

BIBLIOTECA CENTRAL
USO ÚNICAMENTE EN SALA

CARTE

CENTRO DE INTEGRACIÓN PARA LA TERCERA
EDAD Y CUIDADO DEL ALZHEIMER

arquitectura

Sinodales:

Arq. Juan Manuel Márquez Murad

Mtro. Eduardo Lugo Laguna

Arq. Gelvin Xochitemo Cervantes



09042001



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyla**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

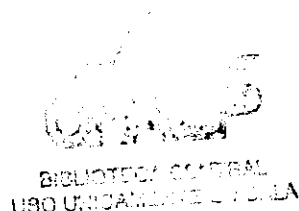
DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



AGRADECIMIENTOS

A los catedráticos de la Facultad de Arquitectura de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla:

Arq. Angélica Riviello Zenteno.
Arq. José Manuel Fernández Millán.
Arq. Rocío Furlong Salgado.
Arq. Javier Ramírez Sánchez.
Arq. Miguel Ángel Balandra Jara.
Arq. Fernando Rodríguez Concha.
Arq. Sonia Leal Díaz Conti.
Lic. Alina Blanco Murillo.

Por la amistad, apoyo incondicional, esfuerzo para enseñarnos arquitectura y por compartirnos experiencias diarias de trabajo y vida. Nuestro respeto y admiración.

A el Arq. Juan Manuel Márquez Murad, por el esmero para conducirnos a la reflexión y realización de nuestro proyecto. Gracias por el cariño y amistad.

A el Arq. Eduardo Lugo Laguna, por el apoyo incondicional y entusiasmo. Gracias por la amistad y asesoría.

A el Arq. Gelvin Xochitemo Cervantes, por ayudarnos a seguir siempre nuestras aspiraciones. Gracias por haber puesto un granito de arena en nuestro aprendizaje.

A la Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares S.A.

Ing. Roberto García de la Mora (Presidente).
Enf. Maite González Cocío.
Claudia Salazar A. (Directora General)

Por su apoyo en la investigación, propuestas y labor altruista que realizan día con día.

CLAUDIA OFELIA QUINTANA BONILLA
A g r a d e c i m i e n t o s

A DIOS

Por darme la oportunidad de vivir cada momento al lado de las personas que quiero y también por que a pesar de las duras pruebas que pones en mi camino, me das la fuerza para salir adelante.

A MIS PADRES

José A. Quintana Silva y Ma. Ofelia Bonilla Martínez, por sus enseñanzas, capacidad de amar, vivir y luchar.

Papito gracias por tu ayuda, amor y comprensión.

Mami gracias por tu amor, cariño y ternura.

A MI HERMANO

José A. Quintana Bonilla, por tu cariño, alegría y entusiasmo.

A MI MEJOR AMIGO

Rubén Darío Ramírez González, por que una de nuestras ilusiones está por realizarse. Gracias por tu amistad y cariño, por el buen consejo, el momento de reflexión, y por compartir sueños, lágrimas y risas.
Te quiero mucho amigo.

A LA FAMILIA RAMIREZ GONZALEZ

Gracias por recibirme como parte de su familia, por tanto cariño y ternura.

Tíos Rubén e Irma, gracias por sus consejos, por compartirme del amor como pareja y familia.

Irma Ramírez González, gracias por todo tu apoyo y cariño, pequeña.

A MIS AMIGOS

Mirna, Alejandra, Liliana, Cinthya, Mary, Miss Alina, Claudias, Analía, Thania, Vini, Iván, Ricky, Víctor Hugo, Fernando, Luis, Pedro, Jonathan, Luis Arturo, Miguel, Gerardo, Paco, ; gracias por su tiempo, cariño, y porque, con ustedes realicé muchos de mis sueños.

A LA FAMILIA QUINTANA BONILLA

Tíos y primos, gracias por su apoyo y cariño.

Y A TODAS LAS PERSONAS ESPECIALES QUE CONOCI DURANTE ESTE TIEMPO. GRACIAS POR SU AMISTAD Y CARIÑO.

RUBEN DARIO RAMIREZ GONZALEZ
Agradecimientos

A MIS ABUELITOS (q.e.p.d):

Gracias por estar siempre a mi lado y por heredarme un granito de su ser. Principalmente, por darme a unos padres ejemplares.

A MIS PAPAS:

Gracias pequeños por cada día y noche de desvelo a mi lado, por esa palabra de aliento que me motivó a salir adelante en cada momento de mi vida, por ese sabio consejo para solucionar mis problemas y principalmente por todo el amor y esmero que ponen en todo lo que hacen.

Papi, quiero darte las gracias en especial por mostrarme lo lindo que es nuestra carrera y por todo tu apoyo a lo largo de ella. ¡Lo logramos!

Mami, gracias por todas esas noches de preocupación y desvelo, y esa motivación a salir adelante.

A MI HERMANA:

Por todo tu amor, preocupación y cariño. Quiero decirte que siempre serás para mi un ejemplo a seguir de dedicación y trabajo. Muy en especial por toda tu ayuda para hacer realidad este sueño.

A MCLAU:

Por darme la oportunidad de ser tu amigo y compartir este momento tan importante en nuestra vidas. Gracias por toda la dedicación y empeño a nuestro trabajo.

A MI FAMILIA:

A mis padrinos, tíos y primos; gracias por todo su apoyo y cariño a lo largo de mi vida.

A MIS HERMANOS:

Ricky, Pedro, Jonathan (Compa), Arturo, Javier, Pedro, Carlos, Andrés: por ser un pilar muy importante a lo largo de vida, demostrándome que la amistad rebasa cualquier expectativa.

A MIS AMIGOS:

Vini, Liz, Alexandra, Paulina, Mirna, Ale, Claudia, Celina, Maru, Fernando, Luis Arturo, Paco, Cinthya, Liliana, Gerardo E, Luis, Lupita y Analía, Miguel, Thania, Miguelon, Sra. Martita, Padre Manuel, Mary, Pepe, Ede, Gerardo V, Pool y Male:

A todos ustedes, por brindarme su cariño y amistad incondicional en todo momento.

EN ESPECIAL, TE DOY GRACIAS A TI DIOS, POR SER LA LUZ QUE ME GUIA EN TODO MOMENTO Y POR DARMER LA OPORTUNIDAD DE CONOCER A TODAS ESTAS PERSONAS QUE CREEN EN MI Y QUE SON MI RAZON PARA SEGUIR ADELANTE.

“ Hubo una época en la que me pregunté acerca del valor
que tenía el desarrollarse y hacerse viejo. Ya no.
No me perdería mi vejez, así como no me hubiera gustado
Perderme de mi niñez, ni de mi adolescencia.
Pero en verdad, tengo un sentido de responsabilidad cada
vez mayor con este ser futuro y hacia con todos aquellos
cuyas vidas pueden atravesar por mi camino.
¿ Qué clase de anciano seré si se me da la oportunidad ?
La respuesta a esa pregunta depende en gran medida
de la clase de persona que soy ahora.
Porque el envejecimiento es un proyecto de autorrealización
que se va desarrollando a lo largo de la vida.”

KASTENBAUM. Robert. Vejez Años de Plenitud. 1980



capítulo 1

Descripción del problema

CENTRO DE INTEGRACION PARA LA TERCERA EDAD Y CUIDADO DE ALZHEIMER EN ATLIXCO, PUE.

RESIDENCIA DIURNA Y ASISTIDA

INDICE

No. Pág.

CAPITULO I

DESCRIPCION DEL PROBLEMA	1
1.1 Vejez: Perspectiva de vida.	2
1.2 Objetivos.	4



CAPITULO II

ETAPAS DEL HOMBRE: Nacer, crecer, reproducirse y morir.	5
2.1 La vejez.	6
EL ENVEJECIMIENTO	7
2.2 La sociedad necesita a los ancianos.	9
2.3 ¿Cómo adaptarse a la sociedad?	9
2.4 La residencia como recurso.	9
2.5 Problemas de salud del anciano.	10
2.6 Demencia.	14



CAPITULO III

ALZHEIMER

3.1 Orígenes de la enfermedad.	16
3.2 Transición Demográfica o Transición Epidemiológica.	18
3.3 El reto del siglo XXI: La enfermedad de Alzheimer.	19



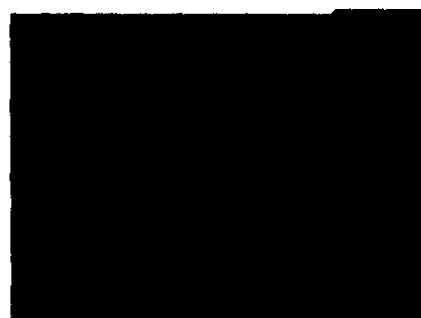
CAPITULO IV

ASPECTOS QUE REPERCUTEN EL ESPACIO ARQUITECTONICO

4.1 El espacio arquitectónico.	20
4.2 Aspecto Formal.	22
4.3 Aspecto Psicológico.	22
4.4 Aspecto Estético.	23

LA DISCAPACIDAD COMO ELEMENTO DE COMPOSICION

4.5 Barrera Arquitectónica.	25
-----------------------------	----



CAPITULO V

ANALISIS PRELIMINAR

- 5.1 Historia de las casas de retiro:
servicio y razón social. 29
- 5.2 Asilos y otros tipos de
alojamiento. 30
- 5.3 Análisis y comentarios de las casas
de retiro. 32

INVESTIGACION DEL PROBLEMA

ARQUITECTONICO

- 5.4 Funcionamiento y servicios de una
casa de retiro. 40
- 5.5 Funcionamiento y servicios de centros
de tratamiento de Alzheimer. 45

CAPITULO VI

GUIA DE PLANEACION Y DISEÑO DE UN CENTRO PARA LA TERCERA EDAD

- Nuevo Uso o Adaptabilidad del Espacio. 50

CAPITULO VII

ANALISIS DEL SITIO

- 7.1 Antecedentes generales. 71
- 7.2 Componentes espacio-sensoriales. 73
- 7.3 Componentes socio-culturales. 79
- 7.4 Componentes naturales. 79
- 7.5 Componentes artificiales. 85

CAPITULO VIII

PROPUESTA ARQUITECTONICA

- 8.1 Generalidades. 87
- 8.2 Programa de Necesidades. 87
- 8.3 Programa Arquitectónico. 90
- 8.4 Diagramas de zonificación y
funcionamiento. 97
- 8.5 Concepto. 100
- 8.6 Esquema. 101
- 8.7 Principios de Diseño. 102
- 8.8 Descripción del Proyecto. 103
- 8.9 Proyecto. 108
 - Criterios Generales Constructivos.
 - Detalles Constructivos. 110
 - Planos.



<u>CAPITULO IX</u>	
ASPECTO ECONOMICO	 112
GLOSARIO	 114
BIBLIOGRAFÍA	 117

CAPITULO I

DESCRIPCION DEL PROBLEMA

En la actualidad se dice que México es un país de jóvenes, sin embargo, basados en el censo efectuado durante EL 2000 se reveló que la población de la tercera edad era de cinco millones de personas. Para 1996 dicha cifra aumenta y rebasa el 6.4% y se estima que para el año 2030 crecerá de 17 a 18 millones de personas, es decir, un 25% de la población en nuestro país será mayor de 60 años.¹

Por lo tanto la expectativa de vida en el mexicano de acuerdo a notificaciones recientes, es de 72 años para las mujeres y 68 años en los hombres.

Como hemos podido comprobar en el último Censo de Población y Vivienda 1995 para la Cd. de Puebla, la tabulación en la pirámide de edades, revela que " la estructura por edad de la población en el estado puede considerarse en transición, dado que el número de habitantes de 65 años y más se aproxima al 5% "², por lo que la tasa anual de personas de la tercera edad irá en aumento y con ello crecerá también el índice de enfermedades propias de esta etapa.

Aunado a las estadísticas, la mortandad en la tercera edad se enlaza principalmente con el Alzheimer, una enfermedad neurológica, evolutiva, progresiva e irreversible; un mal de nuestro tiempo que está cobrando fuerza y alcanza ya cifras alarmantes. " A finales de los años 80 gran parte de los casos registrados por el Hospital de Enfermedades Crónicas en México son debidos a este mal."³ Ante la problemática de la transición epidemiológica y demográfica existente, se pone en evidencia la insuficiencia de espacios e infraestructura adecuados para el tratamiento del mismo mal, y en la ciudad de Puebla dicha carencia no es la excepción, pues los egresos hospitalarios son de 55.2% para otros diagnósticos y muertes por enfermedad cerebro vascular son de 3.8%.

Para el año 2030 una persona de cada mil entre los 40 y 65 años presentará este padecimiento.

¹ CONFERENCIA: DEMENCIAS, EL ALZHEIMER POR EL DR. SERGIO JUAREZ R. 26 de agosto 1999.

² XI Censo General de Población y Vivienda 1990, y Censo de Población y Vivienda 1995 (INEGI), Pp.7

³ CONFERENCIA: DEMENCIAS, EL ALZHEIMER POR EL DR. SERGIO JUAREZ R. 26 de agosto 1999.



Esta problemática fue ampliamente discutida durante el mes de marzo de 1999 por la Asociación Mexicana de Alzheimer en el marco de la Reunión Interamericana sobre Alzheimer efectuado en la ciudad de Oaxaca, proyectando no solo la necesidad de buscar alternativas médicas para el tratamiento de dicho padecimiento, sino estructurar un programa integral para el desarrollo y rehabilitación de las personas de la tercera edad, que les proporcione un espacio digno y trato humano, que los ayude a reintegrarse como personas productivas dentro de una sociedad moderna y cambiante.

1.1 VEJEZ: PERSPECTIVA DE VIDA

El fenómeno del envejecimiento ha fascinado y preocupado siempre a la humanidad. Este interés deriva quizá del hecho de que hasta hace poco tiempo, solo unas cuantas personas llegaban a la edad avanzada. El concepto de retiro no existió, sino hasta el final del siglo XIX. Sin embargo, varios factores han colocado el envejecimiento y sus consecuencias dentro del campo de la tensión científica y social.

La disminución de la brecha entre el envejecimiento primario determinado genéticamente, y el envejecimiento secundario, puede atribuirse a factores personales, sociales y ambientales susceptibles de modificación.

Durante el siglo XX estos factores han producido un aumento en la longevidad promedio en los países desarrollados. Sin embargo, hay pocas pruebas de que se haya alterado el límite superior de la vida humana (120 años). Por tal razón, el envejecimiento biológico humano, aunque poco dilucidado, continua con un tiempo máximo de vida que parece ser sumamente fijo. "En las variables que cambian con la edad después de la alcanzada vida adulta, empieza una disminución lineal al final de la fase del crecimiento y desarrollo, que persiste durante la edad avanzada"⁴

La población de ancianos se caracteriza por la gran variabilidad de cambios fisiológicos dependientes de la edad, así como el ritmo de envejecimiento, indistintos unos de otros, esto puede depender en parte, a la diferencia de estilos de vida como: el ejercitarse, dieta, supresión de tabaco, moderación en consumo de alcohol, y de ello dependerá un envejecimiento con éxito.

⁴ TRATADO DE MEDICINA INTERNA DE CECIL, Edit. Interamericana, Tomo I, México 1987, Décimo séptima edición. Pág. 26.



Hoy la enfermedad de Alzheimer es la tercera causa de muerte entre las personas de la tercera edad; la situación se torna dramática cuando el enfermo necesita una ayuda constante, incluso para las funciones más esenciales e íntimas, la frustración, depresión y ansiedad, los agobian por igual; a esto, hay que añadir la falta de centros especializados para su atención y cuidado, sin mencionar la carencia de tratamientos efectivos.

Para las personas de la tercera edad, las dificultades económicas y de salud nunca pueden predecirse con exactitud y la actitud general es no considerarlas ni prevenirlas.

Así mismo, con la transformación en los tamaños y composición de la familia, la mayor urbanización, y los cambios en los valores tradicionales y culturales, se tiene la tendencia a considerar a los familiares envejecidos como una carga heredada, nunca esperada, nada deseada, con exigencias económicas y sociales que afectan y obstaculizan no solo a la persona mayor, sino también repercuten en el bienestar de los demás miembros de la familia.

De esta manera, aparte del propio individuo y de su familia, el proceso de envejecimiento implica obligaciones para la sociedad y el gobierno. Por su creciente importancia, se hace necesario tomarlo desde ahora muy en cuenta en la planeación económica y social. Dentro de los compromisos y responsabilidades destacan la seguridad social y la atención a la salud.

El enfoque que planteamos para esta investigación, se encuentra reforzada por diversos criterios, entre los que destacamos:

Aspecto social. Debemos sensibilizarnos ante la problemática social de nuestros semejantes, afirmando que las carencias y miserias no es lo más grave, sino de la falta de moralidad, espiritualidad e intelecto en todos los estratos de la sociedad.

Siguiendo este principio, podemos decir que la persona es íntegra, en todos los ámbitos y no cambia, por el hecho de envejecer o padecer alguna enfermedad, por ello, tratamos que los criterios en los cuales se vaya a desarrollar el proyecto nos ayuden a recuperar la dignidad de los enfermos y ancianos, y darles una posición en la sociedad como parte de nuestra cultura.

Aspecto profesional. Colaborar a la solución de un problema tangible referente a las necesidades arquitectónicas y sociales de la tercera edad.

Interés personal. La aportación de nuestro estudio es llevar a la práctica, la teoría y el diseño arquitectónico, sin barreras espaciales para el uso de personas de la tercera edad, sobre todo tomado en cuenta que la arquitectura de nuestro tiempo es interdisciplinaria.



Originalidad. Es una propuesta innovadora, pues no existe un lugar adecuado en donde la tercera edad se conjugue con el cuidado de personas con la enfermedad de Alzheimer, se basará en los principios de diseño propuestos. Al mismo tiempo que la guía de planeación y diseño de los espacios será flexible para adaptarlo en cualquier situación.

Delimitación espacial. La propuesta se ubicará en la ciudad de Atlixco Puebla, donde el clima favorezca la rehabilitación de los residentes y la atención de los mismos.

1.2 OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

El principal propósito del proyecto será analizar y desarrollar la propuesta arquitectónica con bases y elementos sólidos de composición arquitectónica, para llegar a considerar el estudio como proyecto piloto de residencias y centros futuros.

OBJETIVOS PARTICULARES

En el proceso de la planificación del proyecto los pasos necesarios en las fases iniciales son:

- ❑ Valorar las necesidades locales, incluyendo una revisión de los recursos y medios existentes en el área, en acuerdo con el sector social y de salud. Haciendo evidente la demanda y necesidades de la población.
- ❑ Estudiar las necesidades referentes a la problemática de la tercera edad.
- ❑ Definir una guía de planeación y diseño identificando áreas, funciones y actividades principales de centros de atención.
- ❑ Catalogar a los usuarios, si son personas mayores que pueden valerse por si mismas, o tienen algún tipo de discapacidad física o mental; establecer el número de usuarios; y las actividades y servicios de apoyo que serán proporcionados.
- ❑ Vincular las necesidades arquitectónicas con los elementos básicos de composición y diseño del espacio arquitectónico.





capítulo 2

Etapas del Hombre

CAPITULO 2

ETAPAS DEL HOMBRE

Nacer, crecer, reproducirse y morir.

El hombre es el único que se da cuenta del ser de las cosas, por consiguiente de su propia existencia, pues posee conciencia, espíritu y razón.

*" El hombre no puede elegir su tiempo de nacer y de morir,
Pero tanto el nacimiento como la muerte, dan significado a su vida" .*

Dra. Adriana Etcheberry
La senectud y la muerte.

Nuestra vida gira alrededor de la edad cronológica, que se refiere a ese paso del tiempo al que nadie está exento y que se determina por el tipo de cambios que ocurren en nuestra mente, cuerpo, facultades y limitaciones; señalando en cada etapa el envejecimiento biológico, psicológico y social.

El envejecimiento biológico y psicológico son elementos que se involucran constantemente en las fases de crecimiento que son:

Edad del desarrollo.

1. Recién nacido (hasta el séptimo día).
2. Lactancia (hasta el séptimo mes).
3. Infancia (hasta el séptimo año).
4. Niñez y pubertad (hasta los 14 años).
5. Adolescencia y juventud (hasta los 25 años).

Edad del Cenit de la vida (hasta los 45 años).

Edad de la decadencia.

1. La edad madura (hasta los 65 años).
2. La vejez (hasta los 85 años).
3. Estadio de completa vejez (desde los 85 años).

Desde el punto de vista social los conceptos del envejecimiento son resultado de la dinámica demográfica del país, las acciones educativas en favor de la salud, con la consecuente disminución de la mortalidad, los alicientes para una descendencia menor, así como mejores oportunidades de vida y bienestar.⁵

⁵ www.INEGI.gob.mx



Las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CUADRO NO. 1) hablan del crecimiento poblacional que se ha observado en el país desde 1930 al 2030 y que consideran tres grandes grupos de edades usuales de los infantes, niños y adolescentes (0-14), los jóvenes y adultos (15-64), y los de las edades avanzadas (65 o más).

POBLACIÓN (EN MILES) Y DISTRIBUCION PORCENTUAL EN GRANDES GRUPO DE EDAD. México 1930-2030.

Edad	1930	1940	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2030
Total	16902	20259	26219	35609	49735	66559	83480	99160	111671	121750	130329
0-14	6943	8495	11128	16339	23712	29986	32798	32875	30371	27068	24955
15-64	9515	11200	14281	18110	24341	34231	47558	61695	74628	84848	90144
65+	445	564	811	1160	1682	2342	3124	4590	6672	9833	15231
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
0-14	41.1	41.9	42.5	45.9	47.7	45.0	39.3	33.1	27.2	22.2	19.2
15-64	58.3	55.3	54.4	50.8	49.0	51.5	57.0	62.2	66.8	69.7	69.1
65+	2.6	2.8	3.1	3.3	3.4	3.5	3.7	4.6	6.0	8.1	11.7

CUADRO 1⁶

La edad de la decadencia (más de 65 años) se verá aumentada en un 7.1%, si hablamos que para este año 2000 un 4.6% de la población es de la tercera edad y para el año 2030 aumenta en un 11.7%.

2.1 LA VEJEZ

Una filosofía de la vejez debe comenzar por una filosofía del hombre mismo.

La vejez no se apodera de nosotros como una especie de fuerza externa poderosa que debilite la personalidad. La proporción de cambios radicales relacionados con la edad en terrenos específicos como la memoria y la inteligencia, se reflejan alrededor de los 65 años.

El encanecimiento, aparición de arrugas y alteraciones de la posición ocupacional, económica, etc., demuestran que al llegar a ser viejo la satisfacción por la vida, dependerá de la cantidad y calidad de experiencias que hayan desarrollado y adoptado.

⁶ www.CONAPO.gob.mx



No hay un deterioro brusco en el funcionamiento físico o psicológico a la edad de 65 años, pero por observaciones clínicas y científicas se refiere a la edad para el retiro.

El deterioro en la vejez, les impide realizar movimientos rápidos; aunque en muchas ocasiones las personas aprenden formas alternas para llevar a cabo tareas y responsabilidades.

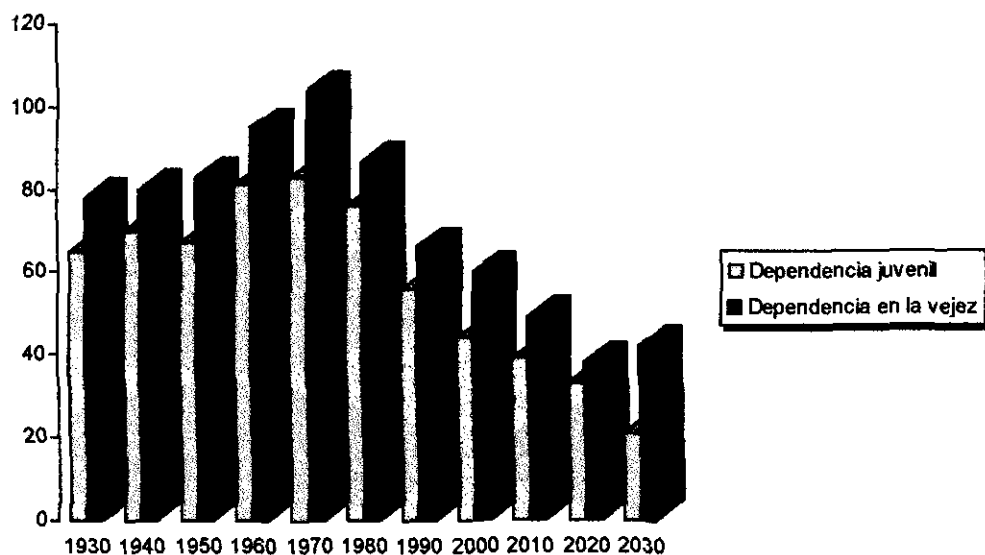
EL ENVEJECIMIENTO

Como hemos mencionado, la población según el Consejo Nacional de Población se divide en tres grupos para su estudio; de 0-14 años, de 15-64 y de 65 o más.

El sector intermedio de la población (15-64) es el que se hace cargo de los otros dos mediante el sustento a través del trabajo u otorgando cuidados y atención. La dependencia de los más jóvenes (0-14) se debe a que éstos se encuentran en la etapa del crecimiento, desarrollándose física y mentalmente mediante la educación en la familia y la escuela; es decir, están en vías de adquirir autonomía y capacidad de supervivencia.

En cuanto a los mayores (65 o más), su dependencia se debe a la merma de capacidades físicas, mentales, económicas y sociales asociadas al avance de la edad; es decir, a una pérdida de la autonomía y de la capacidad alguna vez poseídas. CUADRO NO. 2.

INDICE DE DEPENDENCIAS



CUADRO 2⁷

⁷ www.CONAPO.gob.mx

El índice de dependencia para mayores de 65 años en el año 2030 será mayor, ya que la población de la tercera edad aumentará al 50% y por otro lado disminuirá la dependencia de los más jóvenes.

Se sabe que no todos los adultos son productivos o responsables; y que hay personas por encima de los 65 años de edad con plena autonomía y capacidad que se valen por sí mismas. En todo caso, la edad de 65 años es una delimitación convencional, ampliamente utilizada para ponderar estadísticamente y sin ambigüedades al sector de la población en edades avanzadas.

De lo anterior consideramos, que lo importante en el envejecimiento de una población no es la edad avanzada que vayan alcanzando y sobrepasando sus integrantes, sino "las modificaciones en las condiciones de salud, capacidad económica y autonomía social que se asocian con las edades avanzadas."

En este sentido, la vejez mirada funcionalmente, puede tener muchas dimensiones. Existen marcas o transiciones sociales y culturales de la vejez, asociadas al curso de vida, como son el ser abuelos o quedar en la viudez. Los factores económicos y sociales determinantes del envejecimiento se refieren al abandono de responsabilidades y de roles familiares y sociales, al retiro de la actividad en general y del trabajo en particular. Pero de los elementos que marcan la vejez, los más determinantes y claros son los que provienen de las condiciones de degradación de la salud por enfermedades crónicas, degenerativas e incapacitantes. De hecho, el envejecimiento en un individuo corresponde a un deterioro generalizado, en el cuál concurren varios problemas de salud.⁸

Las responsabilidades por la vejez de padres y abuelos presentan cargas con connotaciones económicas y sociales claramente distintas de las que imponen los hijos y los menores. Para cada grupo se generan necesidades distintas en costo y significado, y con recompensas o sanciones diferentes cuando se cumple o se falla en afrontarlas.

"La clase de vejez que cada uno tendrá es bastante impredecible. El tiempo de retirarse del trabajo puede venir pronto o nunca, y los estados de salud caen dentro de un gran rango de incertidumbres."⁹

⁸ Gutiérrez, Luis M., 1993. "Aspectos preventivos del adulto mayor". Ponencia presentada en el Seminario Sobre Envejecimiento Sociodemográfico en México. Sociedad Mexicana de Demografía, México, DF.

⁹ Rosenthal, Caroline, J. Sulman and V. W. Marshall, 1993. "Depressive symptoms in Family Care Givers of Long-Stay Patients". The Gerontologist, Vol. 33, NÚ 2. The Gerontological Society of America.



2.2 LA SOCIEDAD NECESITA DE LOS ANCIANOS

La vejez es un estado mental, pero la sociedad la usa como impacto negativo en la situación física, mental y social del individuo que aun quiere ser funcional. Lo más importante, es que un anciano vale por su calidad humana y no por su capacidad, por lo tanto es útil para la sociedad, su experiencia no solo en la vida laboral sino las vivencias diarias que le han enseñado más y de las cuales podemos aprender.

2.3 COMO ADAPTARSE A LA SOCIEDAD

La adaptación supone actividad que genera paz y bienestar, pero esto no se logra cuando un anciano:

- 1.- Siente incomprensión.
- 2.- Percibe como propias las limitaciones de la edad.
- 3.- Soledad o sensación de vacío que tantas veces pesa sobre cada uno de nosotros.

Las preocupaciones sólo sirven para embotar el esfuerzo que se hace por lograr una adaptación, es necesario transformarlas en despreocupaciones y aferrarse a pensar en algo que ocupe su tiempo, en llevar a cabo su misión que aún no termina, realizando diversas actividades que den sentido a su vida para no caer en el excesivo camino del pesimismo.

2.4 LA RESIDENCIA COMO RECURSO

Cuando la palabra envejecimiento es adoptada por los familiares, es necesario recordar los problemas que atañen el cuidado adecuado de la persona que lo requiere, en este caso: el anciano.

Para el cuidado y tratamiento de funciones fisiológicas y mentales en interacción con el envejecimiento se genera un gasto de diagnóstico y tratamientos que suele ser muy costoso para la familia; por lo tanto, existen centros donde las personas que tratan dichos padecimientos comparten voluntariamente las situaciones desesperadas para proporcionar alivio y comodidad, dando a las personas de la tercera edad un espacio donde los días y noches sean agradables y reconfortantes insistiendo en el bienestar del individuo y de la familia.

La mayoría de las personas de edad avanzada viven en comunidad teniendo intacta la capacidad cognoscitiva y son plenamente independientes en sus actividades de la vida diaria; sin embargo, a medida que envejecen acumulan invalidez y enfermedad, aumentando sus visitas al médico.



Un factor indispensable en el ambiente terapéutico, es la existencia de estímulos de sensibilidad como: la luz, flores, arte y personas solícitas, creando una atmósfera eficaz, donde no solo los espacios sino la parte del equipo que atienda al paciente tenga buen sentido y experiencia profesional, siendo optimistas y realistas con la problemática que se presenta en dichos centros.

Hay un gran número de residencias, en las que no se rodea de comodidades, y la atención carece de responsabilidad y compromiso, tal vez en algunas existan dichas comodidades o en el aspecto material se atienda bien, aunque lo más favorable sería el calor de los suyos.

Las organizaciones al cuidado de personas mayores, los ayudan a permanecer en comunidad, conservando su estilo de vida; la posibilidad de recibir asistencia práctica evitando la reclusión, es cuando la incapacidad física sobrepasa el nivel de resistencia individual y social de la persona. A pesar de los previsibles progresos relativos a los cuidados médico, psicológico y sociológico, siempre habrá una gran cantidad de ancianos que necesiten los cuidados más básicos.

2.5 PROBLEMAS DE SALUD DEL ANCIANO

La completa valoración del anciano está destinada a revisar la situación física, social y mental con la intención de detectar y tratar las causas reversibles de enfermedad e incapacidad del anciano, estabilizar las que puedan estar progresando en forma innecesaria; introducir estrategias de rehabilitación o ajustar el ambiente social o físico para dar independencia, apoyo, o ambos, en una situación de deterioro.

La atención que se proporcione al anciano debe adecuarse a su capacidad funcional. Se han preparado escalas de las actividades de la vida diaria y de actividades "sustentadoras". Se valoran seis funciones básicas: bañarse, vestirse, transportarse, continencia y alimentación.

Otras actividades más complejas necesarias para la vida independiente incluyen preparar alimentos, ir de compras, manejo de dinero, atención de la casa y lavado de ropa.

Con frecuencia no existe una relación neta entre enfermedades específicas y capacidad funcional, y esta última parece predecir el pronóstico mejor que la primera. La incapacidad funcional es la "vía final común" de muchas enfermedades crónicas de los ancianos y la valoración seriada del estado funcional puede constituir el método más significativo para vigilar el estado del anciano con el paso del tiempo.



El ejercicio moderado, que sirve como aliado en el mejoramiento de la calidad de vida en la personas de la tercera edad, pueda evitar que enfermedades comunes se relacionen con factores de peligro haciendo eficaces las estrategias de cuidado y tratamiento.

Para llevar a cabo estas estrategias no sólo el médico, sino los familiares deben estar informados de manera comprensiva y equilibrada con la persona que envejece, observando enfermedades e invalideces. Las pérdidas funcionales deben ser atendidas para reestablecer o conservar la independencia del anciano, rehabilitando de forma parcial o total su deficiencia.

Algunas de las variables fisiológicas que sufren los ancianos son: disminución de funciones renales, pulmonares, tolerancia a la glucosa, la función cardíaca, estrés, también presentan agitación, ansiedad y taquicardia, aumento de presión arterial, reflejos tendinosos profundos e irritabilidad.

Las personas de edad avanzada con reservas disminuidas y enfermedades tienden a sufrir lesiones mayores al no ser atendidas correctamente. La confusión de ingresar a un hospital genera tensión y pueden sufrir recaídas.

Las enfermedades más comunes son insuficiencia cardíaca, demencia, diabetes, delirio, disfunción en articulaciones y fuerza muscular, incontinencia urinaria, cuidados de aseo y vestido.

