\_\_\_\_
  - Tipo de iluminación 9.2 Natural \_\_\_\_\_ 9.3 Artificial \_\_\_\_\_
  - 9.5 Tipo de bombillo \_\_\_\_\_
  - 9.6 Estado general de los corrientes \_\_\_\_\_
  - 9.8 Estado general de apagadores \_\_\_\_\_
10. **Colores**
  - 10.1 Color de las paredes \_\_\_\_\_
  - 10.2 Color del techo \_\_\_\_\_
  - 10.3 Color de las puertas \_\_\_\_\_
  - 10.4 Color del piso \_\_\_\_\_
  - 10.5 Colores en el mobiliario \_\_\_\_\_
11. **Olores**
  - 11.1 Plantas \_\_\_\_\_ 11.2 Medicinas \_\_\_\_\_ 11.3 Ornitotxicos \_\_\_\_\_
  - 11.4 Comida \_\_\_\_\_ 11.5 Desinfectantes \_\_\_\_\_ 11.6 Perfume \_\_\_\_\_ 11.7 Otro \_\_\_\_\_

HABITACIONES PARA EL PERSONAL

12. **Mobiliario**
  - 12.1 Cama \_\_\_\_\_ 12.2 Mesa de Noche \_\_\_\_\_ 12.3 Ropero individual \_\_\_\_\_
  - 12.4 Escritorio \_\_\_\_\_ 12.5 Tocador \_\_\_\_\_ 12.6 Mesa accesorio \_\_\_\_\_
  - 12.7 Sillas \_\_\_\_\_ 12.8 Repisas \_\_\_\_\_
  - 12.9 Otro(s) \_\_\_\_\_
13. **Aparatos**
  - 13.1 TV \_\_\_\_\_ 13.2 Radio \_\_\_\_\_ 13.3 Cocinilla \_\_\_\_\_
  - 13.4 Cafetera \_\_\_\_\_ 13.5 Lámpara \_\_\_\_\_ 13.6 Ventilador \_\_\_\_\_ 13.7 Aire Acond \_\_\_\_\_
  - 13.8 Roloj de pared \_\_\_\_\_ 13.9 Otro (s) \_\_\_\_\_
14. **Decoración**
  - 14.1 Figuras decorativas \_\_\_\_\_ 14.2 Retratos \_\_\_\_\_
  - 14.3 Cuadros varios \_\_\_\_\_ 14.4 Imaginería religiosa \_\_\_\_\_
  - 14.5 Plantas \_\_\_\_\_ 14.6 Otro (s) \_\_\_\_\_

- 15 - Techos  
 15 1 Asbesto \_\_\_\_\_ 15 2 Plafón \_\_\_\_\_ 15 3 Roturas \_\_\_\_\_ 15 4 Suciedad \_\_\_\_\_
- 16 - Pisos  
 16 1 Cemento pulido \_\_\_\_\_ 16 2 Loseta vitrificada \_\_\_\_\_  
 Desniveles 16 3 Grietas \_\_\_\_\_ 16 4 Escalones \_\_\_\_\_ 16 6 Suciedad \_\_\_\_\_
- 17 - Paredes  
 Tipo de recubrimiento en las paredes  
 17 1 Yeso \_\_\_\_\_ 17 2 Rústica \_\_\_\_\_ 17 3 Otra \_\_\_\_\_  
 17 4 Grietas \_\_\_\_\_ 17 5 Pintura deteriorada \_\_\_\_\_ 17 6 Suciedad \_\_\_\_\_
- 18 - Puertas  
 18 1 Material \_\_\_\_\_  
 Cerradura 18 4 Inhabilitada \_\_\_\_\_ 18 5 Defectuosa \_\_\_\_\_
- 19 - Ventanas  
 19 1 Tipo de Ventana \_\_\_\_\_  
 19 2 Clausurada \_\_\_\_\_ 19 3 Manijas inutilizadas \_\_\_\_\_  
 Vidrios 19 4 Recubiertos \_\_\_\_\_ 19 5 Rotos \_\_\_\_\_  
 19 6 Cortinas \_\_\_\_\_
- 20 - Iluminación  
 20 1 N° de luces \_\_\_\_\_  
 Tipo de iluminación 20 2 Directa \_\_\_\_\_ 20 3 Uniforme \_\_\_\_\_ 20 4 Indirecta \_\_\_\_\_  
 20 5 Tipo de bombillo \_\_\_\_\_  
 20 6 Estado general de transformadores \_\_\_\_\_  
 20 7 Estado general de apagadores \_\_\_\_\_
- 21 - Colores  
 21 1 Color de las paredes \_\_\_\_\_  
 21 2 Color del techo \_\_\_\_\_  
 21 3 Color de las puertas \_\_\_\_\_  
 21 4 Color del piso \_\_\_\_\_  
 21 5 Colores en el mobiliario \_\_\_\_\_
- 22 - Olores  
 22 1 Plantas \_\_\_\_\_ 22 2 Medicinas \_\_\_\_\_ 22 3 Orinas/heces \_\_\_\_\_ 22 4 Comida \_\_\_\_\_  
 22 5 Desinfectantes \_\_\_\_\_ 22 6 Perfume \_\_\_\_\_ 22 7 Otro \_\_\_\_\_

