



Figura 1: Borrándose a sí misma
 Fuente: Roberta Coni, (s.f)

Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores con Alzheimer: Variables de seguridad, accesibilidad y personalización

Estudiante: Francisca Antivil Santis
 Profesora guía: Mirtha Pallarés Torres

Abstract: El progresivo envejecimiento de la población y el aumento de enfermedades como la demencia han generado nuevas condiciones para el desarrollo del sector habitacional. Este artículo pretende analizar el contexto actual de los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) y la calidad que brindan sus espacios para la atención y cuidados de personas con Alzheimer mediante las variables de habitabilidad; seguridad, accesibilidad y personalización, las cuales se determinaron preliminarmente gracias a una recopilación de antecedentes nacionales e internacionales. Posteriormente se contrastan estas variables a través de casos de estudio con el fin de establecer una noción sobre la respuesta de la arquitectura a las necesidades del envejecimiento. Con aquello, se puede concluir que los ELEAM se han ido adaptando paulatinamente a estos requerimientos, no obstante, ciertos factores psicológicos han sido postergados por la funcionalidad, lo que, en enfermedades como el Alzheimer, podría generar alteraciones en la estabilidad emocional y cognitiva.

Palabras clave: Alzheimer, establecimientos de larga estadía, seguridad, accesibilidad, personalización.

Abstract: The progressive aging of the population and the increase of diseases such as dementia have generated new conditions for the development of the housing sector. This article aims to analyze the current context of long-stay facilities for the elderly (ELEAM) and the quality provided by their spaces for the attention and care of people with Alzheimer's disease through the variables of habitability, safety, accessibility and personalization, which were preliminarily determined through a compilation of national and international background. These variables are then contrasted through case studies in order to establish a notion of the response of architecture to the needs of aging. With that, it can be concluded that ELEAMs have been gradually adapting to these requirements, however, certain psychological factors have been postponed by functionality, which, in diseases such as Alzheimer's, could generate alterations in emotional and cognitive stability.

Key words: Alzheimer's disease, long-stay facilities, safety, accessibility, personalization.

I. INTRODUCCIÓN Y PROBLEMÁTICA

Nadie se encuentra ajeno al paso del tiempo, haciendo del deterioro corporal un proceso intrínseco a todos los seres vivos, no obstante, en la actualidad, este proceso natural ha tomado especial relevancia a nivel global.

El envejecimiento acelerado de la población mundial se ha convertido en uno de los fenómenos más grandes del último siglo. Se estima que al 2050 una de cada seis personas será mayor a sesenta y cinco años, llegando a conformar casi el 16% de la población a nivel mundial (ONU, 2019). Chile no se encuentra ajeno a esta realidad, proyectando para el mismo año, una transformación radical en su estructura social, con casi un cuarto de su demografía envejecida (INE, 2017), siendo uno de los países en Sudamérica con la mayor esperanza de vida (OMS, 2015).

Debido a ello, es necesario examinar los diversos escenarios y requerimientos que plantea el estadio de edad avanzada, entre ellos sus enfermedades. El Alzheimer se ha considerado como una de las epidemias silenciosas de la actualidad (Margall, 2020), una enfermedad que deteriora progresivamente las capacidades cognitivas y funcionales, entre ellas la memoria y la orientación, lo que causa la pérdida de autonomía del individuo (Slachevsky, Arriagada, Maturana, & Rojas, s.f.)¹.

De esta manera es primordial analizar el espacio como gestor de memoria y ubicación espacio-temporal para los pacientes, principalmente el doméstico, siendo el de mayor relevancia en su calidad de vida (Quesada-García & Valero-Flores, 2017), conocer cuáles son sus características, cómo generan estímulos y de qué manera se adaptan a la progresión de la enfermedad, tomando en cuenta tanto sus necesidades funcionales como cognitivas.

Viendo la adaptabilidad del espacio a la enfermedad como una de las principales problemáticas, las políticas que han dado respuesta han sido incompletas, reduciendo el problema a un carácter mayoritariamente restrictivo o aditivo de los elementos que componen el entorno, como la eliminación de muebles, alfombras o elementos que entorpezcan la movilidad y la adición de

señaléticas, calendarios o relojes para la orientación (Quesada-García & Valero-Flores, 2017). Si bien estos aspectos de la funcionalidad son requeridos en los espacios, también es necesario profundizar en aspectos de habitabilidad claves para apoyar el deterioro de las capacidades del usuario de manera sistemática.

Por ello, es ineludible preguntarse como el adulto mayor con Alzheimer llega a relacionarse con su entorno, no como paciente sino como usuario, cómo crear lugares que lo hagan sentir seguro, que permitan su accesibilidad con la mayor autonomía posible y que a pesar de estar bajo la constante asistencia, sienta arraigo y familiaridad en ellos.

Cabe recalcar que este escenario se da en un contexto en el cual el rol tradicional de la familia como principal proveedor de cuidados está cambiando, en su mayoría debido a la inserción de la mujer en el mundo laboral y el incremento de las horas de trabajo, lo que, en ocasiones, imposibilita el cuidado de la persona en el mismo hogar, requiriendo el traslado a establecimientos especializados, desarrollando un aumento de la demanda en estos servicios (Doubova et al. 2010).

Por ello, es necesario redefinir los parámetros relacionados a la materialización de espacios para el adulto mayor (AM), desarrollar un enfoque conforme a satisfacer sus necesidades funcionales incorporando también las emocionales, crear lugares que preserven su independencia e identidad, ya que, si bien enfermedades como el Alzheimer merman silenciosamente la autonomía del paciente, su relación con el entorno debe seguir siendo estimulante y proactiva, permitiendo reconocer las capacidades de sus habitantes y facilitar el trabajo de sus cuidadores. Cabe decir que "Mediante el diseño, podemos crear entornos que capaciten a las personas con demencia en lugar de incapacitarlas. De hecho, los entornos que funcionan para las personas con demencia también funcionan para todos nosotros" (Pollock & Fuggle, 2013, pág. 2)

¹ Parte de la Corporación Profesional de Alzheimer y Otras Demencias, autores de la "Propuesta de un Plan Nacional de Alzheimer y otras Demencias"

II. MARCO TEÓRICO

1. Envejecimiento y Alzheimer

EL envejecimiento es un proceso biológico que produce el deterioro de los organismos y aunque no afecte a todos los individuos por igual, existen enfermedades que pueden acelerarlo, disminuyendo la autonomía de las personas y el riesgo físico, si estas se encuentran en situaciones de vulnerabilidad (OMS, 2021). Uno de estos motivos, son las afecciones asociadas a la demencia, siendo la más común la enfermedad de Alzheimer (EA), acaparando alrededor del 70% de los casos (OMS, 2020).

El Alzheimer es una enfermedad caracterizada por la pérdida de neuronas y su sinapsis, provocada por un exceso de acumulación de placas seniles² y degeneración neurofibrilar³ (Boller & Duyckaerts, 1997), se expresa como una demencia gradual pero progresiva, que empieza con fallas de la memoria a corto plazo y puede terminar con un paciente postrado, totalmente dependiente (Fornazzari, 2000).

Según instituciones como Alzheimer's Association (s.f) y Know Alzheimer (2017) la evolución de la EA puede estructurarse en tres fases:

- **Etapa temprana:** las alteraciones son casi indetectables. La neurodegeneración empieza en una capa del lóbulo temporal del cerebro, encargada de pensar, planear, aprender y recordar.

- **Etapa leve o moderada:** las lesiones se amplían hacia el hipocampo, por lo que los trastornos de memoria se hacen más notorios, además de alteraciones en el habla, el uso de objetos y la comprensión del espacio.

- **Etapa severa:** el daño se expande por la corteza cerebral, región que interviene en el lenguaje, gestualidad, reconocimiento, juicio, razonamiento, entre otros. Muchas de las capacidades básicas también se ven afectadas, por lo que el AM se vuelve totalmente dependiente.

² Grupos anómalos de una sustancia llamada beta-amiloide, que se acumula entre las neuronas, se estipula que bloquean la sinapsis celular, incapacitando la neurona y causando su muerte (Huang, 2019).

³ Serie de filamentos que se convierten en una maraña dentro de la neurona, la cual destruye las vías de transporte neurofibrilar, por lo que eventualmente la célula muere

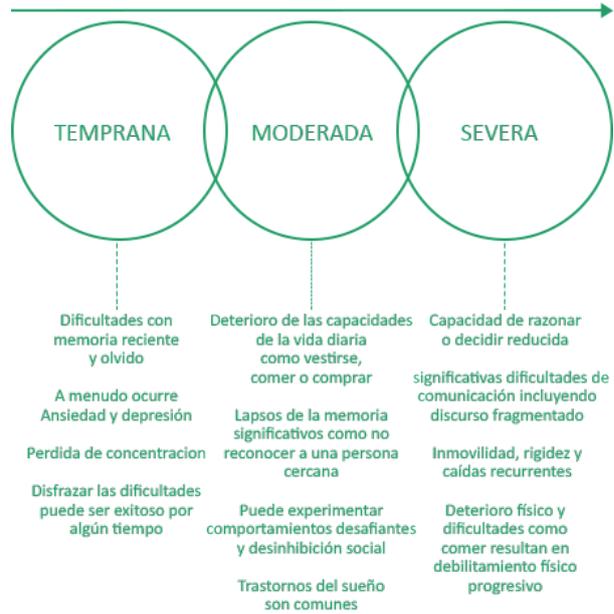


Figura 2: Diagrama de las tres etapas progresivas de la demencia. Fuente: Timlin & Rysenbry, (2010).

Si bien el deterioro de la memoria está comúnmente relacionado con la vejez, su correspondencia con la patología de Alzheimer sigue siendo sustancial, formulándose como uno de sus principales síntomas y el más acentuado con el transcurso del tiempo (Mayo Clinic, 2020), los pacientes cada vez necesitan mayor asistencia para llevar a cabo actividades rutinarias, requiriendo cuidados y tratamientos médicos (La Caixa, 1999)⁴.

2. Viviendas y Requerimientos para el Adulto Mayor con Alzheimer

Actualmente las estrategias estatales que buscan cubrir estas necesidades se encuentran dentro de dos marcos, la salud y la vivienda. En el primero de ellos se encuentran las iniciativas del Ministerio de Salud: el Plan Nacional de demencia (2017) y el Plan de acceso universal con garantías explícitas en salud (AUGE) (2019), estos se enfocan en mejorar las redes de apoyo y el sistema de salud pública.

Por otro lado, el servicio que busca cubrir las necesidades habitacionales está bajo el marco del programa de cuidados brindado por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)⁵, mediante los Establecimientos de Larga Estadía para adultos mayores (ELEAM), los cuales entregan apoyo a

⁴ Entidad sin fines de lucro, líder mundial en atención médica, investigación y educación.

⁵ El SENAMA mantiene como principal objetivo velar por la integración del adulto mayor a la sociedad, protegerlo ante el abandono y la indigencia, fortalecer su participación, fomentar su autocuidado, autonomía y el plen

personas en estado de dependencia leve y severa que, por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieren de un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados, entregando servicios de alojamiento y atención geriátrica permanente (Ministerio de Desarrollo Social y Familia [MDSF], s.f.).

No obstante, expertos argumentan que las iniciativas enfocadas en la demencia deben ser fortalecidas. La Académica Andrea Slachevsky (2020), menciona la importancia de generar políticas públicas que ayuden a solventar sus altos costos, fortalezcan los equipos de salud y los apoyos sociales.

A esto, se suma el aporte de la Red Transdisciplinaria sobre envejecimiento de la Universidad de Chile, con la creación de "La Caja de Herramientas; Viviendo con demencia" (2020), un insumo que entrega información acerca de las características que deben considerarse a la hora de adaptar una vivienda para una persona con demencia en etapa temprana, mejorado su autonomía y desenvolvimiento en el hogar.

Así mismo, un variado número de instituciones internacionales con y sin fines de lucro han desarrollado guías para el acondicionamiento del hogar, con consejos y recomendaciones similares, tales como las proporcionadas por La Fundación Reina Sofía, con su "Guía práctica para familiares de enfermos de Alzheimer" (2011) y la fundación La Caixa con la "Guía: La casa del enfermo de Alzheimer" (2002).

Sin embargo, más recientemente, el grupo de investigación Healthy Architecture & City en el marco de su estudio "Proyectar para la ausencia de memoria", replantea la manera en que la arquitectura puede enfrentar este escenario. De acuerdo con el grupo, en las viviendas y edificios destinados a habitantes con EA, se pueden determinar tres niveles de intervención: Seguridad, Accesibilidad y Personalización, con el fin de garantizar un entorno capaz de afrontar las necesidades y dependencia progresiva de los adultos mayores con Alzheimer. (Quesada & Valero, 2017).

A continuación, se mostrarán los niveles de intervención anteriormente mencionados mediante diferentes casos de estudio especializados en personas con Alzheimer, donde se ejemplifican de mejor manera las estrategias de materialización de cada ámbito.