“Se concuerda que en las décadas por venir la mayor preocupación sobre el envejecimiento no será el pago de pensiones u otras necesidades, sino la atención a la salud de las personas en edad avanzada.”¹⁰

La vejez, como expresión de fragilidad ante la salud, toma modalidades mucho más heterogéneas en cuanto a tiempos, formas y consecuencias. Como patrón general, sus manifestaciones se alejan de las enfermedades agudas e infecciosas y son cada vez más importantes las condiciones crónicas, degenerativas e incapacitantes. Sus inicios generalmente no están marcados por eventos determinados, sino por el proceso lento y difuso de deterioros en la salud física y mental que acompaña y caracteriza al envejecimiento. Se trata de condiciones incurables y progresivas con consecuencias a largo plazo en cuanto a sufrimiento, costos y necesidades de apoyo

Ante la falta de información directa sobre morbilidad, los estudios han proporcionado los indicadores del estado de salud y bienestar en grupos de población, incluida la población envejecida.

¹⁰ www.CONAPO.gob.mx



Las principales causas de muerte en hombres y mujeres de 65 y más años de edad, de 1970 a 1995, ordenadas de acuerdo a su importancia en 1995. CUADRO NO. 3¹¹

CAUSAS DE MUERTE EN HOMBRES, MUJERES DE 65 Y MÁS. MÉXICO 1970-1995.

HOMBRES	1970	1980	1990	1995	MUJERES	1970	1980	1990	1995
Enfermedades del corazón	1	1	1	1	Enfermedades del corazón	1	1	1	1
Tumores malignos	3	2	2	2	Tumores malignos	3	2	2	2
Diabetes mellitus	8	7	4	3	Diabetes mellitus	6	4	3	3
Enfermedad cerebrovascular	5	4	3	4	Enfermedad cerebrovascular	4	3	4	4
Neumonía en influenza	2	3	5	5	Neumonía en influenza	2	5	5	5
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	6	8	8	6	Deficiencias de nutrición	11	11	6	6
Accidentes	12	5	6	7	Nefritis, sistema nefrótico, nefrosis	10	8	10	7
Bronquitis, enfisema, asma	7	6	7	8	Bronquitis, enfisema, asma	7	7	7	8
Deficiencias de nutrición	14	13	9	9	Accidentes	17	9	9	9
Nefritis, sistema nefrótico, nefrosis	10	10	10	10	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	8	10	11	10
Infecciones intestinales	4	9	11	11	Infecciones intestinales	5	6	8	11
Úlcera gástrica y duodenal	13	12	13	12	Anemia	15	13	12	12

CUADRO 3

A través de estas cifras se reconoce que dentro de los grupos en edades avanzadas también se observan transformaciones en las formas de enfermar y morir. Se denota así una disminución en las incidencias, prevalecencias y letalidades de las enfermedades transmisibles, y se incrementan las correspondientes a las enfermedades crónicas y degenerativas.

En el período comprendido entre 1970 a 1995, las enfermedades del corazón han sido la primera causa de muerte para ambos sexos. Siguen en importancia los cánceres, que en 1970 eran la tercera causa y que hoy día es la segunda. Un cambio notable se da en la diabetes mellitus, que de ser la octava causa en los hombres y la sexta en las mujeres en 1970, asciende a la tercera posición en 1995.

¹¹ www. CONAPO. gob. mx

Las enfermedades cerebro vasculares han conservado su posición en alrededor del cuarto sitio. Todas estas causas son de carácter crónico y degenerativo.

En cuanto a la morbilidad en las edades avanzadas, la información es escasa. La que existe indica que las enfermedades transmisibles que más afectan la salud y la calidad de vida en la vejez se encuentran la tuberculosis pulmonar y las infecciones respiratorias. CUADRO NO.4 ¹²

MORBILIDAD POR ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES HASTA LA SEMANA 52 POR ENTIDAD FEDERATIVA, 1997.

ENTIDAD FEDERATIVA	TOTAL
Estados Unidos Mexicanos	12702
Aguascalientes	12
Baja California Norte	1435
Baja California Sur	230
Campeche	77
Coahuila	—
Colima	68
Chapas	141
Chihuahua	683
Distrito Federal	109
Durango	241
Guanajuato	1752
Guerrero	482
Hidalgo	118
Jalisco	321
México	208
Michoacán	234
Morelos	56
Nayarit	359
Nuevo León	2390
Oaxaca	52
Puebla	260
Querétaro	32
Quintana Roo	6
San Luis Potosí	259
Sinaloa	136
Sonora	1178
Tabasco	39
Tamaulipas	216
Tlaxcala	63
Veracruz	1211
Yucatán	66
Zacatecas	268

¹² Fuente: Sistema único de información para la vigilancia Epidemiológica EPI 1-97. Información preliminar, semana 2, 1998, p. 18, DGE, SSA.

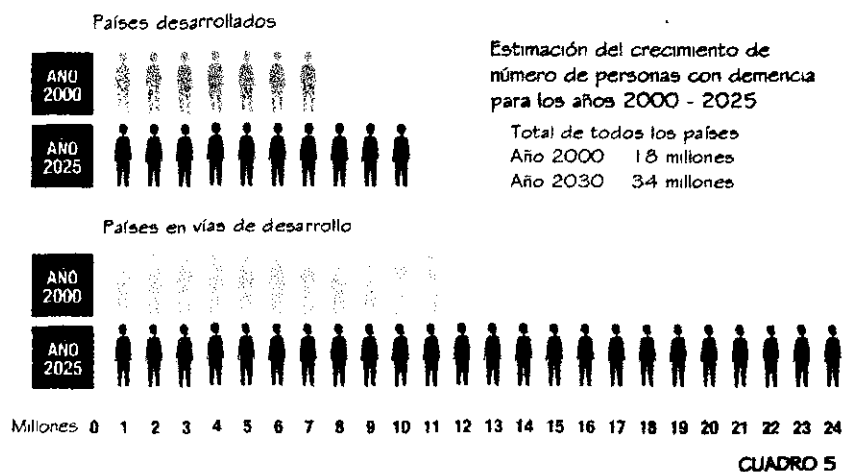
A

Por parte de las patologías no transmisibles, las mayores cargas, en orden de importancia, provienen de los problemas neuropsiquiátricos, las enfermedades de los sentidos, las condiciones cardíacas, y los padecimientos músculo esqueléticos.”¹³

2.6 DEMENCIA

Otro problema de salud es la demencia, aunque en muchas ocasiones es parte del envejecimiento normal, puede llegar a ser importante para las personas que la padecen de forma progresiva.

Demencia es la disminución o pérdida de la capacidad mental. Los procesos mentales tales como: la capacidad matemática, el vocabulario, pensamiento, juicio, habla y coordinación, aunque puede incluir alteraciones de personalidad; se ven afectados, pues obstaculizan las actividades sociales. CUADRO NO.5 ¹⁴



La demencia se produce por alteraciones metabólicas, problemas estructurales del cerebro, infecciones, toxinas, enfermedades degenerativas, enfermedades vasculares, enfermedades de autoinmunidad y desordenes psiquiátricos.

¹³ <http://www.CONAPO.gob.mx>

¹⁴ www.CONAPO.gob.mx

Son diferentes las enfermedades que pueden producir demencia; unas son tratables y otras no. Las de tipo vascular y degenerativas tienen un progreso irreversible.

Enfermedades vasculares:

- Problemas cerebrovasculares o infartos múltiples.

Enfermedades degenerativas:

- Enfermedad de Alzheimer
- Enfermedad de Parkinson¹⁵

La de tipo Alzheimer, es una demencia progresiva, que va acompañada de atrofia cerebral y cambios patológicos en las placas seniles, por lo cual no es fácil de asimilar y requiere de ayuda y cuidado.

Conclusiones

Sabemos que el envejecimiento es un fenómeno que tendrá impulso para el siglo XXI y ante estos se manifiestan dos problemas: "la seguridad social y la generación de recursos para el sostén económico de la población envejecida,"¹⁶ así como los factores de bienestar, atención y cuidado. Por lo tanto creemos conveniente que este estudio logre reactivar ideas y soluciones de jóvenes que responden ante un llamado del entorno social.

¹⁵ Mace Nancy L., Cuando el día tiene 36 horas, Una guía para cuidar a enfermos con pérdida de memoria, demencia senil y Alzheimer., Editorial Pax México, 1997.

¹⁶ <http://www.CONAPO.gob.mx>

A



capítulo 3

Alzheimer

CAPITULO 3

ALZHEIMER

3.1 Orígenes de la enfermedad

La pérdida progresiva de la memoria y el cambio brusco de personalidad es característico de una de las enfermedades neurodegenerativas más importantes dada su frecuencia y naturaleza devastadora. La enfermedad de Alzheimer es la más frecuente demencia en el anciano, con todo lo que ello implica, en cuanto a la alteración de la vida de los pacientes y familiares, así como pérdidas económicas debido a la asistencia a largo plazo de individuos que quedan totalmente incapacitados por esta enfermedad.

Los orígenes de esta enfermedad se remontan históricamente a la descripción original de Alois Alzheimer, que en 1907 describió clínicamente la enfermedad de una mujer que murió a los 55 años de manera habitual, en la denominación de demencia presenil. Se han estudiado casos familiares en donde la capacidad mental muestra un patrón establecido del proceso patológico degenerativo.

Esta enfermedad senil, afecta a personas mayores de 55 años, al mismo tiempo se sabe que se relaciona con la edad media de la vida, no obstante su frecuencia es rara en los jóvenes, quienes la padecen predisponiéndose como un acompañamiento inevitable hasta el envejecimiento.

En el Alzheimer, hay una pérdida de neuronas que afecta a las estructuras cerebrales responsables de la memoria y otras funciones cognitivas, que incluye el deterioro del lenguaje.

Al diagnosticarse Alzheimer se involucra toda la familia, pues se someterán a duras pruebas, adaptación continua a las fases por las que pasará el enfermo hasta postrarse en la cama.

PRIMERA ETAPA. Tiene una duración aproximada de 2 a 5 años, en ella se observa un paulatino deterioro en la memoria y la personalidad. La persona olvida eventos recientes no importa que hayan pasado 10, 15 o 20 minutos de un hecho terminado, como comer y conversar minutos antes; así como la percepción temporal y espacial se ven disminuidas.¹⁷

¹⁷ www.lazos.com ORTIZ, Moreno Federico.



Del mismo modo surgen otros detalles como son una disminución en la concentración y una fatiga cada vez más notoria. Los cambios de humor y síntomas de depresión con apatía, pérdida de iniciativa y falta de interés son cada vez más notorios, aunque el lenguaje y las habilidades motoras comprendan aspectos sociales de la comunicación (gestos, entonación, expresión y actitudes) en forma aún dentro de lo normal.

SEGUNDA ETAPA. Todos los aspectos de la memoria empiezan progresivamente a fallar. Este estado tiene una duración aproximada de 2 a 10 años, durante el cual se producen importantes alteraciones de la función cerebral. "Surgen problemas de disfasia, apraxia y agnosia".

"Afasia es la dificultad del lenguaje". Al enfermo le cuesta trabajo hablar, batallando para expresarse y darse a entender.

"Apraxia es la dificultad del enfermo para llevar a cabo funciones aprendidas". La persona no sabe como vestirse, durante los alimentos no sabe utilizar los cubiertos.

"Agnosia consiste en la pérdida de la capacidad para poder reconocer a las personas con las que convive". Y aunque esta pérdida no es total, pues de cierto modo aún reconoce ambientes familiares y conserva la orientación. Aparecen algunos rasgos de carácter psicótico como alucinaciones, o paranoias y depresiones.

La dependencia con respecto a un cuidador es cada vez mayor. Las aficiones que tenía, de ocio, de recreo, pierden su valor, mostrándose aburrido, flojo apático o somnoliento. La persona empieza a hacer actos perseverativos rayando en lo obsesivo. Vagabundea, recorre la casa por todas partes, su mirada cambia. Puede apreciarse movimientos bruscos de manos, brazos y pies.

TERCERA ETAPA. "En esta última etapa se presenta una amplia y marcada afectación de todas y cada una de las facultades intelectuales". Los síntomas cerebrales se agravan, acentuándose la rigidez muscular así como la resistencia al cambio postural. Pueden aparecer temblores y hasta crisis epilépticas.¹⁸

El enfermo con Alzheimer no reconoce a sus familiares y llega el momento en que desconoce su propio rostro en el espejo. La personalidad que siempre acompañó a la persona, desaparece por completo.

¹⁸ www.lazos.com ORTIZ, Moreno Federico.



Los enfermos se muestran profundamente apáticos, perdiendo las capacidades automáticas adquiridas como la de lavarse, vestirse, andar o comer, y presentan una cierta pérdida de respuesta al dolor.

Más adelante, tienen incontinencia urinaria y fecal. En la mayoría de los casos el paciente finaliza encamado, con alimentación asistida. Por lo común, los enfermos con Alzheimer suelen fallecer por neumonía, infección viral u otro tipo de complicación."¹⁹

3.2 TRANSICION DEMOGRAFICA Y EPIDEMIOLOGICA

El envejecimiento poblacional en México es el resultado de la acción combinada de dos transiciones íntimamente relacionadas entre sí: una es la transición demográfica y otra la transición epidemiológica. De acuerdo al XI censo general de población y vivienda en 1990 el número absoluto de sujetos de 60 años y más fue de 4,988 158.

En México se estima que el 6% de las personas mayores de 60 años sufren de la Enfermedad de Alzheimer o de algún tipo de demencia, es decir, aproximadamente 360 mil; en el Distrito Federal se estima que hay 41 mil personas con esta enfermedad; cantidad que aumentará proporcionalmente con el incremento en la población adulta mayor, ya que la edad avanzada constituye uno de los principales factores de riesgo para la aparición de la enfermedad.

"Mientras que el grupo de personas mayores de 60 años de edad crece a un índice anual de 2.4%, el resto de la población lo hace a un índice anual de 1.7%". Esto ha incrementado el número absoluto y la proporción de personas mayores de 60 años, lo que se traduce en un rápido crecimiento que llevará a que en poco más de 50 años, casi una cuarta parte de la población en nuestro país será mayor de 60.

Al observar la evolución de esta población las proyecciones futuras con bases estadísticas tendrá un incremento en cifras relativas, que pasa de un 5.5% en 1950, a un 6.14% en 1990 y una estimación del 24.34% de la población añosa para el año 2058 según el Consejo Nacional de Población y vivienda de la tercera edad en México 1959-1990."²⁰

La transición epidemiológica se caracteriza por un aumento de la morbilidad de los procesos crónicos degenerativos, tales como enfermedades cardiovasculares, procesos neoplásicos y síndromes demenciales, que representaran un problema mayor de salud pública en las décadas venideras.

¹⁹ www.lazos.com ORTIZ, Moreno Federico

²⁰ CONFERENCIA: DEMENCIAS, EL ALZHEIMER por el DR, Sergio Juárez Rugerio, 26 agosto 1999.



3.3 EL RETO DEL SIGLO XXI PARA LA ENFERMEDAD

Un programa riguroso y multidisciplinar en investigación sobre la enfermedad de Alzheimer en estos años pueden conducir a ahorrar dinero al retrasar o eludir la necesidad de cuidado exhaustivo de los enfermos en sus domicilios o residencias institucionalizadas, para ello se hacen las siguientes recomendaciones:

1. Respetar los derechos de los enfermos de Alzheimer.
2. Estructurar criterios de gestión profesional las asociaciones familiares.
3. Apoyo a las asociaciones con dotaciones económicas desde administración estatal y federal.
4. Considerar a las asociaciones nexo entre atención sanitaria y asistencia social.
5. Crear unidades multidisciplinarias de diagnóstico y tratamiento de enfermos.
6. Establecer programas de formación teórico-práctico para promover diagnóstico precoz y ser gestor de los enfermos durante el tiempo de enfermedad.
7. Establecer profesionales al cuidado de enfermos.
8. Asistencia socio sanitaria.





capítulo 4

Aspectos que repercuten
en el espacio arquitectónico

CAPITULO 4

ASPECTOS QUE REPERCUTEN EN EL ESPACIO ARQUITECTONICO

4.1 El espacio Arquitectónico.

"Poco nos damos cuenta del significado y la gran trascendencia que tiene el hecho de contar con la habilidad y trabajar en la creación de espacios para seres humanos; espacios que deben inspirar y proporcionarlo todo, para que sus ocupantes puedan desarrollarse plenamente y ser felices. Deben ser espacios que promuevan y estimulen las potencialidades del hombre, no espacios que generen delinquentes, que masifiquen y que deshumanicen."²¹

El espacio arquitectónico en sí, debe tener lógica y estética, satisfacer deseo de verdad, bien, belleza y trascendencia inconsciente pero real, a la solución de problemas de índole religiosa, política, social, etc.

La arquitectura a partir de las cualidades expresivas que posee, tiene la capacidad de reflejar contenidos por medio de signos en el espacio arquitectónico; estos estímulos despiertan en el hombre su esencia espiritual, en donde se conjuntan la alegría, tristeza, soledad, etc. CUADRO NO.7

DESCRIPCIÓN DE LOS ESTADOS EMOCIONALES

Nombre del estado emocional	Descripción	Comentarios
Creatividad y expresión	La persona se involucra en actividades como bailar, cantar, y disponible a participar.	Calidad del rendimiento (canción, baile y pintura) es totalmente no pertinente.
Satisfacción	La persona se sienta o queda de una manera cómoda y relajada. No hay tensión en sus miembros o cuello. Los movimientos son lentos y relajados.	Una forma pasiva, relajada de placer.
Placer	La persona que sonríe, se escucha su risa, inclinaciones agradables como dando la bienvenida.	Una emoción activa, involucra la respuesta a una situación.

²¹ OLMOS, Aguirre María Teresa, EL ARQUITECTO HOY, La Teoría de la Arquitectura: un elemento fundamental en el Reencuentro con la Vocación. TESIS 1998.

DESCRIPCIÓN DE LOS ESTADOS EMOCIONALES

Nombre del estado emocional	Descripción	Comentarios
Entusiasmo y Afecto	La persona da apoyo emocional a otros o responde afectuosamente al acercarse.	A veces involucra un toque o un abrazo estrecho.
Espontaneidad y servicio	La persona intenta ayudar a otras personas sin importar la situación.	Los esfuerzos necesariamente no significan el éxito en la tarea que está intentándose.
Enojo	La persona muestra incomformidad por medio de muecas, gritos, maldiciones, empujones, amenazas o agresiones.	Es fácilmente reconocido.
Ansiedad / Miedo	La persona tiene la frente surcada, está inquieto, movimientos agitados, suspiros, temblores, músculos faciales firmes, retuerce las manos, tiene los ojos muy abiertos.	El hablar y gntar son sonidos diferentes en el enojo.
Incomodidad física o dolor	La persona se frota, cojea o gime	No es una emoción pero es perceptible a las personas.
Disponibilidad	La persona intenta ayudar a otras personas.	El preguntar una o dos veces, no significa intimidar
Tristeza	La persona llora, tiene lágrimas, gemidos, cabeza hacia abajo y una cara inexpresiva.	

CUADRO 7

Los principales estímulos que el arquitecto utiliza al involucrar a una persona con el espacio son el aspecto formal, psicológico y estético, es decir, que los elementos que componen dicho espacio dependen generalmente del impacto que cause el lenguaje visual propuesto a la persona como puede ser: una ilusión óptica, una relación o interpretación de las propiedades que posea.

63385

4.2 ASPECTO FORMAL. Lo que se concreta y exterioriza en la plástica y que designa ritmos, armonías; tanto de volúmenes como de espacios, conjunción de luces, etc.

VOLUMEN

Es la forma particular o general de cada espacio dentro del desarrollo arquitectónico.

ESCALA

Es la proporción que percibimos en cuanto tamaño de elementos. Puede ser genérica o humana. La genérica son dimensiones de elementos refiriéndolas a otros del contexto. Las dimensiones de espacios u elementos con respecto a proporciones del cuerpo.

TAMAÑO

Cuando las cosas que intervienen en un espacio tienen dimensiones: alto, largo y ancho, los cuales formaran la esencia del mismo.

4.3 ASPECTO PSICOLOGICO. Cuando entre la obra arquitectónica y el individuo se establece un intercambio de valores estéticos apreciados por el espectador.

PERCEPCION Y EMOCION

La percepción es el proceso de la intuición sensible del hombre, por la cual se interpreta un estímulo recibido de un objeto o situación por medio de alguna experiencia que se retroalimenta.

La emoción es una reacción interna y fisiológica del hombre localizada solo en la mente humana, que se percibe por la motivación y cambios del entorno.

Cuando la percepción y la emoción se unen mediante significados, se indica miedo, ira, alegría, tristeza, mobiliario para descanso, comer, desplazarse y actuar, etc.



INFLUENCIA DEL COLOR

COLOR	ASOCIACIÓN		EFECTOS			CARACTER	SIMBOLISMO		SEÑALIZACIÓN
	EFFECTIVO	OBJETIVO	PSICOLÓGICO	FÍSICO	FISIOLÓGICO		RELIGIOSO	PROPANO	
Rojo	Amor Asesinato	Fuego Sangre	Cálido Dinámico Enervante	Muy visible	Penetrante Calorífico Estimulante Mental	Vitalidad Acción	Candad Amor Enervar	Amor	Parada Incendio
Naranja	Incandescente Calor	Fuego Naranja Crepusculo	Ardiente Estimulante Brillante	Muy visible	Favorece digestión Estimulante Emotivo	Puede calmar o irritar			Elementos Calientes
Amarillo	Alegría	Luz Solar	Alegre Espiritual Dinámico	Muy visible	Estimulante para Ojos y nervios	Alegría	Poderío Ciencia	Mensaje	Peligro
Verde	Mala Influencia	Naturaleza Verdor	Calma Reposo Frescura Pacífico Equilibrante Nefasto	Muy visible	Sedante Tranquilizante Hipnótico	Paciencia Inquietud	Verdad Fe Regeneración	Esperanza Mal de ojo	Auxilio Disminución
Azul	Espacio Viaje	Cielo Agua	Claro, Fresco Transparente Atmosférico Calma, Amada	Tranquilizante al ojo	Calma Apacigüe	Calma Reposo	Sabiduría Inteligencia Inmortalidad	Sabiduría Ciencia	Atención
Púrpura	Pompa Misteno	Flores	Melancolla Delicadeza Frescura	Difícil Adaptación	Calma	Respeto Satisfacción	Dignidad	Dignidad	No definido
Violeta	Duelo Dignidad	Obispos Amatistas Flores	Frescura	Poco Visible	Calma	Tristeza	Penitencia Esperanza	Penitencia	No definido
Blanco	Comunión Casamiento Clandad	Flores	Sobrio Claro	Luminoso	Nada	Limpieza Sobriedad	Pureza Virtud Castidad Inocencia	Inocencia Limpieza	Trazado de Recomidos
Negro	Tinieblas Misteno	Noche Muerte	Tristeza	Oscuro	Reposo	Imaginación malvada	Últimos fines	Muerte Duelo	Como Fondo

CUADRO 8²³

Las cualidades del color, tienen influencia directa en las personas que habitan o viven un espacio arquitectónico, porque modifican la percepción y asociación psicológica del mismo.

Los colores se dividen en cálidos y fríos.

CALIDOS. "Son los psicológicamente dinámicos y estimulantes como la luz del sol y el fuego". Son colores que parecen más cercanos y generalmente afectan la composición visual del espacio.

FRIOS. "Son calmantes, tranquilizantes, suaves y estáticos, como el hielo y la distancia".²⁴

²³ M. DERIBERE. Op.cit. RIVIELLO Centeno, Angélica. Arquitectura Humana, hacia un orden valorativo de la Arquitectura. T.A.R.R.I.V. UPAEP 1994.

²⁴ Moía, J. L., Como se proyecta una vivienda. Editorial Gustavo Gili México. 12ª Edición. 1994

LA DISCAPACIDAD COMO ELEMENTO DE COMPOSICIÓN

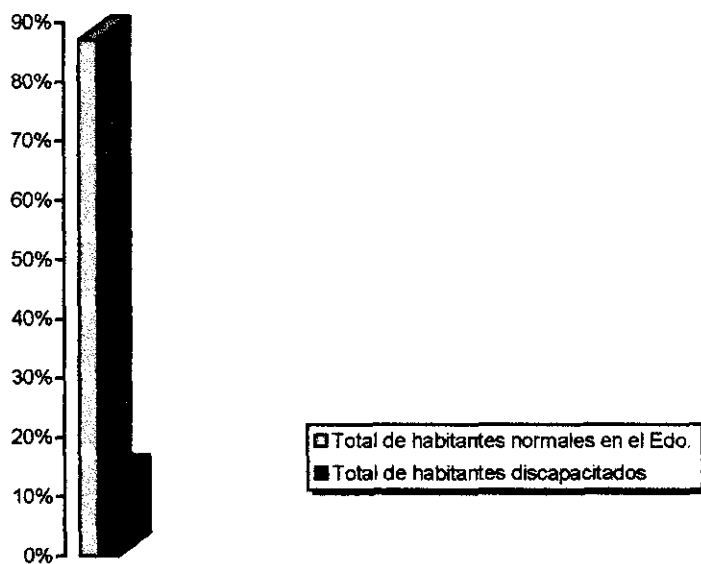
4.5 Barrera Arquitectónica.

Minusválida es "una persona que padece de alguna deficiencia física o mental que impide su desarrollo normal ante la sociedad..."²⁵

Las discapacidades más comunes son: 53% neuro- músculo esqueléticas, 9% ceguera, 20% mentales y 18% comunicación humana, para ello la utilización de elementos para su desplazamiento y accesibilidades necesario como: silla de ruedas, bastón, muletas, andador, etc.

"En el Estado de Puebla se calcula que 10 de cada 100 personas sufren algún tipo de discapacidad. De estas 10 personas 3 son por nacimiento y los otros 7 adquieren la discapacidad por accidente o por llegar a una edad avanzada."²⁶ CUADRO NO.6

PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD EN EL ESTADO DE PUEBLA



Del 100% del total de habitantes del Edo. de Puebla. El 13% sufre discapacidad.

²⁵ REBOLLEDO, Pérez Gloria, El minusválido y las barreras arquitectónicas, TESIS 1991.

²⁶ <http://www.iapep.pue.gob.mx>

El bienestar social es de creciente atención en la época que se vive, para llevar a cabo una valoración de la arquitectura de adecuación a las necesidades primarias, no se debe descuidar todos aquellos detalles que la edad humana delimita.

La vejez como etapa última en el desarrollo humano, se ha evaluado porque exige una creciente atención y cuidado. Debe concebirse los ajustes de personalidad y la protección, pues se demuestra que el "80 al 90% de las caídas con desenlace fatal corresponde a personas de edad avanzada" ²⁷

La discapacidad influye en el modo de hacer arquitectura, pues la limitación físico motriz, beneficia o perjudica a todas las personas que la poseen y que desean desarrollar sus actividades diarias.

Las funciones desempeñadas en la vida diaria son:

- ❑ Dormir.- asoleamiento de media hora mínimo a tres horas máximo, orientación sur-este para la ventilación e iluminación; superficie de ventilación 1/25, iluminación entre el 18 y 25% de superficie total, altura de 40 a 60 cm del suelo.
- ❑ Leer y estar.- asoleamiento de algunas horas por la mañana.
- ❑ Comer.- orientación sur-este; altura de la mesa de 75 cm. a 80 cm. y una profundidad de 90 por 90 cm.
- ❑ Cocinar.- orientación noroeste-noreste, espacio con forma "U" o "L" para facilitar la circulación, estantes a una altura de 30 cm a 1.40 m.
- ❑ Aseo.- orientación norte- noroeste; lavabo a una altura de 75 cm. en excusados y regaderas contar con barras de apoyo.

De acuerdo con el Reglamento de Construcción de la Ciudad de Puebla , se especifica lo siguiente:

EDIFICIOS PARA HABITACIÓN

- ❑ Acceso permisible a silla de ruedas, ancho de puertas de 90 cm. y pendiente en rampas del 8%, baño acondicionado dimensión mínima 0.90 cm por 1.35 m. con barras de apoyo en baño y retrete.
- ❑ Acondicionar 1 departamento por cada 15 para ser utilizado por discapacitados, preferentemente en planta baja, perillas de puertas y ventanas, apagadores de luz a una altura de 1.30 m.

²⁷ LAMURE, CLAUDE, Adaptación de la Vivienda a la Vida Familiar, trad. Marái José Calvo, 1ª edición Barcelona, Editores técnicos asociados 1980.

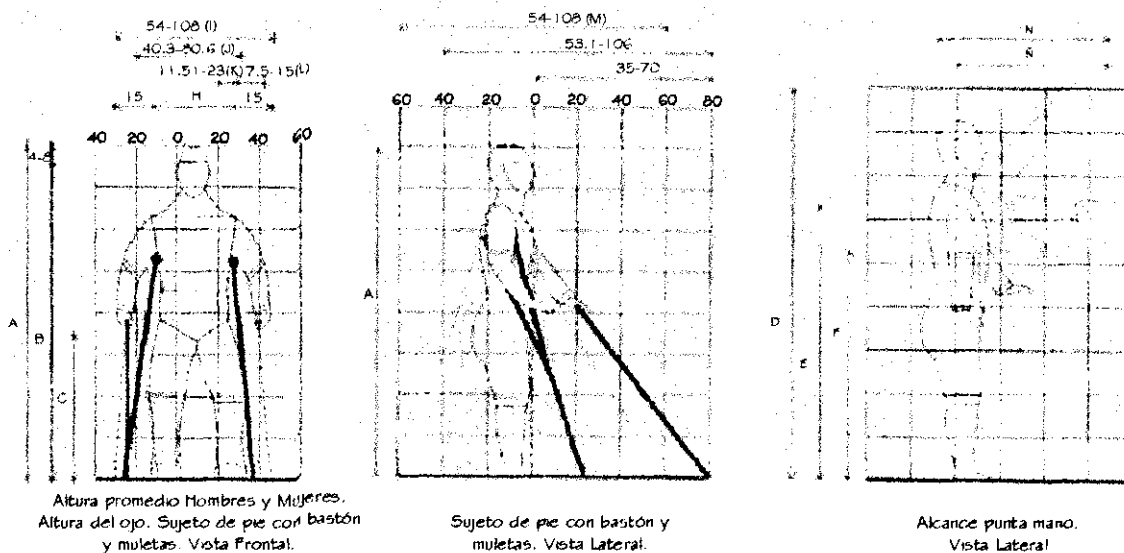


HOSPITALES, CASAS DE SALUD, ASILOS Y HOSPICIOS

- Instalaciones sanitarias de acuerdo con las necesidades del edificio, un excusado, baño y lavabo por cada 8 camas, uno acondicionado para minusválidos. Salvar pendiente 8% en accesos, puerta de 90 cm., contar con barras de apoyo, controles de agua, luz, etc. A una altura no mayor de 1.30 m.
- Escaleras y rampas de materiales incombustibles, ascensores de 90 cm. en puertas y fondo 1.35 m.

ANTROPOMETRIA PARA PERSONAS DISCAPACITADAS

Las condiciones de movimiento para personas discapacitadas incluyen alturas y distancias para desplazarse; por lo tanto se dispone de los siguientes esquemas para proporcionarlos.²⁸



- A.- Personas de baja estatura = 70-138 cm.
- B.- Personas de baja estatura = 66-130 cm.
- C.- Personas de baja estatura = 33.6-66.24 cm.
- D.- Personas de baja estatura = 70-138 cm.
- E.- Personas de baja estatura = 61.6-121.4 cm.
- F.- Personas de baja estatura = 43.4-86.8 cm.
- H.- Variable 30-50 cm.
- I.- Oscilación de las muletas anteroposterior.
- J.- Oscilación de las muletas al andar, medio lateral.

²⁸ REVISTA ENLACE, Arquitectura Hospitalaria, Arquitectura y diseño, Año 9. No. 4, Mayo 1999. P-P- 108-109.

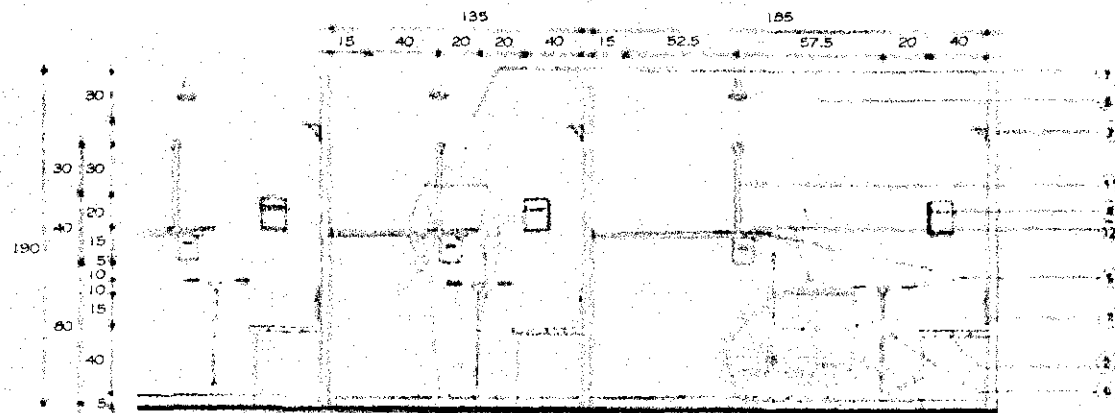
K.- Separación de las muletas cuando el usuario está de pie.

L.- Separación muleta-cuerpo medio lateral.

