



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ARQUITECTURA

**UNIDAD DE CONVIVENCIA GERIÁTRICA**

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**ARQUITECTO**

PRESENTA:

**BELTRÁN ECHEVARRIA, EVA PATRICIA**

ASESOR: CALDERÓN CABRERA, JOSÉ LUIS

Ciudad Universitaria, México, D.F

1989



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

209 37

FACULTAD DE ARQUITECTURA  
U.N.A.M.

UNIDAD DE CONVIVENCIA  
GERIATRICA.  
MEXICO D.F.

JURADO

ARQ. JOSE LUIS CALDERON C.  
ARQ. JORGE ALCOCER G.  
ARQ. RAUL VICENT J.

TESIS CON  
FOLIA DE ORIGEN

EVA. P. BELTRAN ECHEVARRIA.  
7102536-0 1989

## 1. introduccion

La vejez como proceso biológico irreversible, se caracteriza por la manifestación de cambios psicofisiológicos, que son resultado de la acción ejercida por factores intrínsecos y extrínsecos sobre el individuo, acelerando o retrasando su aparición según sea el grado de influencia.

En México la estructura y organización de culturas, como la maya y azteca, propició y fomentó la aceptación y respeto hacia el anciano. Entre los aztecas el individuo en edad avanzada (huehuetque), después de haber sobrevivido a guerras y enfermedades, era objeto de gran aceptación y su presencia era importante en toda ceremonia familiar, religiosa y política. Como ejemplo de su participación en la vida familiar a las ancianas (cihuatlante) les correspondía el derecho a pedir la mano de la mujer previamente elegida por los padres del joven, para esposa de éste; además de presentarse ante ella, después de aceptar la petición para saludarla en términos altamente significativos.

De hecho en sus últimos años el anciano disfrutaba de una vida apacible y llena de honores. Si había servido al Estado, recibía comida y alojamiento en calidad de retirado, y en general su status era tal entre los aztecas, que aun el macehualli (clase más baja dentro de la estructura social y política), cuando llegaba a la ancianidad, tomaba parte en los consejos del barrio que habitaba y sus discursos, consejos, amonestaciones o advertencias eran escuchados y tomados en cuenta.

De la civilización maya se tienen testimonios de que el respeto y la aceptación del anciano era bien inculcado entre los jóvenes; el senecto, al igual que en la cultura azteca, tenía gran importancia en ceremonias y ritos.

En otras culturas, la representatividad del anciano también alcanzó sus máximas expresiones: en Israel, 72 ancianos formaban parte del Sanedrín (tribunal que tenía por objeto juzgar los asuntos de Estado); en Roma, el poder del senado (del latín senatus, senex, anciano) era equivalente al del César; en Mesoamérica, cada vez que un joven ascendía al trono era necesario formar un Consejo de Ancianos para guiarlo, y finalmente con relación a las grandes religiones, los jerarcas de cada uno de ellas son personas de edad avanzada; también dentro de la Iglesia católica, la designación de los sacerdotes como presbíteros, es distintivo de sabiduría, en tanto que

presbiterio se deriva de la palabra griega presbyteros que significa "mas viejo".

A raíz de la revolución industrial, las máquinas propiciaron el desplazamiento de obreros, sobre todo, los de mayor edad, y se le dió más importancia a la acumulación de recursos y dinero. Con esta evolución de la sociedad hacia niveles industriales y económicos mas complejos la escala de valores humanos, que durante mucho tiempo sirvió de base a su comportamiento ha sufrido modificaciones esenciales que la condujeron no solo a esquivar su responsabilidad ante el grupo de individuos de edad avanzada, que como resultado del avance de la ciencia se incrementa progresivamente, sino también a generado actitudes de rechazo, marginación y abuso.

En nuestra época no se estima la valía de un individuo, sino su productividad económica, dando por resultado una serie de situaciones que originan que él mismo se retire de sus actividades y nada hay más devastador para el propio respeto y orgullo del hombre, que encontrarse compelido él mismo a retirarse de la parte activa por el respeto de la vida. Con rapidez empieza a crecer el sentido de inutilidad y la obsesión de enfrascarse en el pasado; el cambio brusco de los hábitos y motivos que lo han mantenido activo por la recompensa material y espiritual del trabajo, puede transformar a un excelente profesionalista, técnico, comerciante, etc; en un hipocondríaco viejo en unas cuantas meses.