3. Seguridad: Caso White Oak Cottages

Las condiciones de seguridad para adultos mayores, sobre todo al hablar de demencia, deben ser proporcionadas tanto por el espacio, como por el personal a cargo, de modo que los recintos deben ser simples y visualmente perceptible, descartando el uso de información no relevante, para fomentar el control y autonomía del paciente (Pollock & Fuggle, 2013).



Figura 3: Sala de estar de la residencia White Oak Cottages.
Fuente: White Oak Cottages, (s.f.).

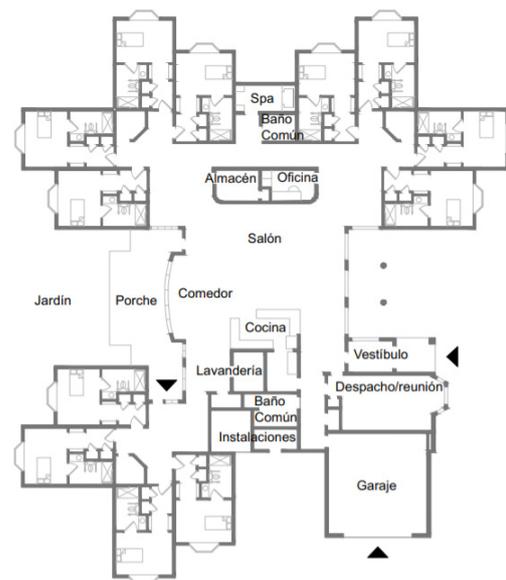


Figura 4: Planta de arquitectura de la residencia White Oak Cottages.
Fuente: Quesada, S., Valero, P., Romero, G. (2018).

Entre las estrategias para salvaguardar la seguridad de los pacientes, la residencia White Oak Cottages⁶ ubicada en Boston, utiliza una configuración modular de un nivel, ubicando en el centro todos los espacios comunes. Esto facilita la organización y orientación de los residentes, permitiendo a su

⁶ Extraído de Quesada, S., Valero, P., Romero, G. (2018). Arquitectura y Alzheimer: 12 nuevos edificios para necesidades emergentes. España. Universidad de Sevilla.

vez, favorecer la supervisión de los cuidadores para mantener un entorno controlado. Además, al no contemplar desniveles y usar un piso completamente alfombrado se minimiza el riesgo de caídas o tropezos (Quesada & Valero, 2018).

En cuanto a la utilización de materiales de recubrimiento, priorizan tejidos de colores cálidos y neutros con la suficiente intensidad para contrastar entresí, con el fin de resguardar síntomas ocasionados por el déficit de visión provocado por la EA y a su vez, ayudar a la orientación espacial (Pollock & Fuggle, 2013). El uso de esta gama cromática se debe a que el color mantiene una implicación psicológica en los entornos para personas con demencia. Brescané (2015) sugiere que los colores presentes sean relajantes y tranquilizadores, priorizando los suaves y cálidos, también advierte que los colores como el rojo y amarillo deben presentarse en pequeñas cantidades, ya que pueden sobre estimular y ser molestos.

En este como en muchos recintos, se le da especial cuidado a la iluminación, haciéndola de carácter homogéneo en toda la estancia, por medio de luz natural y artificial, para mejor distinción de las zonas y objetos, ya que por las alteraciones en la percepción del espacio, los pacientes se vuelven más susceptibles al contraste entre luz y sombra, desencadenando paranoia y/o respuestas agresivas, por lo que la nitidez en la visualización del entorno debe estar asegurada (Muros, 2017).

Como recurso tecnológico, los residentes y asistentes que trabajan en el lugar se comunican mediante mensaje de texto. Esta idea surge con la intención de minimizar toda clase de sonidos que irrumpen en la tranquilidad del espacio o entorpezcan la acústica del lugar, ya que podrían generar algún tipo de alteración en los habitantes. Actualmente, los materiales con absorción acústica son ideales para esta tarea, al igual que el tejido anteriormente mencionado (Espina, 2020).

4. Accesibilidad: Caso Fundación Reina Sofía

El equipo de expertos Helios (Helios, 1995, citado en Alonso, 2002) entiende el concepto como la relación entre las tres formas básicas de actividad humana, las cuales son: movilidad, comunicación y comprensión, Estas se encuentran sujetas a

limitaciones como consecuencia de la existencia de barreras.

De este modo, la accesibilidad que plantea el espacio es uno de los principales elementos para mantener la autonomía de todos los adultos mayores, ya que permite la utilización de los recintos por mayor tiempo y número de personas, además de fomentar la movilidad, la orientación y la identificación de las dependencias (KnowAlzheimer, 2017).



Figura 5: Jardín de módulo residencial
Fuente: Estudio Lamela Arquitectos, (s.f).



Figura 6: Planta de arquitectura Fundación Reina Sofía
Fuente: Quesada, S., Valero, P., Romero, G, (2018).

Es por ello, que en el centro de investigación para el Alzheimer Fundación Reina Sofía⁷ ubicado en Madrid, España, la configuración del edificio privilegia la funcionalidad y simpleza espacial, mediante la fácil utilización, accesibilidad e

⁷ Extraído de Quesada, S., Valero, P., Romero, G. (2018). Arquitectura y Alzheimer: 12 nuevos edificios para necesidades emergentes. España. Universidad de Sevilla.

identificación de los espacios compuestos por módulos ortogonales con patios centrales y pasillos de conectividad (Quesada & Valero, 2018).

Según especialistas en psicología como Holsher (2016), la simplicidad y la continuidad visual en la distribución interior de los edificios, son imprescindibles para que las personas se sientan a gusto habitándolos.

En consonancia con aquello, la Academia de Neurociencia de Arquitectura (ANFA), menciona que, en el caso del diseño de espacios para personas con problemas psiquiátricos, algún elemento que les sea difícil de identificar u obstaculice su percepción espacial, puede ocasionar problemas de desubicación, estrés, molestia o nervios. (ANFA s.f. citado en Elizondo, A & Rivera, Nora. 2017), por lo que se debe tener especial consideración con el tipo de materialidad utilizada en corredores y pasillos, debiendo ser lisos, pero no resbalosos o reflectantes.

Volviendo al proyecto, este mantiene una particular atención en jardines como parte de la arquitectura terapéutica, estos se ubican al centro de cada unidad modular y tienen un carácter propio e identificable para los residentes. Con este elemento, se busca favorecer aspectos tanto mentales como físicos, ya que el uso de vegetación, no solo como un fin estético, puede aportar en el tratamiento y bien estar psicológico de las personas (Ulrich, R. 2010).

5. Personalización: Caso Hogewey

La personalización del espacio es uno de los aspectos que más se vinculan con las condiciones emocionales de su habitante, instaura una noción de identidad, cercanía y apego, mediante estímulos sensoriales y emocionales, que buscan orientar al individuo en el espacio-tiempo y lo hacen participe de su entorno (Quesada-García & Valero-Flores, 2017). Esto permite que no sienta rechazo hacia el lugar en que habita (Timlin & Rysembry, 2010).

Para expertos como Quesada y García (2013), este aspecto es diferenciador para el Alzheimer en términos de habitabilidad, con respecto a otro tipo de usuarios con diversidad funcional. Implica la creación de un entorno cercano, identitario y adaptado a los requerimientos de su morador, con el propósito de ayudarlo a conservar un sentido

de pertenencia que facilite su autonomía y, por lo tanto, mejore su calidad de vida.

El complejo residencial Hogewey⁸ en Weesp, da la impresión de ser una pequeña ciudad. El proyecto busca generar un entorno familiar que reproduzca las características de un pueblo, con equipamiento, servicios y espacios al aire libre, con el objetivo de proporcionarle a los residentes la normalidad del día a día y alejarlos de la imagen hospitalaria en la que muchos se ven inmersos debido a su padecimiento. Con ello se les da una noción de libertad y autonomía bajo un entorno protegido (Quesada & Valero, 2018).



Figura 7: Hogewey Village
Fuente: The Hogewey, (s.f).

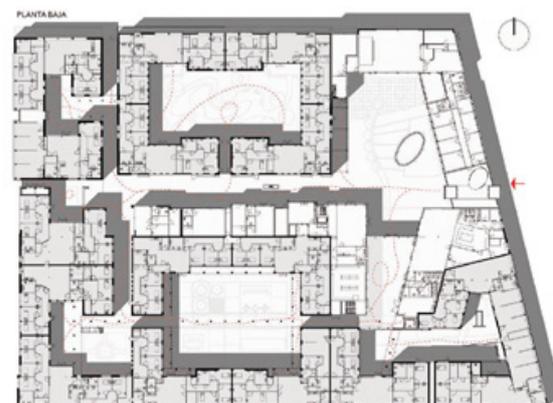


Figura 8: Planta de arquitectura Hogewey Village
Fuente: Quesada, S., Valero, P., Romero, G. (2018).

De la misma manera, las viviendas reflejan un estilo ligado a su habitante, con acabados interiores tradicionales para las paredes y madera o piedra para la solería. Cada elemento en el proyecto se presenta tal cual es, haciéndolo lo más claro física

⁸ Extraído de Quesada, S., Valero, P., Romero, G. (2018). Arquitectura y Alzheimer: 12 nuevos edificios para necesidades emergentes. España. Universidad de Sevilla.

y programáticamente posible para el uso de los pacientes.

Los estímulos espaciales en el proyecto cumplen un rol de señalética para la orientación, ya que está comprobado que un entorno que proporcione señales visuales, que les sean familiares y personalmente significativas, pueden contribuir a mejorar su desempeño y desenvolvimiento en el espacio (Davis & Weisbeck, 2016).

Las habitaciones poseen grandes vanos, de manera que los residentes mantengan constante conexión con el entorno y la iluminación natural, permitiendo distinguir los patrones del día y regular el reloj biológico alterado en muchos pacientes (Figueiro, 2018 citado en Salamon, 2018). Edelstein (2014), expone que la iluminación también juega un papel fundamental en los periodos de actividad e inactividad del ser humano, los diferentes espectros de luz pueden producir relajación, concentración o estrés, dependiendo como se use.

Cabe decir que los tres aspectos mencionados anteriormente se encuentran ineludiblemente conectados entre sí, puesto que para que una persona se sienta cómoda en su entorno, requiere de una sensación de control, lo que, en consecuencia, genera sentido de arraigado al lugar, de modo que al estar en él se siente tranquilo y seguro, teniendo la disponibilidad de desenvolverse y desarrollar actividades libremente, solo de esta manera es posible determinar este espacio como hogar (Quesada-García & Valero-Flores, 2017).

Para saber cómo abordar los recintos para enfermos de Alzheimer es necesario conocer el funcionamiento de su mente y emociones, con el propósito de predecir el desarrollo de sus requerimientos. Hoy en día los avances tecnológicos permiten experimentar nuevas posibilidades en la relación entre el entorno y su habitante, es así como proyectar espacios tomando en cuenta aspectos perceptuales como las vistas, el sonido o las texturas de los materiales, pueden producir diferentes respuestas emocionales, evocando recuerdos y sensaciones que aporten positivamente en el desenvolvimiento de las personas en su entorno (Edelstein, s.f.).

Del mismo modo, esta investigación pretende dilucidar el panorama de estas variables en el contexto Chileno, mediante el análisis de

establecimientos de larga estadía, vistos como uno de los principales espacios dirigidos a la atención de adultos mayores con algún grado de dependencia como lo plantea el Alzheimer, principalmente en el aspecto cognitivo, por lo que se pretende generar una noción de los métodos utilizados en estos recintos de acuerdo con los aspectos mencionados anteriormente, para fomentar la independencia y bienestar de sus habitantes a pesar de sus afecciones.

III. DESARROLLO Y RESULTADOS

Para llevar a cabo esta investigación, se escogió una metodología mixta, empezando por la recopilación de información, para luego pasar a la selección y análisis de casos de estudio mediante entrevistas y visitas guiadas.

Como primer objetivo se planteó identificar los principales factores que repercuten en la enfermedad de Alzheimer y los requerimientos que generan en su habitabilidad, lo que se hizo mediante una revisión bibliográfica vía web y entrevistas a profesionales relacionados con la patología, usando como principales fuentes organizaciones como Alzheimer's Association y Mayo Clinic, con el fin de caracterizar la enfermedad y sus necesidades. Con esto, se reconoció la existencia de síntomas clave que según la fundación La Caixa (1999) , se agrupan en tres tipos de alteraciones:

- **Cognitivas:** pérdida de memoria, orientación, capacidad visoespacial, lenguaje oral y escrito, praxis y capacidad ejecutiva.

- **Funcionales:** capacidades físicas y trastornos en la condición motriz, mayor rigidez en las articulaciones y músculos, modificando poco a poco la postura y retrasando los reflejos, haciendo frecuentes caídas y fracturas (Mayo Clinic, 2019).

- **Psicológicas:** Problemas relacionados al trastorno de memoria, delirios, alucinaciones, identificación inadecuada, cambios en el humor, agresión, alteración de la personalidad, alteración de la función neurovegetativa, alteración de la actividad psicomotora.