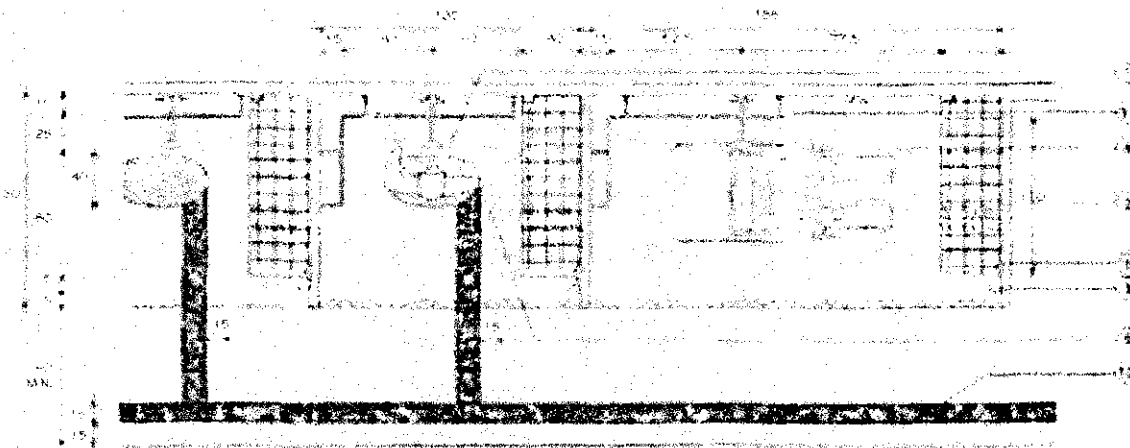
M.- Oscilación muleta- cuerpo medio lateral.

N.- Personas de baja estatura = 35-69 cm.

Ñ.- Personas de baja estatura = 30.5-60.2 cm



Ubicación de regaderas. Vista Frontal.



Ubicación de regaderas. Vista Superior..



capítulo 5

Análisis preliminar

CAPITULO 5

ANALISIS PRELIMINAR

5.1 HISTORIA DE LAS CASAS DE RETIRO: SERVICIOS Y RAZON SOCIAL

Las citas sobre los inicios de las casas de retiro o pensiones para ancianos, no cuentan con la existencia de buenos antecedentes en la historia. En Inglaterra en el año 1908, se crean las primeras pensiones de vejez, así como en 1923 se conceden las primeras pensiones en Nevada y Montana en Estados Unidos.

Con esto queremos hacer una referencia basada en que para México, las primeras casas de ancianos se registran en 1910. Es conveniente hacer notar que la Congregación Religiosa de las Hermanas de Santa Isabel, ya prestaban sus servicios a los ancianos desprotegidos en sus conventos.

Las familias que pertenecían a la burguesía social de esta época se dieron a la tarea de construir y administrar las primeras residencias de retiro para damas de la tercera edad, con el paso del tiempo se hizo necesario la integración de hombres y mujeres.

Una de las primeras familias que se dedicó a construir dichos centros fue la de Don Antonio Mier y de su esposa Doña Isabel Pesado de Mier, quienes con sus bienes, en primera instancia constituyeron legalmente una fundación y cuyos frutos serían en la ciudad de México una casa para niñas en 1917. Entre 1918 y 1920 se crea el primer sanatorio y asilo en Tacubaya, así como la casa de salud Mier y Pesado.

La razón social de los asilos o casas de asistencia, es prestar los servicios de alojamiento, alimentación, limpieza y cuidado de las personas de la tercera edad.

A nivel nacional estos servicios sociales se disgregan en dos sectores, el público y el privado. Para el estado de Puebla las cifras de servicios de asistencia social son las siguientes:

SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL PRESTADOS POR EL SECTOR PRIVADO

- Rehabilitación
- Guarderías
- Asilos, casa de salud para convalecientes o inválidos, etc.

	Establecimientos	Total
RAMA 9241 de SERVICIOS DE ASISTENCIA	306	1437
□ Unidades auxiliares	8	
□ Unidades productoras	1429	

SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL PRESTADOS POR EL SECTOR PUBLICO

	Establecimientos	Total
RAMA 9242 SERVICIOS DE ASISTENCIA	112	2003
▣ Unidades auxiliares	10	68
▣ Unidades productoras	102	1935

La existencia de unidades para la asistencia social es perceptible, aunque la carencia de espacios para el préstamo de servicios en general es más; el problema requiere solución urgente, pues casos críticos de padecimientos deberían atenderse de inmediato en buenas instalaciones, para lograr la rehabilitación o salvaguarda de la vida de las personas.

5.2 ASILOS Y OTROS TIPOS DE ALOJAMIENTO²⁹

Las principales referencias de establecimientos para el préstamo de servicios de asistencia para personas de la tercera edad, las encontramos en asilos, hospitales de los cuales se desprenden otro tipo de alojamientos, donde las actividades varían, dependiendo de la problemática que cada uno atiende, entre los cuales encontramos:

Centros de asistencia diurna para adultos.

Los centros de atención diurna son uno de los recursos más importantes para las familias, ya que dan a la persona que está a cargo del enfermo el respiro que necesita con urgencia. Los buenos programas de atención diurna encuentran la manera de hacer que los pacientes hagan con éxito pequeñas cosas, para así sentirse mejor consigo mismos. Llenan el tiempo libre con actividades que el enfermo pueda hacer bien; aunque algunos no ofrecen mucha estimulación ni activan su vida social.

Hospitales diurnos.

Los hospitales diurnos difieren del centro antes mencionado en que ofrecen servicios de diagnóstico, atención médica y terapia ocupacional y física. Su personal está compuesto por enfermeras, trabajadores sociales, médicos y otros profesionales. No son muy comunes y en muchas ocasiones quienes se encargan de financiarlos, en ocasiones restringen la admisión de pacientes que pudieran necesitar rehabilitación.

²⁹ MACE L. Nancy. Cuando el día tiene 36 horas. México 1997. Edit. Pax México. Pág.: 186-188, 276-279.

Centros de atención de estancia corta.

Existen algunos programas de atención de estancia corta, en los que el paciente confuso puede alojarse en una clínica de reposo, una pensión, una casa de atención o un lugar similar por un período corto – un fin de semana, una semana o varias –, mientras su cuidador toma un descanso.

Villas o condominios residenciales para personas de edad avanzada.

Estas instalaciones se han planeado para personas jubiladas que pueden vivir independientemente. En el caso del condominio, se paga una hipoteca y una cuota mensual para cubrir los servicios de mantenimiento del edificio, de las áreas de recreación y sistemas de seguridad. En los apartamentos, se paga el alquiler.

Las villas residenciales pueden ser condominios o casas de alquiler. En estos tipos de alojamiento hay sistemas para pedir auxilio, así como servicios médicos; pero por lo general no ofrecen atención especial a personas enfermas o que padecen de confusión mental.

Albergues.

Son apartamentos o cuartos para personas que no pueden vivir en forma independiente, pero que no necesitan supervisión constante. Los departamentos están dotados con sistemas de seguridad, como pasamanos, rampas para sillas de ruedas y timbres para pedir auxilio. Ofrecen servicio de comedor, trabajadores sociales y evaluación médica periódica.

Servicios de atención vitalicia.

Se requiere un pago inicial o cuota de entrada muy baja, además de pago mensual, ofrecen un lugar para vivir, similar a una villa de retiro, pero cuando el paciente empeora se le traslada a otro espacio de las instalaciones donde se le brindarán más cuidados. Una vez aceptado el paciente, la institución puede hacerse cargo de él por el resto de su vida. Este tipo de lugares generalmente son propiedad de empresas privadas que invierten el pago inicial del usuario y esperan ganar más de lo que su atención les costará.



Hogar adoptivo para adultos.

Por una cuota, el enfermo vive con una persona que le asigna una habitación y puede encargarse de su atención. En el mejor de los casos, estos hogares cuidan a sus huéspedes como si fueran miembros de la familia, proporcionándoles alimentos, habitación, transporte para sus citas médicas, acceso a un trabajador social y supervisión. Pero en muchos de ellos no se acepta a enfermos con demencia, y los que lo hacen no les ofrecen nada más que los alimentos y un lecho.

Pensión u hogar domiciliario.

Brinda menos cuidado que un asilo. Generalmente ofrece una habitación, alimentos, supervisión y algunos otros servicios. Unos cuantos se especializan en la demencia y dan una excelente atención.

Asilos que se especializan en atender a pacientes con demencia.

La palabra "asilo" despierta imágenes negativas en la mente de muchos, sin embargo, casi siempre dan una buena atención de acuerdo a sus posibilidades, siendo la mejor alternativa para una persona enferma.

No todos los asilos merecen la mala reputación que en general tienen, pero la publicidad que se les ha hecho ha puesto de manifiesto la necesidad de hacer grandes cambios para mejorar la calidad de los servicios.

Algunos asilos cuentan con unidades especiales para atender a enfermos con demencia (generalmente llamadas unidades Alzheimer). Estas unidades de atención a pacientes dementes varían, desde aquellas que no ofrecen cuidados especiales, hasta las que brindan una atención excelente que cubre las necesidades singulares de un enfermo demencial.

Una buena atención puede mejorar la calidad de vida de un enfermo demencial, pero ningún programa ha mostrado que pueda cambiar el inevitable curso de este trágico padecimiento.

5.3 ANALISIS Y COMENTARIOS DE LAS CASAS DE RETIRO

Las condiciones de las casas de retiro, en todos los países, depende básicamente del soporte económico que como instituciones o dependencias reciben de forma particular, privada o del gobierno.



Es difícil encontrar información sobre los servicios y programas que ofrecen las diferentes casas de retiro, pues la mayoría son de carácter privado, pero queremos dar a conocer algunas de las instituciones al cuidado de personas de la tercera edad y Alzheimer con el único fin de analizar el tipo de servicio que ofrecen, la capacidad y principalmente las áreas con que cuentan.

ESCOCIA

GLASGOW

- Centro Crossmyloof

Personas con demencia.

Espacios: Cocina, largas antesalas, corredores muy iluminados con luz natural, recámaras individuales, sanitarios accesibles, cocineta, estancia principal, áreas de recreación y de visita.

- Hospital Leverndale

Pacientes con demencia.

Espacios: Áreas de descanso, recepción, rutas para discapacitados, rutas de caminata y evacuación de emergencia, áreas de fumadores y visitas.

VENEZUELA

- Hogares Santa Ana, en Aguirre, Edo. Carabobo

Capacidad 60 ancianos

Espacios: Cocina, limpieza, mantenimiento, enfermería y administración, pabellones, corredores y jardines, espacios de recogimiento y desarrollo personal, kioscos para celebraciones religiosas y recreativas, proyecto piloto de piscicultura.

Área aprox. 2000m² de construcción.

ESPAÑA

- Asociación Edad Dorada- Mensajeros de la Paz

Plaza general Vara del Rey, 9

Madrid España

Tel. (91) 3643940

Organización no gubernamental

Cuidado, atención, manutención, rehabilitación, tratamiento y promoción humana y social de ancianos.

Creación de centros de convivencia, residencias, pisos tutelados, centros de día.

CIUDAD DE MÉXICO

Organizaciones de Asistencia

- ASOCIACION MEXICANA DE ALZHEIMER Y ENFERMEDADES SIMILARES

Insurgentes Sur no. 594 interior 402, Col. del valle

Tel. 5231526

Presidente: Ing. Roberto García de la Mora.

- FUNDACION ALZHEIMER

Av. División del norte no. 1044 esquina San Borja
Tel. 55758323 y 55758320.

Principales Instituciones de Ayuda

- Villas Jacarandas

Baltimore no. 83. Col. Nápoles
Tel. 55987768

Lic. Lihana

Casa club de la tercera edad

Villas de reposo y recuperación

Mixto

Servicio a incapacitados / capacitados, físicos y mentales

Servicio médico de enfermeras 24 horas

Espacios: para rehabilitación, gimnasia, yoga, sauna, natación, vapor, tina de hidroterapia, estética, cafetería, fuente de sodas, transporte.

Tiempo: internado, medio internado, socios club, servicios de guarderías por horas o días.

- Residencia Villazul

Morena no. 415, Col. del Valle
Tel. 56876033

Limpieza y mantenimiento general, limpieza diaria en habitaciones, lavado de ropa personal y blancos, servicio telefónico, intercomunicación, servicio a habitaciones, comedor, comedor de invitados, cafetería, cocina, timbre de emergencia, servicio médico, servicio estética, estacionamiento, vigilancia 24 horas, enfermera nocturna, cable, recreaciones, juegos, billar, eventos, círculos de lectura, clases de pintura, capilla universal, gimnasio, asoleaderos, atención personalizada.³⁰

- Centro de Atención diurna

Gabriel Mancera y Cuauhtémoc en División del norte y Nicolás San Juan
Francisco Espinosa

No de residentes 42

Capacidad 50 a 60 personas

Carácter particular, mixto.

Atención de 8:00 a 16:30 hrs.

³⁰ <http://77www.villazul.com.mx>



Espacios: Vestíbulo principal y patio, comedor, cocina, bloque de sanitarios, consultorio médico, dirección, sala de usos múltiples, guardarropa, zona de servicio, biblioteca, taller de psicomotricidad, área de medicina física, cuarto de servicio, gimnasio, sala de belleza, taller de terapia ocupacional, bodega de materiales, cuarto de máquinas, estacionamiento.



1 Fachada norte.



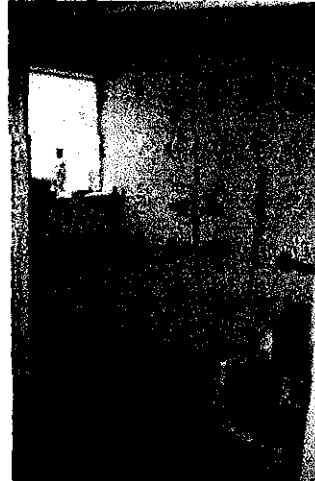
2 Fachada este.



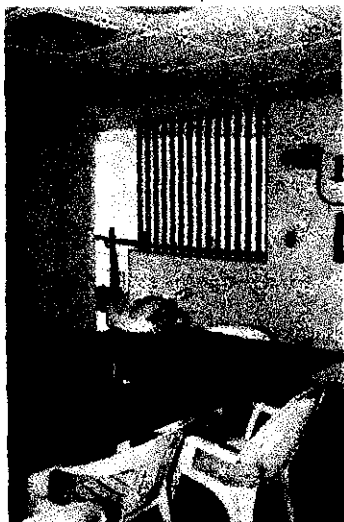
3 Área usos múltiples.



4 Terapia física y comedor.



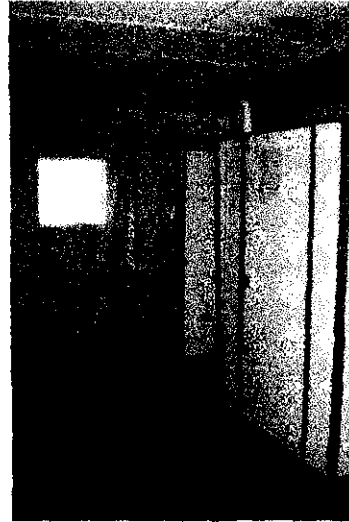
5 Regaderas.



6 Terapia ocupacional.



7 Acceso servicio.



8 Sanitarios.

ESTADO DE PUEBLA

- Asilo de ancianos Luis Diez Reyes

2ª Privada 22 poniente 1511

Tel. 2463276

- Asilo particular de caridad para ancianos

Calle 2 oriente 3-22

Tel. 2422034

- Residencia para ancianos LA PAZ

Tecamachalco no. 99 col. La Paz

Tel. 2481575 en Puebla y 55683810 en el D.F.

Dr. R. Ricaño

No. De residentes 19

Mixto

Carácter particular

Especialidad en: embolias, Alzheimer, fracturas, incapacitados, sanos.

Enfermeras a domicilio

Espacios : Amplios jardines, salones de magnetoterapia, recámaras compartidas, comedor, garaje.

Servicios de: Geriátría, Terapia Ocupacional.

- Residencia de ancianos incapacitados y sanos

Río Suchiate no. 6141. San Manuel.

Tel. 2457368 y 2375795

C.B.A.

Especialidad en: Alzheimer, infartos, embolias, fracturas, terapias físicas.

Enfermeras a domicilio

- Fundación Gabriel Pastor

Calle 31 poniente 705

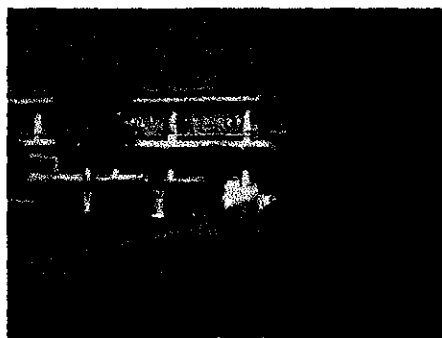
Tel. 2431421

Estancia y cuidado de ancianos a cargo de hermanas josefinas.

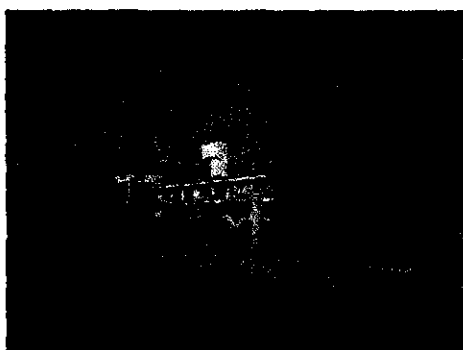
Actividades como talleres ocupacionales, animación sociocultural y expresión corporal.³¹



1 Acceso.



2 Áreas recreativas.



3 Vista principal.



4 Fachada lateral.

- Villas Juan Diego

Villa Actual

Calle 6 Nte., Col San Francisco.

Tel. 2322115

Villa Futura

Camino a Coronango No. 100. Col San Diego.

Es un proyecto que nace de la necesidad de un hogar para todas aquellas personas que por diversas circunstancias de la vida requieren casa habitación, servicios médicos de emergencia, servicios espirituales, entretenimiento, atención y compañía. Se encuentra a cargo de las hermanas pertenecientes a la congregación de las Siervas de Jesús.

³¹ <http://www.iapep.pue.gob.mx>

A

Las Villas cuentan con un médico geriatra para dar atención especializada a los residentes. Las nuevas villas cuentan con 55 habitaciones que pueden ser para 1 ó 2 personas, cada una con baño propio y cómodamente amuebladas.



1 Areas de recreación.



2 Habitaciones.

ESTADO DE VERACRUZ

Orizaba

- Fundación Mier y Pesado I.A.P.

Av. Oriente 6. No. 1653

Tel.: 7242177 y 7240742

1ero de agosto de 1944

Para damas de 60 a 78 años sanos únicamente.

Servicio particular.

Capacidad 100 personas.

Atendida por las religiosas de la Congregación hijas de María Inmaculada de Guadalupe.

Condiciones: libre solicitud, capacidad de adaptabilidad, condiciones favorables de salud física y mental, educación moral y cultural.

Alojamiento, alimentación, limpieza de cuarto, lavado de ropa, atención religiosa.

Espacios disponibles: jardines, 4 pabellones con recámaras individuales con mobiliario necesario, cocina, antecomedor, comedor, 4 regaderas y 5 sanitarios en cada pabellón, vestíbulo de reuniones y festejos, despensa, habitaciones para servicio religioso.

ESTADO DE MORELOS

Quinta de Retiro Tetexopa(Centro de Atención Integral para Ancianos).

Prolongación Zaragoza No.21

Tel: 01(739) 5-16-90

Su filosofía es dar excelencia en el servicio y en la atención a sus miembros e integrantes, procurándose un ambiente de fraternidad y desarrollo.

Actividades: Fisioterapia, Helioterapia, baño de sol, baño de agua, relajación, meditación, psicoterapia, caminar en huerta, lectura, juegos de mesa, TV con videos, actividades artísticas, actividades culturales, exhibiciones deportivas, eventos sociales.

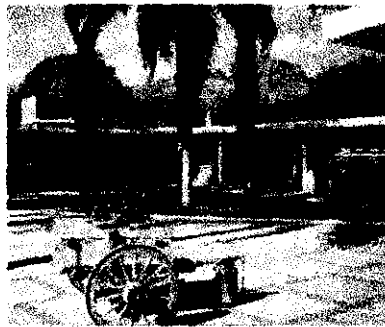
Servicios Especiales: Médico las 24 hrs. enfermeras y cuidadoras, alimentación balanceada, hospedajes, lavandería, elaboración de reportes periódicos sobre la situación física y mental de los miembros.



1 Area recreativa.



2 Jardines.



3 Áreas de convivencia.

COMENTARIOS

La importancia de este estudio de campo radica, no sólo en el deseo de conocer las carencias de espacio o improvisaciones de las distintas residencias y alojamientos, sino en estudiar la problemática actividad- espacio, en donde se debe involucrar la salud, el descanso y el entretenimiento.

Los principales recursos que nos refieren los establecimientos son:

VENTAJAS

- Referencia espacial.
- Referencia de actividades que se realizan.
- Referencia de servicios.
- Referencia de apoyo financiero.
- Referencias en cuanto al carácter del lugar.

DESVENTAJAS

- Falta de espacios.
- Áreas improvisadas.
- No existe la asistencia especializada.
- Falta de personal capacitado.
- Falta de apoyo financiero y desvío de recursos.
- Falta de planeación.
- Falta de material y aparatos para apoyo de personas discapacitadas.
- Falta en el control de parejas.

Por lo tanto encontramos carencias en cuanto a la falta de espacio, para realizar actividades deportivas y recreativas que motivan en gran parte a las personas de la tercera edad, para distraerse y rehabilitarse. Es difícil la privacidad en dormitorios y no existe un cuidado constante del personal hacia los residentes; sufriendo la mayoría accidentes que se pueden prevenir.

Las improvisaciones del espacio se dan generalmente para actividades como servicio médico, recreativas y de descanso, por lo que creemos conveniente la investigación del problema arquitectónico, así como el planteamiento de una guía para el diseño de estos espacios.

INVESTIGACION DEL PROBLEMA ARQUITECTONICO

5.4 FUNCIONAMIENTO Y SERVICIOS DE UNA CASA DE RETIRO.

Un concepto de residencia para ancianos ofrece muchas ventajas como seguridad y alojamiento, pueden proporcionar alimentación y servicio médico, de limpieza y recreativos; representan un costo, pero siendo una solución atractiva, no se asemejan al temido asilo de ancianos.

Por lo regular las residencias admiten solo a personas mayores de 60 años. Como es lógico, cada residencia se rige conforme a un reglamento aunque varía mucho según el caso; horarios de visita, alimentos, entrada y salida.



El funcionamiento de la residencia esta basado en:

- Mantener la salud de los residentes a nivel óptimo, por lo tanto, es necesario hacer una evaluación previa para clasificar al paciente en su estado actual.

CUADRO NO.9

CLASIFICACION DEL RESIDENTE³²

CONCEPTOS	A	B	C	D
1.-COMUNICACIÓN Referente a la capacidad de comunicación del pacientes con el personal, parientes o amigos encargados de su cuidado.	No hay dificultad. No requiere de ayuda.	Alguna dificultad. Requiere ayuda.	Mayor dificultad. Requiere de tiempo para escuchar, hablar despacio y comunicarse por medio de señas de vez en cuando.	De extensa dificultad. Exige la ayuda para comunicarse por medio de traductor e interprete.
2.-MOVILIDAD Ayuda requerida por el paciente con respecto a deficiencia física	No necesita ayuda. Normalmente independiente.	Alguna ayuda. Requiere ayuda de personal para trasladarse o necesita compañía.	Mayor ayuda. Requiere ayuda por parte del personal para la dirección y traslado en el caminar.	De extensa ayuda. Requiere de mayor ayuda y estímulo del personal para mantener la movilidad y a veces de equipo para traslados.
3.-COMIDAS Y BEBIDAS Ayuda requerida en la comida y bebida.	La ayuda no se aplica. Come y bebe independientemente.	Alguna ayuda. Requiere ayuda individual limitada.	Mayor ayuda. Requiere ayuda individual.	Ayuda extensa. Requiere ayuda individual en las actividades del comer.
4.-HIGIENE PERSONAL Ayuda necesaria para el aseo de cara y cuerpo diario, así como el arreglo personal.	No necesita ayuda. Se aseae independiente en su aseo personal.	Alguna ayuda. Requiere ayuda con algunas actividades.	Mayor ayuda. Exige a una persona para llevar a cabo todas las actividades.	Apoyo extenso. Le exige al personal una función de cuidado especial en todas las actividades.

³² COMMONWEALTH Department. Documentation and Accountability Manual and the Resident Care Manual. November first 1998. Health and Family Services. Resident clasificatis Scale. Pág. 2.

CLASIFICACION DEL RESIDENTE

5.-SANITARIOS Cuidado necesario para el uso de sanitario.	La ayuda no se aplica. Puede utilizar cualquier tipo de sanitario.	Alguna ayuda. Requiere ayuda para preparación y cambio.	Mayor ayuda. Exige al personal animar al paciente para perfeccionar la función y cuidado.	Ayuda extensa. Le exige al personal que lleve a cabo todas las actividades.
6.-PROBLEMAS URINARIOS Relacionada con la continencia urinaria y la reducción de la incontinencia.	No se aplica ayuda alguna. Puede contener la orina.	Un poco de apoyo. Es ocasionalmente incontinente.	Mayor apoyo. Es necesaria la ayuda relacionada con la frecuencia de la incontinencia en todo momento.	Apoyo extenso. La frecuencia de incontinencia se basará en un programa individualizado.
7.-EVACUACIÓN Relacionado con la continencia en la evacuación.	No se aplica. Continencia de heces fecales.	Un poco de apoyo. Conforme es más frecuente la incontinencia, la ayuda deberá ser mejorada por un programa.	Mayor apoyo. El nivel de continencia y estreñimiento deben ser prevenidos.	Apoyo extenso. Es necesario un programa de continencia individualizado.
8.-DEAMBULANDO Se relaciona al cuidado del paciente que huye o vaga por largos periodos de tiempo.	No se aplica. No requiere supervisión.	Ocasionalmente. Requiere supervisión aunque no regularmente.	Indeterminado. Requiere supervisión y vigilancia diaria.	Extenso. Requiere supervisión, vigilancia diaria.
9.-CONDUCTA ANTISOCIAL Referente a palabras amenazantes y abuso autotortario.	No se aplica. No requiere supervisión.	Ocasionalmente. Requiere supervisión aunque no regularmente.	Indeterminado. Requiere supervisión y vigilancia diaria.	Extenso. Requiere supervisión, vigilancia diaria.
10.-AGRESIVIDAD Incluye cualquier conducta física de amenaza hacia cualquier persona.	No se aplica. No requiere supervisión.	Ocasionalmente. Requiere supervisión aunque no regularmente.	Indeterminado. Requiere supervisión y vigilancia diaria.	Extenso. Requiere supervisión, vigilancia diaria.
11.-DEPENDENCIA EMOCIONAL Referente a la resistencia activa y pasiva de la agresión física, atención o manipulación.	No se aplica. No requiere supervisión.	Ocasionalmente. Requiere supervisión aunque no regularmente.	Indeterminado. Requiere supervisión y vigilancia diaria.	Extenso. Requiere supervisión, vigilancia diaria.
12.-PELIGROS Estrategias para minimizar el peligro, vigilando e interviniendo en la conducta del paciente.	No se aplica. No requiere supervisión.	Ocasionalmente. Requiere supervisión aunque no regularmente.	Indeterminado. Requiere supervisión y vigilancia diaria.	Extenso. Requiere supervisión, vigilancia diaria.



CLASIFICACION DEL RESIDENTE

CONCEPTOS	A	B	C	D
14.-OTRAS CONDUCTAS Exige al personal tiempo y esfuerzo de apoyo diario.	No aplicable. No requiere supervisión.	Ocasionalmente. Requiere supervisión regular.	Mayor apoyo.	Extenso. Requiere supervisión y vigilancia diaria.
15.-NECESIDADES SOCIALES Y HUMANAS El responsable del cuidado. Apoyo del personal a otro aspecto del cuidado físico.	Sin apoyo específico.	Un poco de apoyo. Un apoyo menor.	Mayor apoyo. Semanal.	Apoyo extenso. Para más de 30 minutos diarios.
16.-NECESIDADES SOCIALES Y HUMANAS Familiares y amigos. Relaciona actividades con el responsable del cuidado y el personal.	Sin apoyo específico.	Un poco de apoyo. Frecuentemente una vez a la semana.	Mayor ayuda. Administrar y suministrar una buena medicación.	Apoyo extenso. Apoyo diario.
17.-MEDICACIÓN Se refiere al suministro de medicamento regular.	No necesita ayuda.	Alguna ayuda. Cuidado al ingerir medicamentos.	Mayor ayuda. El procedimiento asociado diariamente.	Ayuda completa. Administración de droga controlada.
18.-PROCEDIMIENTOS COMPLEJOS DE CUIDADO Relaciona los procedimientos técnicos y complejos para llevar a cabo pautas de cuidado.	No necesita ayuda.	Alguna ayuda. Procedimientos diarios.	Un poco de apoyo. Servicios proporcionados 1 o 2 veces por semana.	Ayuda extensa. Programa de terapia periódica.
19.-OTROS SERVICIOS Servicios que son pagados por separado.	Sin apoyo.	Un poco de apoyo. Terapia una o dos veces por semana.	Mayor apoyo. Servicios 3 o más veces por semana.	Apoyo extenso. Servicios diarios.
20.-SERVICIOS GLOBALES Servicios de apoyo para el cuidado comunitario.	Requiere poco apoyo.	Muy poco.	Apoyo medio. Considerar necesidades y servicios.	Muy alto. Mas cuidado en las necesidades básicas.

CUADRO9

- ❑ Reconocer y respetar cada uno de los derechos de los residentes para ejercer libertad de opinión siempre que esto no se interponga en los derechos de otras personas.
- ❑ Que la residencia se acerque a los parámetros de seguridad.
- ❑ Respetar la dignidad de la persona.
- ❑ Animar a los residentes a que participen en una gran variedad de experiencias de acuerdo a sus intereses y necesidades culturales y espirituales.
- ❑ Crear un ambiente práctico para mantener la seguridad de los residentes, personal y visitantes.



Generalmente las residencias estipulan servicios y actividades que incluimos en la siguiente lista:

HORAS DE VISITA

Son estipulados por cada una de las residencias, aunque generalmente los horarios convenientes para la visita son de 13:00 a 20:30 horas los 7 días de la semana.

PENSION Y TARJETAS DE SERVICIO MEDICO

Estos elementos se encuentran seguros en la administración, y están disponibles cuando los residentes los necesiten.

AUSENCIAS

Las salidas por parte de los residentes, deben ser previamente autorizadas por el director de la residencia y notificado a los parientes.

DORMITORIOS

Espacios que suelen ser compartidos, individuales y se establecen por género; ya sea hombres, mujeres encontrándose sanos o enfermos.

ARMARIOS CON LLAVE

En caso de contar con objetos de valor, cada uno de los residentes tiene un armario propio para guardarlos.

SANITARIOS

La residencia proporciona los servicios de higiene personal y artículos para ello como; talco, pasta dental, navajas y crema de afeitar, toallas para cuerpo, cara y manos. Para la incontinencia proporciona pañales y almohadillas desechables.

COMIDAS DEL RESIDENTE

Son disponibles en los horarios denominados por el centro, se preparan ahí, o pueden traerse de casa, pues cuentan con cocina para la preparación de los alimentos.

LAVADO

La ropa puede ser lavada dentro de la residencia a máquina, pero la que es delicada y se lava a mano, puede llevarse a casa.

SERVICIOS ESPECIALES

Se invita a las personas a que participen en actividades de todas las denominaciones y fondos culturales.

Los juegos, actividades culturales y servicios religiosos están disponibles todo el tiempo.



CONSULTORIO MEDICO

Se ofrece todo tipo de servicio médico general, fisioterapia, podiatría, patología, dentista y optometrista.

PELUQUERIA

Este servicio tiene dos visitas a la semana.

BIBLIOTECA

Se dirige un servicio de biblioteca, para que personas de la tercera edad, tengan acceso a la lectura.

PORTICO PARA AMBULANCIA

Es un acceso que se privatiza para que nadie pueda obstruirlo, cuenta con una rampa adecuada para descarga de enfermos.

AIRE ACONDICIONADO Y CALEFACCION

Es necesario un sistema de calefacción y aire acondicionado para áreas que lo requieran, sobre todo en los cambios bruscos de estación.

ESPACIOS PARA LA RECREACION

Son pequeñas áreas indispensables, para tomar un descanso al aire libre, en algunos centros estos no existen por la falta de espacio.

5.5 FUNCIONAMIENTO Y SERVICIOS SOBRE CLINICAS DE TRATAMIENTO DE ALZHEIMER

Este tipo de residencia se ocupa de aquellas personas de la tercera edad que padezcan demencia tipo Alzheimer, de alguna u otra forma estos lugares cambian constantemente para la seguridad y comodidad de los residentes.

El funcionamiento de esta residencia es generalmente diurno, aunque también existe el cuidado de tiempo completo para los residentes.

Los objetivos para un centro de día son los siguientes:

- ❑ Reducir la tensión de los familiares en el cuidado de sus enfermos.
- ❑ Permitir el cuidado de los pacientes aun estando en casa por medio de los grupos de auto ayuda y terapia familiar.
- ❑ Proporcionar una terapia adecuada a las personas con demencia para manejar las consecuencias de la enfermedad.
- ❑ Permitir a las personas de la tercera edad continuar viviendo dentro de la comunidad, sin aislarse para evitar la depresión.
- ❑ Respetar los derechos de los enfermos de Alzheimer.



DERECHOS DE LOS ENFERMOS DE ALZHEIMER³³

1. Ser informado de su diagnóstico en el grado que desee.
2. Tener acceso a un cuidado médico adecuado general y especializado.
3. Permanecer activo en el trabajo y el ocio todo el tiempo posible.
4. Ser tratado con dignidad, como adulto y no como niño.
5. Tomar en serio la expresión de sus sentimientos.
6. Permanecer libre de medicación potente sedante todo el tiempo que sea posible.
7. Vivir en entorno familiar y social seguro, estable y bien estructurado.
8. Disfrutar de actividades que le tengan psicoestimulado todo el día.
9. Salir regularmente a la calle.
10. Recibir cariño a través del contacto físico como besos, abrazos, caricias y coger su mano.
11. Estar con personas conocedoras de su trasfondo vital como tradición cultural y creencias religiosas.
12. Ser atendido por personas entrenadas en el cuidado de pacientes con demencia.