#### BAÑO DE PERSONAL

- 23 - Muebles y accesorios  
 23 1 Fregadero \_\_\_\_\_ 23 2 Jabonera en la regadera \_\_\_\_\_ 23 3 Pareda \_\_\_\_\_  
 23 4 Porta Papel \_\_\_\_\_ 23 5 Lavamanos \_\_\_\_\_ 23 6 Jabonera en Lavamanos \_\_\_\_\_  
 23 7 Porta cepillo \_\_\_\_\_ 23 8 Botiquín \_\_\_\_\_ 23 9 Espejo \_\_\_\_\_ 23 10 Tostador \_\_\_\_\_  
 23 11 Tapeta antirresbalante \_\_\_\_\_  
 23 12 Otro (s) \_\_\_\_\_
- 24 - Techos  
 24 1 Asbesto \_\_\_\_\_ 24 2 Plafón \_\_\_\_\_ 24 3 Roturas \_\_\_\_\_ 24 4 Suciedad \_\_\_\_\_
- 25 - Pisos  
 25 1 Cemento pulido \_\_\_\_\_ 25 2 Cerámica \_\_\_\_\_  
 Desniveles 25 3 Grietas \_\_\_\_\_ 25 4 Escalones \_\_\_\_\_ 25 6 Suciedad \_\_\_\_\_
- 26 - Paredes  
 Tipo de recubrimiento en las paredes  
 26 1 Cerámica hasta 1,80 mts \_\_\_\_\_ 26 2 Sin cerámica \_\_\_\_\_ 26 3 Grietas \_\_\_\_\_ 26 4 Suciedad \_\_\_\_\_
- 27 - Puerta  
 27 1 Material \_\_\_\_\_  
 Cerradura 27 2 Inhabilitada \_\_\_\_\_ 27 3 Defectuosa \_\_\_\_\_
- 28 - Ventanas  
 28 1 Tipo de Ventana \_\_\_\_\_  
 28 2 Clausurada \_\_\_\_\_ 28 3 Manijas inutilizadas \_\_\_\_\_  
 Vidrios 28 4 Recubiertos \_\_\_\_\_ 28 5 Rotos \_\_\_\_\_
- 29 - Iluminación  
 29 1 N° de luces \_\_\_\_\_  
 Tipo de iluminación 29 2 Natural \_\_\_\_\_ 29 3 Artificial \_\_\_\_\_  
 29 4 Tipo de bombillo \_\_\_\_\_  
 29 5 Estado general de transformadores \_\_\_\_\_  
 29 6 Estado general de apagadores \_\_\_\_\_
- 30 - Colores  
 30 1 Color de las paredes \_\_\_\_\_  
 30 2 Color del techo \_\_\_\_\_  
 30 3 Color de la puerta \_\_\_\_\_  
 30 4 Color del piso \_\_\_\_\_  
 30 5 Colores en el mobiliario \_\_\_\_\_