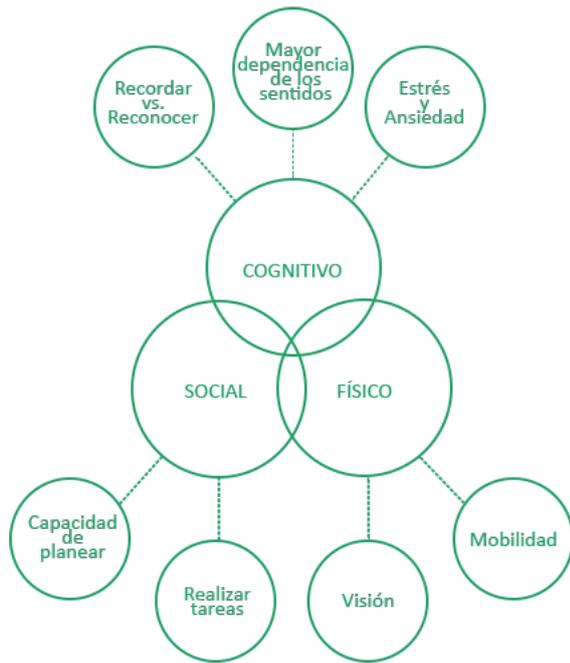


Figura 9: Esbozo de la estrategia de diseño para abordar aspectos de la demencia en los hogares de ancianos.
Fuente: Timlin & Rysenbry, (2010).

La evolución de estos factores afecta primordialmente su capacidad de autonomía, por lo que el espacio debe compensar el deterioro de sus capacidades, requiriendo el desarrollo de un ambiente que establezca y estimule sus sentidos. De este modo, su entorno debe permitirles orientarse en tiempo y espacio, identificar correctamente su uso y por lo tanto los elementos que lo componen, apoyar su movilidad generando superficies sin barreras, y finalmente establecer un vínculo emocional, lo que podría generar una sensación de apego y pertenencia muchas veces perdido.

Estos requerimientos están relacionados con las variables estudiadas en el apartado de antecedentes, por lo que se utilizan más adelante para ayudar a definir el análisis espacial de los establecimientos de larga estadía.

Como siguiente objetivo se examinó el escenario general de los ELEM en la provincia de Santiago para determinar sus cualidades y posteriormente seleccionar los casos de estudio, esto se hizo mediante un catastro, con la recopilación de datos de SEREMI y la página Red Info Chile, dando cuenta de más de cuatrocientos hogares vigentes hasta el año 2020, compuestos totalmente por entidades privadas con o sin fines de lucro, como instituciones

corporativas y fundaciones. La mayoría entregando servicios a adultos mayores de género mixto, no obstante, existen ciertos hogares selectivos para mujeres u hombres, todos ellos bajo la supervisión del MDSF y SENAMA.

Como se observa en la figura 10, la mayor cantidad de ELEM se encuentran ubicados en el sector oriente, en las comunas de Las Condes, Providencia y Ñuñoa compuestas por un segmento considerado de ingresos altos y medio llamado ABC1, sumando más de 160 residencias. Por otro lado, en comunas con un índice económico menor, como Lo Prado y Pudahuel (Gajardo, 2021) solo se ubica un ELEM, teniendo el principal propósito de recibir a adultos mayores en estado vulnerable y/o de escasos recursos.

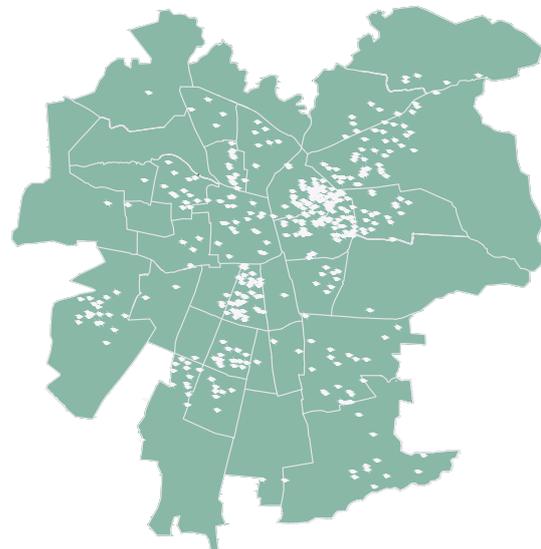


Figura 10: Catastro de ELEM en la Provincia de Santiago
Fuente: Elaboración propia basada en SEREMI, (2020).

Mediante esta información se realizó la selección de casos tomando como principal criterio la variabilidad de sus características como por ejemplo ubicación, origen, dimensiones, estructura, cantidad de personas que atienden y las cualidades de la población a las cuales van dirigidos, con el objetivo de ampliar los escenarios de investigación y no desarrollar una noción sesgada de sus condiciones, ya que, la población, al igual que sus equipamientos está compuesta por diversos grupos sociales, tratando de examinar las diferentes perspectivas que afectan el desarrollo de su infraestructura, como lo es el contexto social y los recursos que manejan.

Así se estableció contacto con tres casos de estudio ubicados en Lo Prado, Ñuñoa y Maipú, efectuando en cada uno una visita y entrevista al personal a cargo, para conocer el funcionamiento de sus instalaciones y los cuidados que se proporcionan a los adultos mayores con EA, de igual modo se realizó una recopilación de material fotográfico como registro de ello, cabe recalcar que, debido al contexto sanitario, preferentemente se evitó el contacto con los residentes con el propósito de preservar su salud y evitar posibles riesgos.

La información recabada se organizó mediante fichas que detallan la ubicación, descripción y datos del edificio, cantidad de residentes y un análisis preliminar de los aspectos de habitabilidad investigados, complementadas con fotografías y planimetrías del caso.

Edificio Adulto Mayor San Esteban			
Ubicación		Simón Bolívar 3747, Ñuñoa, R. Metropolitana	
Descripción del recinto		Edificio de 5 pisos, diseñado para su uso como ELEM, cuenta con una primera planta donde se pueden encontrar los espacios comunes y la administración, los pisos superiores contienen las habitaciones de los residentes, áreas para la supervisión de enfermeras y un estar.	
Infraestructura		Edificio	
Construcción 2008		Observaciones	
Apertura 2010		Cuenta con 3 ascensores, y dos cajas de escalera para un total de 5 pisos, más de lo que exige a norma, esto para brindar una evacuación más rápida en caso de emergencia, debido a la verticalidad de su diseño, se podría suponer.	
Arquitecto Felipe Murillo R.			
Superficie construida	Género que atiende	Programa del recinto	Aspectos de habitabilidad
2292m ²	Mixto	Administración	Patios interiores
Nº de Habitaciones	AM con dependencia	Recepción	Patios exteriores
52	70%	Espacios comunes	Corredores
Nº AM actuales	Uso actual	Cocina apartada	Enfermería
41	Original	Comedor	Hab. individuales
Materialidad	Persona Jurídica	Baños individuales	Hab. compartidas
Hormigón armado	Con fines de lucro	Baños compartidos	Espacios sin uso
Imagen Exterior	Imágenes interiores	Planimetría	
Fuentes: Google Earth, Dirección de obras municipalidad de Ñuñoa, Entrevista			

Figura 11: Ficha caso Edificio Adulto Mayor
Fuente: Elaboración propia

A continuación, se presentan los tres casos de estudio analizados.

- Caso 1: Hogar Miguel Frank Vega (HMFV): Este es el único ELEM ubicado en toda la comuna de Lo Prado, su apertura como residencia para adultos mayores se llevó a cabo en el año 1977, siendo previamente utilizado como lugar de reclutamiento para cadetes. El recinto cuenta con un terreno de 2882m² y una superficie edificada de un nivel con un total de 556,31m² compuesta de albañilería.

El ELEM cuenta con treinta habitaciones compartidas dispuestas en tres sectores, los baños están al principio de los pasillos que se conectan a los espacios de uso común ubicados en el centro,

como el comedor, el estar general, el taller y el patio central, dejando a un costado los servicios como lavaderos, la cocina y las dependencias de los trabajadores. Allí residen actualmente treinta y nueve AM, teniendo el 60% de ellos algún trastorno cognitivo en diferentes facetas.

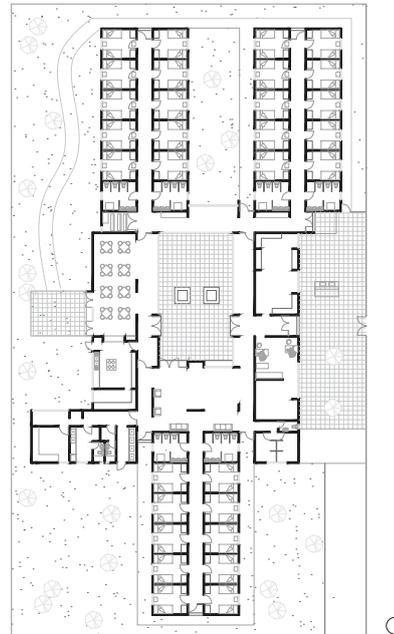


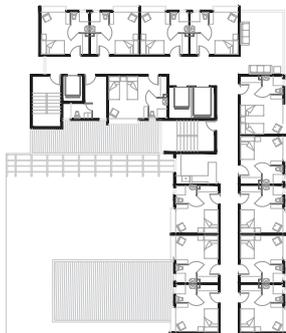
Figura 12: Planta de arquitectura Hogar Miguel Frank Vega
Fuente: Elaboración propia en base a Bustamante, (1977)

- Caso 2: Edificio Adulto Mayor San Sebastián (EAM): Ubicado en la comuna de Ñuñoa, el establecimiento abrió sus puertas en el año 2010, siendo construido desde sus inicios para el recibimiento de AM. El edificio se emplaza sobre un terreno de 611.73m², teniendo una superficie construida de 2292m² con una estructura de hormigón armado que incluye un subterráneo.

La residencia tiene un total de seis niveles contando el subterráneo, donde se contemplan estacionamientos y un área de maquinaria para emergencia. En el primer nivel se ubican los espacios comunes, como el comedor, la cafetería, una sala de estar, el patio y equipamientos extras como peluquería y otras áreas flexibles. En el resto de los niveles superiores se reparten las cincuenta y dos habitaciones con un baño interior, donde dos por piso son compartidas y el resto individuales, en el centro de estos niveles también se encuentra una salita de enfermeras y en el extremo un estar y la circulación vertical.



Planta Primer nivel



Planta Segundo nivel

Figura 13: Plantas de arquitectura primer y segundo nivel Edificio Adulto Mayor
Fuente: Elaboración propia en base a Murillo, (2008)

- **Caso 3:** Residencia Clinic-Home: La residencia está ubicada en la comuna de Maipú, terminando de adaptarse como ELEAM en el año 2019, ya que previamente su programa correspondía al de una vivienda. Actualmente el establecimiento cuenta con una superficie de 144m² construida con Volcometal, sobre un terreno de 200m².

Su programa de un nivel cuenta con cinco habitaciones compartidas y dos baños, espacios comunes como un estar, comedor y el patio trasero, además de zonas de servicio como la cocina, una sala de lavado, enfermería, la oficina de administración y el antejardín que se presenta más bien solo como acceso, ya que no se le da otro uso. El recinto tiene disponibilidad máxima para diez personas y actualmente acoge a nueve AM, donde seis de ellos tienen algún trastorno de demencia.

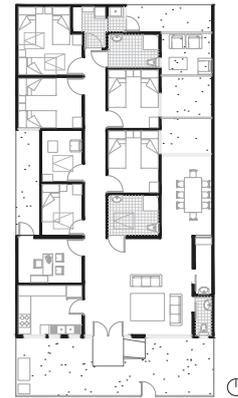


Figura 14: Planta de arquitectura Residencia Clinic-Home
Fuente: Elaboración propia en base a Morris, (2019)

Finalmente se analizó cada caso mediante los tres aspectos de estudio mencionados; seguridad, accesibilidad y personalización, con el objetivo de contrastar sus métodos de materialización y habitabilidad, permitiendo concluir si sus variables son capaces de satisfacer las condiciones de bienestar funcional y emocional del AM con EA, con esto, se buscó generar una noción del estado actual de los ELEAM en la provincia, reconociendo sus cualidades y limitaciones al respecto.

1. Seguridad

En este aspecto se revisaron las variables de distribución programática, iluminación, color y acústica de los espacios, las cuales intervienen en capacidades cognitivas como la orientación y la habilidad visoespacial de sus habitantes, además de también afectar su estado anímico dependiendo de su adecuada disposición.

Programa

En el caso uno, la distribución del programa presenta deficiencias principalmente en la ubicación de las habitaciones, ya que al estar agrupadas en diferentes áreas del recinto es difícil generar una visualización directa de los espacios, generando una gran cantidad de pasillos y accesos, lo que afecta la supervisión de los trabajadores y la orientación del paciente al deambular. Esto también repercute en las condiciones energéticas del recinto, puesto que, al fragmentar sus dependencias hay un mayor porcentaje de pérdidas en el almacenamiento de calor, sumado a que tampoco existen recursos tecnológicos que ayuden a resarcirlo.



Programa Hogar Miguel Frank Vega



Programa Edificio Adulto Mayor primer y segundo nivel.