Al mismo tiempo de saber cuales son los objetivos del funcionamiento de clínicas especializadas en Alzheimer, tratamos de incluir los servicios que ofrecen, como :

APOYO EMOCIONAL Y PRACTICO PARA EL PACIENTE

El servicio proporcionado por el centro puede extenderse grandemente si hay contacto regular con el paciente. Cada centro debe tener un cuarto privado donde los pacientes pueden ser consultados individualmente. Es mejor si el cuarto privado se sitúa cerca de la entrada para que los pacientes puedan hablar con confianza.

REMINISCENCIA

La pérdida de memoria a corto plazo es el síntoma temprano más frecuente presentada por las personas de la tercera edad. Sin embargo, el término de memoria a largo plazo puede permanecer intacto y a través de terapia de la reminiscencia involucrar el uso de periódicos, fotografías, objetos de hechos que aparezcan desde la adolescencia de la persona.

ACTIVIDADES PRINCIPALES

La compañía de otras personas y las actividades proporcionadas en el centro puede estimular a las personas de la tercera edad. Es probable que la condición de los pacientes varíe considerablemente dependiendo de la edad, fase de demencia, salud física y movilidad.

³³ The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research.



Las principales áreas con que cuenta para la atención de la enfermedad son:

- ❑ Departamento de psicología y trabajo social.
- ❑ Consultorio médico.
- ❑ Dirección, sala de usos múltiples, auditorio.
- ❑ Taller de psicomotricidad.
- ❑ Área de medicina física.
- ❑ Gimnasio
- ❑ Terapia ocupacional para trabajo psicomotor.

AREAS DE DESCANSO

Existen habitaciones sencillas o con seis camas, pero con el afán de proveer privacidad a los residentes que se alojan en cuartos compartidos con seis camas se diseñó un guardarropa que separa a las camas y provee de suficiente espacio para efectos personales. Cada cama es característica lo que le da un toque particular. Su posición y orientación dentro del cuarto, dimensiones y fácil acceso hacen de la estancia lo más confortable posible.

AREAS DE VISITA

La seguridad de los residentes es controlada desde el acceso; los visitantes previamente registrados caminarán al lado de sus parientes por todas las áreas. El horario permitido para el cuidado de sus parientes es de 10 a 15 horas, lo cual se considera suficiente al programarlo más días por semana.

EL PERSONAL

Las reuniones del personal y las sesiones de entrenamiento tienen un lugar en el centro, además de contar con un área adecuada para que el personal pueda relajarse de la tensión del día.

ACTIVIDADES DOMESTICAS

Mientras las personas con demencia no pueden saber el por qué llevan a cabo ciertas tareas, derivarán la satisfacción de hacer cosas que alguna vez hicieron con eficacia. Para las personas de la tercera edad el pintar, cocinar, cultivar un huerto o jardín son necesarias para distraerlos de sus debilidades físicas o mentales, y para ello el espacio apropiado para estas actividades debe ser proporcionado.

COMIDAS

Las comidas son una parte importante del día y se preparan por separado, los bocadillos, dietas o comidas completas.

Las mesas deben prepararse antes que los residentes entren en el comedor para que puedan ir directamente a sus lugares. Cuando el personal come en las mismas mesas con los residentes ayuda a minimizar problemas.



La concentración de los residentes es mejorada teniendo a pocas personas de pie, así como sea posible tener mesas con grupos pequeños de personas (digamos de 4 a 7 personas).

Los sanitarios deben estar cerca del área del comedor.

HIGIENE PERSONAL

Se debe proporcionar por lo menos de un sanitario automatizado, como aquellos usados en hospitales. Los servicios de vestidores y tocador son útiles y requieren de espacio propio.

SALUD GENERAL

Las personas de la tercera edad no comunican bien sus necesidades, el tener buenos archivos médicos y poder hacer contacto con los doctores de los residentes, facilita las cosas.

La planificación y amueblamiento de un centro debe permitir que los archivos puedan guardarse y consultarse con facilidad del doctor familiar o especialista y llevar una bitácora diaria.

INCONTINENCIA

Los problemas de incontinencia deben considerarse en el plan del edificio y asegurar que los sanitarios sean fáciles de usar, así como la selección de mobiliario y alfombras puede ayudar reducir los problemas causados por incontinencia y accidentes.

Es posible controlar la incontinencia contando con espacio suficiente en los compartimentos de sanitarios para que el personal pueda ayudar a los residentes, así como adaptar un sanitario para los usuarios de la silla de ruedas.

FUNCIONES Y AFICIONES

Las personas de la tercera edad con demencia no pierden todos sus intereses originales enseguida. Su palmo de atención tiende a ser corto, pero ellos deben darse la oportunidad de expresar talentos pasados. La música y el canto son a menudo entre las últimas facultades que se olvidan así como la conversación más representante del pasado. Juegos simples como los dominós, lotería y bingo, se disfrutan, sobre todo con ayuda de personal o voluntarios. Un piano y mesas serían así normalmente parte de una escena de cuidado.

ESPACIOS AL AIRE LIBRE

Grandes y hermosos jardines con áreas de descanso y rutas de caminata hacen agradable y saludable la permanencia continua tanto de residentes como de visitantes.



EJERCICIO FISICO

Las personas con demencia necesitan de ejercicio como nadie más. La tentación de dejar al paciente delante de una pantalla de la televisión en casa es una de las razones por las que un programa de cuidado puede ser muy valioso. Las personas con demencia pueden dormir mal y dedicarse a deambular inclinados si no han hecho bastante ejercicio.

El espacio necesario para sesiones cortas de ejercicio o baile pueden sostenerse en el centro. Los paseos acompañados al aire fresco son más aun terapéuticos.

EXCURSIONES

Si el centro tiene transporte, muchas personas disfrutan excursiones a los parques y otros lugares de interés.

El vehículo más conveniente es un microbús con paramento delantero, asientos de tipo silla, buena visibilidad a través de las ventanas y aire acondicionando en buen estado. El vehículo debe tener una rampa eléctrica para poder descargar y recoger a los pacientes bajo protección.

CONCLUSIONES

En general los 2 tipos de alojamiento; asilo y clínicas de tratamiento para Alzheimer cuentan con reglamento, normas de actividades y normas de servicio, que apoyan las referencias para denominar áreas y espacios tienen que reflejarse en el proyecto.

Así mismo, definir espacios y áreas con elementos de diseño, aparatos y mobiliario, que no tengan mayor problemática para personas discapacitadas, reglamentando desniveles y rampas de acceso.

A



capítulo 6

Guía de planeación y diseño de
un centro para la tercera edad

CAPITULO 6

GUIA DE PLANEACION Y DISEÑO DE UN CENTRO PARA LA TERCERA EDAD.

Nuevo uso o adaptabilidad del espacio

El plan y carácter de un centro de cuidado puede contribuir grandemente a la independencia del individuo durante las actividades diarias.

Para algunas personas es difícil mantener el cuidado diurno durante un tiempo más prolongado. En estas circunstancias, permanecer tiempo completo dentro de un centro puede ser la única alternativa al cuidado institucional y probablemente el uso de espacios alternativos en un edificio será aceptable.

La guía esta basada en resultados de visitas a centros de cuidado, en los cuales, encontramos edificios convertidos en una variedad de escenas, con un mínimo de adaptación, encontrando algunas deficiencias en cuanto a la falta de espacios adecuados para el desarrollo y tratamiento de estas personas.

De esta manera, pretendemos proporcionar un contexto de los requisitos básicos de un centro de cuidado para personas de la tercera edad, que padezcan de alguna deficiencia física o mental.

Su principal propósito, es que a partir de requisitos mínimos no se incluyan esquemas sofisticados para los nuevos edificios, y para aquellos que se van a adaptar, lo hagan aún con recursos limitados, es decir, desde la simple tarea de aquellas personas que están al cuidado de un anciano en el hogar, hasta la creación de un centro de mayor capacidad, se establezcan planes para el buen cuidado, en el sentido de ubicar y modificar el espacio necesario para quien esta a cargo del enfermo, disminuyendo el trabajo físico y emocional que le ocasiona.

El edificio debe ser flexible para permitir una variedad de actividades. Se deben incluir espacios para mantener y mejorar las habilidades del individuo, estimular su potencial, así como el cuidado médico para condiciones secundarias que juegan un papel importante y necesario en el cuidado.

PLANEACION

Aunque las fases de planificación para un nuevo centro pueden parecer largas y complicadas, hay muchas ventajas en la práctica, los presupuestos pueden ser relativamente modestos y pueden ser consolidados con contribuciones de una variedad de fuentes.



Existen diversos tipos de edificios que pueden ser considerados para la adaptación y pueden mantener oportunidades de proyectos creativos en el futuro.

ADECUACION DEL ESPACIO

Conversiones

A muchos edificios se les ha dado el nuevo uso de centros de cuidado de día para las personas con demencia. La mayoría de los edificios se convierten debido a las ventajas de costo y disponibilidad. Por ejemplo:

- ❑ Un vestíbulo pequeño es usado para proporcionar cuidado 7 días a la semana.
- ❑ Un solo piso de hospital es usado como un centro del día 7 días a la semana.
- ❑ Las casas convertidas proporcionan cuidado del día en cuatro días de la semana.
- ❑ El departamento de Servicio social que construye en viejos suelos, un centro de cuidado de día 7 días a la semana.
- ❑ Un vestíbulo grande de la iglesia es convertido y usado por la sección de servicios social para proporcionar cuidado del día cinco días por semana.

REFERENCIAS ARQUITECTONICAS PARA ADAPTAR UN ESPACIO

En el desarrollo del diseño, se incluyen las siguientes características:

- Sustituir puertas de recamara con identificaciones personalizadas para la suite individual de los residentes.
- Redecorar en colores cálidos y tranquilos.
- Apropiar un pasamano en muros de lugares con papel tapiz.
- Relocalizar las puertas para mejorar la visibilidad del sanitario desde la cama.
- Crear una cocina general y secundaria para preparar alimentos menos sofisticados.
- La habitación debe contar con luz natural y artificial adecuada.
- Instalar la señalética apropiada para el mejor funcionamiento del lugar.
- Predisponer el área para el cambio de posición de los asientos.
- Suministrar un área permanente de comedor adicional a la sala de espera.
- Mejorar las vistas de puertas de salida.
- Mejorar la visibilidad de la TV para evitar deslumbramientos
- Incorporar un multisensor de auxilio médico en el cuarto.
- Proveer de un baño de fácil acceso en las áreas exteriores como jardines, etc.



- Ajustar un control automático de sanitarias.
- Combatir los malos olores dentro de las habitaciones mejorando la ventilación.
- Proveer de un dispensario médico.
- Construir una estancia mejorada para el acceso a un jardín terapéutico.
- Proveer de un jardín seguro y cerrado.
- Instalar un sistema de seguro contra incendios.
- Mantener los pisos de acceso sin humedad, por medio de material antiderrapante.
- Reemplazar las puertas con apariencias apropiadas para su función.

NUEVOS ESPACIOS

Los ejemplos de edificios más recientes para el cuidado de día incluyen a lo siguiente:

- ❑ Un edificio construido usado para proporcionar atención siete días a la semana (15 clientes por día).
- ❑ Un cuarto de la comunidad como albergue, usado todos los días de la semana.
- ❑ Un anexo a una residencia.
- ❑ Un equipo de cuidado móvil, proporcionando atención diferentes días de la semana.

PAUTAS Y ELEMENTOS DE DISEÑO

La calidad y carácter del plan de un centro de cuidado son importantes para:

- ❑ Los pacientes.- proporcionando un ambiente donde ellos pueden pasarse un día tranquilo y agradable.
- ❑ El familiar.- que necesita disponer de un tiempo para el mismo sin sentirse culpable de alojar a su pariente en un centro de cuidado.
- ❑ El personal.- creando un ambiente donde pueden cuidar a aquellos confiados a su cuidado y trabajar eficazmente.

Existe una tipología diferente de edificios como centros de día para personas con demencia. Todos los ejemplos exitosos son convenientes para llevar a cabo una gama amplia de actividades, hasta donde sea posible, dando la bienvenida y en un carácter familiar interno y externo.



Muchas actividades se realizan de forma grupal. Acceso, pisos terminados, sistema eléctrico y muebles tienden a necesitar de un diseño para satisfacer las necesidades especiales de las personas mayores que tienden a ser frágiles, e incontinentes.

Tamaño y diseño de las habitaciones

Acceso

El diseño del acceso principal al centro es sumamente importante, pues el acceso reviste los objetivos y el carácter del edificio que involucra, en este caso un centro de día.

La ruta entre el acceso y el estacionamiento deben ser relativamente cortas, preferentemente guarecerse de las inclemencias del tiempo. Debe ser apta para el ascenso y descenso de silla de ruedas y contar con buena iluminación.

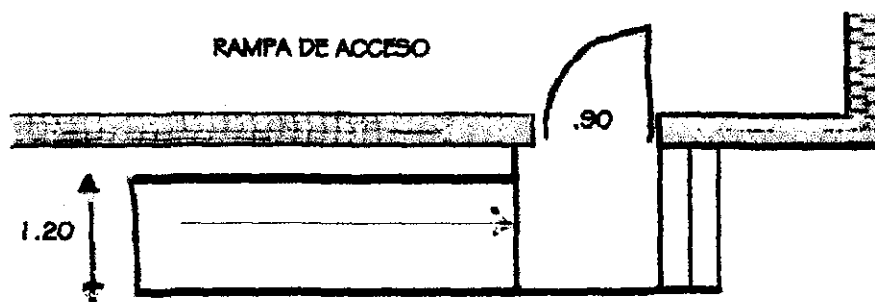
Se requiere de un pequeño guardarropa en la entrada, donde se localizaran objetos personales y ropa de abrigo de los pacientes.

Rampas de acceso y barandales

Se realizará de una pendiente para las rampas del 5% pudiendo subir a 8% como máximo para hacerlo de manera autónoma.³⁴

En caso de ser una longitud considerable, contará con pasamanos o descansos, el acabado en la superficie será antiderrapante y ancho de 1.20 mt. Las rampas y barandales en salidas de emergencia son de primera necesidad en las rutas de escape.

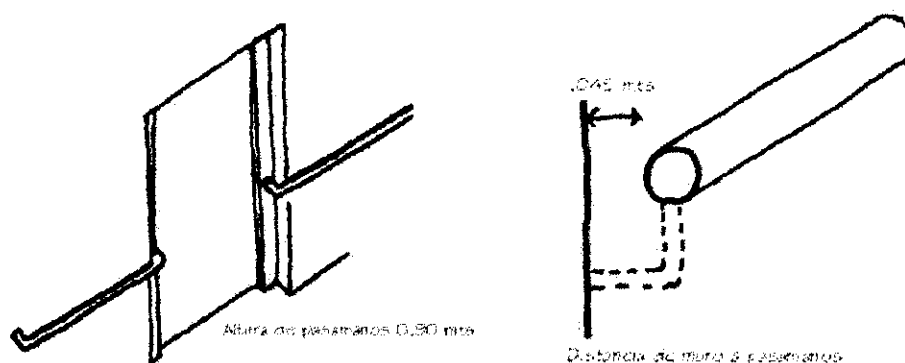
La mayoría los centros de cuidado de día no requieren de barandales en las paredes, para no presentar una atmósfera poco familiar al paciente. Sin embargo, puede ser útil para algunos pacientes, si un barandal se ajusta en un lado del corredor.



³⁴ REGLAMENTO PARA EL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA.



Los barandales especiales sirven de ayuda a las personas inválidas, son útiles en sanitarios y baños. Éstos necesitan estar bien diseñados y localizados para no impedir a los miembros de personal ayudar a los residentes. Los barandales también pueden ser útiles para dar apoyo a los pacientes durante la terapia del ejercicio.



Estancia principal

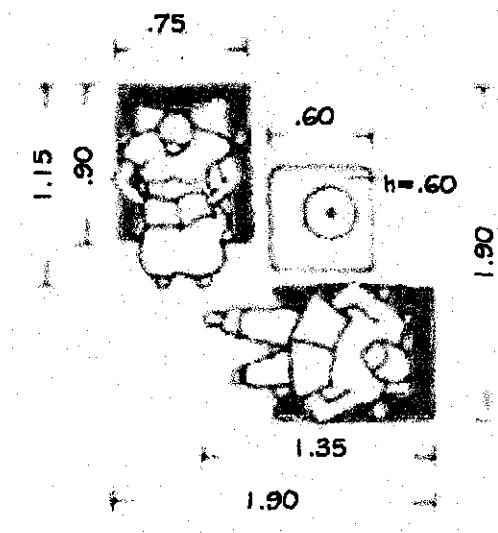
Es para uso general, debe tener un diseño atractivo y de carácter familiar, con montajes ligeros, muebles, alfombras, cortinas y vegetación conveniente. Debe ofrecer vistas atractivas hacia patios y jardines seguros.

Si la estancia se localiza inmediata al acceso, debe ser libre para permitir una vigilancia adecuada, evitando que los pacientes caminen sin control alguno.

La estancia principal debe ser lo suficientemente grande para contener un piano que extiende el rango de actividades agradables para los pacientes. Un juego de TV y radio pueden o no considerarse.



La selección de sillas debe ser cuidadosa. La mayoría de las sillas debe tener brazos y ser lo suficientemente altos (Normas de la Sección de Salud), además contarán con una altura del asiento de 42cm (17 pulgadas) y mesas aproximadamente 76 cm alto (30 pulgadas), y deberán protegerse ajustando un forro impermeable para proteger el asiento.



Elevadores

Dimensiones:

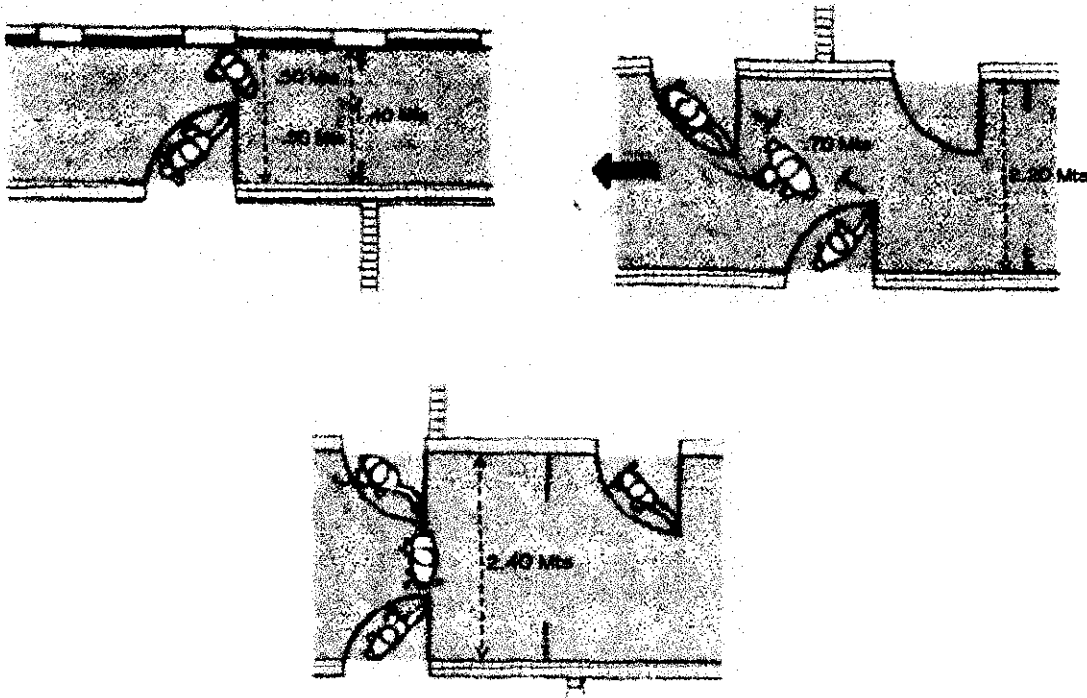
- ❑ Espacio libre en puertas igual o mayor a 90 cm.
- ❑ Sin escalones.
- ❑ Fondo del elevador no menor a 1.35 mt.
- ❑ Ancho de ascensor cómodo para una silla y un acompañante, no menor a 1.50mt.
- ❑ Controles del elevador colocado a una altura no mayor de 1.30 mt.



Corredores

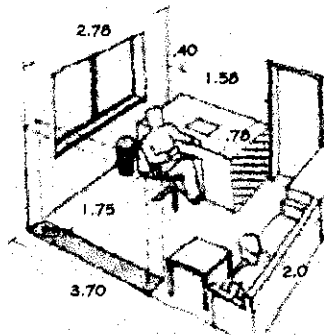
No son necesarios pero si un corredor tiene que existir la anchura debe ser por lo menos 1.2 metros para permitirles ayudarse por pasamanos en ambos lados.

Dichas áreas contarán con tragaluzes que permitirán el paso de luz natural y crearán un ambiente agradable para la creación de una estancia de té rediseñado con grandes alfombras y cuadros con motivos naturales.



Oficinas

Cada centro requiere de oficinas con teléfono para la administración y registro de trabajo privado y confidencial de los pacientes. Las habitaciones pueden ser usadas para consulta, toda vez que un cuarto privado no se encuentre disponible. Preferentemente ubicarla cerca de la entrada.

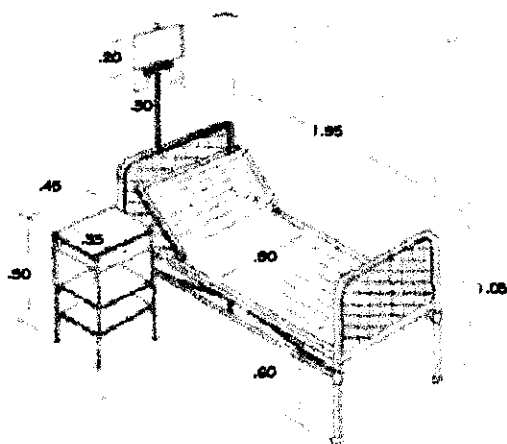


Cuarto privado

Se requiere de un cuarto pequeño y cómodo para la consulta de pacientes y parientes, aunque también puede usarse para las sesiones con grupos pequeños de residentes. Si es necesario la oficina puede ser usada como cuarto privado.

Dormitorios

El mobiliario debe colocarse en agrupaciones informales, y debe ser fácil de mover para permitir reestructurar los esquemas del cuarto.



Vestidores y tocador

Son necesarios, más no indispensables. Un nuevo peinado puede lograr mucho para levantar autoestima de alguien deprimido y desaliñado. Puede contar con un lavabo, secador, cama y espacio para almacenar.

Cocina principal

La cocina principal se requiere para la producción de las comidas principales, si éstos se cocinan en el centro o requieran calentarse.

La cocina normalmente debe ser bastante amplia para que tres miembros del personal puedan trabajar al mismo tiempo (posiblemente si todos cocinaran las comidas que se traen), debe incluir un fregadero grande y un lavaplatos, y debe localizarse adyacente al comedor. Un refrigerador, congelador y espacio para almacenar las verduras probablemente serán requeridos y sus tamaños dependerán del número de pacientes y el método de proveer de comida.

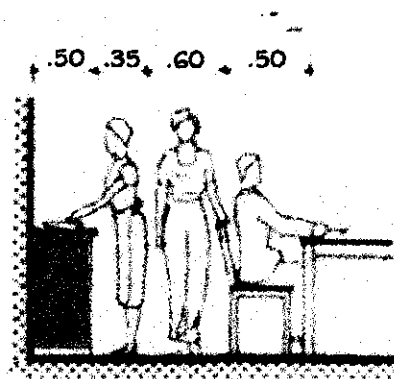
A

Cualquier compuerta de servicio entre la cocina y el comedor debe reunir los requisitos del departamento de bomberos. Un lavabo será requerido en la cocina y tanto la despensa como las instalaciones sanitarias deberán ser aprobadas previamente por la autoridad local y el inspector de salud pública.

Cocinas terapéuticas

Además de la cocina principal, es muy recomendable para el centro de cuidado tener una pequeña cocina separada, donde los pacientes podrán disfrutar de los aromas y sabores del ambiente familiar. Esta cocina incluirá una repisa, fregadero con drenaje para desechos orgánicos, una mesa y un horno. Esto les permitirá a los pacientes llevar a cabo tareas simples, cualquier actividad en la cocina será segura, ya que se habrán eliminado los riesgos asociados con parrillas y quemadoras de gas.

No obstante existirán ciertas limitantes en cuanto a la preparación de alimentos, se cuidará en todo momento la higiene y dietas de los pacientes. Se les permitirá ayudar a los pacientes en actividades como el pelar y desinfectar frutas y verduras. En los centros donde no se cuente con una cocina separada, se les permitirá el uso de la cocina principal, siempre y cuando no se ocupe en horarios de preparación de alimentos de los demás pacientes.



Comedor

Es necesario, aunque no práctico mantener por separado un comedor para comidas principales y otro para bocados.

Las mesas deben colocarse para un máximo de seis o siete personas, con una escena informal y atractiva.



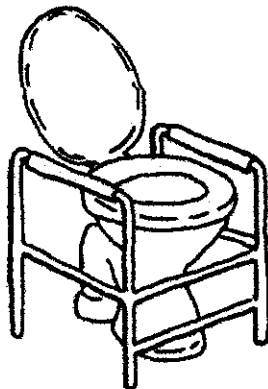
Sanitarios

Por lo menos dos sanitarios deben colocarse entre la estancia principal y el acceso, y los sanitarios del personal se ubicaran por separado.

Los sanitarios para el uso de los usuarios deben tener espacio suficiente para que el personal pueda ayudarlos, y uno de estos debe contar con suficiente espacio para albergar las barras especiales para aquellas personas que utilicen silla de ruedas.

Las puertas abatibles restringen el acceso de las personas con discapacidad y por tanto son inadecuadas. Debe haber un lavabo dentro de cada sanitario. Los materiales usados como acabado en pisos y muros deben ser lavables y fáciles de limpiar.

Se auxilia de barras laterales, argollas para abandonar la silla y ocupar el retrete.

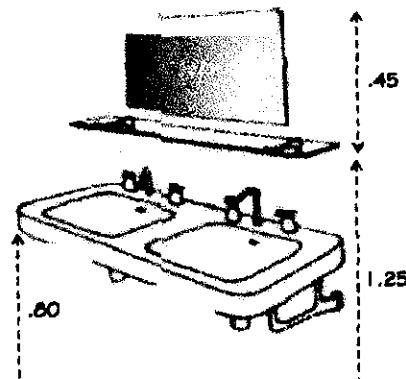
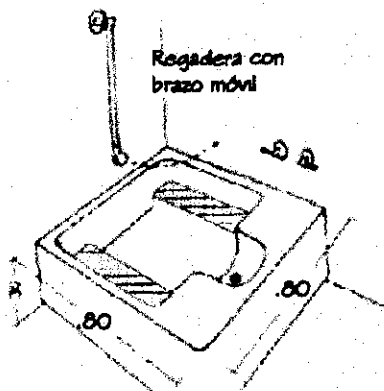
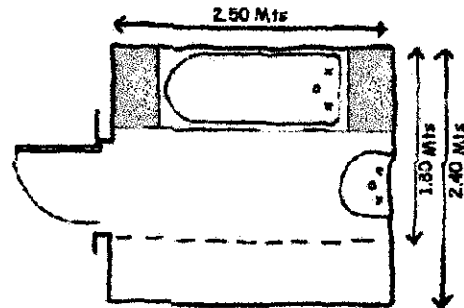
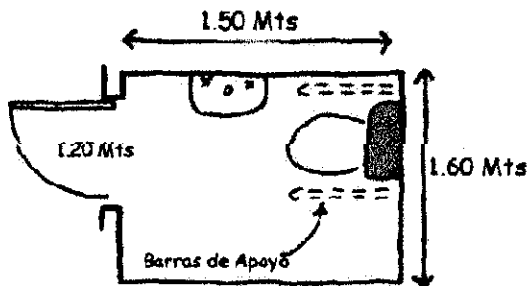
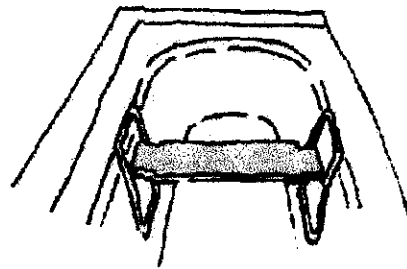
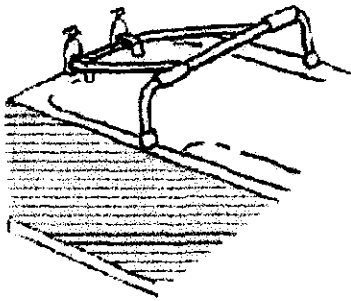


Cuartos de la ducha

Son esenciales para el cuidado eficaz de muchos pacientes. Aunque no todos los enfermos desearán ser bañados durante el día, el baño regular puede hacer que el paciente se sienta mas relajado. El baño puede adecuarse con barras y accesorios para ayudar a los residentes y al personal, contando siempre con agua caliente.

A

Las dimensiones y acceso varían, pues el abrir la puerta, introducir la silla, requiere de un espacio suficiente, para el abatimiento de la puerta.



Cuarto para personal

El personal necesitará de vez en cuando relajarse, sobre todo después de tratar con situaciones penosas. Las necesidades espaciales convenientes pueden ser identificadas por separado.

A

Sanitarios y Vestidores para personal

No es indispensable, aunque los sanitarios de los pacientes deben estar libres en cualquier situación por lo tanto conviene que el personal tenga un sanitario aparte y en todo caso de un espacio para dejar objetos personales y ropa.

Seguridad y Circulación

Las consideraciones principales para la seguridad incluyen:

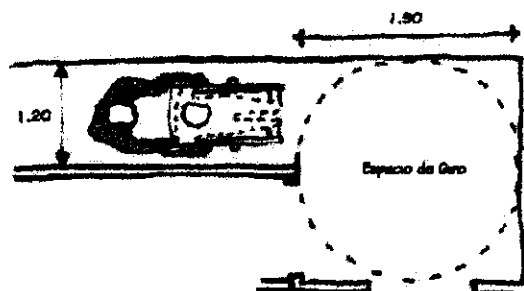


Silla de Ruedas

Tomar en cuenta al diseñar la silla de ruedas, medidas, giros, medidas mínimas del claro libre en accesos y/o circulaciones exteriores e interiores, pendientes de rampas y salvar obstáculos.

Medidas al usar una silla:

- ❑ Cuando la cabeza sobresale del piso 1.25 mts.
- ❑ Con el brazo extendido hacia arriba 1.63 mts.
- ❑ De codo a codo en posición de impulso 0.90 mts.
- ❑ Longitud total incluyendo saliente de pies 1.35 mts.
- ❑ Área de giro 1.80 x 1.80 mts.

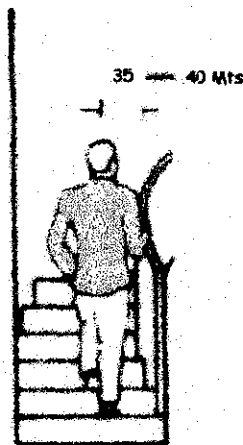


Para el diseño de centros de cuidado, se tiene que considerar en la planificación el acceso de silla de ruedas, para el cuidado de la invalidez. El acabado del piso, muebles, apagadores, rampas de acceso así como la altura, deben ser satisfactorios para la seguridad de usuarios con silla de ruedas y de muchas personas con debilidad física e incontinencia.

Banquetas

Se rigen de constantes y obstáculos como:

- ❑ Limitación lateral por instalaciones.
- ❑ Falta de acceso a la banqueta, salvar la altura.
- ❑ Andadores de 1.80 mts. Para alojar una silla y un peatón.
- ❑ Pendiente de rampa varía de 2 a 8%.



Medidas de protección y rutas de evacuación

Es indispensable contar con la estación de bomberos en todo momento, desde la fase temprana de planeación de una propuesta de adaptación o de un edificio. Los principales requisitos son incluir rutas de evacuación principales y alternativas, donde las paredes sean resistentes al fuego y las puertas se abran al exterior del edificio. Los detectores y sensores de humo son requeridos en las habitaciones principales y áreas de circulación, así como alarmas de fuego y extintores de incendios. Si se usa un piso superior para un centro de cuidado de día los requisitos para rutas de escape son severos y caros y por tanto deben ser examinadas en las fases de planeación de la propuesta.



Acceso restringido

El acceso para los usuarios de silla de ruedas y personas con dificultades ambulatorias es fundamental en la planificación y diseño de un centro de cuidado de día. Es necesario un espacio en el estacionamiento suficiente de un microbús con alzamiento de la silla de ruedas (aproximadamente 3 x 6 metros), y la ruta a la puerta delantera debe ser segura y conveniente para todos los usuarios. Esto involucra una rampa a la puerta delantera, pero cuando el espacio está limitado puede ser difícil asegurar que la rampa no será una obstrucción para que los visitantes no tropiecen en sus extremos.

Protección en la caminata

Los centros de cuidado de día para las personas con demencia necesitan estar diseñados de tal manera de impedirles a los residentes caminar fuera de los límites del centro. Aunque los pacientes caminan a menudo fuera de los límites, la principal causa de preocupación, son las puertas de emergencia, pues estas nunca deben cerrarse con llave.

Una preocupación común es por los pacientes que caminan fuera; la puerta de acceso principal debe ajustarse con un zumbador o campanilla para que el personal esté alerta cuando la puerta se abra. Si es necesario, el mismo arreglo podría usarse para algunas puertas interiores o ajustar dos juegos de asas a la puerta que sirve para desconcertar al paciente.

Un arreglo alternativo que ha trabajado bien en algunos centros de cuidado, es simplemente ocultar las asas de la puerta detrás de una cortina, así los pacientes se verán desconcertados y no harán esfuerzo alguno por abrir una puerta si ellos no observan el asa de la puerta.