- 31 - Olores**  
 31 1 Plantas \_\_\_\_\_ 31 2 Medicinas \_\_\_\_\_ 31 3 Ornes/hoces \_\_\_\_\_ 31 4 Comida \_\_\_\_\_  
 31 5 Desinfectantes \_\_\_\_\_ 31 6 Perfuma \_\_\_\_\_ 31 7 Otro \_\_\_\_\_

**ALMACENES**

- 32 - Mobiliario**  
 32 1 Escritorio \_\_\_\_\_ 32 2 Sillas \_\_\_\_\_ 32 3 Archivero \_\_\_\_\_ 32 4 Estanteria \_\_\_\_\_  
 32 5 Telefonera \_\_\_\_\_  
 32 6 Otro(s) \_\_\_\_\_
- 33 - Aparatos**  
 33 1 Airo Acondicionado \_\_\_\_\_ 33 2 Ventilador \_\_\_\_\_ 33 3 TV \_\_\_\_\_ 33 4 Radio \_\_\_\_\_  
 33 5 Reloj de pared \_\_\_\_\_ 33 6 Toldano \_\_\_\_\_ 33 7 Extinguidor \_\_\_\_\_  
 33 8 Otro (s) \_\_\_\_\_
- 34 - Decoración**  
 34 1 Floreros \_\_\_\_\_ 34 2 Figuras decorativas \_\_\_\_\_ 34 3 Retratos \_\_\_\_\_  
 34 4 Imagineria religiosa \_\_\_\_\_ 34 5 Cuadros varios \_\_\_\_\_ 34 6 Plantas \_\_\_\_\_  
 34 7 Otro (s) \_\_\_\_\_
- 35 - Techos**  
 35 1 Asbesto \_\_\_\_\_ 35 2 Plafón \_\_\_\_\_ 35 3 Roturas \_\_\_\_\_ 35 4 Suciedad \_\_\_\_\_
- 36 - Pisos**  
 36 1 Cemento pulido \_\_\_\_\_ 36 2 Loseta vinilica \_\_\_\_\_ 36 3 Otro \_\_\_\_\_  
 Desniveles: 36 4 Grietas \_\_\_\_\_ 36 5 Escalones \_\_\_\_\_ 36 6 Rampas \_\_\_\_\_ 36 7 Suciedad \_\_\_\_\_
- 37 - Paredes**  
 Tipo de recubrimiento en las paredes  
 37 1 Yeso \_\_\_\_\_ 37 2 Rústico \_\_\_\_\_ 37 3 Otro \_\_\_\_\_  
 37 4 Orlas \_\_\_\_\_ 37 5 Pintura deteriorada \_\_\_\_\_ 37 6 Suciedad \_\_\_\_\_
- 38 - Puertas**  
 38 1 Material \_\_\_\_\_  
 38 2 Acceso para Carretilla estibadora \_\_\_\_\_  
 Coradura: 38 3 Inhabilitada \_\_\_\_\_ 38 4 Defectuosa \_\_\_\_\_
- 39 - Ventanas**  
 39 1 Tipo de Ventana \_\_\_\_\_  
 39 2 Clausurada \_\_\_\_\_ 39 3 Manijas inutilizadas \_\_\_\_\_  
 Varios: 39 4 Recubrimientos \_\_\_\_\_ 39 5 Rotos \_\_\_\_\_ 39 6 Cortinas \_\_\_\_\_
- 40 - Iluminación**  
 40 1 N° de luces \_\_\_\_\_  
 Tipo de Iluminación: 40 2 Natural \_\_\_\_\_ 40 3 Artificial \_\_\_\_\_  
 40 4 Tipo de bombillo \_\_\_\_\_  
 40 5 Estado general de los interruptores \_\_\_\_\_  
 40 6 Estado general de apagadores \_\_\_\_\_
- 41 - Colores**  
 41 1 Color de las paredes \_\_\_\_\_  
 41 2 Color del techo \_\_\_\_\_  
 41 3 Color de las puertas \_\_\_\_\_  
 41 4 Color del piso \_\_\_\_\_  
 41 5 Colores en el mobiliario \_\_\_\_\_
- 42 - Olores**  
 42 1 Plantas \_\_\_\_\_ 42 2 Medicinas \_\_\_\_\_ 42 3 Ornes/hoces \_\_\_\_\_ 42 4 Comida \_\_\_\_\_  
 42 5 Desinfectantes \_\_\_\_\_ 42 6 Solventes \_\_\_\_\_ 42 7 Perfuma \_\_\_\_\_ 42 8 Otro \_\_\_\_\_