Programa Residencia Clinic-Home



Figura 15: Distribución programática en casos de estudio
Fuente: Elaboración propia.

En los casos dos y tres este aspecto se presenta de forma más estructurada, ya que, el primero de ellos tiene una lógica de ocupación más clara, donde solo el primer nivel es de uso común con una variedad de accesos que dan hacia un mismo patio central

abierto y circulaciones verticales diferenciadas entre residentes y personal, lo que evita su relación con espacios peligrosos, manteniendo la supervisión en puntos de control clave. A sí mismo, en este caso existen recursos que facilitan el alcance de los cuidadores y conservan la intimidad del AM, mediante el uso de intercomunicadores en cada habitación y en sus respectivos baños.

Por otro lado, en el caso tres, los cuidadores se ven apoyados mediante el uso de cámaras al interior de las dependencias, por lo demás, la cantidad de espacios es bastante más limitada, lo que disminuye la desorientación en los residentes y aumenta el control del entorno energético y visualmente.

Iluminación

Los casos uno y dos trabajan la iluminación natural mediante ventanas y mamparas que también forman parte de la ventilación. El primero, presenta una orientación oriente poniente, donde los espacios mejor iluminados son los adyacentes al patio central debido a la recepción de luz que les proporciona. En cambio, los dormitorios son más bien oscuros, ya que reciben luz solo por la mañana o por la tarde, estando más expuestos al deslumbramiento en el sector poniente. El establecimiento dispone de cortinas para regular este aspecto.

Ocurre algo similar en el bloque sur del caso dos, ya que, su forma en L deja una gran cantidad de espacios hacia el Este, no obstante, la sobre exposición al sol se regula mediante persianas y en el caso de habitaciones, agregando también láminas de control solar. En contraste, el caso tres no tiene ventanas en todas las habitaciones, algunas de ellas son medianeros, por lo que la iluminación y ventilación se hace mediante claraboyas, aportando mayor tiempo de luz diurna, a diferencia de las áreas comunes que miran hacia el sur y no tienen luz directa. Pese a todo, limitar la visualización del entorno, sobre todo en dormitorios, podría afectar el estado psicológico del paciente en etapa postrada, al carecer de vistas que lo estimulen y orienten espacialmente.

Con respecto a la luz artificial, los tres establecimientos usan luces Led al disminuir la luz natural durante el día, priorizando la distribución homogénea en todas las estancias. En el caso 1 se usa luz blanca permanentemente en espacios poco iluminados como pasillos y corredores (ver figura

19) la cual entrega más claridad y contraste con objetos en horarios nocturnos (Montiel, 2021).



Figura 16: Ventana Acceso oriente Hogar Miguel Frank Vega
Fuente: Elaboración propia



Figura 17: Ventana dormitorio norte Edificio Adulto Mayor
Fuente: Elaboración propia



Figura 18: Claraboya dormitorio Residencia Clinic-Home
Fuente: Elaboración propia

Color y contraste

Según la teoría del color, los tonos cálidos se consideran estimulantes, alegres y excitantes y los fríos tranquilos, sedantes y en algunos casos deprimentes. Aunque estas decisiones son puramente subjetivas, basadas en la interpretación personal, todos los estudios determinan que son comunes a la mayoría de las personas, fundándose en respuestas inconscientes y relaciones naturales (Bueno, López, Martínez, & Moreno, 2006).

En los establecimientos se prioriza la funcionalidad del color, utilizando tonos claros en paredes y suelos para captar la luz y que a su vez puedan contrastar con las puertas y el mobiliario, sobre todo en áreas comunes, no obstante, existen ciertos matices de diferencia que podrían afectar la percepción, principalmente en el Hogar Miguel Frank Vega, ya que el repetitivo uso de blanco en interiores y celeste para puertas llega a desorientar, sobre todo en los pabellones de dormitorios. A su vez, la frialdad de estos tonos incluso en la luz podría llegar a incomodar a los residentes, dando cierta sensación de lejanía en los espacios percibiéndolos poco invitadores para recorrer (Belisario, 2018).

En los otros casos, se sigue utilizando el blanco para ciertas áreas comunes, no obstante, la paleta se vuelve más cálida al incorporar tonalidades de amarillo suave y el café de la madera en puertas y mobiliario, lo que favorece el estado anímico y la visualización del espacio al hacerlo sentir más acogido para su uso (Belisario, 2018).



Figura 19: Pabellón poniente Hogar Miguel Frank Vega
Fuente: Conapran, (2017)



Figura 20: Sala de estar Edificio Adulto Mayor
Fuente: Elaboración propia



Figura 22: Casino Edificio Adulto Mayor
Fuente: Elaboración propia

Acústica

Es importante controlar el factor de ruido en los espacios, ya que sonidos perturbadores pueden llegar a confundir y desorientar a la persona con Alzheimer (ILa Caixia, 1999), según la OMS (citado en Rodríguez, 2018) el nivel de ruido aceptable para no afectar la salud es de 55 dB, por lo que el edificio debe tener en cuenta el entorno acústico, mediante las propiedades de su materialidad.

Los casos uno y dos presentan propiedades acústicas similares debido al uso de albañilería y hormigón respectivamente, proporcionando un aislamiento entre los 40 a 50 dB, considerado aceptable (Poo, 2006), no obstante, sus coeficientes de absorción son bastante bajos, superando apenas el 3% en el hormigón, esto podría ocasionar problemas en espacios más amplios, debido al bajo factor de amortiguamiento interno, lo que provoca un efecto eco al reflejar sonidos más fuertes o de impacto (EMB Construcción, 2003), por lo que se recomienda el uso de textiles como material absorbente en los revestimientos del mobiliario y cortinas dispuestos en las estancias, lo que disminuiría la reverberación.



Figura 21: Sala de estar Hogar Miguel Frank Vega
Fuente: Conapran, (2017)



Figura 23: Sala de estar Residencia Clinic-Home
Fuente: Clinic-Home, (2019).

En el caso tres, la estructura es de tabique volcometal, lo que proporciona un material liviano pero resistente, con gran aislamiento acústico y térmico, ya que el sistema se rellena con materiales absorbentes tales como lana de vidrio o lana mineral (plataforma arquitectura, s.f), disminuyendo la reflexión del sonido, lo que podría mejorar los ambientes que necesitan de mayor tranquilidad como las habitaciones.

La seguridad del espacio para personas con EA, además de resguardar el bienestar de sus habitantes, también debe ayudar a compensar sus pérdidas cognitivas, mediante elementos que apoyen sus sentidos y calmen su estado emocional muchas veces alterado, por lo que es indispensable hacer buen uso de estos factores para proveer al recinto de la mayor estabilidad posible.

En el Hogar Miguel Frank Vega si bien existen elementos que aportan en esta materia como la iluminación, otros factores no se trabajan satisfactoriamente, lo que podría acrecentar las alteraciones mentales y emocionales de los pacientes, generando estados de confusión y ansiedad al encontrarse en espacios que no pueden

distinguir o por escuchar ruidos inesperados que los asusten, lo que aumenta la labor de cuidadores y enfermeros. No obstante, algunos de estos problemas son más fáciles de resolver, como el uso de mobiliario con mayor absorción acústica al igual que en el caso dos y colores que ayuden a diferenciar las partes del programa, principalmente los bloques de dormitorio, recomendando tonos más cálidos en áreas comunes para estimular la actividad y la concentración (Belisario, 2018).

2. Accesibilidad

A continuación, se examina la calidad de las circulaciones en los recintos, revisando su materialidad, dimensiones y la visibilidad que proporcionan a otras áreas de mayor jerarquía, ya que estas variables determinan como el espacio se ajusta a las capacidades y posibilidades de su morador, relacionándose con la movilidad, orientación y autonomía de los AM con Alzheimer.

Circulación

El Hogar Miguel Frank Vega y la Residencia Clinic-Home poseen cualidades similares en sus espacios interiores con el uso de un solo nivel que aumenta el alcance del entorno para los residentes y dimensiones de pasillos mayores a un metro (1,50m y 1, 10m respectivamente) permitiendo el acceso de sillas de ruedas y una camilla en caso de emergencia. No obstante, existen ciertas falencias en la materialidad de los suelos, ya que no aportan en la movilidad del AM, siendo una baldosa excesivamente lisa y brillante en ambos casos, pudiendo causar resbalones y la falsa percepción de un suelo mojado al reflejar la luz.

En el primer caso, la falta de accesibilidad y seguridad aumenta en los corredores exteriores, debido a la ausencia de rampas en desniveles y el uso de pastelones de cemento en senderos y patios, dejando ranuras intermedias que pueden ocasionar tropezos y el atasque de los andadores mientras se llevan a cabo paseos o traslados, por tanto, aunque la circulación sea extensa y variada, presenta una serie de barreras que interrumpen al usuario, exigiendo la asistencia del personal.

Por otro lado, en la residencia Clinic-Home el espacio se reduce bastante, sobre todo al hablar de exteriores, sin embargo, la inexistencia de un corredor liso podría condicionar el uso del único



Figura 24: Materialidad de circulaciones Hogar Miguel Frank Vega
Fuente: Elaboración propia



Figura 25: Materialidad circulaciones Edificio Adulto Mayor
Fuente: Elaboración propia

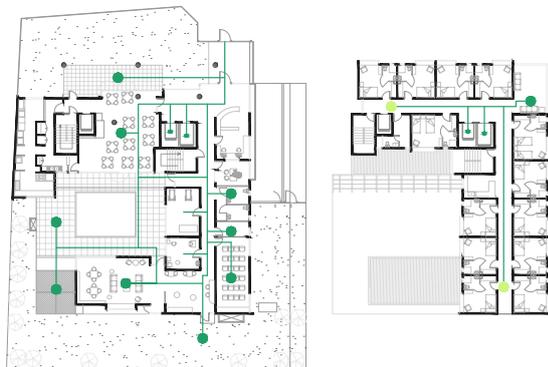


Figura 26: Materialidad circulaciones Residencia Clinic-Home
Fuente: Elaboración propia conjunta con Clinic-Home, (2019)

patio ubicado en el área posterior del recinto, sobre todo al necesitar de ayudas técnicas, causando barreras similares al anterior caso. Asimismo, la circulación acotada y lineal impide el deambular constante, por lo que, si no se desarrollan actividades o tareas del hogar, se podrían generar estados de sedentarismo y acelerar el avance de las pérdidas motoras.



Programa Hogar Miguel Frank Vega



Programa Edificio Adulto Mayor primer y segundo nivel.



Programa Residencia Clinic-Home

● Habitaciones ● Espacios Comunes — Circulación

Figura 27: Esquema de circulaciones en casos de estudio
Fuente: Elaboración propia

Este aspecto tiene mayor control en el Edificio adulto mayor, ya que la mayoría de las superficies en circulaciones y exteriores son planas, opacas y un poco más porosa que en los otros casos, pero sin comprometer la marcha al arrastrar los pies, lo que también se toma en cuenta al minimizar desniveles utilizando rampas y descartar umbrales en los accesos, ayudando a la estabilidad del AM en sus recorridos. Por lo demás, este es el único caso en el que se utilizan diferentes materialidades para cada espacio dependiendo de su uso, utilizando superficies de piso flotante para habitaciones (ver figura 17) el que tiene también cualidades antideslizantes, además de alta durabilidad y resistencia a la abrasión.

Cabe decir que solo los casos uno y tres están equipados con pasamanos como elemento de apoyo, aunque claramente las cualidades del espacio tienen mucho que ver con los recursos que se manejan en cada institución, este es un elemento básico al considerar la movilidad de adultos mayores dependientes.

Visibilidad e identificación

La fácil identificación de un espacio también ayuda a la orientación de las personas, por lo que es importante generar un entorno que sea claramente definido, de tal manera que los residentes puedan distinguir su uso incluso antes de acceder a ellos (Pollock & Fuggle, 2013). De este modo se previenen los estados de confusión que suelen desencadenar ansiedad o miedo (KnowAlzheimer, 2017).

Este es un aspecto que los tres establecimientos tienen en común, con el uso de puertas vidriadas y mamparas ubicadas principalmente en accesos entre áreas comunes y exteriores, permiten ver la función del espacio adyacente y disponer de su uso. Ahora bien, no es indicado usar este método en accesos a lugares peligrosos como cajas de escaleras o dependencias para el personal.

Con lo visto anteriormente se puede concluir que el establecimiento que presenta mejores condiciones de accesibilidad es el Edificio Adulto mayor, esto gracias a la materialidad plana y antideslizante de sus superficies, la variedad y fácil identificación de cada uno de sus espacios y las ayudas técnicas presentes en cada trayecto, las que incluso ofrecen luz led para mayor visualización durante la noche, haciendo que el conjunto de variables permita el

libre desenvolvimiento del AM en cada una de las dependencias con la mayor autonomía posible, facilitándole orientarse y preservar su seguridad e independencia.