Un centro de cuidado debe tener un jardín atractivo con lugares para que las personas puedan sentarse y los circuitos de la senda para caminata sean seguros y tranquilos.

Alfombras

Las alfombras lavables son generalmente preferibles a otras alternativas para los pisos de los cuartos principales. También se considera el alfombrado en corredores. Las alfombras deberán tener una apariencia doméstica, suave al contacto para absorber los ruidos o bien azulejos de vinilo o linóleo.



Las alfombras tradicionales con tejidos naturales no son convenientes en centros de cuidado de día ya que son difíciles de mantener limpias. Existen alfombras sintéticas, convenientes hasta cierto punto; sin embargo la mayoría son hechas de polipropileno que es impenetrable a líquidos que ayudan a que permanezcan fijos sus colores, permiten una mayor gama de colores mixtos y algunas veces de apariencia similar a las fibras naturales. Pero como ya mencionamos existe un gran inconveniente, son muy vulnerables a daños y quemaduras por cigarrillos, por lo que se recomendará un cuidado extra si es que se les permite a los pacientes fumar dentro del centro.

Pisos lavables

Los pisos de los sanitarios y cocinas deberán ser de fácil lavado y, aunque los materiales duros de cantera, azulejos son prácticos en áreas de uso pesado, las losetas de vinilo son igualmente prácticas. Los pisos antiderrapantes de losetas de vinilo pueden ser útiles en cocinas y baños pero suelen ser menos fáciles de limpiar que los acabados lisos comunes.

Fracasos en el diseño

Prevenir que los bordes sueltos de alfombras puedan ser un riesgo en algunas circunstancias, las habitaciones deben amueblarse de una manera ordinaria. Un problema que no puede anticiparse es que el diseño de pisos, como aquellos de rayas anchas que pueden desencaminar a los pacientes de vista pobre, o quién entiende mal la línea; pueden pensar que el cambio de color son un paso u obstáculo y toman el cuidado innecesario al caminar por él. Recíprocamente, una buena iluminación y un cambio de color pueden mostrar los bordes de pasos o rampas.

Paredes y puertas

Se puede cubrir las paredes con pintura o papel tapiz que reflejen un ambiente hogareño. Las superficies de los muros deberán tener texturas que permitan a los pacientes apoyarse con seguridad pero que no sean muy protuberantes que puedan ocasionar lesiones.

Los tapices de cubierta de vinilo son fáciles de limpiar, además de que existen en una gama amplia de modelos atractivos. Para las paredes es recomendable una pintura vinílica, ya que una pintura de aceite se ocupará para puertas y acabados de madera, evitando la reflexión de la luz.

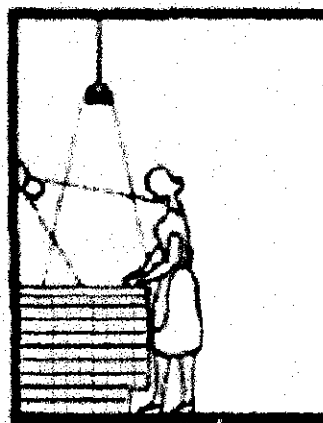
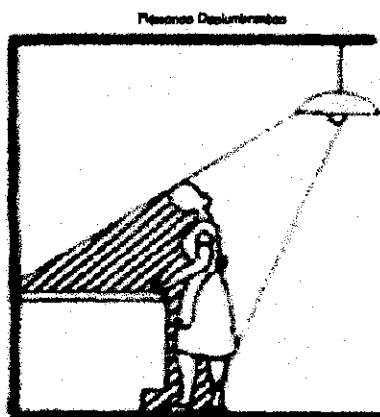
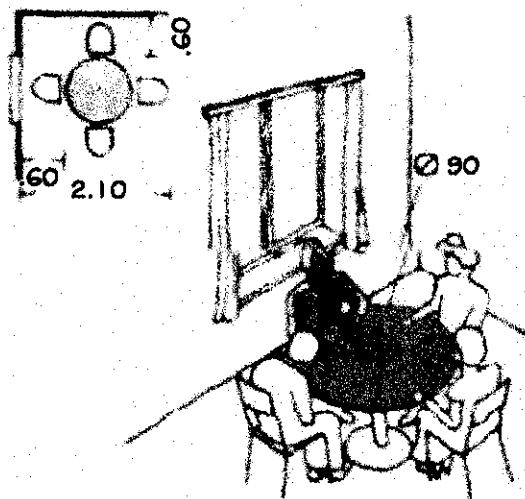
Las puertas deberán tener cerraduras de palanca que faciliten su apertura a personas mayores.



Iluminación adecuada

Los ojos de las personas mayores son lentos de adaptar a los cambios en el brillo u oscuridad. Transiciones abruptas y brillo, causado por luces artificiales o por la luz del sol, deben evitarse por completo, particularmente en vestíbulos de la entrada y espacios de circulación. Evitar que las ventanas, espejos y otras superficies luminosas causen una luminosidad intensa al final de los corredores.

La iluminación fluorescente ordinaria da énfasis a los tonos azul-verdes que son los más difíciles de percibir para las personas mayores.

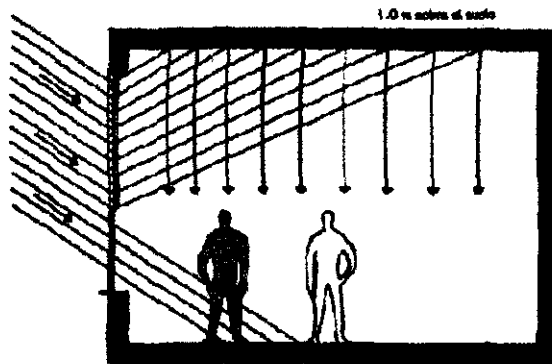
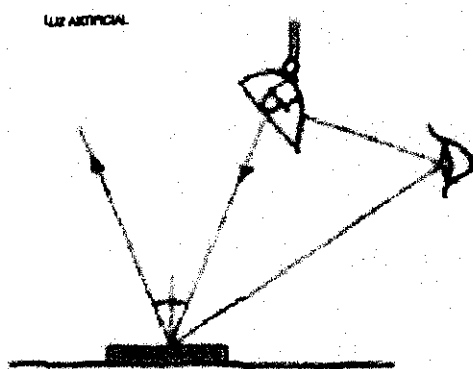
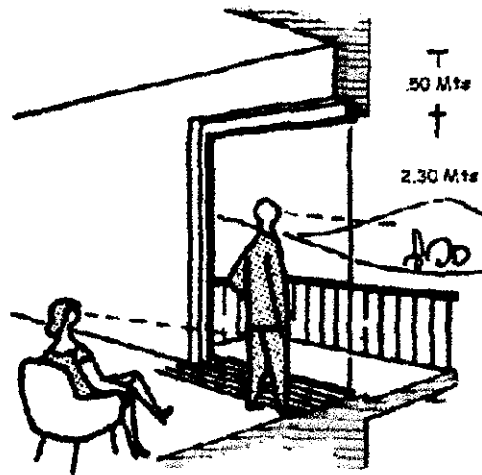


A

Luz natural y artificial

Los apagadores serán semejantes a los de uso doméstico. Luces de filamento de tungsteno son recomendables así como los de tira fluorescente. Las lámparas fluorescentes proporcionan una calidad similar de luz a las lámparas de filamento de tungsteno pero reducen el consumo de electricidad por habitación.

Se recomienda evitar el uso de luz intensa que den un ambiente cálido, utilizando cortinas, persianas, y mobiliario de la habitación, protegiendo así las entradas de luz natural que puedan calentar excesivamente.



Colores y cuadros

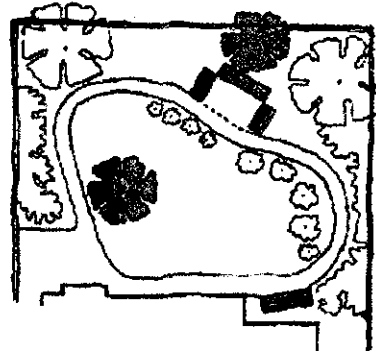
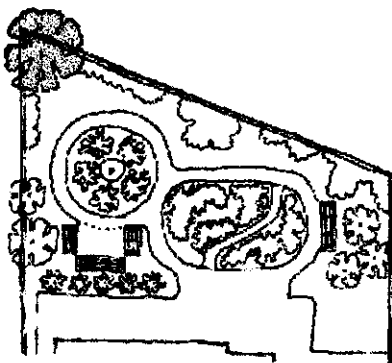
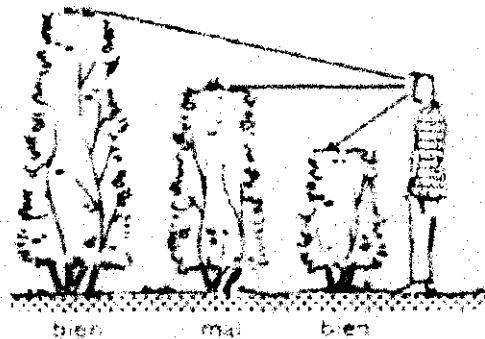
Generalmente deben usarse colores suaves para las paredes y techos que brinden un ambiente tranquilo. Los contrastes en los tonos de los colores ayudarán principalmente a las personas con deficiencias visuales que ayuden a distinguir paredes, puertas y áreas de circulación.

Es útil diferenciar las puertas de los sanitarios basado en colores. No hay que olvidar que la diferencia de colores debe proporcionar un ambiente familiar. Una selección de cuadros puede agregar interés y variedad a los cuartos dándole un toque especial y gusto por la pintura.

Jardín o patio

Es conveniente tener un jardín o patio en un centro de cuidado. Debe recibir suficiente luz del sol, adornando con plantas cuidadosamente escogidas y pavimentarse superficies para acceso en la mayoría del área. Debe haber sitios de sol y sombra, proporcionar asientos cerca y separados de la senda principal. Se contará con un acceso para los usuarios de silla de ruedas.

Las plantas apropiadas se colocarán en una zona donde los residentes habiliten su cultivo y disfruten de una actividad familiar y terapéutica.



Esquema del jardín y plan

Puede ser posible planear un jardín o patio para proporcionar una ruta agradable y tranquilizante en la que los pacientes pueden caminar en un círculo, o figura de ocho, y qué habilita la caminata como experiencia terapéutica.

Servicios

1.- Lavado. Un servicio de lavado, podría ser un inestimable servicio de cuidado para el anciano.

2.-Almacenamiento. Los espacios para almacenar probablemente serán requeridos para:

- a) el equipo de terapia profesional
- b) sabanas y ropa de repuesto
- c) equipo médico y medicinas
- d) las sillas de ruedas
- e) materiales de oficina

3.-El cuarto de limpieza. El cuarto de limpieza debe contar con un fregadero, y un armario para aparatos y materiales de limpieza.

4.- Blancos. Un armario de blancos pequeño para las toallas, sabanas, ropa de repuesto y almohadillas de la incontinencia, deben localizarse de una manera accesible durante el día.

5.-Cuarto de máquinas. Dependiendo de la forma del edificio, la calefacción, sistema del aire acondicionado, etc., necesitarán un espacio para la ubicación de servicios como: planta auxiliar de luz, bombas de agua, cisterna, caldera, instalaciones de luz.

6.- Basura y desecho. Debe localizarse según los requisitos de la autoridad local en limpieza y saneamiento.

Por ultimo mencionaremos algunas áreas de importancia para centros de día y áreas mínimas con las que debe contar.



CONCEPTO	ESPACIO MINIMO	ESPACIO DESEABLE
Garaje	Espacio para un vehículo, área aproximada 3x6m.	Estacionamiento para 5 vehículos o más con ruta frente a la puerta. Área aproximada 12x6 m más circulación.
Entrada principal	Acceso con rampa para silla de ruedas. Entrada área aproximada 2x2.5m= 5m ² .	Pasillo de entrada área variable.
Espacios de circulación interna.	Espacios de circulación con protección y seguridad. Área variable.	
Espacio para guardarropa.	Espacio para colgar. Área aproximada 1x2m= 2m ² .	
Habitaciones	Cuarto para actividades generales. Área aproximada 6x8m= 50m ² . Oficina (para consultas ocasionales) Área aproximada 2.5x3m= 8m ² .	Sala 4x6m= 24m ² . Cuarto privado 2.5x3m= 8m ² . Sala grupal 3x5m= 15m ² . Tocador, peluquería, vestidor 3x3.5m= 11m ² . Cuarto para personal 3x3.5m= 11m ² .
Medio baño	2 sanitarios 6m ² . Área aproximada 1.5x2m = 3m ² por sanitario.	1 sanitario para personal. Área 1.5x2 m= 3m ² .
Baño completo	Baño con barras y aditamentos especiales. Área aproximada 2x3.5m= 7m ² .	Baño doméstico 2x2.5m= 5m ² .
Cocina	Cocina principal 3x4m= 12m ² aproximadamente.	Cocineta para pacientes 3x3m= 9m ² .
Lavado	Lavadora de ropa, localizarla en el baño si es necesario.	Cuarto de lavado y secado. Área 3x3= 9m ² .
Almacén	Almacén, alacena. - Equipo de terapia ocupacional. - Blancos. - Equipo médico y medicinas. - Sillas de ruedas. - Materia de oficina. Área 8 a 10 m ² aproximadamente.	Cuartos de almacén. Área 15 a 20m ² .



CONCEPTO	ESPACIO MÍNIMO	ESPACIO DESEABLE
Almacén de limpieza	Área $1 \times 2\text{m} = 2\text{m}^2$.	Cuarto de limpieza con fregadero. $2 \times 2\text{m} = 4\text{m}^2$.
Cuarto de máquinas - Caldera. - Calefacción. - Ventilación.	Localización y áreas variables.	Servicios. Área $1.5 \times 3\text{m} = 4\text{m}^2$.
Área de desechos	Bolsas y botes de basura. Localizarla cerca del acceso de servicio.	Almacén de basura. Área cerrada $2 \times 3\text{m} = 6\text{m}^2$.
Jardín	Patio o jardín pequeño. Área variables 15m^2 mínimo.	Jardín con espacio para que los residentes caminen con seguridad. Área $6 \times 15\text{m} = 100\text{m}^2$.
Garaje		Garaje para 2 vehículos y espacio extra de almacén. Área $4.2 \times 5.5\text{m} = 25\text{m}^2$.
Área total de suelo	Subtotal de espacios internos 100m^2 aproximadamente (no incluye espacios de circulación). Ejemplo: para 10 personas le corresponden $12\text{m}^2 = 120\text{m}^2$. A 15 personas le corresponden $14\text{m}^2 = 210\text{m}^2$.	Subtotal adicional de espacios interiores registrados, no incluye garaje 125m^2 . más $100\text{m}^2 = 225\text{m}^2$. Para 10 personas corresponden $16\text{m}^2 = 240\text{m}^2$. A 15 personas corresponden $20\text{m}^2 = 300\text{m}^2$.



capítulo 7

Análisis del sitio

CAPITULO 7

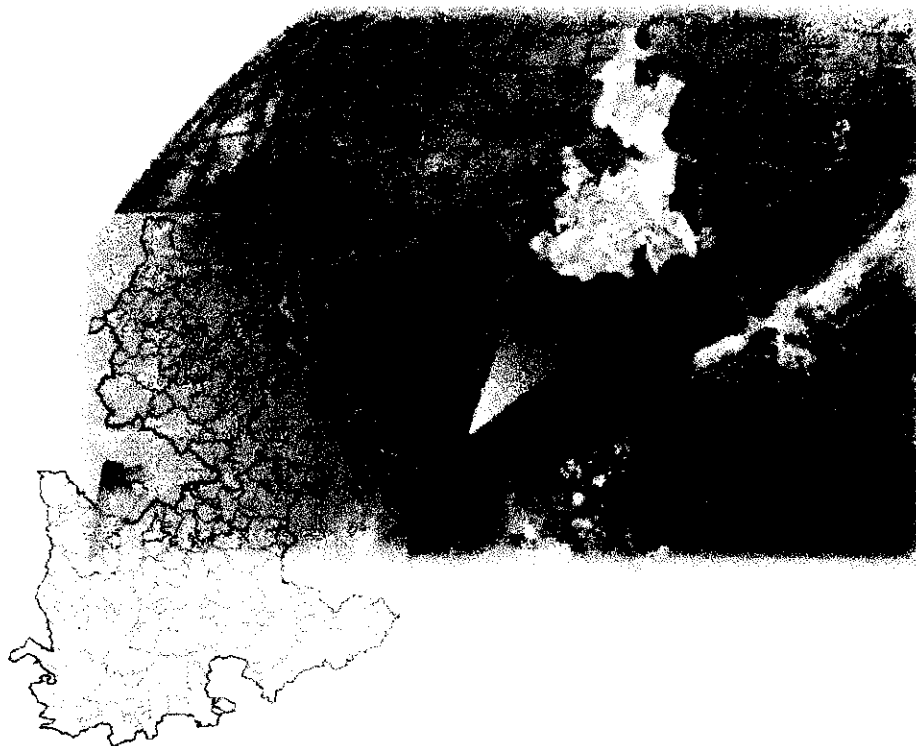
ANALISIS DEL SITIO

7.1 ANTECEDENTES GENERALES

LOCALIZACION Y GEOGRAFIA

El municipio de Atlixco "Agua en el valle o en la superficie del suelo". se localiza en la parte centro del estado de Puebla. Sus coordenadas geográficas son los paralelos $18^{\circ}49'30''$ y $18^{\circ}58'30''$ de latitud norte y los meridianos $98^{\circ}18'24''$ y $98^{\circ}33'36''$, de longitud occidental. Tiene una superficie de 229.22 kilómetros cuadrados, ocupando el 0.82% de la superficie del estado; altitud 1840 metros sobre el nivel del mar.

"Colinda al norte con los municipios de Tochimilco, Tianguismanalco y Santa Isabel Cholula; al este con Santa Isabel Cholula, Ocoyucan, Teopantlán y San Diego La Mesa Tochimiltzingo; al sur con San Diego La Mesa Tochimiltzingo, Huaquechula y Atzitzihuacán, y al oeste con Atzitzihuacán y Tochimilco." ³⁵



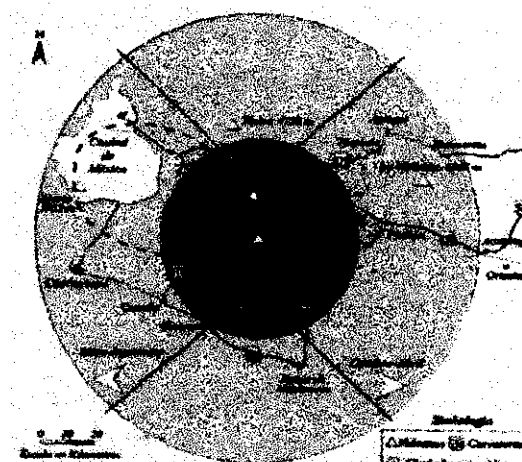
³⁵ INEGI. Cartografía Censal, 1990.

Para la población de Atlixco, en el improbable caso de que el volcán Popocatepetl desarrollara una actividad explosiva de gran magnitud, estos son los peligros a los que estaría expuesta su zona de influencia.

Se encuentra en el área de riesgo intermedio (área 2)³⁶, por su distancia al cráter, representa un peligro menor que la región que lo circunda. En una erupción moderada, los efectos principales que pudieran manifestarse son:

- Lluvia de material volcánico, como ceniza, arena o gravilla, que son peligrosos especialmente si se acumulan en los techos.

Para el caso de que la actividad sea mayor, el predio que localizamos en la periferia de la población de Atlixco, cuenta con rutas de evacuación; aunque es poco probable que esta zona se vea afectada por flujos de lodo o derrumbes.



Zonas de Riesgo del Volcán. CENAPRED



³⁶ www.cenapred.unam.mx/mvolcan.html

7.2 COMPONENTES ESPACIO SENSORIALES

El sitio propuesto para la realización del proyecto se localiza al noreste del centro de la ciudad de Atlixco en el km 25.5 de la carretera federal Atlixco-Puebla.

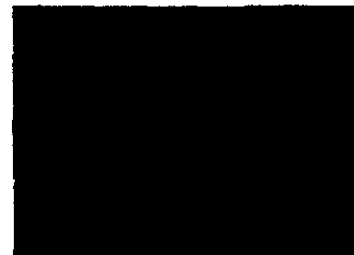


UBICACIÓN

1.- Autopista Atlixco-Puebla-ViaAtlixcayoti delimitada al sureste del predio.

2.- Carretera federal Atlixco-Puebla al este con respecto a Puebla y al oeste con Atlixco.

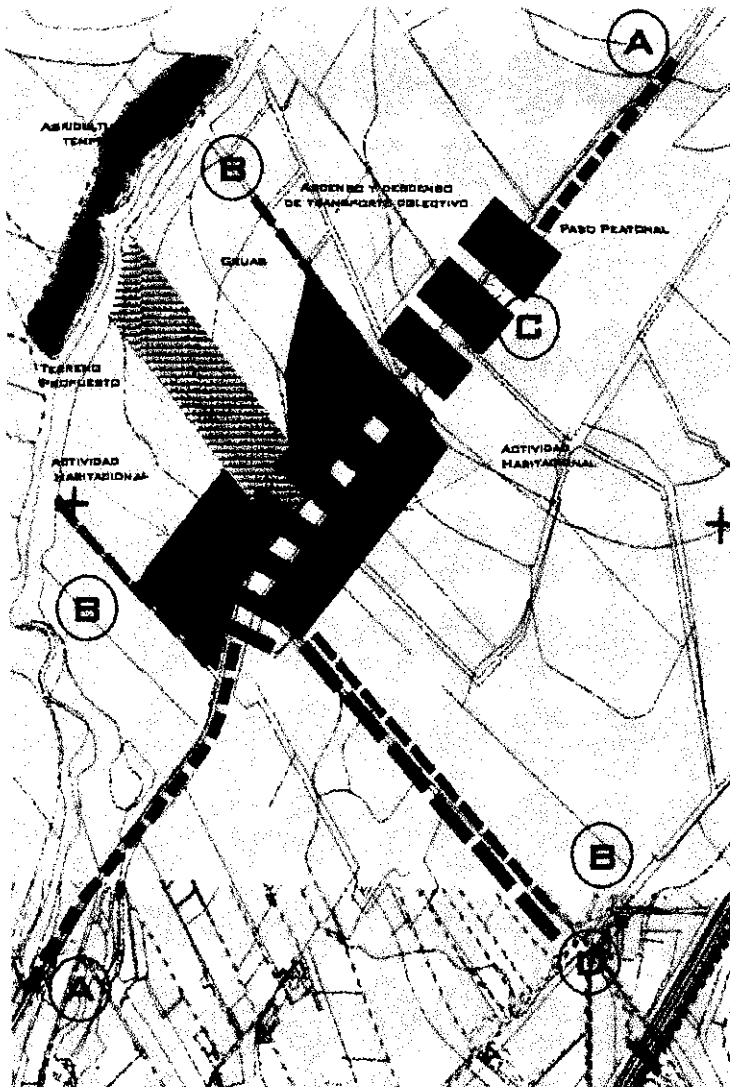
3.- Camino a San Félix 7 km al sureste del predio.



Otra vía alterna del acceso al predio es por la autopista Atlixco-Puebla "Atlixcayoti" desviándose hacia la carretera federal.

El acceso al sitio desde el centro de la ciudad es por la Av. Magnolia hacia el entronque con la carretera federal.

ESQUEMA DEL SITIO



Las zonas de actividad las dividimos en:

1.-Permanentes

- Ascenso y descenso de transporte público.
- Paso Peatonal
- Habitacional

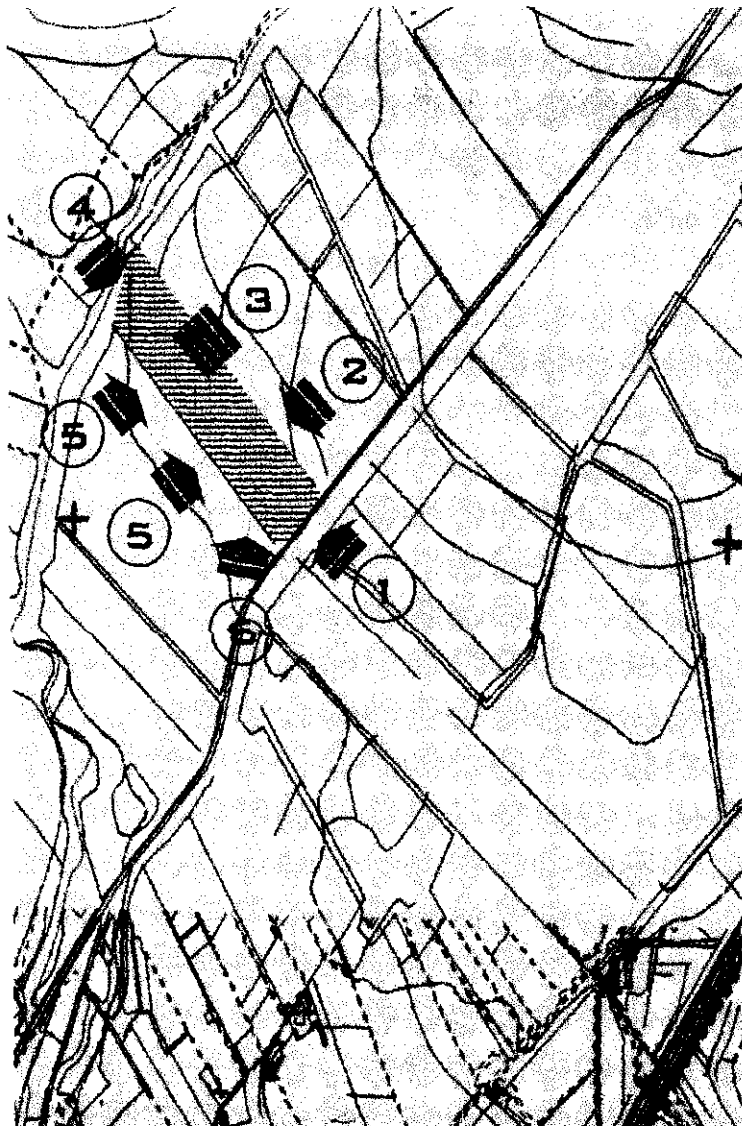
2.- Temporal

- Agricultura de temporal
- Actividad de grúas

Circulaciones:

-  A) Peatonal Regular
-  B) Peatonal Ocasional
-  C) Vehicular Regular
-  D) Vehicular Ocasional

SENSORIALES / OLORES, SONIDOS, VISTAS



1.- Zona que presenta problemas de ruido por el constante flujo de vehículos.

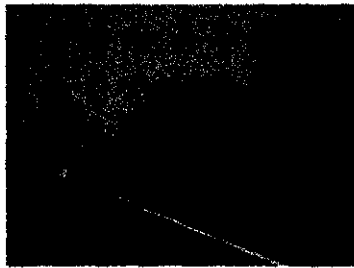
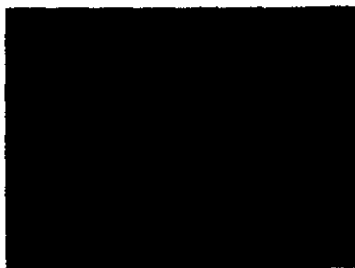
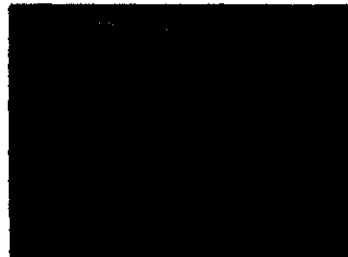
2.- La visual es desagradable por el acumulamiento de vehículos sin uso, así como el ruido que provoca el acomodamiento de los mismos.

3.- Esta zona no es afectada por sonido o ruido.

4.- El sonido principal de esta zona es la presencia de un río a escasos metros.

5.- El sonido de las ramas de los árboles no afectan a el lugar.

6.- Zona sin trascendencia en cuanto a ruido.



Elementos Urbanos
(Nodos, hitos, sendas y
bordes)



1.- Senda Principal en la carretera federal. Presenta tráfico día y noche, comunica a Puebla y Atlixco.

2.- Nodo; problema vial y peatonal.

3.- Nodo; problema vial en acceso y salida de automóviles al centro de la ciudad.

4.- Nodo; problema vial en desviación hacia la ciudad y la carretera hacia Matamoros

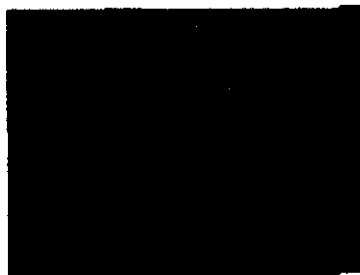
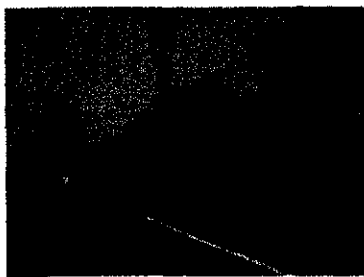
5.- Hito (Gasolinera).

6.- Hito (Agencia de autos).

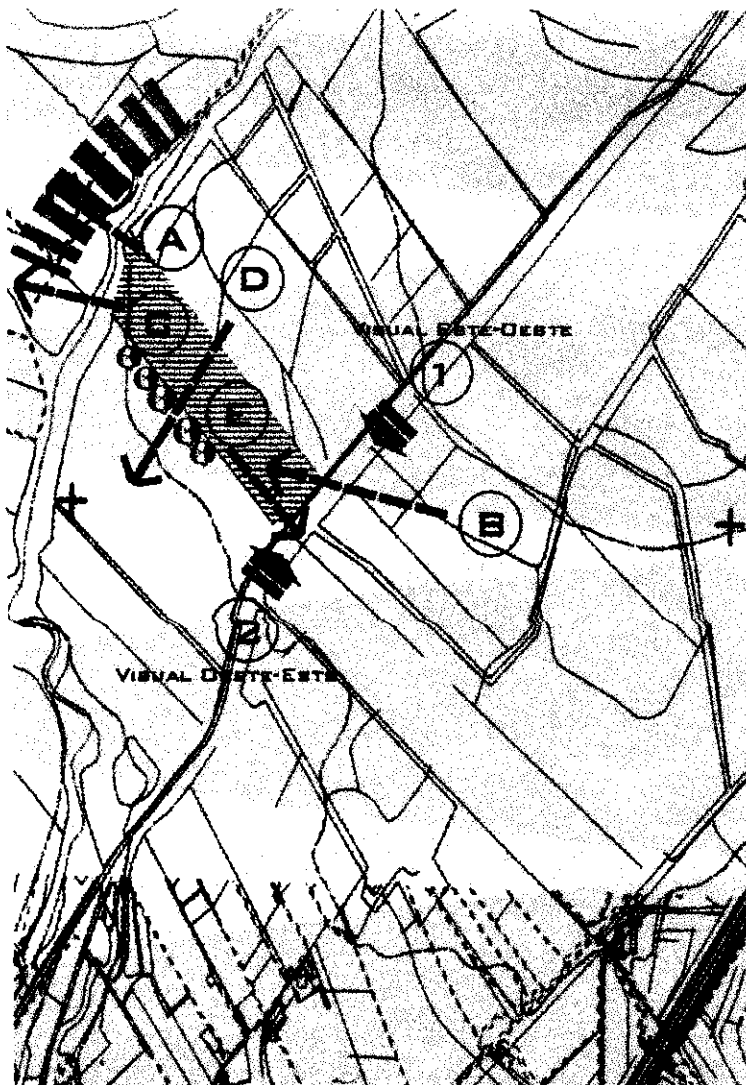
7.- Hito (Casa particular).

8.- Borde (Río)

9.- Borde (Vía de ferrocarril).



VISUALES INTERIORES-EXTERIORES



Esta área puede considerarse como un posible elemento ordenador del proyecto.

D.- Visual enfocada en el cerro de San Miguel. Se identifica como uno de los elementos principales de referencia de la ciudad de Atlixco, se sitúa al suroeste de la misma.

E.- Visual panorámica del contexto urbano y la carretera federal. No es una visual trascendente, ya que no cuenta con elementos de apoyo, siendo una visual obstruida.

Visuales Exteriores.

1.- Circulando por la carretera federal de este a oeste.

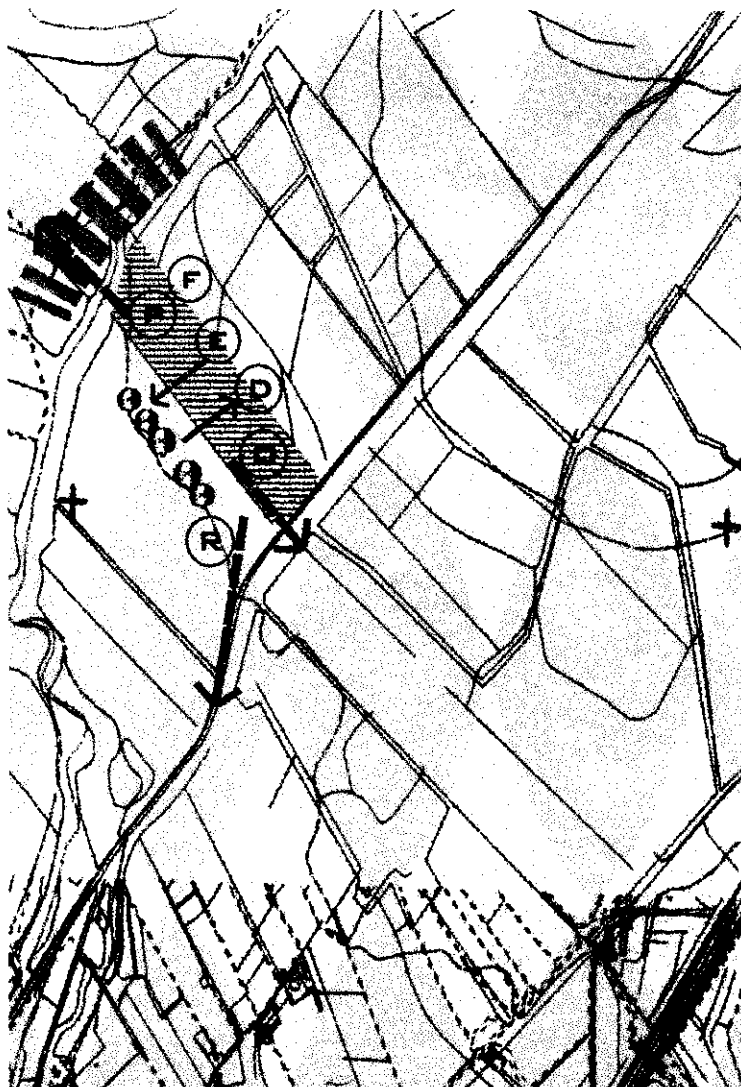
2.- Circulando por la carretera federal de oeste a este.