**COCINA**

- 43 - Equipamiento general:**  
 43 1 Coccino de 4 o más hornillas \_\_\_\_\_ 43 2 Horno \_\_\_\_\_ 43 3 Balanza \_\_\_\_\_  
 43 4 Mesa Lisa de 2 mts \_\_\_\_\_ 43 5 Licuadora \_\_\_\_\_ 43 6 Nevera \_\_\_\_\_  
 43 7 Agua caliente \_\_\_\_\_ 43 8 Depósitos de basura cerrados \_\_\_\_\_  
 43 9 Lavaplatos de 2 fondos \_\_\_\_\_ 43 10 Depósito de vidrios \_\_\_\_\_  
 43 11 Insectocidas \_\_\_\_\_ 43 12 Tela mosquitera en accesos \_\_\_\_\_
- 44 - Techos:**  
 44 1 Asbesto \_\_\_\_\_ 44 2 Plafón \_\_\_\_\_ 44 3 Otro \_\_\_\_\_  
 44 4 Roturas \_\_\_\_\_ 44 5 Suciedad \_\_\_\_\_
- 45 - Pisos:**  
 45 1 Cemento pulido \_\_\_\_\_ 45 2 Loseta vinilica \_\_\_\_\_ 45 3 Otro \_\_\_\_\_  
 Desniveles: 45 4 Grietas \_\_\_\_\_ 45 5 Escalones \_\_\_\_\_ 45 6 Suciedad \_\_\_\_\_
- 46 - Paredes:**  
 Tipo de recubrimiento en las paredes  
 46 1 Cerámica hasta 1,80 mts \_\_\_\_\_ 46 2 Pintura de aceite \_\_\_\_\_ 46 3 Otro \_\_\_\_\_  
 46 4 Orlas \_\_\_\_\_ 46 5 Pintura deteriorada \_\_\_\_\_ 46 6 Suciedad \_\_\_\_\_

**47 - Puertas:**

47 1 Material \_\_\_\_\_  
 Cerradura 47 2 Inhabilitada \_\_\_\_\_ 47 3 Defectuosa \_\_\_\_\_

**48 - Ventanas:**

48 1 Tipo de ventana \_\_\_\_\_  
 48 2 Clausurada \_\_\_\_\_ 48 3 Manijas inutilizadas \_\_\_\_\_  
 Vidrios 48 4 Recubrimientos \_\_\_\_\_ 48 5 Rotos \_\_\_\_\_

**49 - Iluminación y Ventilación:**

49 1 N° de luces \_\_\_\_\_  
 Tipo de iluminación 49 2 Natural \_\_\_\_\_ 49 3 Artificial \_\_\_\_\_  
 49 4 Estado general de los tomacorrientes \_\_\_\_\_  
 49 5 Estado general de los interruptores \_\_\_\_\_  
 49 6 Campana \_\_\_\_\_ 49 7 Extractor de medida adecuada \_\_\_\_\_

**50 - Colores:**

50 1 Color de las paredes \_\_\_\_\_  
 50 2 Color del techo \_\_\_\_\_  
 50 3 Color de las puertas \_\_\_\_\_  
 50 4 Color del piso \_\_\_\_\_  
 50 5 Color en el mobiliario \_\_\_\_\_

**51 - Olores:**

51 1 Plantas \_\_\_\_\_ 51 2 Medicinas \_\_\_\_\_ 51 3 Ornos/heces \_\_\_\_\_ 51 4 Comida \_\_\_\_\_  
 51 5 Desinfectantes \_\_\_\_\_ 51 6 Grasa \_\_\_\_\_ 51 7 Basura \_\_\_\_\_ 51 8 Otro \_\_\_\_\_