Figura 28: Acceso patio central Hogar Miguel Frank Vega
Fuente: Elaboración propia



Figura 29: Acceso a patio Edificio Adulto Mayor
Fuente: Elaboración propia



Figura 30: Comer y acceso a patio posterior Residencia Clinic-Home
Fuente: Elaboración propia

La mayor falencia en los dos casos restantes se presenta en la materialidad de los suelos, ya que generan limitaciones en el libre tránsito de sus habitantes, sobre todo en áreas exteriores, lo que podría causarles inseguridades y por consiguiente la pérdida de autonomía al necesitar de asistencia, puesto que sin ella podrían estar expuestos a caídas y resbalones.

3. Personalización

En este ámbito se aborda, el uso de mobiliario, ornamentación y vegetación en cada establecimiento, identificándolos como estímulos sensoriales promotores de orientación temporal, reminiscencia e identidad en los espacios, vinculados al estado mental y psicológico de los pacientes de Alzheimer.

Mobiliario y ornamentación

En el primer casos, este aspecto no llega del todo a incorporarse, ya que al ser un establecimiento que atiende a AM en estados de vulnerabilidad o abandono, muchos de ellos no tienen pertenencias que puedan incorporar al espacio, lo que significa que el recinto debe proveer la ropa y el mobiliario de las habitaciones, compuestas por un ropero individual, una cama de una plaza y un velador compartido, del mismo modo, no es posible establecer ayuda memorias, debido a la baja escolaridad y los problemas de ceguera que tienen los residentes, por lo que, según su directora técnica. no tomarían en cuenta una señalética escrita (Bravo, 2021), pero tal vez si una que sea gráfica.

Es así como el hogar usa elementos y actividades cognitivas más generales al contextualizar a sus habitantes y hacerlos participe del entorno, usando estímulos visuales como relojes vistosos, calendarios y la televisión que se ubica en el estar, disponiendo de artefactos y sonidos que sean habituales en su día a día, además de juegos con incentivos y clases físicas.

Algo similar ocurre en el caso tres, ya que, por las dimensiones del espacio los residentes no pueden llevar su propio mobiliario, siendo este ya dispuesto por la residencia, permitiendo solo objetos menores como fotografías y decoraciones que no obstaculicen la movilidad, aun así, estos objetos mínimos pueden crear oportunidades de comunicación con el residente y rememorar recuerdos. No obstante, en este caso, al ser un programa y cantidad de habitantes menor, se permite que los AM sean más participes de las tareas rutinarias de una vivienda, pudiendo ayudar en los quehaceres y establecer una conexión más próxima con el resto de sus compañeros (Marillán, 2021).

A diferencia de ellos, en el edificio adulto mayor, el establecimiento fomenta que los habitantes traigan sus pertenencias personales, ya sea mobiliario básico, como la cama y el velador, hasta sillas, escritorios y cuadros, lo que es práctico al tener habitaciones individuales, esto permite que el adulto se sienta identificado con los elementos que lo rodean, incitando su propia adecuación del dormitorio, además de separar su entorno personal de su entorno comunitario (Timlin & Rysembry, 2010).

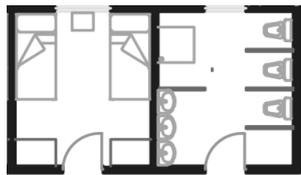


Figura 31: Planta de dormitorios Hogar Miguel Frank Vega
Fuente: Elaboración propia



Figura 32: Dormitorio Edificio Adulto Mayor
Fuente: Elaboración propia

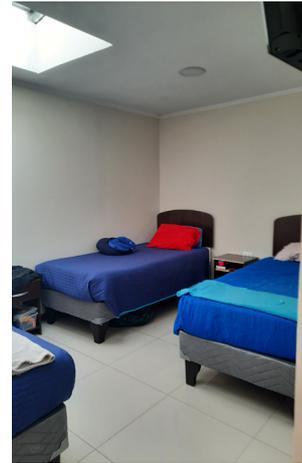


Figura 33: Dormitorio Residencia Clinic-Home
Fuente: Elaboración propia

Vegetación

Este es uno de los mayores estímulos visuales y emocionales del Hogar Miguel Frank Vega, presente en todo el terreno de emplazamiento, haciéndolo visible en cada espacio, está comprobado que este recurso puede mejorar el estado anímico de los pacientes y disminuir sus niveles de estrés (Riger Ulfich, 1984), por lo que establecer actividades que tomen en cuenta este elemento, más accesible y seguro en el patio central, puede traer beneficios en el AM. De igual manera sucede en el primer nivel del Edificio adulto mayor, mediante terrazas y corredores verdes visibles desde las áreas comunes.

A diferencia de los otros casos, la residencia Clinic-Home carece de un entorno natural que influya en el estado emocional de sus residentes, la ausencia de este recurso podría ser debido al poco provecho que se obtendría de ella funcionalmente, dado que su uso sería posible solo en la terraza posterior y en el antejardín. En la primera opción disminuiría aún más las proporciones del espacio (ver figura 26) y en la segunda no se destacaría, ya que los ventanales que dan hacia allí permanecen mayormente cerrados con persianas para evitar el deslumbramiento y la exposición a la vía pública. Aun así, la falta de este recurso puede generar una sensación de encierro, lo que trae consigo estrés y disminución de la productividad (Riger Ulfich, 1984)

La personalización del entorno también tiene que ver con lo adaptado que éste se encuentra a las necesidades de su habitante. El Alzheimer produce una serie de deterioros mentales y físicos que van progresando a lo largo del tiempo, por lo

que el espacio debe ser sensible a estos cambios (Quesada-García & Valero-Flores, 2017).



Figura 34: Jardines Hogar Miguel Frank Vega
Fuente: Elaboración propia



Figura 35: Patio Edificio Adulto Mayor
Fuente: Elaboración propia



Figura 36: Antejardín Residencia Clinic-Home
Fuente: Clinic-Home, (2019).

En este sentido, las circunstancias de adaptabilidad y personalización del entorno también pueden variar no tan solo por las condiciones espaciales, sino también por el contexto social en el que viven los AM, siendo los de mayor contraste el Hogar Miguel Frank Vega y el Edificio Adulto Mayor,

no obstante, los estímulos sensoriales como la vegetación son imprescindibles, ya que pueden cambiar radicalmente la percepción del espacio de su habitante, haciéndolo sentir más animado y reduciendo el sentimiento de soledad, además de ralentizar el declive de sus funciones cognitivas (De Keijzer, 2019), lo que sería vital en afecciones como la EA.

IV. REFLEXIONES Y CONCLUSIONES

Si bien, fue difícil generar una conclusión del estado de los ELEM en la provincia de Santiago con tan solo tres casos de estudio, esto de alguna manera ayuda a establecer cierto entendimiento del panorama que mantienen estos establecimientos, debido a la variabilidad de sus características y los grupos sociales a los que están dirigidos.

En cuanto al primer caso de estudio, el Hogar Miguel Frank Vega, se podría decir que es uno de los que necesita realizar una revisión más exhaustiva de los estándares que se aplican en la habitabilidad y materialización de su establecimiento, sobre todo en los aspectos de accesibilidad y seguridad, ya que, la proyección del espacio no trabaja en base a las necesidades del envejecimiento, generando barreras aún para adultos mayores sano. Esto aumenta al doble la carga laboral de sus cuidadores, dado que, no sólo deben resguardar sus necesidades emocionales y funcionales, sino también protegerlo del entorno en el que habitan, siendo este el que podría genera situaciones riesgosas en vez de salvaguardar su integridad física.

Esto ocurre principalmente debido a la poca adaptabilidad que tuvo el establecimiento, siendo más bien una mantención de su estructura original (Bravo, 2021), lo que actualmente repercute en su nuevo uso. Timlin & Rysenb (2010) califican esto como el afán de las instituciones a tener un reacondicionamiento rentable manteniendo tanto lo existente como sea posible, en este caso todo, esto plantea a la arquitectura como un ejercicio caro cuando los beneficios no son entendidos.

En la Residencia Clinic-Home, si bien la adaptabilidad del recinto se hizo pensando en su nuevo uso, las condiciones que presenta su ubicación de alguna manera limitan el desenvolvimiento de sus

residentes, ya que la falta de vegetación y vistas del entorno en espacios tan significativo como el dormitorio, podrían influir negativamente en las condiciones mentales del adulto mayor, lo que inmediatamente repercute en el avance de su enfermedad con síntomas como la desorientación, sin embargo, esto se podría llegar a subsanar mediante su programa, dado que permite mayor inclusión del paciente en actividades domésticas, lo que incentiva sus capacidades funcionales y retrasa el desarrollo de la enfermedad (Rodríguez, 2018).

Finalmente, el caso del Edificio Adulto Mayor es el que mantiene mejor desempeño en la calidad de sus espacios, tanto en temas de seguridad, como de accesibilidad y personalización, destacando la calidad lumínica del recinto y la materialidad de sus superficies, ya que, el edificio optimiza la iluminación natural mediante el uso de mamparas y ventanas mirador recubiertas con láminas de control solar, lo que disminuye el uso de luz artificial a lo largo del día, permitiendo generar vistas, vislumbrar el paso del tiempo y favorecer la orientación temporal del AM con EA. Por su parte la materialidad de los suelos le aporta continuidad al espacio, sobre todo en exteriores, lo que entrega comunicación y cohesión con las áreas de uso común.

Como se puede ver a lo largo de la investigación, los ELEM se han adaptado poco a poco a los requerimientos de los AM, tanto cognitivos como funcionales, principalmente los que fueron proyectados desde sus cimientos, ya que, como se ha podido apreciar, los recintos adaptados presentan más limitaciones ya sea por la ubicación, estructura original o recursos que se manejan. No obstante, esta mejora no sucede de manera gratuita, no hay que olvidar que muchos de estos recintos son instituciones con fines de lucro, que, al aumentar la competencia, deben mejorar su oferta. A diferencia de entidades no lucrativas como el primer caso, donde previamente sus moradores se encontraron en situación de vulnerabilidad o abandono, por lo que ineludiblemente su actual situación les provee una mejor calidad de vida, sin embargo, esto no significa que las condiciones que presente el establecimiento al bienestar de su habitante deban seguir siendo las mínimas impartidas por norma, ya que reduce sus requerimientos al asociarlos a su previa condición de vulnerabilidad.

El único elemento de seguridad es el pasamanos, pero no más allá de eso, no

tenemos piso antideslizante, no estamos llenos de rampas (..), la seguridad aquí va de persona a persona, la supervisión que tienen todos los residentes, nos encargamos de suplir sus necesidad, por ejemplo cuando quieren ir al baño, ayudarlo a reincorporarse, cuidar de que cuando inicie la marcha con su andador lo haga correctamente, entonces eso más que nada, porque no tenemos otro tipo de elementos para protegerlo en general (D. Bravo, comunicación personal, 23 de septiembre de 2021)

V. REFERENCIAS

Escritos

Alonso López, F., Roca Parés, A., Calle Cebrecos, M., Pazos Pellín, J. M., García Nart, M., Sanz Alduán, A., & Vega Pindado, P. (2021). Libro Verde. La accesibilidad en España: diagnóstico y bases para un plan integral de supresión de barreras.

Bueno, M, Lopez, F, Martinez, C & Moreno, P (2006). Neuropsicología del color. https://www.ugr.es/~setchift/docs/cualia/neuropsicologia_del_color.pdf

Davis, R., & Weisbeck, C. (2016). Creating a supportive environment using cues for wayfinding in dementia. *Journal of gerontological nursing*, 42(3), 36-44.

del Carmen Martínez-Quesada, M., & Velasco, M. D. (2018). Espacios saludables para las personas con enfermedad de Alzhéimer. In *Viviendas para personas mayores en Europa: nuevas tendencias para el siglo XXI* (pp. 257-294). Fundación Pilares para la Autonomía Personal.

Doubova, S. V., Pérez-Cuevas, R., Espinosa-Alarcón, P., & Flores-Hernández, S. (2010). Social network types and functional dependency in older adults in Mexico. *BMC Public Health*, 10(1), 1-10.

Espina Díaz, M. (2020). *Viviendo con demencia: guía para el acondicionamiento de la vivienda, con enfoque inclusivo y participativo*.

Fernández Pérez, L., & Carretero, I. (2011). Guía práctica para familiares de enfermos de Alzheimer. Centro Alzheimer Fundación Reina Sofía-Clece Servicios Sociales.

Gajardo, S. Región Metropolitana de Santiago: Índice de prioridad social de comunas 2019. Seremi de Desarrollo Social y Familia Metropolitana [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 10].

Instituto Nacional de Estadísticas. (2017). Estimaciones y proyecciones de la población de Chile 1992-2050. Recuperado de: <https://www.censo2017.cl/descargas/proyecciones/sintesis-estimaciones-y-proyecciones-de-la-poblacion-chile-1992-2050.pdf>

Know Alzheimer. (2017). Alzheimer una enfermedad compartida, curso de formación para cuidadores.

Ministerio de Salud; Subsecretaría de Salud Pública. (2011). Aprueba reglamento de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores. https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/DTO-14_05-AGO-2010_ELEAM.pdf

MINSAL. (2017). Plan Nacional de Demencia.

Muros Alcojor, A. (2017). La luz interior para personas con problemas de demencia. *icandela*, (26), 12-18.

Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf

Pollock, A., & Fuggle, L. (2013). Designing for dementia: Creating a therapeutic environment. *Nursing & Residential Care*, 15(6), 438-442.

Poo, C. (2006). Aislamiento acústico: Soluciones silenciosas. <https://extension.cchc.cl/datafiles/18913.pdf>

Quesada-García, S., & Valero-Flores, P. (2017). Proyectar espacios para habitantes con alzhéimer, una visión desde la arquitectura. *Arte, individuo y sociedad*, 29(3), 89-108.

Quesada-García, S., Valero Flores, P., & Romero Vergara, G. (2018). Arquitectura y alzhéimer: 12 nuevos edificios para necesidades emergentes.

Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2008). Programa de vivienda para mayores. https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Chile_Programa_Viviendas_para_mayores_2008.pdf

Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2019). Estrategia de salud mental para personas mayores. http://www.senama.gob.cl/storage/docs/ESTRATEGIAS_SALUD_MENTAL.pdf

Slachevsky, A. (2020). Trastorno demenciantes & Covid. <http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2020/05/2020demenciascovid-slachevsky.pdf>

Slachevsky, A., Arriagada, P., Maturana, J., & Rojas, R. (s.f). Corporación Profesional de Alzhéimer y

Otras Demencias. Propuesta de un Plan Nacional de Alzheimer y otras Demencias. Recuperado de: https://www.coprad.cl/wp-content/uploads/2018/01/pasos_coprad_alzheimer_chile.pdf

SOLÍS, A. M. E., & Herrera, N. L. R. (2017). El espacio físico y la mente: Reflexión sobre la neuroarquitectura. *Cuadernos de Arquitectura*, 7(07), 41-47.

Timlin, G., & Rysenbry, N. (2010). Design for Dementia: Improving dining and bedroom environments in care homes. Helen Hamlyn Centre, Royal College of Art.

Ulrich, R. S. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224(4647), 420-421.

Paginas Web

Alzheimer's Association. (s.f.). ¿Qué es el Alzheimer?. Recuperado el 14 de diciembre de: <https://www.alz.org/alzheimer-demencia/que-es-la-enfermedad-de-alzheimer?lang=es-MX>

Belisario, M. (1 de noviembre de 2018). Colores cálidos y fríos: Cómo utilizarlos en la decoración. Homify. Recuperado el 14 de diciembre de: https://www.homify.com.co/libros_de_ideas/6046360/colores-calidos-y-frios-como-utilizarlos-en-la-decoracion

Brescané, R. (13 de abril del 2015). Influencia del color en los enfermos de Alzheimer. Know alzheimer. Recuperado de: <https://knowalzheimer.com/influencia-del-color-en-los-enfermos-de-alzheimer/>

Hölscher, C. (02 de marzo del 2016). Neuroarquitectura: la ciencia que busca entender cómo el espacio afecta a la mente. Clarín. Recuperado el 17 de julio de 2021 de: https://www.clarin.com/arquitectura/neuroarquitectura-ciencia-entender-espacio-afecta_0_BkHabaOvml.html

De Keijzer, C. (11 de marzo de 2019). Espacios verdes y envejecimiento saludable. Instituto de Salud Global Barcelona. Recuperado el 14 de diciembre de 2021 de: <https://www.isglobal.org/healthisglobal/-/custom-blog-portlet/green-spaces-and-healthy-ageing/6113078/0>

Edelstein, E. (s.f.). Interview with Eve Edelstein. In *Taking Charge of Your Health and Wellbeing*. Recuperado el

14 de julio de: <https://www.takingcharge.csh.umn.edu/interview-eve-edelstein>

Fundación Pasqual Maragall. (09 de julio de .2020). Procurar un hogar accesible y funcional para personas con Alzheimer. Recuperado el 27 de julio del 2021: <https://blog.fpmaragall.org/hogar-accesible>

Fundación Pasqual Maragall. (8 de abril de 2020). Cuidar a una persona con Alzheimer desde las necesidades emocionales y la dignidad. Recuperado el 14 de diciembre de 2021 de: <https://blog.fpmaragall.org/dignidad-persona-alzheimer>

Healthy Architecture & City. (s.f.). Neuroarquitectura. Recuperado el 28 de julio del 2021: <http://grupo.us.es/hac/neuroarquitectura/>

Huang, J. (diciembre de 2019). Enfermedad de Alzheimer. Manual MSD para el profesional. Recuperado el 14 de diciembre de 2021 de: <https://www.msdmanuals.com/es-cl/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/delirio-y-demencia/enfermedad-de-alzheimer>

Margall, C. (21 de septiembre de 2020). "El Alzheimer y las demencias son una pandemia estructural". La vanguardia. Recuperado el 14 de diciembre de 2021 de: <https://www.lavanguardia.com/vivo/lifestyle/20200921/483531573531/alzheimer-demencia.html>

Mayo Clinic. (19 de abril de 2019). Estadios del Alzheimer: cómo avanza la enfermedad. Recuperado de 14 de diciembre de: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/alzheimers-disease/in-depth/alzheimers-stages/art-20048448>

Mayo Clinic. (29 de diciembre de 2020). Enfermedad de Alzheimer. Recuperado el 14 de diciembre de 2021 de: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/alzheimers-disease/symptoms-causes/syc-20350447>

Ministerio Secretaría General de la Presidencia. (27 de septiembre de 2002). Ley 19828 Crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Recuperado el 17 de junio de 2021 de: <https://www.bcn.cl/leychile/>

Referencia Imágenes

1. Roberta Coni, (s.f.). Borrándose a sí misma [Pintura] <https://www.instagram.com/p/8TJzK9lI3Q/>

2. Timlin & Rysenbry, (2010), Diagrama de las tres etapas progresivas de la demencia [Esquema]. *Design*

for dementia: Improving dining and bedroom environments in care home, Helen Hamlyn Centre, Royal College of Art.

3. White Oak Cottages, (s.f.), Sala de estar Residencia White Oak Cottages [Fotografía]. <https://www.whiteoakcottages.com/>

4. Quesada, S., Valero, P., Romero, G, (2018), Planta de arquitectura de la residencia White Oak Cottages. [Imagen]. *Arquitectura y Alzheimer:: 12 nuevos edificios para necesidades emergentes.*

5. Estudio Lamela Arquitectos, (s.f.), Jardín de módulo residencial [Fotografía]. <https://www.lamela.com/proyectos/centro-alzheimer-de-la-fundacion-reina-sofia/>

6. Quesada, S., Valero, P., Romero, G, (2018), Planta de arquitectura de la residencia White Oak Cottages. [Imagen]. *Arquitectura y Alzheimer:: 12 nuevos edificios para necesidades emergentes.*

7. The Hogewey, (s.f.), Hogewey Village [Fotografía]. <https://hogeweyk.dementiavillage.com/>

8. Quesada, S., Valero, P., Romero, G, (2018), Planta de arquitectura de la residencia White Oak Cottages. [Imagen]. *Arquitectura y Alzheimer:: 12 nuevos edificios para necesidades emergentes.*

9. Timlin & Rysenbry, (2010), Esbozo de la estrategia de diseño para abordar aspectos de la demencia en los hogares de ancianos. [Esquema]. *Design for dementia: Improving dining and bedroom environments in care home*, Helen Hamlyn Centre, Royal College of Art.

12. Bustamante, O. (1977), Planta de arquitectura Hogar Miguel Frank Vega [Imagen]

13. Murillo, F. (2010), Planta de arquitectura primer y segundo nivel Edificio Adulto Mayor [Imagen]

14. Morris, A. (2019), Planta de arquitectura Residencia Clinic-Home [Imagen]

19. CONAPRAN, (2017). Pabellón poniente Hogar Miguel Frank Vega [Fotografía] <https://docplayer.es/156839786-Directorio-ximena-zanartu-fernandois-presidenta-directorio-patricio-diaz-johnson-tesorero-maria-rojas-avila-vice-presidenta.html>

21. CONAPRAN, (2017). Sala de estar Hogar Miguel Frank Vega [Fotografía] [https://docplayer.es/156839786-Directorio-ximena-](https://docplayer.es/156839786-Directorio-ximena-zanartu-fernandois-presidenta-directorio-patricio-diaz-johnson-tesorero-maria-rojas-avila-vice-presidenta.html)

[zanartu-fernandois-presidenta-directorio-patricio-diaz-johnson-tesorero-maria-rojas-avila-vice-presidenta.html](https://docplayer.es/156839786-Directorio-ximena-zanartu-fernandois-presidenta-directorio-patricio-diaz-johnson-tesorero-maria-rojas-avila-vice-presidenta.html)

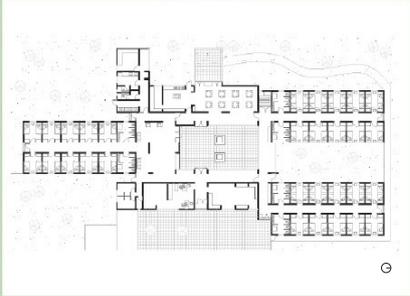
23. Clinic-Home, (2019), Sala de estar Residencia Clinic-Home [Fotografía] <https://www.clinic-home.com/nuestro-hogar?lightbox=datatem-k5203lbv>

26. Clinic-Home, (2019), Materialidad circulaciones Residencia Clinic-Home [Fotografía] <https://www.clinic-home.com/nuestro-hogar?lightbox=datatem-k5203lbv>

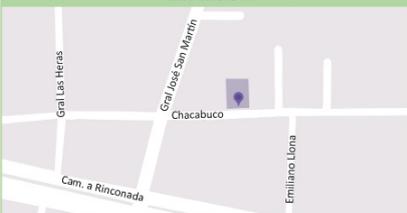
36. Clinic-Home, (2019), Antejardín Residencia Clinic-Home [Fotografía] <https://www.clinic-home.com/nuestro-hogar?lightbox=datatem-k5203lbv>

VI. ANEXOS

1. Fichas casos de estudio

Hogar Miguel Frank Vega									
Ubicación		Puerto Rico 8233. Lo Prado R. Metropolitana		Descripción del recinto					
		Infraestructura		Previamente utilizado como lugar de reclutamiento para cadetes de la FACH. Desde su construcción, el recinto cuenta con un programa de un solo nivel, compuesto por 3 alas con habitaciones y un área central con espacios comunes, todo rodeado por patios y corredores exteriores.					
		Edificio		Observaciones					
		Construcción		El recinto no cuenta con adaptaciones especializadas para AM, más que arreglos en la infraestructura (mantención) y la dedicación de sus trabajadores, uno de los espacios más riesgosos es el patio que rodea el recinto, hecho con pastrones de hormigón, que dan poca estabilidad.					
		Apertura		1977					
		Arquitecta							
		Oscar Bustamante U.							
Superficie construida	Género que atiende	Programa del recinto				Aspectos de habitabilidad			
556,31m ²	Mixto	Administración	✓	Patios interiores	✓	Se dispone de elementos adecuados para resguardar la seguridad de los AM y los cuidadores	si		
N° de Habitaciones	AM con demencia	Recepción		Patios exteriores	✓	Los espacios de la residencia son accesibles tanto para los AM, como para los cuidadores	no	✓	
30	60%	Espacios comunes	✓	Corredores	✓	El establecimiento usa elementos que estimulan los sentidos y la memoria del AM	+/-		
N° AM actuales	Uso actual	Cocina apartada	✓	Enfermería	✓		si		
39	Adaptado	Comedor	✓	Hab. individuales			no		
Materialidad	Persona Jurídica	Baños individuales		Hab. compartidas	✓		+/-	✓	
Albañilería	Sin fines de lucro	Baños compartidos	✓	Espacios sin uso			si		
							no		
							+/-	✓	
Imagen Exterior		Imágenes interiores				Planimetría			
									
Fuentes		- Google Earth - Dirección de obras municipalidad de Lo Prado - Entrevista							

Edificio Adulto Mayor San Esteban								
Ubicación		Simón Bolívar 3747. Ñuñoa R. Metropolitana		Descripción del recinto				
		Infraestructura		Edificio de 5 pisos, diseñado para su uso como ELEM, cuenta con una primera planta donde se pueden encontrar los espacios comunes y la administración, los pisos superiores contienen las habitaciones de los residentes, áreas para la supervisión de enfermeras y un estar.				
		Edificio						
		Construcción	2008			Observaciones		
		Apertura	2010					
		Arquitecto		Cuenta con 3 ascensores, y dos cajas de escalera para un total de 5 pisos, más de lo que exige a norma. esto para brindar una evacuación más rápida en caso de emergencia, debido a la verticalidad de su diseño, se podría suponer.				
		Felipe Murillo R.						
Superficie construida	Género que atiende	Programa del recinto		Aspectos de habitabilidad				
2292m ²	Mixto	Administración	✓	Patios interiores	✓	Se dispone de elementos adecuados para resguardar la seguridad de los AM y los cuidadores	si	✓
N° de Habitaciones	AM con demencia	Recepción	✓	Patios exteriores	✓		no	
52	70%	Espacios comunes	✓	Corredores	✓	Los espacios de la residencia son accesibles tanto para los AM, como para los cuidadores	+/-	
N° AM actuales	Uso actual	Cocina apartada	✓	Enfermería			si	✓
41	Original	Comedor	✓	Hab. individuales	✓		no	
Materialidad	Persona Jurídica	Baños individuales	✓	Hab. compartidas	✓	El establecimiento usa elementos que estimulan los sentidos y la memoria del AM	+/-	
Hormigón armado	Con fines de lucro	Baños compartidos		Espacios sin uso			si	✓
							no	
							+/-	
Imagen Exterior		Imágenes interiores		Planimetría				
Fuentes		- Google Earth - Dirección de obras municipalidad de Ñuñoa						