A.C.- Visual que remata con la vista de los cerros y principalmente con el volcán. Esta visual es atractiva por ser parte representativa de la ciudad, se sitúa al noroeste, considerándose como uno de los puntos focales y panorámicos del proyecto.

B.- Visual que se relaciona con el borde del terreno de junto con una cortina de árboles.



VISUALES INTERIORES-EXTERIORES



Visuales Interiores.

P.- Panorámica

E.- Enmarcadas

F.- Focalizadas

R.- Rematadas

D.- Desagradables

O.- Obstruidas



7.3 COMPONENTES SOCIO-CULTURALES

El sitio pertenece al Municipio de Atlixco, su destino ha sido como zona agrícola de temporal. En la actualidad el uso de suelo es mixto con áreas de crecimiento habitacional H-2 a corto y mediano plazo .

ACTIVIDADES	LOCALIZACION
Comercio	ESTE OESTE
1.Gasolineras	
2.Negocio de grúas	
3.Restaurantes	
4.Talleres	
Habitacional	SUR, ESTE, OESTE
Agricultura	NORTE

7.4 COMPONENTES NATURALES

CLIMATOLOGÍA

En el territorio del municipio se presenta la transición entre los climas templados del norte del estado y los cálidos del sur: presenta dos variantes de clima: templado y cálido.

- AcwIw: clima semicálido subhúmedo con lluvias en verano; temperatura media anual de entre 18 y 22°C; temperatura del mes más frío mayor de 18°C, precipitación del mes más seco menor de 60 mm; lluvia invernal con respecto a la anual menor de 5 por ciento. Este clima se localiza al centro y sur ocupando la mayor parte del municipio.
- CwIw: clima templado subhúmedo con lluvias en verano; temperatura media anual entre 12 y 18 °C; temperatura del mes más frío entre -3 y 18 °C; precipitación anual menor de 5 por ciento. Se localiza al sureste y extremo noreste, en las zonas montañosas.³⁷

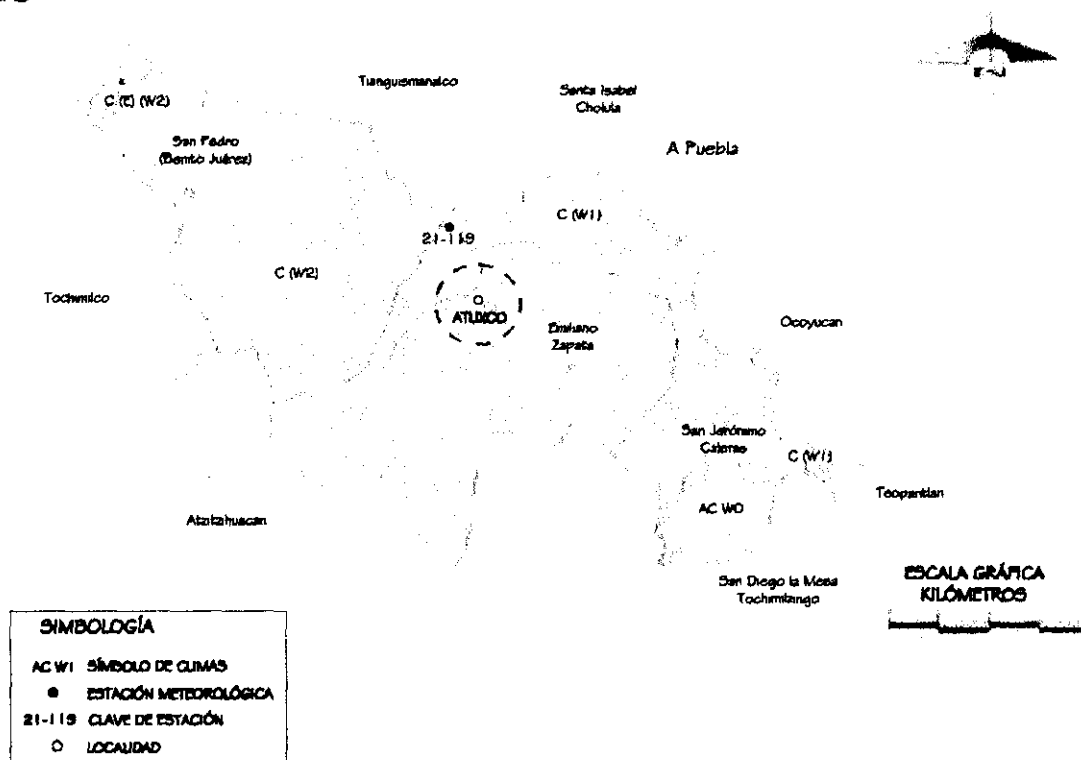
³⁷ INEGI. Cartografía Censal, 1990.

A

ZONAS CLIMATOLÓGICAS³⁸

TIPO O SUBTIPO	SÍMBOLO	% DE LA SUPERFICIE MUNICIPAL
Semicálido subhúmedo con lluvias en verano de humedad media	Acw I	36.82
Templado subhúmedo con lluvias en verano de humedad media	Cw I	21.70

CLIMAS



³⁸ INEGI. Cartografía Censal, 1990.

PRECIPITACION

Estudio mensual y anual promedio en milímetros por estación meteorológica.

MES	ESTACION
Enero	9.1
Febrero	6.3
Marzo	11.0
Abril	23.7
Mayo	76.5
Junio	178.3
Julio	153.2
Agosto	171.0
Septiembre	184.7
Octubre	67.3
Noviembre	21.9
Diciembre	2.7
Anual	905.6
Años de observación	13 ³⁹

TEMPERATURAS EXTERNAS

Estudio de temperatura media mensual y anual en grados centígrados por estación meteorológica.

MES	ESTACION
	ATLIXCO
Enero	15.2
Febrero	16.0
Marzo	17.5
Abril	18.8
Mayo	19.8
Junio	19.5
Julio	19.0
Agosto	19.0
Septiembre	18.8
Octubre	18.1
Noviembre	17.0
Diciembre	15.5
Anual	17.9
Años de observación	13 ⁴⁰

³⁹ INEGI. Cartografía Censal, 1990.

⁴⁰ INEGI, Carta de climas.

ASOLEAMIENTO Y VIENTOS DOMINANTES

Es importante la ubicación del terreno de acuerdo a la iluminación y calor provenientes del sol, así como los vientos del noreste que dominan la mayor parte de la región, pues de estos dependerá la orientación de la construcción.

Para ello, hemos elaborado la gráfica solar de la ciudad de Atlixco, buscando un punto medio entre los paralelos $18^{\circ}49'30''$ y $18^{\circ}58'30''$ latitud norte y realizando la proyección de los puntos para saber la altura solar en determinadas épocas del año (GRAFICA SOLAR Y PROYECCIÓN EQUIDISTANTE), y con ello determinar:

- ❑ Buscar el sol de las 9 a las 15 horas para favorecer de calor en invierno.
- ❑ La profundidad de un espacio debe ser de 2 a 2.5 veces la altura.
- ❑ Reducir al mínimo la fachada norte.
- ❑ Las habitaciones deberán colocarse de acuerdo a los requisitos de calefacción el iluminación hacia el sur y sureste para captar la energía del sol a lo largo del día.
- ❑ Proteger el acceso con una esclusa de separación para evitar pérdidas de calor.
- ❑ Para lucernarios o tragaluces la mejor ubicación es el sur pues así se distribuye mejor la radiación solar en el espacio.
- ❑ Es importante el color claro para reflejar la luz y colocar protecciones para controlar el sol del verano.

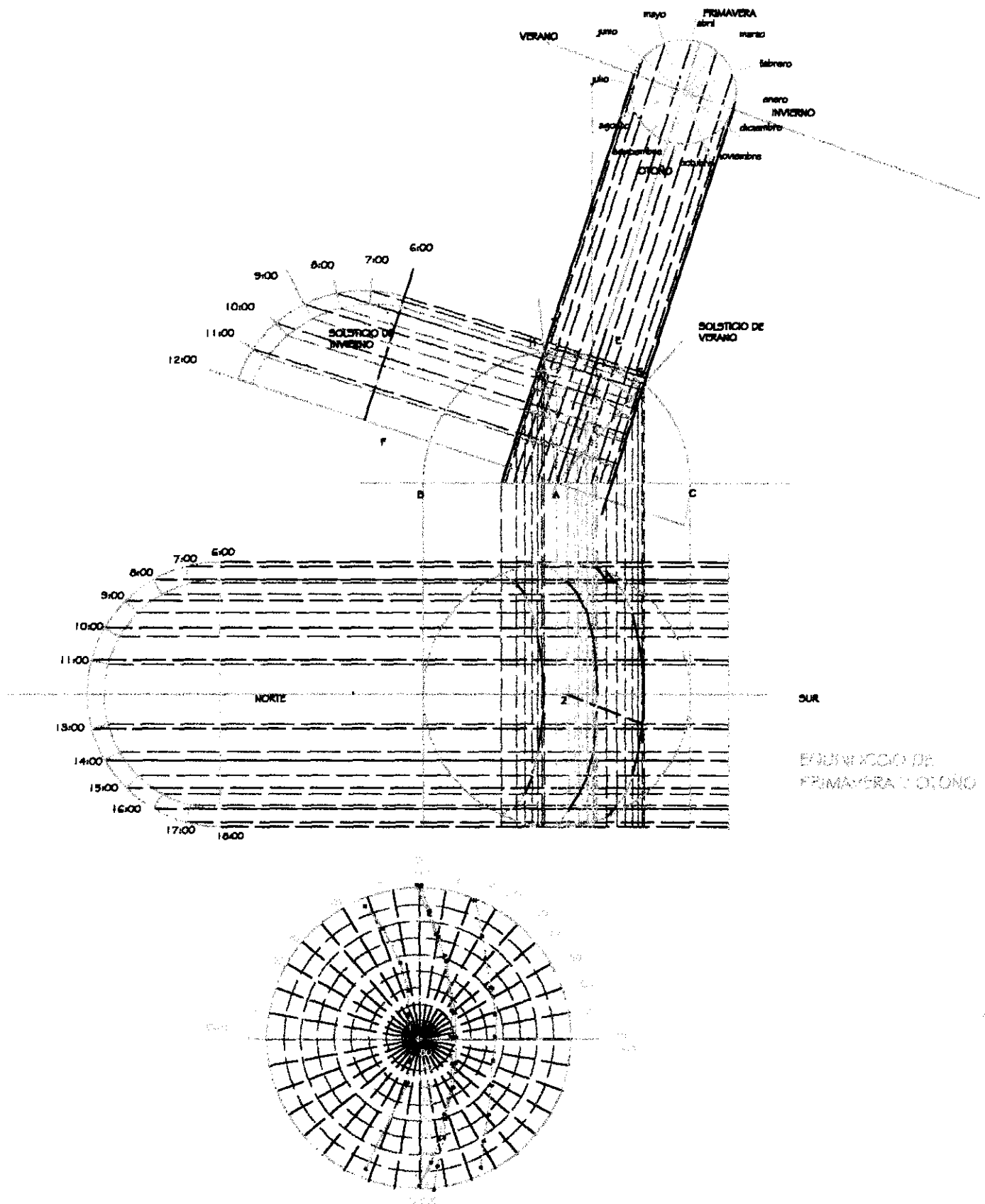
La situación de los vientos dominantes es hacia el noreste y con ello determinar la posición de los espacios de acuerdo a la ventilación necesaria, por lo tanto:

- ❑ Las ventanas en climas templados, deben prever de 0.11 a 0.25 m² de vidrio por metro cuadrado de superficie útil.⁴¹
- ❑ Para la ventilación natural ubicar aberturas de entrada de aire en zonas bajas y las salidas en zonas altas.
- ❑ Que las aberturas no sean obstruidas por árboles o algún otro elemento.
- ❑ La ventilación por lo general debe ser cruzada, es decir de este - oeste.

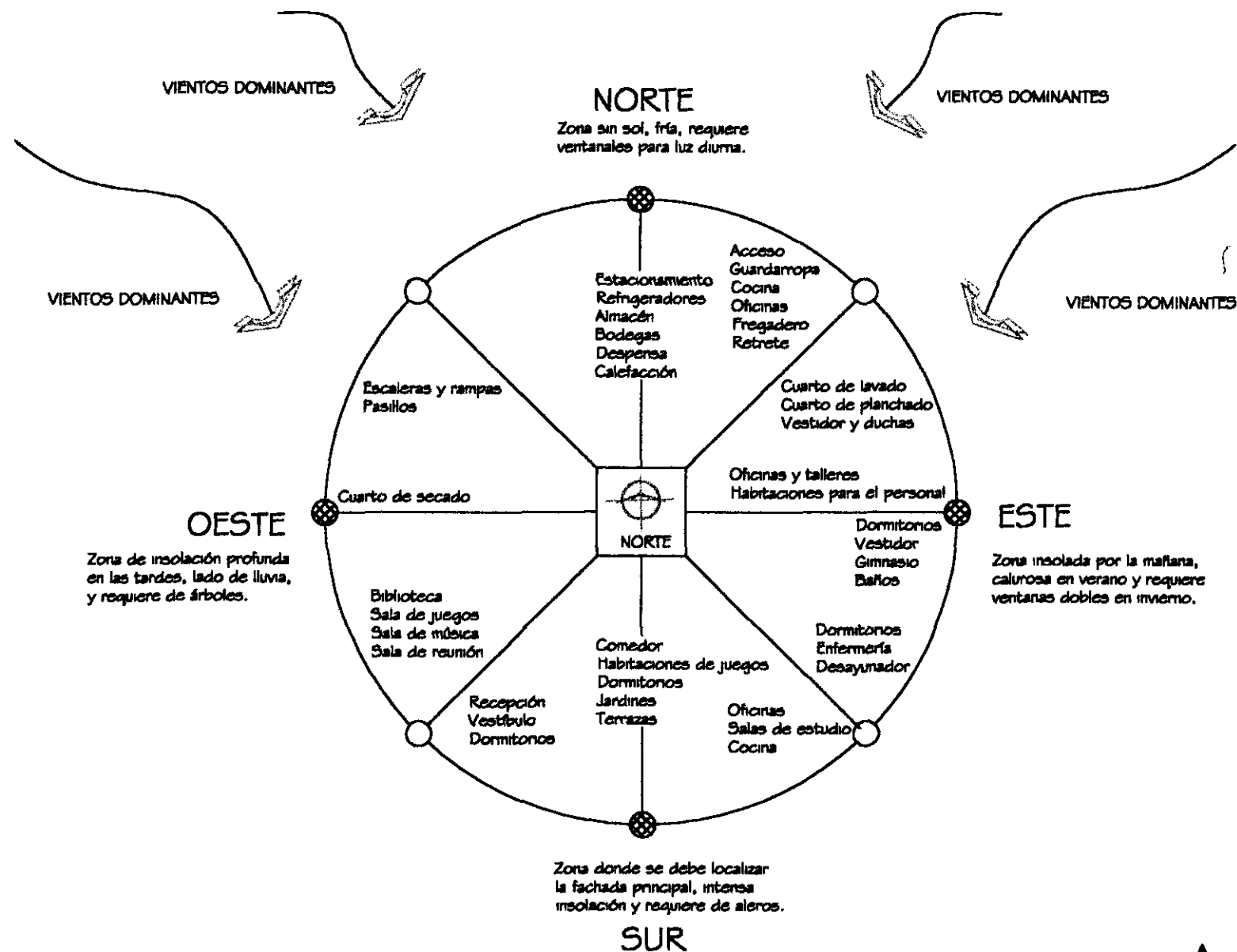
⁴¹ REGLAMENTO DE CONSTRUCCIÓN DEL H. AYUNTAMIENTO DE PUEBLA . 1996



GRAFICA SOLAR Y PROYECCION EQUIDISTANTE DEL PUNTO 18° 54' 30"



VIENTOS DOMINANTES



TIPO DE SUELO

El terreno cuenta con suelo tipo Feozem (suelo para cultivo, pues tolera exceso de agua), que se presenta en zonas planas del Noreste. Esta compuesto por tepetate y arena gruesa y cuenta con una capacidad de carga de 10 t/m². Característico de esta zona son los desniveles naturales que se prolongan a lo largo del sitio y que afectan la distribución del proyecto en el terreno.

7.5 COMPONENTES ARTIFICIALES

DEMOGRAFÍA

En 1995 el municipio contó con 112,570 habitantes, representando el 2.5% de la población total del Estado, de los cuales 53,510 son hombres y 58,970 son mujeres. Tiene una densidad de población de 514 habitantes por kilómetro cuadrado y una tasa de crecimiento anual de 1.33%.

COMPOSICION POBLACIONAL

La estructura poblacional está eminentemente joven, observándose que la densidad entre las edades de 5 a 14 años es la más predominante y la edad de los 70 a los 100 es menor.

PROYECCIONES DE POBLACIÓN

Se estima que para el año 2000 la población del municipio sea de 127,311 habitantes, con una densidad de población de 555 habitantes por kilómetro cuadrado.

SERVICIOS

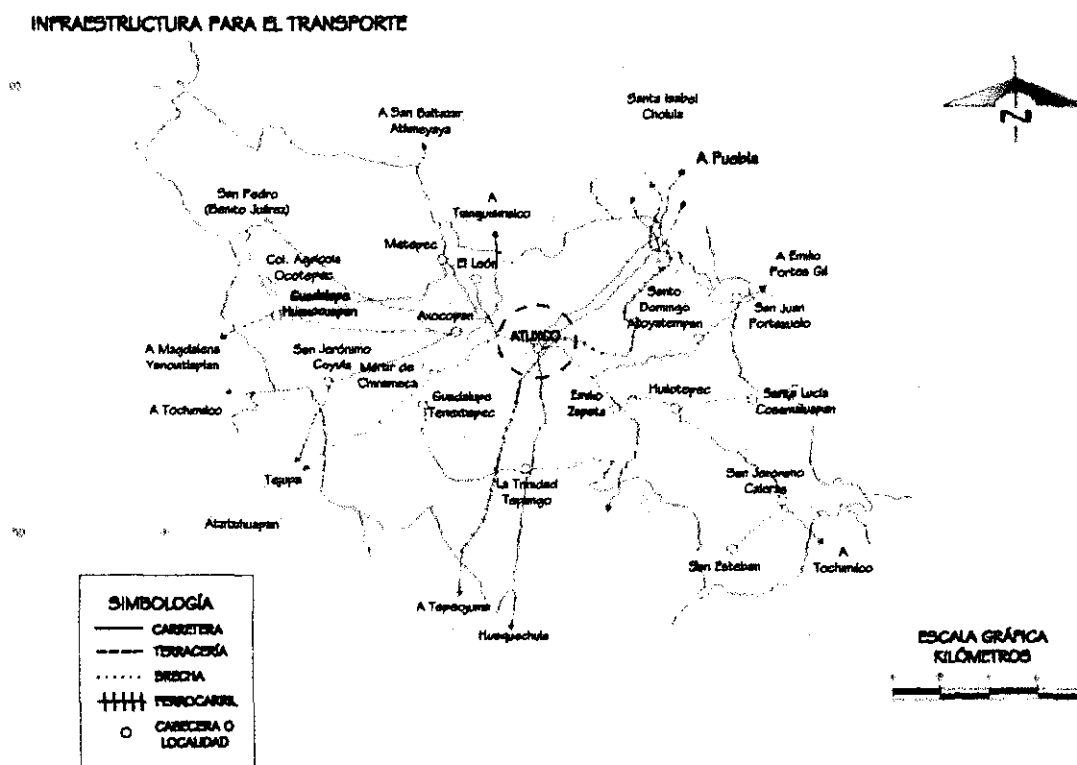
El municipio cuenta con infraestructura educativa en los niveles preescolar, primaria, secundaria general, secundaria para trabajadores, secundaria técnica industriales, tele secundarias, bachilleratos, bibliotecas etc. Por lo tanto el analfabetismo es combatido por el INEA.

Para la recreación y el deporte cuenta con 4 cines, 2 teatros al aire libre, canchas deportivas y clubes vacacionales.

La atención a la salud se proporciona a través de instituciones de sector oficial con cobertura descentralizada, IMSS, ISSSTE, ISSSTE.



Dentro de su población rural el aspecto de los servicios públicos, cambia radicalmente ya que solo el 14 por ciento del total de las localidades disponen de agua potable y únicamente el ocho por ciento han introducido drenaje y alcantarillado.





capítulo 8

Propuesta arquitectónica

PROPUESTA ARQUITECTONICA

8.1 GENERALIDADES

El planteamiento general del proyecto busca alternativas para resolver y defender las necesidades de las personas de la tercera edad con la posibilidad de que la propuesta tenga una carga positiva, aportando algo que tenga valor real .

El proyecto es un complejo arquitectónico para personas de la tercera edad y enfermos que padecen Alzheimer, el cual contemplamos en dos secciones:

1. Una residencia para la tercera edad.
2. Una residencia asistida y cuidado diurno para pacientes con Alzheimer.

El diseño se va a regir por esquemas y conceptos de la guía de diseño que proponemos, así como requisitos del Reglamento de Construcción; salvaguardando aspectos del sitio y dando una especial importancia a un concepto que involucre sentimientos y emociones, que se materialicen en el proyecto como elementos de diseño.

8.2 PROGRAMA DE NECESIDADES

El programa de necesidades surge de las diferentes residencias visitadas, donde se proyectaron ventajas y desventajas de áreas, actividades y servicios que se mencionan en el capítulo 4 y 5.

1) PROGRAMA DE SERVICIO MEDICO.

- Evaluación de la situación del paciente.
 - Estado mental.
 - Estado físico.
 - Estado emocional.
- Conducta y relaciones.
- Diagnóstico y atención médica continua.
 - Prescripción de medicamentos.
 - Tratamiento de enfermedades interactuantes.
- Supervisión de enfermos 24 horas.
- Servicio dental, médico general, fisioterapia, patología y optometrista.



2) PROGRAMA DE TRATAMIENTO.

- ❑ Reminiscencia.
- ❑ Salud mental: evaluación psicosocial, asesoría a grupos e individuos para manejar problemas psicológicos y emocionales de los pacientes y sus familias.
- ❑ Terapia ocupacional: tratamiento para mejorar habilidades funcionales.
- ❑ Terapia física: rehabilitación y taller de psicomotricidad.
- ❑ Terapia del habla: tratamiento para mejorar o restaurar el habla.

3) PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL.

- ❑ Identificación y coordinación de recursos.
- ❑ Supervisión y seguimiento de la adaptación del paciente.
- ❑ Información escrita o verbal de servicios y funcionamiento del lugar.
- ❑ Servicio de protección: prevenir o remediar efectos de abuso físico y emocional.
- ❑ Apoyo emocional y práctico del paciente.

4) PROGRAMA DE ACTIVIDADES.

- ❑ Social.
 - Comedor comunitario.
 - Comedor privado.
 - Acompañamiento.
 - Horas de visita.
- ❑ Educativo.
 - Estudios generales.
 - Cuidado personal.
 - Bañarse.
 - Vestirse.
 - Salir de la cama.
 - Comer.
 - Ir al baño.
 - Peluquería.
 - Incontinencia.
- ❑ Recreativa.
 - Terapia artística y musical.
 - Ejercicio físico.
 - Cocinar y cultivar.
 - Fiestas y celebraciones culturales y religiosas.
 - Salidas y ausencias.
 - Juegos.



5) PROGRAMA DE LABORES.

- ❑ Reparaciones del hogar.
 - Aire acondicionado y calefacción.
 - Agua potable.
 - Electricidad.
 - Teléfono y televisión.
- ❑ Servicios domésticos.
 - Cocinar.
 - Limpiar la casa y patios.
 - Lavar la ropa.
 - Almacenamiento.
 - Bodega.
 - Guardarropa.
 - Alacena.
 - Basura y desechos.
 - Blancos.
 - Material de limpieza.
 - Material de oficina.
 - Equipo médico.
- ❑ Servicios de mandados: hacer las compras.
- ❑ Servicio legal: auxilio en asuntos legales y pensiones.

6) PROGRAMA DE EMERGENCIA

- ❑ Sistema de base telefónica para emergencia.
- ❑ Vigilancia 24 hrs.
- ❑ Supervisión telefónica.
- ❑ Salidas de emergencia.
- ❑ Transporte: citas con el médico, servicios comunitarios, ambulancia y de paseo.

7) PROGRAMA DE RESPIRO

- ❑ Descanso temporal de los encargados para unos días o por períodos prolongados.
- ❑ Descanso de pacientes individual o comunitariamente.
- ❑ Espacios al aire libre.



8.3 PROGRAMA ARQUITECTONICO

ZONA	ESPACIO	FUNCION	CAPACIDAD	MOBILIARIO	DIMENSIONES MINIMAS	SUPERFICIE	REQUISITOS ESPECIFICOS
Pública	Estacionamiento	Guardar vehículos.	1 vehículo 2 vehículos y espacio extra de almacén.	Ninguno	3x6 4.2x5.5	18 m2 25 m2	- Espacio para circulación - Contar con espacios para discapacitados. - Espacio para autobús 3x11 m. - Ubicación el norte.
Pública	Entrada principal	Recepción, almacenamiento de prendas y enlace con las demás zonas de la casa.	3 personas	Rampa, mesa de recepción, sillones.	2x2.5 m	5 m2	- Pasillo de entrada con rampa para silla de ruedas. - Área variable. - Orientación al suroeste.
Pública	Sala de estar	Sitio para descanso, conversación, lectura, escritura, televisión, música, juegos y entretenimientos.	Variable	Sillones, mesas, chimenea.	4x6 m	24 m2	- Disponibilidad para la distribución de los muebles. - Amplia circulación. - Flexibilidad. - Orientación al suroeste.
Pública	Sala usos múltiples.	Para desarrollar actividades.	Variable	Variable	3x5 m	15 m2	- Orientación al suroeste. - Sala de TV - Sala de juegos - Sala de música - Servicio religioso - Auditorio - Sala de conferencias - Grupos de autoayuda.



ZONA	ESPACIO	FUNCION	CAPACIDAD	MOBILIARIO	DIMENSIONES MINIMAS	SUPERFICIE	REQUISITOS ESPECIFICOS
Pública	Patio central	Descanso	Variable	Rampa	Variable	60 m ²	- Rampa de ejercicio, fuentes, ventilación. - Descanso para pacientes. - Orientación al sur.
Pública	Patio pequeño	Descanso	Variable	Bancas, mesas y sombrillas.	Variable	15 m ²	- Espacio para que los usuarios caminen con seguridad. - Área variable. - Orientación al sur.
Pública	Jardín	Descanso y relación entre los ambientes.	Variable	Bancas, mesas y sombrillas.	6x15 m	100 m ²	- Área variable. - Orientación al sur. - Paseo - Huerto - Zona de juego. - Área de mesas.
Privada	Guardarropa	Facilidad para acomodar prendas.	Variable	Armario con entrepaños.	1x2 m	2 m ²	- Localizarse a la entrada del lugar. - Acceso directo y movilidad. - orientación al noreste.
Privada	Circulación interna	Circulación y paso de usuarios.	1 persona	Ninguno	Variable	Variable	- Área variable. - Circulación en forma U, L, e I. - Ancho mínimo 90 cm. - Con paso de minusválidos aumenta el área. - Orientación al noroeste.
Privada	Habitación de actividades generales	Realizar actividades en conjunto.	1 persona	Sillas.	6x8 m	50 m ²	- Orientación al sureste.



ZONA	ESPACIO	FUNCION	CAPACIDAD	MOBILIARIO	DIMENSIONES MINIMAS	SUPERFICIE	REQUISITOS ESPECIFICOS
Privada	Oficina	Recepción de papeles.	Variable	Escritorio, sillas, archivo.	2.5x3 m	8 m2	- Orientación al este.
Privada	Cuarto privado: - Dpto. de psicología. - Dpto. trabajo social. - Dpto. psiquiatría.	Ambiente para estar, leer, conversar, consultar.	Variable	Escritorio,, butaca, sillón, sofá, estante de libros, gabinete.	2.5x3 m	8 m2	- Orientación al sureste.
Privada	Tocador	Peinado y maquillaje.	5 personas	Variable	3x3.5 m	11 m2	- Orientación al este.
Privada	Cuarto para personal	Descanso	1 persona	Variable	3x3.5 m	11 m2	- Uno por cada 35 usuarios. - Orientación al este.
Privada	Consultorio médico	Atención médica	Variable	Cama, escritorio, sillas, báscula y aparatos médicos.	4x 5 m	20 m2	- Uno por cada 50 usuarios. - Orientación al sureste.
Privada	Cuarto de enfermeras	Descanso	Variable	Cama y armario	4x 5 m	20 m2	- Uno por cada 50 usuarios. - Orientación al sureste.
Privada	Comedor para residentes,	Comer	Variable	Mesas, sillas, armarios.	5x4 m	20 m2	- Flexible. - Zona de unificación entre sala y cocina.



ZONA	ESPACIO	FUNCION	CAPACIDAD	MOBILIARIO	DIMENSIONES MINIMAS	SUPERFICIE	REQUISITOS ESPECIFICOS
	personal y parientes.						- Por usuario 1.5 m2. - Orientación al sur.
Privada	Medicina física o taller de psicomotricidad	Rehabilitación, contractura, calambres y desequilibrio.	Variable	Cama de masaje, colchoneta, aparatos.	Variable	20 m2	- Uno por cada 50 usuarios. - Orientación al este.
Privada	Terapia ocupacional	Trabajo psicomotor y mental.	Variable	Mesas, sillas, estantes empotrados.	Variable	10 a 15 m2	- Orientación al este.
Privada	Gimnasio	Ejercicios de balance corporal.	Variable	Bicicleta, caminadora, pesas, escalinata.	Variable	20 m2	- Orientación al este. - Piso de madera para contrarrestar el impacto.
Privada	Dormitorios para hombres, mujeres y enfermos.	Reposo, vestuario y almacenamiento.	1 persona 2 personas	Variable	3x3 m	9 m2 6 a 8 m2	- Aislar ruidos. - Buen asoleamiento en las mañanas. - Orientación al sur.
Privada	Biblioteca y sala de lectura	Investigar y leer	Variable	Variable	Variable	50 m2	- Orientación al suroeste.
Privada	Administración	Oficina para ingreso del usuario.	2 personas	Escritorios, sillas y archivos.	3x3 m	9 m2	- Principal - Secretaria

ZONA	ESPACIO	FUNCION	CAPACIDAD	MOBILIARIO	DIMENSIONES MINIMAS	SUPERFICIE	REQUISITOS ESPECIFICOS
Privada	Alberca	Ejercicios aeróbicos, natación.	5 personas	Variable	5x5 m	25 m ²	- Techada y con aditamentos para discapacitados.
Privada	Sala de primeros auxilios	Servicio de diagnóstico y atención médica 24 horas.	5 personas	Cama, escritorio, sillas, aparatos médicos.	Variable	20 m ²	- Servicios auxiliares.
Servicio	Sanituario para usuario para hombres, mujeres y discapacitados.	Aseo	1 persona	WC, lavamanos, mingitorio.	1.5x2 m	3 m ²	- Espacio para ayuda del usuario. - Barras y aditamentos especiales. - Buena ventilación. - Orientación al este.
Servicio	Sanituario para personal ya sean hombres y mujeres.	Aseo	1 persona	WC, lavamanos, mingitorio.	1.5x2 m	3 m ²	- Buena ventilación. - Uno por cada 8 enfermeras. - Orientación al este.
Servicio	Baño completo para hombres, mujeres y discapacitados.	Aseo	1 persona	WC, lavamanos, regadera o tina, mesa de cambio	2x3.5 m	7 m ²	- Barras y aditamentos especiales. - Buena ventilación. - Uno por cada 10 usuarios. - Orientación al este.
Servicio	Baño doméstico para hombres, mujeres y discapacitados.	Aseo	1 persona	WC, lavamanos, regadera.	2x2.5 m	5 m ²	- Buena ventilación. - Orientación al este.
Servicio	Cocina principal	Recepción, almacenar.	Variable	Mesa de preparación.	3x4 m	12 m ²	- Buena ubicación para evitar olores. - Buena ventilación e iluminación.



ZONA	ESPACIO	FUNCION	CAPACIDAD	MOBILIARIO	DIMENSIONES MINIMAS	SUPERFICIE	REQUISITOS ESPECIFICOS
		preparar, cocinar, servir y lavar alimentos.		refrigerador, estufa, alacena, tarja.			- Orientación al sureste.
Servicio	Cocineta para usuarios	Preparar botanas, café, té.	Variable	Cocineta	3x3 m	9 m2	- Orientación al sureste.
Servicio	Patio de servicio.	Sirve para aislar zonas como la cocina, para lavar enseres de la casa.	Variable	Lavadero, estante empotrado.	Variable	20 m2	- Orientación al oeste.
Servicio	Almacén: - Equipo de terapia ocupacional. - Blancos. - Equipo médico y medicinas. - Sillas de ruedas. - Maternal de oficina. - Comida.	Almacenamiento.	Variable	Armario empotrados.	Variable	8 a 10 m2	- Cuartos de almacenaje 15 a 20 m2 aproximadamente. - Orientación el norte.
Servicio	Almacén de limpieza	Almacenaje de escobas y utensilios de limpieza.	Variable	Fregadero	1x2 m	2 m2	- Área total 4 m2 aproximadamente. - Uno por cada 15 usuarios. - Orientación el norte.