**LAVADERO Y ROPERIA****52 - Equipamiento general:**

52 1 Pileta azulejada \_\_\_\_\_ 52 2 Lavadora \_\_\_\_\_ 52 3 Centrífuga \_\_\_\_\_  
 52 4 Secadora \_\_\_\_\_ 52 5 Plancha manual \_\_\_\_\_ 52 6 Plancha industrial \_\_\_\_\_  
 52 7 Carro para el transporte de ropa sucia \_\_\_\_\_  
 52 8 Estantería \_\_\_\_\_ 52 9 Lugar para clasificar ropa limpia \_\_\_\_\_  
 52 10 Tendedores exteriores para secado \_\_\_\_\_

**53 - Techos:**

53 1 Asbesto \_\_\_\_\_ 53 2 Plafón \_\_\_\_\_ 53 3 Otro \_\_\_\_\_ 53 4 Roturas \_\_\_\_\_ 53 5 Suciedad \_\_\_\_\_

**54 - Pisos:**

54 1 Cemento pulido \_\_\_\_\_ 54 2 Loseta vinílica \_\_\_\_\_ 54 3 Otro \_\_\_\_\_  
 Desnivelos 54 4 Grietas \_\_\_\_\_ 54 5 Escalones \_\_\_\_\_  
 54 6 Suciedad \_\_\_\_\_ 54 7 Derrames de agua \_\_\_\_\_

**55 - Paredes:**

55 1 Tipo de recubrimiento en las paredes  
 55 1 Cerámica hasta 1,80 mts \_\_\_\_\_ 55 2 Pintura de aceite \_\_\_\_\_  
 55 3 Otro \_\_\_\_\_  
 55 4 Grietas \_\_\_\_\_ 55 5 Pintura deteriorada \_\_\_\_\_ 55 6 Suciedad \_\_\_\_\_

**56 - Puertas:**

56 1 Material \_\_\_\_\_  
 Cerradura 56 2 Inhabilitada \_\_\_\_\_ 56 3 Defectuosa \_\_\_\_\_

**57 - Ventanas:**

57 1 Tipo de ventana \_\_\_\_\_  
 57 2 Clausurada \_\_\_\_\_ 57 3 Manijas inutilizadas \_\_\_\_\_  
 Vidrios 57 4 Recubrimientos \_\_\_\_\_ 57 5 Rotos \_\_\_\_\_

**58 - Iluminación y Ventilación:**

58 1 N° de luces \_\_\_\_\_  
 Tipo de iluminación 58 2 Natural \_\_\_\_\_ 58 3 Artificial \_\_\_\_\_  
 58 4 Estado general de los tomacorrientes \_\_\_\_\_  
 58 5 Estado general de los interruptores \_\_\_\_\_

**59 - Colores:**

59 1 Color de las paredes \_\_\_\_\_  
 59 2 Color del techo \_\_\_\_\_  
 59 3 Color de las puertas \_\_\_\_\_  
 59 4 Color del piso \_\_\_\_\_  
 59 5 Color en el mobiliario \_\_\_\_\_

**60 - Olores:**

60 1 Plantas \_\_\_\_\_ 60 2 Medicinas \_\_\_\_\_ 60 3 Ornos/heces \_\_\_\_\_ 60 4 Comida \_\_\_\_\_  
 60 5 Desinfectantes \_\_\_\_\_ 60 6 Basura \_\_\_\_\_ 60 8 Otro \_\_\_\_\_

**ANEXO N° 14**  
**DISCURSO SOCIAL, ARQUITECTURA Y REPRESION: SU CORRESPONDENCIA EN UNIDADES GERONTO-  
 GERIATRICAS**  
**CEDULA DE OBSERVACION**  
**AMBIENTE LABORAL**