Residencia Clinic Home							
Ubicación		Chacabuco 539 Maipú R. Metropolitana		Descripción del recinto			
		Infraestructura		Espacio adaptado para uso de ELEM, solo de un nivel, el recinto mantiene una percepción más próxima a la de una casa, debido a su programa y calidad de sus espacios.			
		Casa		Observaciones			
		Construcción 1950		Se le da especial importancia a la luz natural al interior del recinto, manteniendo un gran variedad de vanos tanto en habitaciones como en el pasillo, lo que no hace necesario el uso de luz artificial incluso en espacios cerrados.			
		Apertura 2019					
		Arquitecta					
		Ángela Morris					
Superficie construida	Género que atiende	Programa del recinto			Aspectos de habitabilidad		
144 m ²	Mixto	Administración	✓	Patios interiores	✓	Se dispone de elementos adecuados para resguardar la seguridad de los AM y los cuidadores	si ✓ no +/-
N° de Habitaciones	AM con demencia	Recepción		Patios exteriores		Los espacios de la residencia son accesibles tanto para los AM, como para los cuidadores	si no +/- ✓
5	60%	Espacios comunes	✓	Corredores	✓	El establecimiento usa elementos que estimulan los sentidos y la memoria del AM	si no +/- ✓
N° AM actuales	Uso actual	Cocina apartada	✓	Enfermería			si no +/- ✓
9	Adaptado	Comedor	✓	Hab. individuales			si no +/- ✓
Materialidad	Persona Jurídica	Baños individuales		Hab. compartidas	✓		si no +/- ✓
Volcometal	Con fines de lucro	Baños compartidos	✓	Espacios sin uso			si no +/- ✓
Imagen Exterior		Imágenes interiores			Planimetría		
							
Fuentes	- Google Earth - www.clinic-home.com - Entrevista						

Resumen Entrevista Caso 1: Hogar Miguel Frank Vega

Nombre de la persona entrevistada: Doris Bravo
Cargo que del entrevistado: Directora Técnica

Primera parte. Editado

1. ¿Cuántos de los adultos mayores que atiende, tienen algún trastorno demencial como el Alzheimer?

Del total, 25 tienen trastornos cognitivos, desde que empezamos con el deterioro cognitivo hasta que avanzamos a demencia y de este mes diferente tipo y entre ellos está el Alzheimer

2. ¿Cuál es la etapa en la que llegan los adultos mayores (AM) con estos trastornos?

Son moderados

3. ¿Cuál es el promedio de tiempo que se demora en avanzar la enfermedad (a la etapa tardía)?

En algunos va a depender, porque hay ocasiones en las que el residente ingresa y la familia sólo refiere como mal comportamiento. Como sólo tiene atención en el Plan AUGE y en muchas de las veces el residente que nosotros recibimos no es atendido de forma adecuada en su casa, no alcanzan a darse cuenta que tiene que ir a un neurólogo, quién va a diagnosticar si hay una demencia u otra enfermedad que provoca este delirio.

No están diagnosticados. Entonces, tenemos que empezar desde cero, comenzar a pedir consulta para evaluar todas las áreas y saber cuál es su estado

4. ¿Se les da algún tipo de tratamiento a las alteraciones cognitivas de los AM? y si es así ¿Cuales son?

Como nosotros estamos suscritos al Plan AUGE, porque recibimos sólo personas vulnerables, tenemos los paquetes que son más que nada medicamentos antipsicóticos. Para poder llevar una demencia debes tener estos antipsicóticos, porque tú sabes que la persona se puede agitar. Por ejemplo, tenemos una demencia tipo Alzheimer que ya está en estado severo (...). Ella todavía está conservada, pero la bipedestación de ella ha ido cambiando, se está irguiendo y por ejemplo, en la tarde le duelen las piernas, antes era mucho más activa, ahora un poco menos, ha ido perdiendo el apetito, tal cual como se muestra el avance al Alzheimer severo.

¿Tiene algún tipo de tratamiento para estos desgastes físicos?

Tenemos kinesiólogo, trabajamos con los programas vivifrail, donde se activan los cuidadores para que los residentes que ya están con Alzheimer avanzado puedan seguir manteniendo la funcionalidad y también para que no tengan este dolor de cuerpo por la inmovilidad. Entonces sí, trabajamos con ellos y cuando se nos acrecientan, tenemos que hablar con el cesfam.

5. ¿Los AM con demencia tienen algún tipo de independencia al interior de las inmediaciones?

Ellos nunca deben perder su autonomía e independencia, si ellos quieren estar en su pieza se les permite, si él me dice mañana, no me quiero levantar, se respeta, pero lo que nunca dejamos pasar es la higiene. Se tienen que bañar y cambiar completamente de ropa, después están libres de acción, pero siempre tratamos de hacer que participen en las actividades y todo bajo supervisión.

6. ¿El establecimiento fue construido para su actual uso o fue adaptado para ello?

Esto pertenecía a la FACH, pertenecía a los lugares de reclutamiento de los cadetes y fue donado al Consejo nacional de protección de la ancianidad, entonces esto data de hace muchos años más. Es el año 77 cuando empiezan a utilizarlo para tener adultos mayores.

7. si es que fue adaptado ¿cuáles fueron las consideraciones especiales en cuanto a materialización en la renovación del lugar?

Se pusieron pasamanos y se adecuaron los baños, pero nada más allá de eso.

Segunda parte. Editado

8. ¿Cuáles son los elementos de seguridad que se disponen en las inmediaciones? Por ejemplo, en la materialidad de los suelos etc.

El único elemento de seguridad es el pasamanos, pero no más allá de eso, no tenemos piso antideslizante, no estamos llenos de rampas, no tenemos un tipo de cama especial, no utilizamos zapatos de papel. La seguridad aquí va de persona a persona, la supervisión que tienen todos los residentes, nos encargamos de suplir su necesidad, por ejemplo cuando quieren ir al baño, ayudarlo a reincorporarse, cuidar de que cuando inicie la marcha con su andador lo haga correctamente, entonces eso más que nada, porque no tenemos

otro tipo de elementos para protegerlo en general, entonces lo que hacemos es supervisar.

9. En cuanto a temas de accesibilidad, ¿cuáles son los elementos que se utilizan para apoyar o adecuar la movilidad de los AM y trabajadores del lugar?

Solamente los trabajadores del lugar y las ayudas técnicas, los andadores, el bastón, las muletas, las sillas de ruedas. Nuestra supervisión es de trato directo, pero la ayuda técnica siempre va a estar, pero en sí, el recinto no posee mayores elementos que cubran esa necesidad, porque esto no se creó para un establecimiento de larga estadía, lo único que buscamos es dejar los espacios lo más libre posible, porque eso genera que ellos puedan avanzar correctamente, que no hayan pisos húmedos, esas cosas.

10. ¿Qué tipo de elementos se utilizan en los recintos para estimular los sentidos y la memoria de los AM?

Tenemos un reloj grande para que puedan ver la hora, los calendarios para que puedan ubicarse en tiempo, tenemos distintos talleres que van haciendo estimulación cognitiva y los juegos que tienen a diario. Entonces, son cosas que van haciendo que ellos se activen comunicativamente.

Lo que más los estimula es ofrecerles un premio, así participan.

¿Usan imágenes como fotografías de la familia?

Quienes tienen, porque tengo gente que no tiene familia.

¿Y señaléticas para el rapero, que digan ropa de cama o ropa interior?

Lo que pasa es que la mayoría de ellos o no sabe leer o tiene baja visión o ceguera y otros simplemente no respetan la postura de los nombres.

11. ¿Existe alguna diferencia entre los cuidados para las personas según su grado de dependencia? Por ejemplo en la cualidad de sus habitaciones o las atenciones que reciben?

Las piezas son las mismas para todos, la diferencia esta en la atención, todos los AM son diferentes, hay algunos que necesitan más ayuda, más supervisión y otros son más independientes, entonces ahí esta la atención.

12. ¿Podría detallar los tipos de habitaciones existentes en la residencia?

Las habitaciones son dobles, los baños están sólo en la entrada de los pabellones, hay tres por cada

lado, al interior hay una ducha adecuada para adultos mayores, con asiento y un desnivel para que puedan ingresar y no se esparza el agua.

13. ¿Cuál es el espacio de visita para los residentes y que tan guiada es la visita?

Tenemos el antejardín, hay 2 sillas, con una división de 2 metros, esa es la distancia que se puede tener para realizar visita y cuando hay personas que tienen dificultad para oír o para hablar, tienen un cuidador que está asistiendo. Antes de la pandemia, podían ingresar libremente cuando querían.

14. ¿Qué grado de autonomía tiene el recinto para atender algún tipo de emergencia, y que punto se llama a paramédicos?

Este recinto cuenta con paramédicos y enfermera, entonces nosotros prestamos los primeros auxilios y como tenemos los residentes con los controles al día de todas sus patologías la medicación como corresponde es raro que lleguemos a tener una urgencia, pero si llega a ocurrir acudimos al SAPU cercano.

15. ¿Cómo regulan el tema de la iluminación natural y artificial en los espacios que usan los residentes?

Tenemos muchas ventanas por todos lados, aunque en las piezas son un poquito más chicas, pero todo el establecimiento tiene acceso a luz natural, pero en los pasillos tenemos las luces prendidas 24/7.

16. ¿Los adultos mayores mantienen algún tipo de rutina en el recinto?

Se levantan a las 8:30 de la mañana, luego el desayuno, después comienzan los baños, luego de eso vienen las hidrataciones y colaciones, 2:30 la almuerzo y luego de eso algunos duermen siestas, otro juegan, pintan, pero todos en alguna actividad, aquí tienen más libertad de acción, nunca deben perder su autonomía e independencia, si quieren estar en su pieza está bien, eso sí. con los baños si somos muy duros, tienen que bañarse día por medio tienen que cambiarse su ropa completamente.

17. ¿Existen espacios que no se utilicen? si es así ¿dónde se encuentran?

Se usan todos los espacios comunes, pero los residentes van menos a los patios de atrás, le gusta estar en el medio.

Resumen Entrevista Caso 2: Edificio Adulto Mayor

Nombre de la persona entrevistada: Matías Hughes

Cargo que del entrevistado: Administrador

Primera parte. Editado

1. ¿Cuántos de los adultos mayores que atiende, tienen algún trastorno demencial como el Alzheimer?

Entonces todos tienen algún grado de dependencia, y si me preguntas por la dependencia cognitiva, son la mayoría diría yo, en algún grado. Si hoy en día tenemos 40 habitantes, te diría que entre el 70% al 80% tiene alguna demencia o trastorno cognitivo, pero desde muy leve hasta muy agudo.

2. ¿Cuál es la etapa en la que llegan los adultos mayores (AM) con estos trastornos?

Nosotros pedimos un informe médico cuando llegan los residentes y allí viene ya diagnosticado, con ese informe médico puedo determinar si lo puedo recibir o no.

3. ¿Cuál es el promedio de tiempo que se demora en avanzar la enfermedad (a la etapa tardía)?

Varía muchísimos, no sabría decirte que tan rápido se deterioran, pero lo que sí, es que con este formato de atención a los AM en los ELEM, el deterioro es más lento y la gente que ingresa esta 4, 5 años. Te cuento como anécdota que don Jaime el año pasado iba a cumplir con nosotros 10 años el tenía 85 años.

He tenido gente joven de 65 con deterioro cognitivo y la persona mayor que hemos tenido es la señora Rita que tenía 109 años y ella vivió con nosotros 7 años. El año pasado al COVID sobrevivió don Carlos que tenía 101 años.

4. ¿Se les da algún tipo de tratamiento a las alteraciones cognitivas de los AM? y si es así ¿Cuáles son?

Respondido en pregunta 10

5. ¿Los AM con demencia tienen algún tipo de independencia al interior de las inmediaciones?

Sí, por supuesto, andan deambulando, pudiste ver a dos personas sentadas que son marido y mujer pero que se tratan como hermanos y todos los días se quieren ir para su casa.

6. ¿El establecimiento fue construido para su actual uso o fue adaptado para ello?

Fue construido para ser un ELEM y se le puso mucho énfasis en el diseño de los espacios comunes las habitaciones, tamaños de puerta etc.

7. si es que fue adaptado ¿cuáles fueron las consideraciones especiales en cuanto a materialización en la renovación del lugar?