ZONA	ESPACIO	FUNCION	CAPACIDAD	MOBILIARIO	DIMENSIONES MINIMAS	SUPERFICIE	REQUISITOS ESPECIFICOS
Servicio	Área de desechos y basura	Almacenaje de basura.	Variable	Ninguno	2x3 m.	6 m2	- Localizarla en el acceso de servicio. - Área cerrada. - Orientación al noroeste.
Servicio	Escaleras	Acceso a planta alta.	Variable	Variable	Variable	Variable	- Se realiza en forma de U, L, con descansos. - Ancho de escaleras 90 cm. - Peralte 15 cm. - Huella 30 cm. - Orientación al noroeste.
Servicio	Cuarto de máquinas: - Luz - Caldera - Aire acondicionado - Cisterna - Calefacción - Ventilación	Almacén de aparatos.	Variable	Variable	1,5x3 m	4.5 m2	- Localización en áreas variables. - Orientación el norte.
Servicio	Centro de lavado y planchado.	Lavar la ropa.	2 personas	Lavadora y secadora de ropa, fregadero.	3 x3 m	9 m2	- Localizarla en el baño si es necesario. - Tomar en cuenta si es lavado a sol, viento o frío. - Orientación al noreste.



8.4 DIAGRAMA DE ZONIFICACIÓN Y FUNCIONAMIENTO (CENTRO DE ATENCIÓN DIURNA)

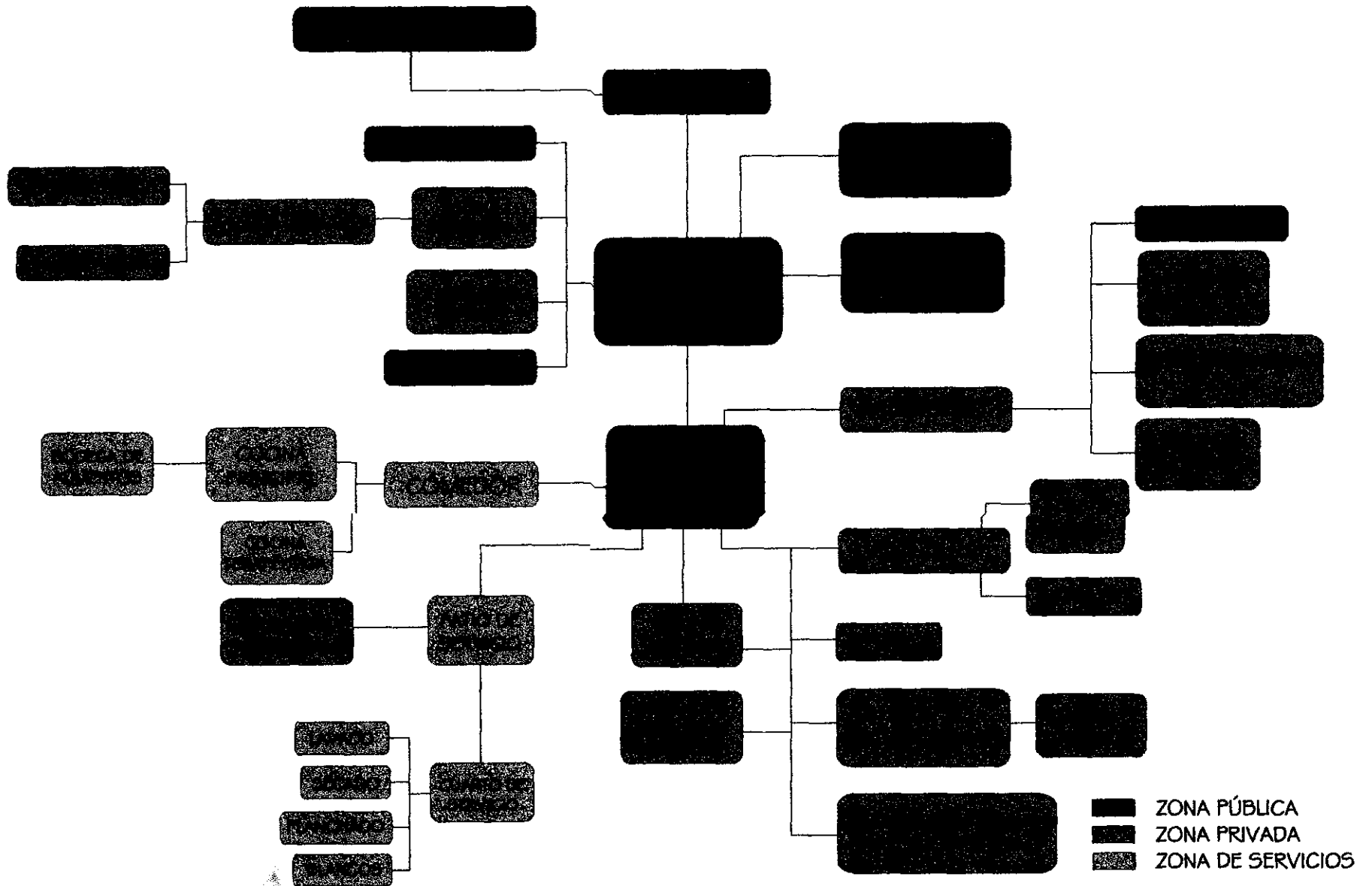
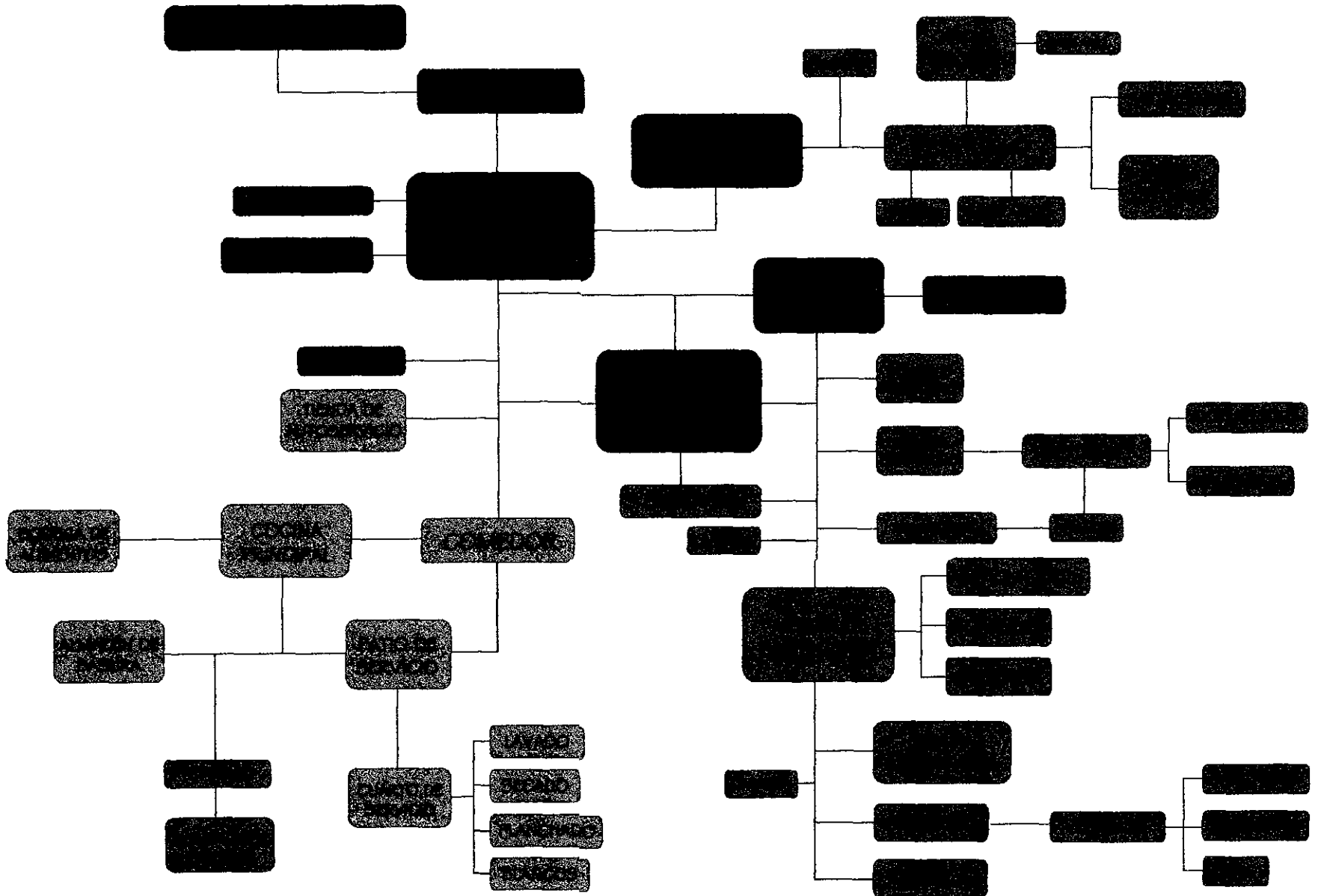


DIAGRAMA DE ZONIFICACIÓN Y FUNCIONAMIENTO (RESIDENCIA DE LA TERCERA EDAD)



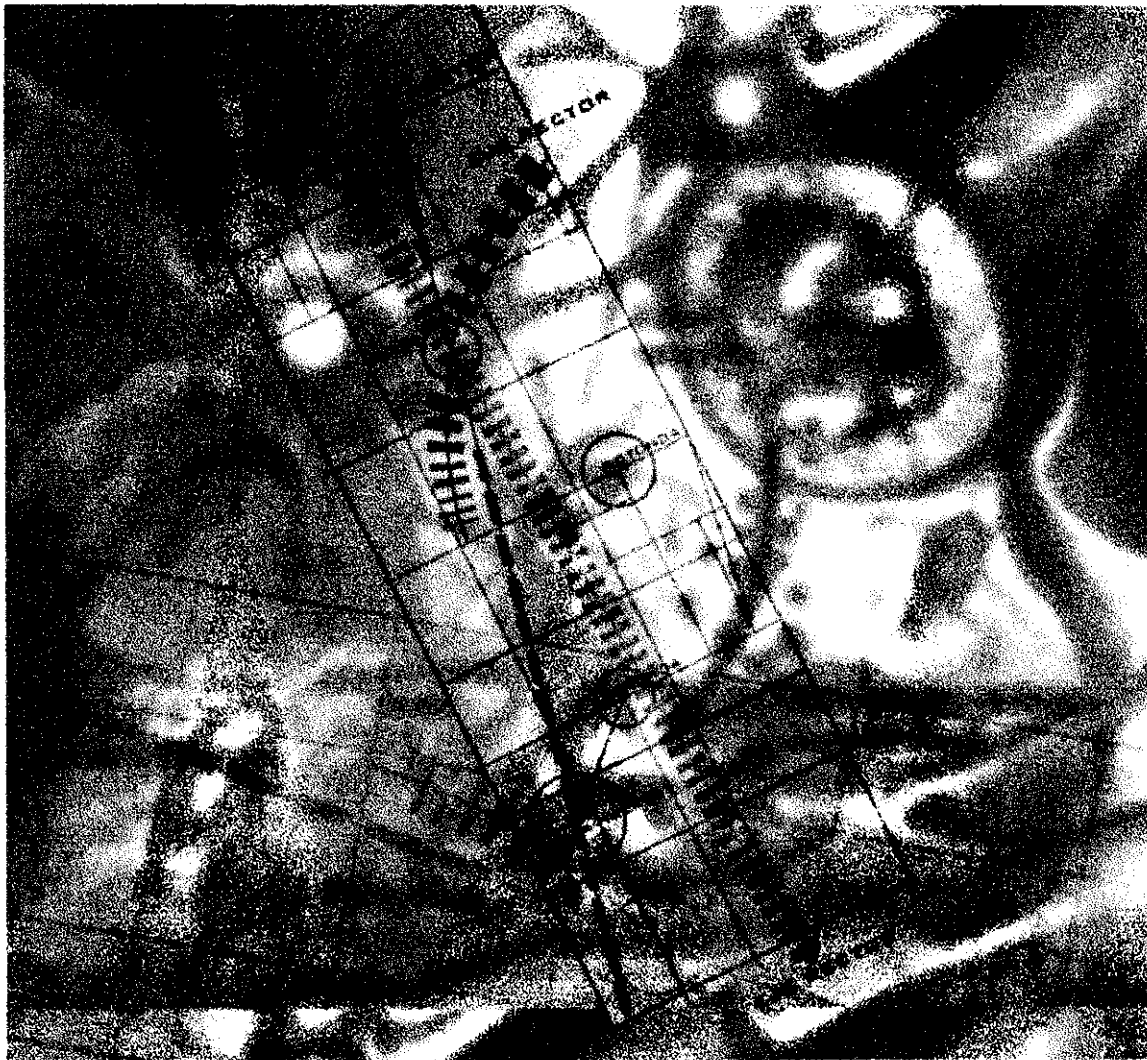
CENTRO DE INTEGRACIÓN PARA LA TERCERA EDAD Y CUIDADO DEL ALZHEIMER



A

8.5 CONCEPTO

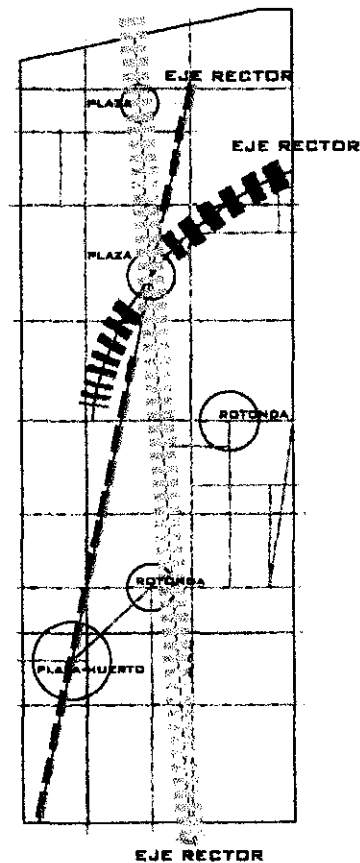
El proyecto responde fundamentalmente a una analogía de la SINAPSIS o enlace neuronal que ocurre en nuestro cerebro, y que se representa en el proyecto en la relación y enlace de un edificio con otro como parte de un solo complejo arquitectónico; así mismo una relación unidireccional enmarcada por la dualidad RIGIDEZ- FLEXIBILIDAD de los esquemas arquitectónicos.



8.6 ESQUEMA

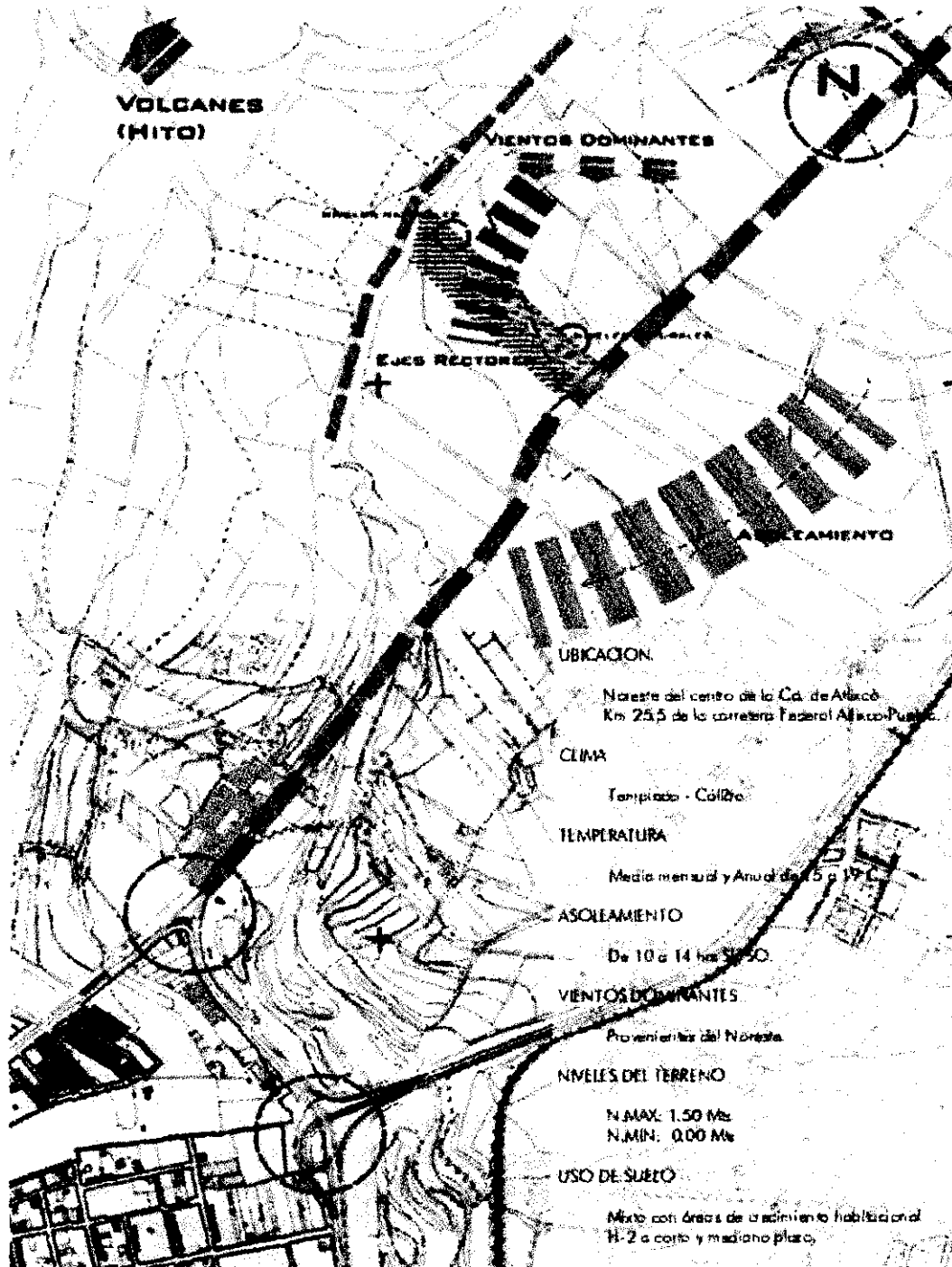
La disposición del proyecto se genera básicamente por la Sección Áurea donde la retícula:

- ❑ Tiene la intención de equilibrar los espacios.
- ❑ Define ejes rectores de composición.
- ❑ Por medio de la convergencia de ejes se crean Mitos o elementos jerárquicos como remates visuales.
- ❑ Se plantea un eje articulador y estructurador que divide los volúmenes referentes al Centro de Integración y Diurno, integrándolos visualmente mediante galerías de circulación.



8. 7 PRINCIPIOS DE DISEÑO

En cuanto a los volúmenes, el carácter funcional reflejará compatibilidad entre la rigidez y flexibilidad de diseño, logrando una interacción espacial y natural.



8.8 DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

El Acceso.

El predio se encuentra ubicado en las afueras del Municipio de Atlixco en el kilómetro 25.5 de la carretera Federal Atlixco – Puebla, cuenta con una superficie libre de terreno de 74,700 m².

Para ingresar al complejo arquitectónico es necesario tomar el carril de desaceleración, cuyo propósito es facilitar el acceso a la caseta de control.

Galerías de Circulación.

El recorrido vehicular y peatonal a partir de la caseta de control cuenta con una zona arbolada que transmite un efecto de tranquilidad y confort, donde se disponen dos opciones de estadía, ya sea a la Residencia para la Tercera Edad, o bien, al Centro Diurno.

Ambos cuentan con un acceso a servicios o emergencias, acompañados por rotondas de fácil acceso e integradas a un estacionamiento principal.

La circulación peatonal del estacionamiento a cada uno de los volúmenes se realiza a través de andadores, adecuados para protegerse de la precipitación y asoleamiento.



Planta de conjunto 1



Planta de conjunto 2

Plazas.

Se proponen 3 plazas ubicadas en puntos estratégicos del proyecto, son identificables por la jerarquía y la función que cada una representa, ya sea concentrar actividades diversas o ser parte de los recorridos.

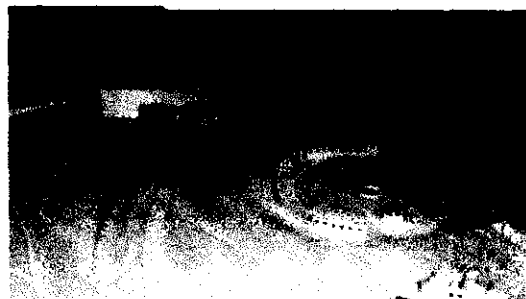
Áreas de Recreación.

La residencia de la Tercera Edad cuenta con andadores que rompen la verticalidad de los ejes rectores y refuerzan la composición del proyecto, logrando la integración de áreas, donde se realizan diversas actividades, tales como: la creación de un huerto, que tiene como remate principal una plaza y un espejo de agua; la cafetería al aire libre, áreas deportivas y la inserción de un pequeño lago artificial que tiene una función ecológica.

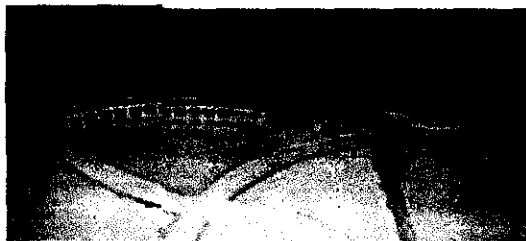
Estos andadores son multifuncionales, es decir, cuenta con áreas de descanso para que el recorrido no sea extenuante, incluyendo el espacio necesario para albergar mobiliario confortable para la estancia del usuario y dar la posibilidad de realizar el recorrido por medio de un minicar, si el usuario es discapacitado o encuentra extenuante el trayecto.

En cuanto al Centro Diurno y Residencia Asistida, las áreas de recreación son especiales, debido a que el enfermo que padece Alzheimer tiende a desorientarse fácilmente. En base a esto, el esquema de recorrido se realiza en forma regular, es decir,

caminar en círculo o en figura de ocho, para habilitar la caminata como experiencia terapéutica, no obstante, se incluye una pequeña área deportiva.



Detalle del acceso y área del huerto.



Detalle de andadores y zona recreativa.



Detalle de la cafetería.

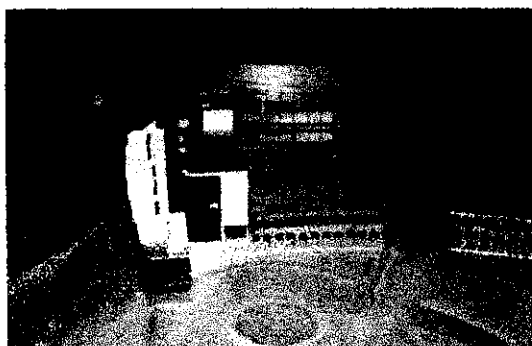
Residencia para la Tercera Edad.

El edificio está dispuesto en tres niveles. El acceso se enmarca por un área pergolada a doble altura, teniendo como remate en el interior un espejo de agua.

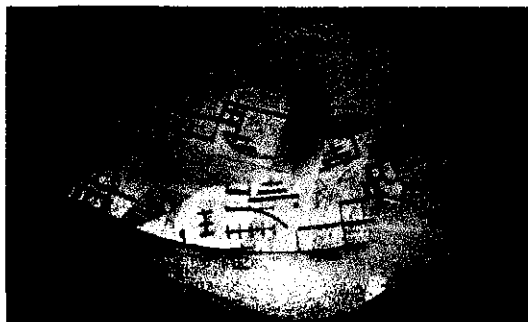
Al ingresar, disponemos de una zona administrativa y recepción, donde localizamos la sala de espera y sanitarios; continuamos con un vestíbulo que articula áreas sociales, de servicios y recreativos; al mismo tiempo posibilitar el ingreso al segundo nivel por medio de elevadores o bien por una rampa.

En el segundo nivel se localiza la zona más íntima del edificio que son la habitaciones, incluyendo una sala de juegos, terapias, área cultural, física y guardia médica.

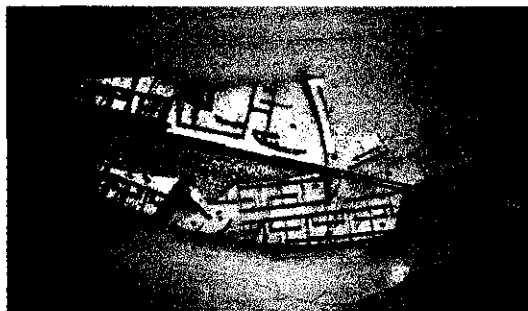
De este nivel se desprenden dos rampas, una orientada hacia el suroeste y otra al noroeste, que tienen como propósito evacuar a las personas en caso de emergencia y servir de ascenso y descenso hacia las áreas recreativas.



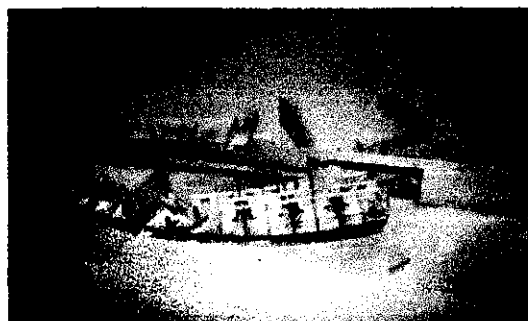
Detalle acceso al Edificio de la 3era. Edad.



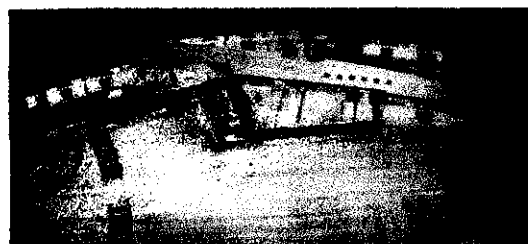
Planta baja.



Segundo nivel.

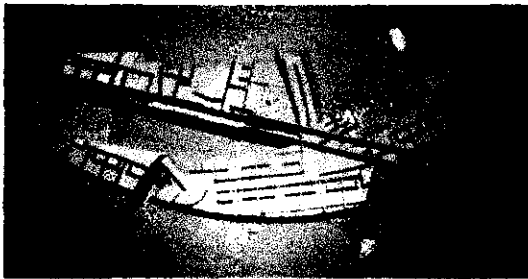


Detalle rampas segundo nivel.

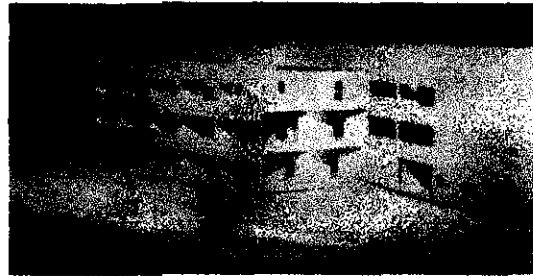


Detalle áreas de terapia y servicios.

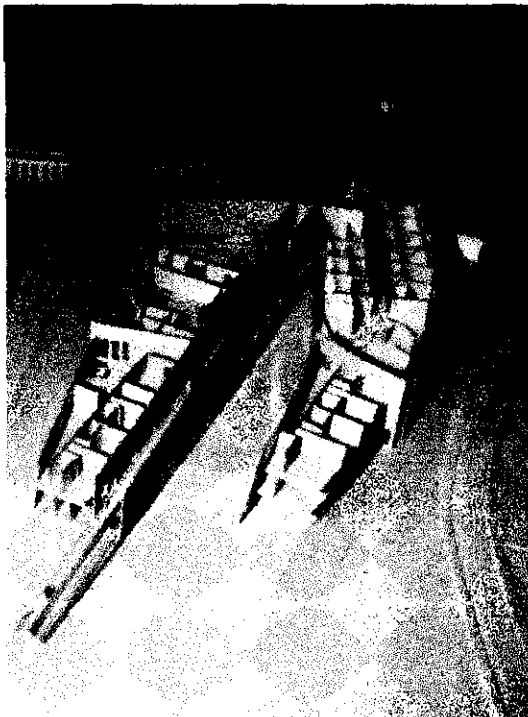
En el tercer nivel el área se disminuye para alojar solo habitaciones y un centro de guardia médica.



Planta tercer nivel.



Perspectiva Edificio 3a. Edad 2.

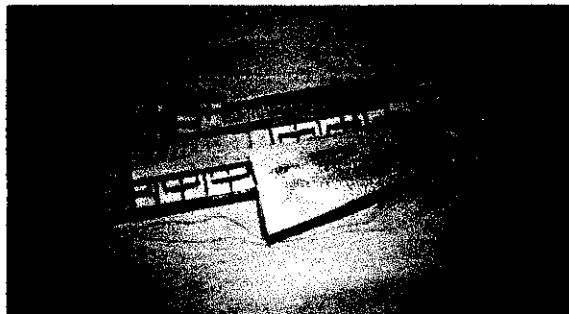


Perspectiva Edificio 3a. Edad 1.

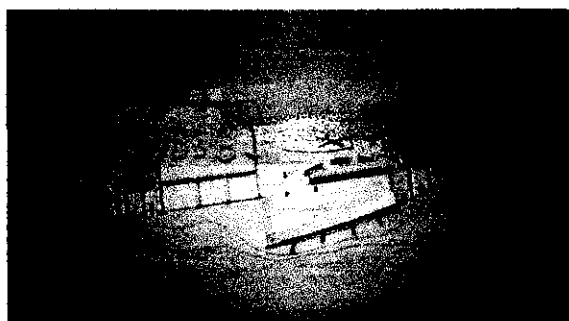
Centro Diurno y Residencia Asistida.

Al igual que la Residencia para la Tercera Edad, el acceso se enmarca por una zona pergolada que distribuye a un área de recepción, donde la sala de espera con esquema radial juega un papel importante, como remate visual y elemento que estructura el área administrativa, sanitarios y cubículos para grupos de autoayuda.

Un vestíbulo secundario distribuye las áreas de usos múltiples y servicios, dando la oportunidad al usuario de una circulación libre al segundo nivel por medio de una rampa, que cumple dos funciones: el acceso y la terapia.



Acceso.

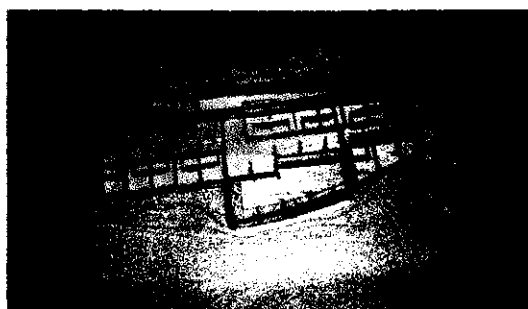


Planta baja 1.



Planta baja 2.

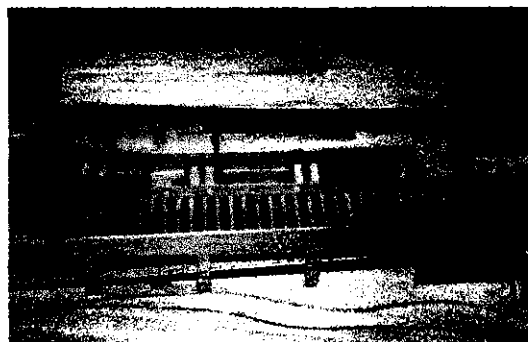
El segundo nivel alberga módulos de habitaciones, incluye áreas de cuidados generales, estimulación psicomotriz, terapia física y ocupacional, así como vigilancia médica las 24 hrs.



Planta segundo nivel 1.



Detalle fachada poniente.



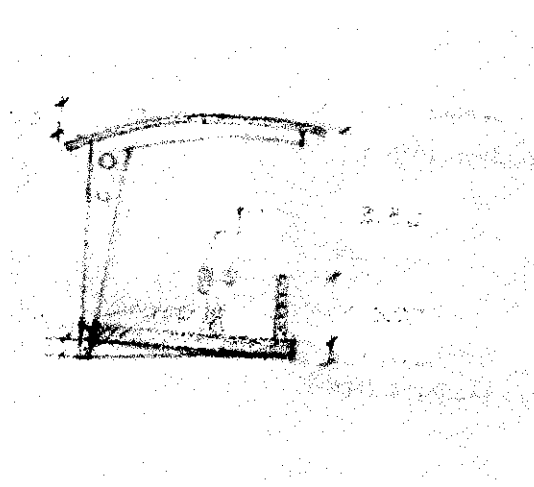
A

Exteriores

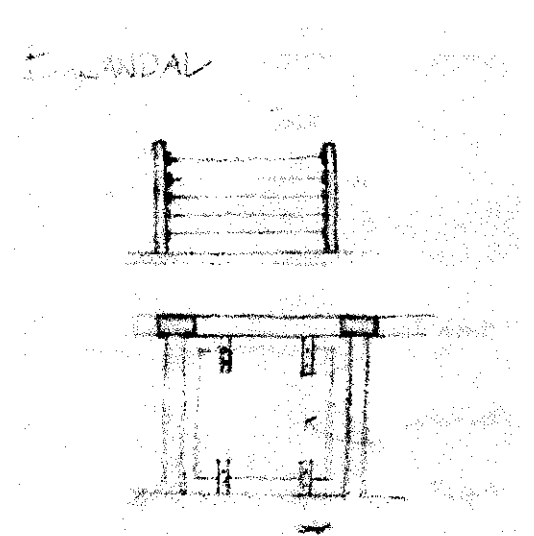
Muros.- Mampostería de ladrillo, block y concreto blanco.

Pisos.- Concreto, cantera, granito y adoquín.