1. **Mobiliario**
  - 1.1 Escritorio \_\_\_\_\_ 1.2 Sillas \_\_\_\_\_ 1.3 Archivero \_\_\_\_\_ 1.4 Estantería \_\_\_\_\_
  - 1.5 Mesas de trabajo \_\_\_\_\_ 1.6 Telefonera \_\_\_\_\_
  - 1.7 Otro(s) \_\_\_\_\_
2. **Aparatos y equipos**
  - 2.1 Aire Acondicionado \_\_\_\_\_ 2.2 Ventilador \_\_\_\_\_ 2.3 Radio \_\_\_\_\_
  - 2.4 Reloj de pared \_\_\_\_\_ 2.5 Teléfono \_\_\_\_\_ 2.6 Extinguidor \_\_\_\_\_
  - 2.7 Equipo de costura y bordado \_\_\_\_\_
  - 2.8 Equipo de carpintería \_\_\_\_\_
  - 2.9 Equipo de jardinería y horticultura \_\_\_\_\_
  - 2.10 Equipo de modelado \_\_\_\_\_
  - 2.11 Equipo de pintura y/o dibujo \_\_\_\_\_
  - 2.12 Equipo de dramatización \_\_\_\_\_
  - 2.13 Otro (s) \_\_\_\_\_
3. **Decoración**
  - 3.1 Figuras decorativas \_\_\_\_\_ 3.2 Retratos \_\_\_\_\_ 3.3 Cuadros varios \_\_\_\_\_
  - 3.4 Imagenes religiosas \_\_\_\_\_ 3.5 Plantas \_\_\_\_\_
  - 3.6 Otro (s) \_\_\_\_\_
4. **Techos**
  - 4.1 Asbesto \_\_\_\_\_ 4.2 Plafón \_\_\_\_\_
  - 4.3 Roturas \_\_\_\_\_ 4.4 Suciedad \_\_\_\_\_
5. **Placa**
  - 5.1 Cemento pulido \_\_\_\_\_ 5.2 Loseta vinílica \_\_\_\_\_
  - 5.3 Grietas \_\_\_\_\_ 5.4 Escalones \_\_\_\_\_ 5.5 Rampas \_\_\_\_\_
  - 5.6 Suciedad \_\_\_\_\_
6. **Paredes**

Tipo de recubrimiento en las paredes

  - 6.1 Yeso \_\_\_\_\_ 6.2 Pintura de Acelo \_\_\_\_\_ 6.3 Otro \_\_\_\_\_
  - 6.4 Grietas \_\_\_\_\_ 6.5 Pintura deteriorada \_\_\_\_\_ 6.6 Suciedad \_\_\_\_\_
  - 6.7 Pasmanería \_\_\_\_\_
7. **Puertas**
  - 7.1 Material \_\_\_\_\_
  - 7.2 Acceso para silla de ruedas \_\_\_\_\_
  - 7.3 Inhabilitada \_\_\_\_\_ 7.4 Defectuosa \_\_\_\_\_
8. **Ventanas**
  - 8.1 Tipo de Ventana \_\_\_\_\_
  - 8.2 Clausurada \_\_\_\_\_ 8.3 Manijas inutilizadas \_\_\_\_\_
  - 8.4 Vidrios \_\_\_\_\_ 8.5 Rotos \_\_\_\_\_ 8.6 Cortinas \_\_\_\_\_
9. **Iluminación**
  - 9.1 N° de luces \_\_\_\_\_
  - 9.2 Tipo de Iluminación 9.2 Natural \_\_\_\_\_ 9.3 Artificial \_\_\_\_\_
  - 9.4 Tipo de bombillo \_\_\_\_\_
  - 9.5 Estado general de los tomacorrientes \_\_\_\_\_
  - 9.6 Estado general de los apagadores \_\_\_\_\_
10. **Colores:**
  - 10.1 Color de las paredes \_\_\_\_\_
  - 10.2 Color del techo \_\_\_\_\_
  - 10.3 Color de las puertas \_\_\_\_\_
  - 10.4 Color del piso \_\_\_\_\_
  - 10.5 Colores en el mobiliario \_\_\_\_\_
11. **Olores**
  - 11.1 Plantas \_\_\_\_\_ 11.2 Medicinas \_\_\_\_\_ 11.3 Orines/heces \_\_\_\_\_ 11.4 Comida \_\_\_\_\_
  - 11.5 Desinfectantes \_\_\_\_\_ 11.6 Solventes \_\_\_\_\_ 11.7 Pintura \_\_\_\_\_ 11.8 Perfume \_\_\_\_\_
  - 11.9 Madera \_\_\_\_\_ 11.10 Otro \_\_\_\_\_