-

Segunda parte. Editado

8. ¿Cuáles son los elementos de seguridad que se disponen en las inmediaciones? Por ejemplo, en la materialidad de los suelos etc.

El tema del agua que te mencione anteriormente, el tema de la luz es súper importante, más del 60% de las luces se prenden cuando se prende el generador y en caso de emergencia podemos seguir operando con 2 de los 3 ascensores. El edificio además tiene 2 vías de evacuación y obviamente todo lo que se establece en la norma con respecto a seguridad, extintores, etc.

9. En cuanto a temas de accesibilidad, ¿cuáles son los elementos que se utilizan para apoyar o adecuar la movilidad de los AM y trabajadores del lugar?

Sillas de ruedas, andadores, barandas, en todos los pasillos me imagino que te diste cuenta que hay barandas que tienen luz LED que se prenden por un interruptor en las salitas de enfermería de cada piso.

10. ¿Qué tipo de elementos se utilizan en los recintos para estimular los sentidos y la memoria de los AM?

Nosotros trabajamos con una fonoaudióloga y con un kinesiólogo, él hace actividades más físicas y el fono hace actividades como las que mencioné recién, con un desarrollo cognitivo, memoria y actividades grupales, si la persona necesita una atención más personal, eso tiene un costo adicional, que es importante mencionarlo, pero el plan común de todos los residentes son estas actividades grupales.

11. ¿Existe alguna diferencia entre los cuidados para las personas según su grado de dependencia? por ejemplo en la cualidad de sus habitaciones o las atenciones que reciben?

Todas las personas somos diferentes, así que nosotros tratamos de adecuarnos a cada

persona, un ejemplo es que hay personas que les gusta levantarse a las 7 de la mañana y hay que arreglárselas para bañarlos a las 7:30 o las 8:00 cuando la persona quiera, pero hay otra señora que se levanta a las 12:30 y a esa hora llega el almuerzo, entonces hay que tratar ahí de adecuarse, es difícil, pero se puede. Por supuesto que cada una de las 3 tarifas o cada uno de los segmentos que tenemos en nivel de dependencia se atiende de distinta manera

12. ¿Podría detallar los tipos de habitaciones existentes en la residencia?

Las habitaciones se diseñaron pensando un poco que fueran como las que uno tiene en la casa, en que las personas pudieran estar más tiempo fuera de su habitación, pero así mismo son habitaciones cómodas en donde ellos pueden estar y moverse en sillas de ruedas etc. Todas las habitaciones son individuales con baño privado y closet dentro de la habitación. También hay detalles que nos exige la norma, como por ejemplo citófono que tiene llamado a la salita de enfermería, enchufes e interruptores a una altura cómoda para los residentes, llamado de emergencia desde las duchas, en todas las habitaciones hay ese tipo de implemento para personas mayores.

Tenemos la suerte de tener habitaciones que miran en todos los sentidos, norte, sur, oriente, poniente, lo que también es súper importante, ya que hay gente que lleva años viviendo o mirando hacia una orientación.

13. ¿Cuál es el espacio de visita para los residentes y que tan guiada es la visita?

Principalmente el primer piso, pero también pueden estar con sus familiares en sus habitaciones.

14. ¿Qué grado de autonomía tiene el recinto para atender algún tipo de emergencia, y que punto se llama a paramédicos?

Nosotros en el área de salud trabajamos con una directora técnica que es enfermera y que viene todos los días, ella se preocupa de que cumplamos como residencia, con el decreto 14 del 2010. Luego de ella, vienen paramédicos que cumplen turnos de 12 horas para cubrir las 24 horas y después asistentes o cuidadores, que tienen cursos o capacitaciones para atender a un adulto mayor.

Cuando hay algún accidente o emergencia, inmediatamente va la técnica a revisar la situación, si no lo podemos controlar, se llama a la unidad de

emergencia que contrata la familia y habitualmente en el mercado tienes 2 alternativas, help o unidad coronaria.

15. ¿Cómo regulan el tema de la iluminación natural y artificial en los espacios que usan los residentes?

Particularmente la persona que diseño el edificio quiso trabajar mucho la luminosidad de las piezas, y para eso podrás ver que todas ellas tienen una ventana mirador, que cumple una función clave, ya que los residentes ponen sus cuadros sus peluches y en muchos casos sus televisores, además la ventana sube más arriba del cielo, así que el grado de entrada de luz es mucho mayor y eso ayuda a que las piezas sean súper luminosas. Te diría que hay harta luz, porque hay algunos residentes que se levantan en la noche, por lo que es importante que ese todo bien iluminado para que los residentes no se vayan a caer o evitar esas caídas

¿Van regulando la calidad de la iluminación o algo así?

No, los trastornos de tiempo y espacio cuando se dan se apoyan más bien con el uso de medicamentos, que no se malinterprete que es tener una persona dopada, pero sí ayudarlo para que duerma eso es básico para comenzar el día.

16. ¿Los adultos mayores mantienen algún tipo de rutina en el recinto?

Por supuesto, todos, es casi como uno que cumpla con la rutina de bañarse, lavarse, vestirse, aquí es lo mismo, pero con ayuda. En caso de que alguien no quiera levantarse o bañarse se le respeta y no se hará esa tarea, pero no pueden pasar muchos días, si es que hay una razón que lo justifique, sino tratamos de que todos se levanten, la asistente va de forma reiterada a preguntar.

17. ¿Existen espacios que no se utilicen? si es así ¿dónde se encuentran?

Hay espacios que se utilizan más que otros, pero diría que todos se utilizan.

Resumen Entrevista Caso 3: Residencia Clinic-Home

Nombre de la persona entrevistada: Rodrigo Marillan

Cargo que del entrevistado: Propietario

Primera parte. Editado

1. ¿Cuántos de los adultos mayores que atiende, tienen algún trastorno demencial como el Alzheimer?

El 60% entre cuatro o cinco residentes más o menos.

2. ¿Cuál es la etapa en la que llegan los adultos mayores (AM) con estos trastornos?

Nosotros los dividimos por grado de dependencia mediante una pauta,

Llegan en etapas iniciales o intermedias.

Nosotros los dividimos en nivel de dependencia mediante un índice Barthel.

3. ¿Cuál es el promedio de tiempo que se demora en avanzar la enfermedad (a la etapa tardía)?

No hemos visto grandes cambios en los residentes que tienen demencia, ya que nosotros hacemos una terapia, entonces lo más probable es que la terapia esté retrasando su deterioro, pero no podríamos contrastarlo con alguien que no recibe terapia porque no hemos tenido ese tipo de pacientes.

4. ¿Se les da algún tipo de tratamiento a las alteraciones cognitivas de los AM? y si es así ¿Cuales son?

Según el paciente nosotros vamos creando planes de cuidado, primero es importante el apoyo emocional y la contención, también la alimentación y talleres de estimulación donde hacen ejercicio físico y cognitivo con un terapeuta ocupacional. Esto es aparte de sus tratamientos farmacológicos.

5. ¿Los AM con demencia tienen algún tipo de independencia al interior de las inmediaciones?

Si la tienen, nosotros apoyamos sus capacidades o las cosas que les cuesta hacer mediante las pautas del índice de Barthel, si dice que es independiente para ciertas actividades, lo supervisamos más generalmente, pero se indica que es dependiente para otra cosa, como comer, nosotros le brindamos más apoyo y asistencia, pero todo siempre bajo supervisión.

6. ¿El establecimiento fue construido para su actual uso o fue adaptado para ello?

Esta era na casa antigua y después nosotros demolimos casi el 40% de lo que había y construimos, se dejaron solo algunas partes estructurales, pero lo demás es nuevo.

7. Si es que fue adaptado ¿cuáles fueron las consideraciones especiales en cuanto a materialización en la renovación del lugar?

Se adapto todo en regla con lo que pide SEREMI, una oficina para atención de residentes, nos pide una sala de estar donde tengan capacidad de estar por lo menos 50% de los residentes, un baño con acceso a silla de ruedas amplio máximo para uno para 5 residentes, etc, además un pasillo donde pueda ingresar una silla neurológica, sea una silla de ruedas que pueda trasladarse de fácil manera y también nos pide habitaciones en donde tenga la capacidad para tener un velador, tenemos espacio suficiente para que ellos se puedan desplazar dentro de la unidad, entonces el establecimiento cuenta con lo que define la norma.

Segunda parte. Editado

8. ¿Cuáles son los elementos de seguridad que se disponen en las inmediaciones? Por ejemplo, en la materialidad de los suelos etc.

La SEREMI nos pide unos ciertos lineamientos mínimos y uno es el plan de emergencia, entonces tenemos que contratar a un prevencionista de riesgos que nos tiene que venir a hacer una evaluación de la residencia y lo principal es tener una buena accesibilidad, ancho de pasillos y sobre todo el acceso, tenemos dos ventanales más amplios de lo normal, para en caso de, evacuar a los residentes más rápidamente, usar señaléticas, implementos de apoyo en los baños y huincha antideslizante, ese tipo de cosas.

9. En cuanto a temas de accesibilidad, ¿cuáles son los elementos que se utilizan para apoyar o adecuar la movilidad de los AM y trabajadores del lugar?

Se tomo como respuesta lo expuesto en la pregunta anterior.

10. ¿Qué tipo de elementos se utilizan en los recintos para estimular los sentidos y la memoria de los AM?

Pensamos en espacios acogedores, en habitaciones limpias y estéticamente lindas, espacios donde ellos se sienten que están en un lugar bonito y acogedor. Ellos puedan traer diarios, calendarios, fotos y

algunas cosas que se vean estéticamente bonitas. Ya en cuanto a la estimulación, todas las habitaciones tienen luz natural y las que son medianero tienen ventanas en el techo para que puedan ventilarse y ver el cielo. Además de las actividades que te mencioné.

11. ¿Existe alguna diferencia entre los cuidados para las personas según su grado de dependencia? por ejemplo en la cualidad de sus habitaciones o las atenciones que reciben?

Médicos, pero la mayoría de los adultos que atendemos están en el mismo grado de dependencia, lo que pasa es que hay diferentes pautas de dependencia y el índice de comer, levantarse, vestirse, arreglarse, usar el retrete, trasladarse. Está basado en las actividades de la vida diaria, entonces aquí es donde nosotros vemos, quienes necesitan de más ayuda, y algunos que no necesitan, entonces todos son diferentes.

12. ¿Podría detallar los tipos de habitaciones existentes en la residencia?

Al comienzo tenemos una habitación doble, también una habitación simple, todas con una cama de una plaza, con un closet, con un velador. Hay algunos implementos que nosotros comenzamos poniendo pero que a ellos no les gustaron, por ejemplo las lámparas. Las teníamos puestas en las piezas para su nivel cognitivo, al final nos terminamos dando cuenta de que no era un elemento que ellos valoraran, de hecho las terminaron rompiendo. Ahora usamos solo la luz de los interruptores, pero también contamos con cámaras en cada espacio para mejor supervisión.

13. ¿Cuál es el espacio de visita para los residentes y que tan guiada es la visita?

Lo que pasa es que antes de la pandemia éramos una residencia abierta, ellos podían salir en cualquier momento con sus familiares, así que no teníamos un espacio físicamente destinado, pero ahora se trata de dejar el living despejado para eso, pero como resulta incomodo para los demás residentes, vamos a adecuar esta oficina.

14. ¿Qué grado de autonomía tiene el recinto para atender algún tipo de emergencia, y que punto se llama a paramédicos?

Como residencias somos una institución de salud que da cuidados básicos, no tenemos ningún implemento que permita realizar algún tipo de tratamiento de emergencia de organización

avanzada, por eso nosotros a cada residente que ingresa se le solicita un contrato de ambulancias de emergencia. Cuando nosotros tenemos una emergencia, el paciente por ejemplo se desmaya, nosotros activamos un protocolo, llamamos a la base de emergencia, la enfermera recepcionista nos da las indicaciones, para los cuidados básicos mientras se espera el equipo médico completo

15. ¿Cómo regulan el tema de la iluminación natural y artificial en los espacios que usan los residentes?

Tenemos mucha iluminación natural, durante todo el día, por las ventanillas y como pudiste ver, en la entrada tenemos grandes ventanales. Con las persianas ellos no pueden ver los autos o estar expuestos, pero si deja entrar mucha luz.

16. ¿Los adultos mayores mantienen algún tipo de rutina en el recinto?

Ellos se levantan a las 9:00 am, se bañan, después la alimentación, nosotros tenemos horarios de comida entonces insistimos que ellos se comen la comida también a través de la comunicación, también lo implementamos inmediatamente en los talleres de estimulación, empieza a hacer ejercicio ya empieza a hacer manualidades, hacer ejercicio físico con el kinesiólogo, depende del día.

17. ¿Existen espacios que no se utilicen? si es así ¿dónde se encuentran?

No van a utilizar la cocina, no van a utilizar la lavandería, tampoco la enfermería, estos espacios están restringidos, si algunos de repente le gusta ofrecerse para lavar o ayudar, si quieren ir ahí están, pero con supervisión y autorización, ya que el riesgo de caída o de quemarse las manos está, por eso he permitido algunas actividades caseras, pero son limitadas.