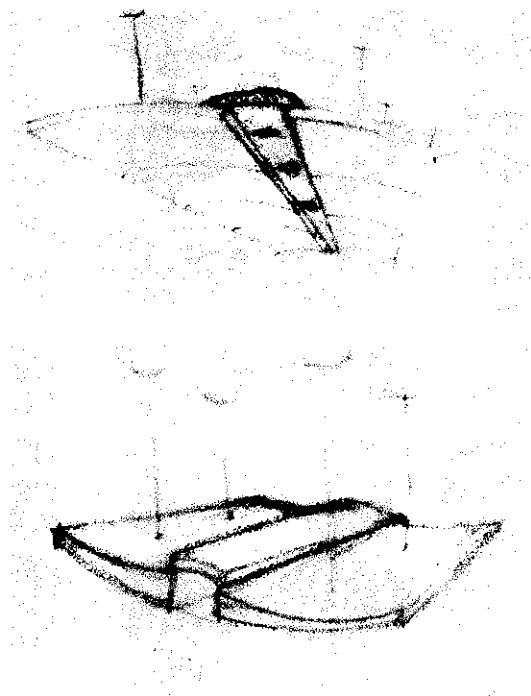
Cubiertas.-Alucobond y policarbonato.



Barandales.- Aluminio y acero.

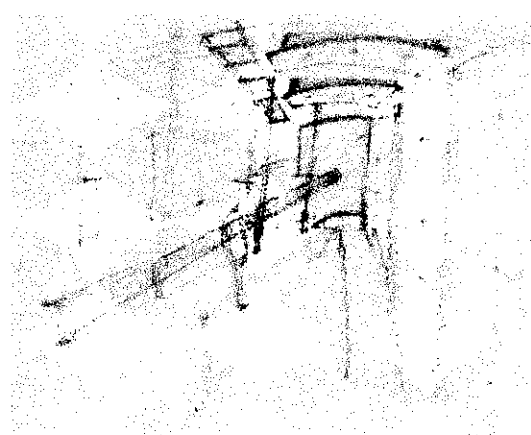


Falso plafón.- Plafones acústicos, suspensión "t".



Tragaluz.- Acrílico y aluminio.

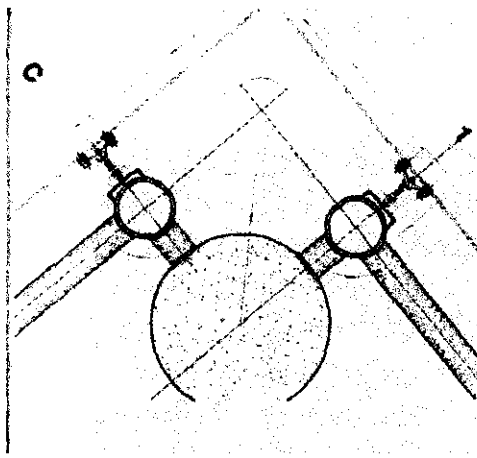
Ventanales.- Sistema de soporte puntual a base de paneles de cristal templado, que se sujeta por medio de arañas de aluminio y barras tensoras.



DETALLES CONSTRUCTIVOS

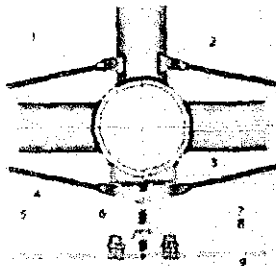
El sistema de soporte puntual, sujeta cada panel de manera independiente por medio de conectores arañas y barras tensoras que permiten la flexión del vidrio.

La araña puede ser de diferentes tamaños y materiales, ya sean de aluminio o de acero inoxidable.⁴²



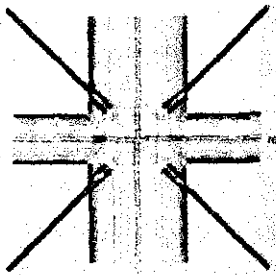
Anclaje

- 1.- Elemento Estructural tubo 12".
- 2.- Placa de Acero a-36 de 3/8".
- 3.- Canal Estructural de 8".
- 4.- Elemento Estructural tubo 6".
- 5.- Tensor barra redonda de 1/2" acero inoxidable.
- 6.- Placa doblada de acero a-36.
- 7.- Conector barra redonda de acero inoxidable.
- 8.- Herraje tipo anillo acilfer No. 3801/M/P.
- 9.- Cristal flotado templado de 1/2" Esp. Color verde.



Detalle de la cruz

- 10.- Dow Corning, Sellador Estructural (DC-795) de un componente color negro.

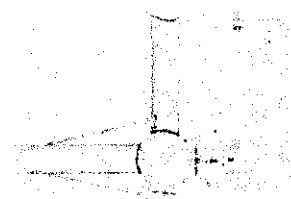


Especificaciones

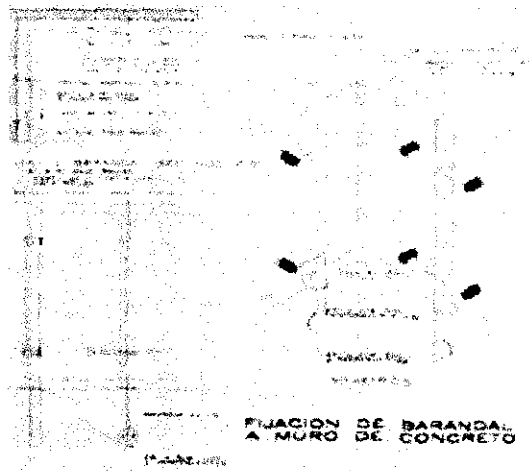
- 1.- Elemento Estructural tubo 12".
- 2.- Placa de Acero a-36 de 3/8".
- 3.- Canal Estructural de 8".
- 4.- Elemento Estructural tubo 6".
- 5.- Tensor barra redonda de 1/2" acero inoxidable.
- 6.- Placa doblada de acero a-36.
- 7.- Conector barra redonda de acero inoxidable.
- 8.- Herraje tipo anillo acilfer No. 3801/M/P.
- 9.- Cristal flotado templado de 1/2" Esp. Color verde.
- 11.- Perfilado de aluminio, canal de 1/2" x 1 1/2" en acabado anillo.
- 12.- Placa C-60, perfilado No. 8, 18" x 1/2" acero galvanizado (gal. 0.300 ms).
- 13, 14, 15.- Perfil de aluminio No. 12180 (Extrusión) Color negro.



- 1.- Elemento Estructural tubo 12".
- 2.- Canal Estructural de 8".
- 4.- Elemento Estructural tubo 6".
- 5.- Tensor barra redonda de 1/2" acero inoxidable.
- 6.- Placa doblada de acero a-36.
- 7.- Conector barra redonda de acero inoxidable.
- 8.- Herraje tipo anillo acilfer No. 3801/M/P.
- 9.- Cristal flotado templado de 1/2" Esp. Color verde.
- 10.- Dow Corning, Sellador Estructural.
- 16.- Tensor barra redonda 1/2" para tamaño de 5/16".
- 17.- Perfilado de aluminio No. 8372 (Aluminio) aleación 6063-T5, acabado anodizado, 18 micras.
- 18.- "Bachel Rod" 3/4" resguardado al índice, así de polietileno expandido con esp. impermeable.



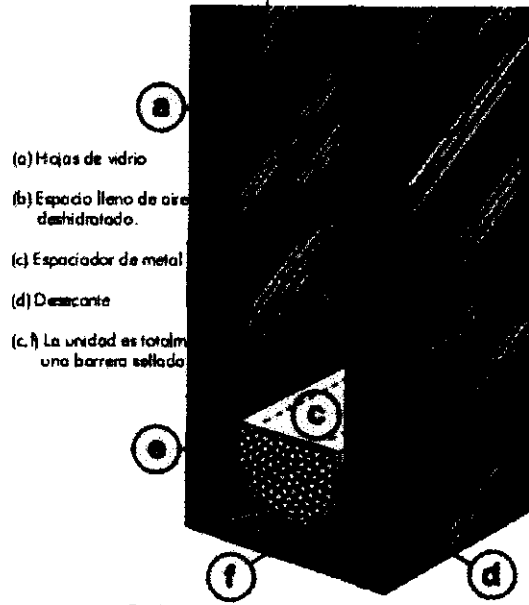
Detalle de barandal⁴³



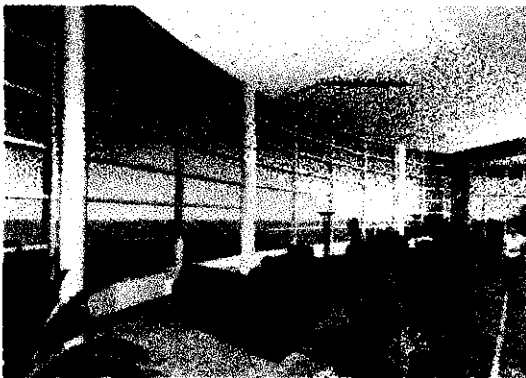
⁴² Revista ENLACE, No. 93, Pp.66, México 1999.

⁴³ Revista ENLACE, No. 93, Pp.66, México 1999.

Detalle cristal templado St. Gobain.



Detalle louvers de aluminio⁴⁵

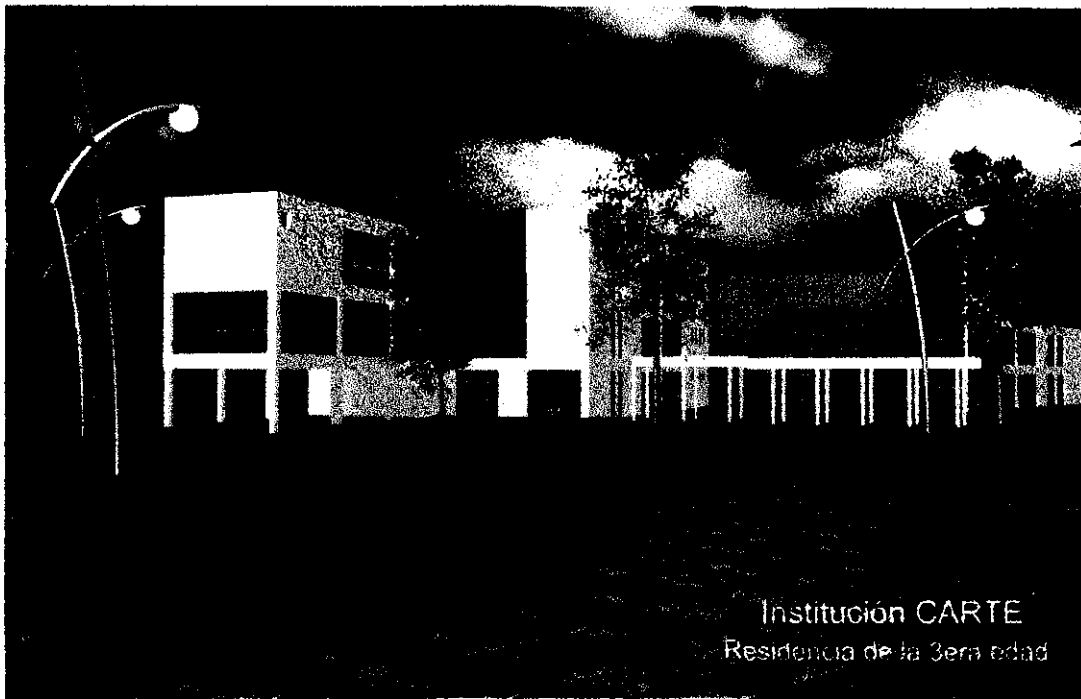


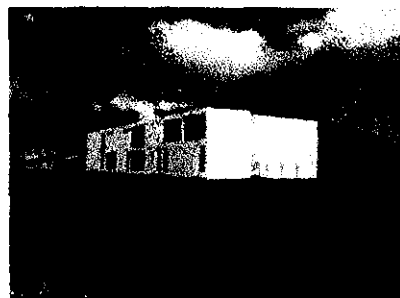
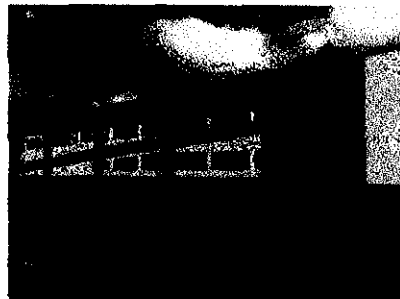
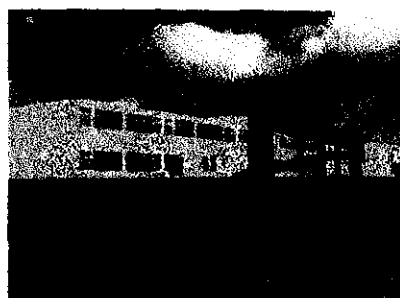
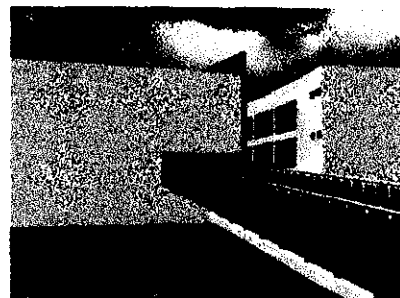
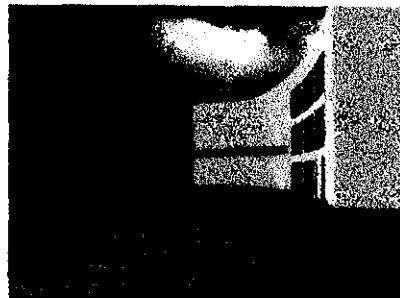
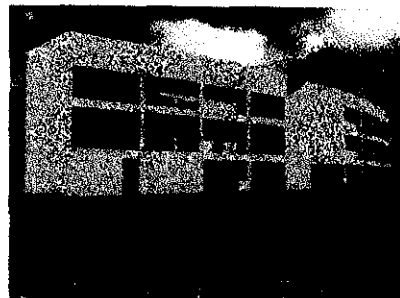
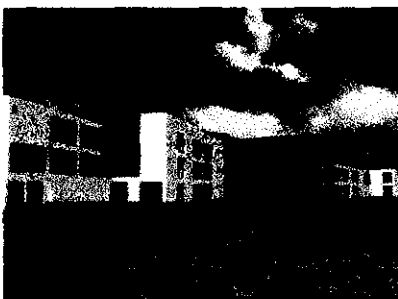
44

⁴⁴ Revista ENLACE, No. 113, Pp.121, México 2001.

⁴⁵ Revista ENLACE, No. 106, Pp.95, México 2000.









capítulo 9

Aspecto Económico

ASPECTO ECONOMICO

La Institución CARTE (Cuidado Alzheimer y Residencia para la Tercera Edad) es un programa social que presta servicio de asistencia a personas de la Tercera Edad.

La fuente de financiamiento de la Institución dependerá de fondos Gubernamentales y Privados, pues no existe un programa Nacional que ayude a solventar los costos de los servicios, aunque existen oficinas de asistencia a la vejez para financiarlos.

Las fundaciones privadas, han empezado a financiar programas de asistencia, cuyo objetivo es poner a prueba ideas específicas de estancia y asistencia, con las cuales se logre satisfacer las necesidades principales y beneficiar a las familias que así lo requieran. Por esto la participación comunitaria será activa para el desarrollo de la Institución.

La Institución CARTE está destinada a todos los estratos sociales. El pago por la asistencia en muchas ocasiones se eleva, dependiendo del tipo de cuidado que la persona requiera. Con esto, los recursos que obtendrá la Institución de las personas que sean atendidas deberá contar con un riguroso estudio socioeconómico para determinar el porcentaje del costo. En caso de contar con pensión, Seguro Social o ingresos adicionales se procederá de la misma forma.

PRESUPUESTO GENERAL DEL PROYECTO

Considerando la tipología de la edificación, se recomienda utilizar costos paramétricos; que son estimaciones no detalladas , utilizados como referencia únicamente, pues para la elaboración de un presupuesto detallado se requiere de la elaboración de un aproximado de 4000 conceptos, divididos en 250 a 300 partidas.

El costo por metro cuadrado de construcción nueva es de \$ 6500.00 pesos, incluye obra civil, electromecánica, instalaciones especiales, sensores de seguridad y una parte del mobiliario y equipo de salas de emergencia-quirófanos y otras áreas.⁴⁶

⁴⁶ Grupo Constructor Altamira. Arq. Arturo Roldan Gil, Supervisión de Obra Hospital de Traumatología y Ortopedia IMSS, Puebla.

INVERSIÓN TOTAL

CONCEPTO	M2	COSTO POR M2	COSTO
Terreno	74,700	800.00	59,760,000.00
Edificio Alzheimer	4,222.5	6,500.00	27,445,726.10
Edificio Tercera Edad	6,589.5	6,500.00	42,831,139.70
Cafetería	209.2	3,918.50	819,750.20
Caseta de vigilancia	208	3,918.50	815,048.00
Andadores, banquetas, circulaciones y estacionamiento.	15,339.3	1,000.00	15,339,270.00
Áreas verdes	48,131.8	300.00	14,439,540.00
TOTAL			\$161,450,474.00

INVERSIÓN POR ETAPAS

Primera etapa

CONCEPTO	M2	COSTO POR M2	COSTO
Terreno	74,700	800.00	59,760,000.00
Edificio Alzheimer	4,222.5	6,500.00	27,445,726.10
Caseta de vigilancia	208	3,918.50	815,048.00
Andadores, banquetas, circulaciones y estacionamiento.	15,339.3	1,000.00	15,339,270.00
TOTAL			\$103,360,044.10

Segunda etapa

CONCEPTO	M2	COSTO POR M2	COSTO
Edificio Tercera Edad	6,589.5	6,500.00	42,831,139.70
Cafetería	209.2	3,918.50	819,750.20
Áreas verdes	48,131.8	300.00	14,439,540.00
TOTAL			\$ 58,090,429.90

GLOSARIO

El presente glosario, es de apoyo didáctico para el conocimiento de términos médicos que en los textos se mencionan.

ALUCINACIÓN	Percepción alterada de la realidad de cualquiera de los sentidos Principalmente oído y vista.
AUTONOMÍA	Condición de la persona de no depender de otros para la realización de las actividades de la vida diaria.
AYUDAS	Elementos o instrumentos de apoyo para que la vida sea más sencilla.
COGNITIVO	Del pensamiento, razonamiento, asociado al conocimiento
COMUNICACIÓN NO VERBAL	Transmisión o intercambio de información sin necesidad de hablar, a través de otros sentidos, gestos, señas, posiciones del cuerpo, entre otras.
CUIDADOR	Persona que asume la responsabilidad de la atención, supervisión y vigilancia del enfermo. Familiar, amigo, o persona pagada para realizar esta actividad.
DEAMBULAR	Caminar, andar, moverse o desplazarse sin rumbo fijo u objetivo determinado (sin. Vagabundear).
DELIRIO	Ideas falsas sobre la realidad, que el paciente cree como totalmente ciertas.
DEMENCIA	Alteración de las funciones intelectuales como la memoria, el lenguaje y el juicio que impiden el razonamiento y afectan las actividades de la vida diaria.
DEPRESIÓN	Enfermedad que afecta a los neurotransmisores y el ánimo en general con una gran constelación de signos y síntomas que afectan severamente la calidad de vida.
DESORIENTACIÓN	Estado en el cual la persona pierde la noción de lugar y tiempo.



DIAGNÓSTICO

Proceso por el cual se identifica la enfermedad, de acuerdo con los síntomas y signos que presenta una persona, puede ser desde hablar con un médico, hacer exámenes físicos y de laboratorio hasta estudios especiales.

En el caso específico del Alzheimer es la exclusión de otras causas que mimetizan los síntomas.

ESTRÉS

Estado de excitación, alteración, tensión, angustia. Se acompaña de reacciones fisiológicas y emocionales, es provocado por situaciones donde nos sentimos en conflicto o amenaza.

GERIATRA

Médico especializado en medicina interna, dedicado a las enfermedades características de las personas adultas mayores.

GERICULTISTA

Técnica encargada de la supervisión de las actividades de la vida diaria de las personas adultas mayores, se encuentra capacitada para seguir las indicaciones médicas y de rehabilitación.

GRUPO DE APOYO O AUTOAYUDA

Es un foro en donde individuos que comparten un problema o situación similar ventilan emociones y sentimientos e intercambian experiencias y se brindan apoyo mutuo.

INCONTINENCIA

Salida involuntaria de orina y materia fecal.

LENGUAJE CORPORAL

Gestos, señas, movimientos de cualquier parte de su cuerpo para transmitir una idea, mensaje o pensamiento.

LUCIDEZ

Claridad en el pensamiento. Mentalmente se tiene claridad y se entiende la realidad.

MEMORIA

Es el almacenamiento de información, a partir de su recepción a través de los sentidos. Capacidad para recordar hechos, situaciones y personas.

MORBILIDAD

Proporción de enfermos en lugar y tiempo determinados.



NEURÓLOGO	Médico especializado en la atención de enfermedades del sistema nervioso.
PENSAMIENTO	Formar y ordenar en la mente ideas y conceptos, a través del procesamiento y recuperación de información contenida en la memoria.
PERSONAS ADULTAS MAYORES	Hombre o mujer de 60 años y más
POSTMORTEM	Después de la muerte
POSTRADO	Incapacidad para moverse y realizar actividades de la vida diaria por sí mismo.
PRUEBAS NEUROPSICOLÓGICAS	Serie de pruebas que consisten en preguntas y ejercicios para evaluar las funciones intelectuales.
PSICOGERIATRA	Profesional especializado en el estudio y tratamiento del comportamiento y de los procesos mentales de las personas adultas mayores.
PSICÓLOGO	Profesional especializado en el estudio y tratamiento del comportamiento.
PSICOTERAPEUTA	Profesional especializado en el uso de técnicas psicológicas para tratar trastornos de la personalidad y el comportamiento.
PSIQUIATRA	Médico especializado en enfermedades mentales.
SIGNO	Sensación o manifestación objetiva de enfermedad.
SÍNDROME	Conjunto de signos y síntomas que corren juntos, independientemente de su causa.
SÍNTOMA	Manifestación subjetiva de enfermedad.
TENDINOSO	Dícese de lo que tiene muchos tendones.



BIBLIOGRAFIA

TESIS

- AGUILERA Tello, José Sergio La Función Arquitectónica Y Los Discapacitados T Ar Agu 1994 C. I
- ANDRADE Garcia, Jaime A Unidad Regional Para La Integración Social T Ar And 1987
- BERTTOLINI Abrel, Marianela la Arquitectura Y Su Función Social.
- BRAVO Gott, Illiana Trabajo Terminal: Casa Hogar Para El Jubilado Y Pensionado.
- DIAZ Del Valle, Porfirio A. Jaimes Echanove, Víctor R. Psicología De Los Espacios Te 720 Dia 1998
- HERNÁNDEZ Rojo, Juan Ramón. La Arquitectura en el Orden Natural. TE. 720 HER. 1987.
- MARQUEZ Murad, Juan Manuel Hospital Psiquiátrico T Ar Mar 1985
- MARTINEZ, Barroso Ana Lilia. Evaluación de la depresión senil en población aislada. Fundación Gabriel Pastor. Pue., Méx. Facultad de Medicina. UPAEP. 1999.
- MONSALVO Sánchez, Angélica Rehabilitación De Los Albergues Tlamacas Y Vicente Guerrero T Ar Mon 1994
- OLEA Ayala Elizabeth Albergues Infantiles Para La Protección De La Niñez Desamp T Ar Ole 1993 C. I
- REBOLLEDO Pérez, Gloria. El minusválido y las Barreras Arquitectónicas. Pp. 4, 43-58, 60-66. TE 720.42 REB. 1991
- RENDON Samz, Maria De Lourdes Hospital Pediátrico T Ar Ren
- REYNAL Nava Ana Liavera Ortiz, Ma. Guadalupe La Idea Hecha Trazo Te 729 Rey 1998.
- RISSO Villar, Nadia Criterios Técnicos De Diseño Urbano Para Invidentes T Ar Ris 1996 C. I
- RIVIELLO Zenteno, Angélica Arquitectura Humana Hacia Un Orden Valorativo De La Arquitectura T Ar Riv 1994



- SALVATORI Galezzi, Lourdes Centro De Enseñanza De Artes Y Oficios T Ar Sal.
- SOLIS Calles, Oscar Casa Hogar Para Menores De Edad Abandonados, Con Discapacidad Mental. Te 725,53 Sdl 1997
- VEGA Ortiz, Maria Verónica Centro Social Cultural Y Religioso T Ar Veg 1982
- VILLA Ávila, Norma E Clínica Hospital Atlixco Puebla T Ar Vil

LIBROS

- ADSUAR Joaquín La Tercera Edad: La Comprensión De Sus Problemas Y Auxilios Prácticos Para Los Ancianos Trad. Mexico 1983 253 Pp.
- CAUDRI, Claudio de. Carlos Lohle El Hombre A Través De La Arquitectura Buenos Aires Argentina 1967 103 Pp.
- CLEGHORN, John M./Betty Lou Lee. Enfermedades Mentales. Edit. El manual moderno, S.A. de C. V. México, DF. 1993. 184 Pp.
- DE MIGUEL y Amalia. La tercera edad. Cuadernos ABC. Edit. Católica, Madrid 1979.
- ERLINKAMPER Iris Viviendas Para La Tercera Edad: Hogares Residenciales Trad. Barcelona 1977 130 Pp.
- GARCIA, Hilda, 1995. "Sistemas de soporte a la vejez: apoyos formales e informales en el área metropolitana de Monterrey". Ponencia presentada en la V Reunión Nacional sobre Investigación Demográfica en México. Sociedad Mexicana de Demografía. México, DF.
- GUTIÉRREZ, Luis M., "Aspectos preventivos del adulto mayor". Ponencia presentada en el Seminario Sobre Envejecimiento Sociodemográfico en México. Sociedad Mexicana de Demografía, México, DF. 1993.
- HARRISON. Principios de Medicina Interna. Edit. Mc Graw Hill, 7ª edición. México 1983. Tomo 1. Pp. 555-564, Tomo 2. Pp. 2450-2454.
- HEINZ Woltereck. La vejez, segunda vida del hombre. Breviarios del Fondo de Cultura Económica. México 1962. Pp. 230.
- JUDGE, M.B.O. Medicación Del Paciente Geriátrico Ediciones P.L.M.S.A. 1981 568 Pp.



- KASTENBAUM, Robert Vejez Años De Plenitud Ed. Harta Mexico 1980 128 Pp.
- LABRYGA, Franz Instalaciones Sanitarias Modernas Centros De Rehabilitación Trad. Teixidor Y Albardane Gustavo Gilli Tercera Edición Barcelona 1981 143pp.
- LAURENCE, C. Kolb, Psiquiatría Clínica Moderna. Edit. Prensa Médica Moderna, 9a Edición 1985.
- MASSON. Valor De La Función Muscular Normal Y Patológica Barcelona 1984 508 Pp.
- MACE L. Nancy. Cuando el día tiene 36 horas. Edit. Pax México. México 1997. Pág.: 186-188, 276-279.
- MURRAY, Christopher & Alan D. López. The Global Burden of Disease. Harvard School of Public Health. Cambridge. 1996.
- Normas De Proyectar De Arquitectura. Imss Solidaridad Mexico 1993 Tomo V.
- Organización Panamericana De La Salud Hipertensión Arterial Como Problema De Salud Comunitario Washington D.C. 1984 71 Pp.
- PEREZ, Sosa Artemio. Enfermería y Patología Psiquiátricas. Edit. Trillas 1989. Pp. 28-30
- ROSENTHAL, Caroline, J. Sulman and V. W. Marshall, "Depressive symptoms in Family Care Givers of Long-Stay Patients".. The Gerontologist, Vol. 33, No.2. The Gerontological Society of America. 1993.
- SCHOLZ, Manfred Edificios Para Minusválidos: Residencias, Centros Para Rehabilitación Trad. Ana M. Schmidt Barcelona 1980 130 Pp.
- TRATADO DE MEDICINA DE CECIL. Edit. Interamericana. México 1987. Décimo séptima edición. Tomo I. Pp. 17-40, Tomo II Pp. 2201
- TRANSTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO, Décima edición de la clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 10 OMS, Edit. Mentor, 1994.
- VILLAGRAN Garcia José Teoría De La Arquitectura UNAM México 1988 530 pp.-



REVISTAS

- Casa Para Ancianos "Obras" México No. 223 Julio 1991
- COPERIAS. M. Enrique. Cuando la memoria Falla. Muy Interesante. Año XI. No.4 ISSN0188-0659. México 1993. Pp.5-11
- P.J. Blumenthal, Porque Nos Falla La Memoria. Revista Muy Interesante Año VIII Num. 10
- OSORIO Elsa G "De Los Derechos Humanos De La Tercera Edad" Revista Cedeh No. 16.
- Revista ENLACE, No. 93,106,113. México 1999.

FOTOGRAFÍAS

- NATIONAL GEOGRAPHIC SOCIETY, The sense of sight. Vol. 182, no. 5. Washington D.C. November 1992. Pp. 114
Photographs by Maria Stenzel .
- NATIONAL GEOGRAPHIC SOCIETY, Gray Reef Sharks. Vol. 187, no. 1. Washington D.C. January 1995. Pp.99
Photographs by Bob Sacha .
- NATIONAL GEOGRAPHIC SOCIETY, Hawaii's Vanishing Species. Vol. 188, no. 3. Washington D.C. September 1995. Pp.63
Photographs by William Albert Allard .
- NATIONAL GEOGRAPHIC SOCIETY, Emperors of the ice. Vol. 189, no. 3. March 1996. Pp.12, 13, 89, 134
Photographs by Reza, Melissa Farlow, Sarah Leen .
- NATIONAL GEOGRAPHIC SOCIETY, Quiet miracles of the brain. Vol. 187, no. 6. Washington D.C. June 1995. Pp.3, 5,12,14, 15, 24, 41, 56
Photographs by Joe McNally and Sisse Brimberg .
- NATIONAL GEOGRAPHIC SOCIETY, The viny flies again. Vol. 187, no. 5. Washington D.C. May 1995. Pp. 88
Photographs by Maggie Steber .
- NATIONAL GEOGRAPHIC SOCIETY, Emerging Mexico a special issue. Vol. 190, no. 2. Washington D.C. August 1996. Pp.22
Photographs by David Alan Harvey .
- NATIONAL GEOGRAPHIC SOCIETY, Genghis Khan. Vol. 190, no. 6. Washington D.C. December 1996. Pp.106, 111
Photographs by Gerd Ludwig .
- NATIONAL GEOGRAPHIC SOCIETY, Storming the tower. Vol. 189, no. 4. Washington D.C. April 1996. Pp.1, 69, 71, 131
Photographs by Both Prit Vesilind; Peter Essick, Susie Post.



- NATIONAL GEOGRAPHIC SOCIETY, Exploiting the Ocean's Bounty Diminishing Returns. Vol. 188, no. 5. Washington D.C. November 1995. Pp. 80. Photographs by Joanna B. Pinneo.

FOLLETOS

- FLEMING , Richard. Beyond Words. Emotional Responses as Quality Indicators in Dementia Care. Department of Health and age Care. Australia 1999. pp. 13.
- COMMONWEALTH Department. Documentation and Accountability Manual and the Residential Care Manual. November first 1998. Health and Family services. Resident Classification Scale. pp. 2
- HUXTABLE, LL.B Ester and Michael Huxtable AFAHRI. The Duty of Care in Residential Aged Care Facilities. A guide to the Legal and Practical Issues and Requirements. Royal's Nursing Facility. Published by Workforce publishing and management Henley Beach Australia. May 1999.
- ELLIS and Associates. For NSW Health. Training and Information About Infection Control. Resources Kit. September 1996.
- ROYAL'S Nursing Facility. Orientation. Package. 1998
- ROYAL'S Nursing Facility. Resident/Relative Handbook.. November 8th 1999.
- ROYAL'S Nursing Facility. Management of Antisocial Behaviour. Created November 16th 1998. Revision 2000.
- ROYAL'S Nursing Facility. Position Description and Statement no. 1 and 2. March 11th 1999.
- ROYAL'S Nursing Facility. Staff Handbook. November 8th 1999.
- Manual de Atención La Enfermedad de Alzheimer. Recomendaciones para un cuidado de calidad. Gobierno del DF., Secretaría de Desarrollo Social. Primera edición. 1999. Pp. 5 a 41.
- Alzheimer's Disease International. Planning and design guide for community- based day care centers. London. August 1999.



PROGRAMAS Y REGLAMENTOS

- Ambiente Laboral De La Secretaria Del Trabajo Y Previsión Social
- Censos Económicos. XIV Censo Industrial, XVI Censo Comercial y XVI Censo Económico. Edición 1994. Puebla.
- Cuaderno Estadístico Municipal. Atlixco. Estado de Puebla. Edición 1994. INEGI.
- Estadísticas Censo General De Población Y Vivienda. 1996 INEGI - Ley Del Seguro Social Instituto Mexicano Del Seguro Social México 1995.
- Ley Federal De Trabajo De Pac.Mexico 1994
- Normas Oficiales Mexicanas En Seguridad, Higiene Y Medio Programa De Desarrollo Urbano De La Ciudad De Puebla, H. Ayuntamiento De Puebla, Dirección General De Desarrollo Urbano Y Ecología. Segunda Edición Tomo Uno Y Dos 1994
- Reglamento Interno De La Asociación De Jubilados, Pensionados Y Tercera Edad Funciones.
- Reglamento De Construcción. Para El Municipio De Puebla México 1996.

INTERNET

- www.rionline.net
- www.alleyingram.com
- www.mgconecta.com.br
- www.cergas.uni-bosconi.it
- www.iapep.pue.gob.mx
- www.cosapidata.com.pe
- www.villazul.com.mx
- www.geocities.com
- www.hespanol.com
- www.CONAPO.gob.mx
- www.Alzla.org
- www.sliders.com.mx