Uno de los secretos de vivir hasta una edad prolongada sin decaimiento mental reside en el trabajo y la relación afectiva con los demás seres ( familiares, amigos etc.) viviendo comunicado y compartiendo los problemas, así se da un sentido de inmortalidad en la acción, aunque el fin llegue al día siguiente.

La vida tiene varias etapas y la senectud es la más difícil, no solo por la declinación del vigor físico y mental, sino principalmente por la soledad y las barreras que impone. El ser humano se aferra a la vida hasta los últimos instantes y bajo todas las circunstancias, es el arraigo a la tierra, las profundas raíces con la vida y el deseo de seguir adelante a pesar de todo, lo que mantiene el palpitar de la existencia humana.

## 2. antecedentes

Los antecedentes inmediatos del servicio público de asistencia los encontramos desde el Decreto de febrero de 1961, por el que se creó la Dirección General de Fondo de Beneficencia, que -- contaba con facultades plenas para manejar los hospicios y otros establecimientos de beneficencia del Gobierno de la Unión. Al año siguiente, por Decreto del 30 de agosto de 1962, se instituyó la Dirección General de Beneficencia Pública, que introdujo como característica innovadora el que los establecimientos de caridad quedaran a cargo de los ayuntamientos; facultad que en 1967 retomó la Dirección mencionada. Por otro lado se fueron creando paulatinamente casas de -- asistencia, específicamente, para atender ancianos por parte de instituciones privadas (patronatos que brindaban sus servicios altruistamente).

Ya en el período postrevolucionario, al movimiento social surgido en México en el años de -- 1910- esto es, una vez promulgada la Constitución Política de 1917 que actualmente nos rige-, y por Decreto del 16 de julio de 1924, se instituyó la Junta Directiva de la Beneficencia Pública del Distrito Federal, con la totalidad de atribuciones con que contaba la ya citada Dirección-- General de Beneficencia Pública.

Este organismo funcionó hasta la expedición del Decreto del 31 de Diciembre de 1931 en el -- que se publicó la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado que, a su vez, instituyó la Secretaría de Asistencia Pública, la cual en 1942, al fusionarse con el Departamento de Salubridad se constituyó, desde entonces, en la Secretaría de Salubridad y Asistencia, con facultades -- propias en materia de salud y servicios asistenciales a la población.

Posteriormente se promulgó la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, el 29 de -- diciembre de 1976, actualmente vigente, y que en su artículo 39 establece las facultades genéricas de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Por Decreto del 22 de agosto de 1979 y con la calidad de organismo descentralizado, el Ejecutivo Federal creó el Instituto Nacional de la Senectud, con la finalidad de responsabilizarlo -- de la protección, ayuda, atención, y orientación de la población senescente, como acciones asistenciales del Gobierno Federal, y éste mismo coordinando y vigilando a la vez las actividades que realizan las instituciones privadas relacionadas con la asistencia del anciano.

## I. justificación del tema

Población Mexicana mayor de 60 años	4'142,916
Población Mexicana mayor de 60 años en el D.F.	575,288
Población Mexicana mayor de 60 años inactivos	1'971,137
Población Mexicana mayor de 60 años inactivos en el D.F.	390,835
Esperanza de vida al nacimiento en México:	
a) en 1930	36.9
b) en 1980	66.6
c) en 2000	70.8
Proyección de la población total mexicana y tasas de crecimiento:	
a) en 1980	2.7 %
b) en 1988	1.8 %
c) en 2000	1.4 %

México ha tenido una alta tasa de natalidad que ha traído como consecuencia, que la mayoría de la población sea relativamente joven, sin embargo por los avances de la geriatría, los beneficios de la seguridad y la asistencia social, la esperanza de vida para la población se ha visto en aumento, si se toma en consideración que en 1930 el promedio de vida era de 36 años, en 1980 fué de 66 y se espera que para el año 2000 sea un promedio de 70 años.

Actualmente los grupos menores de edad son los que vienen dominando, pero conforme pasan los años y siga operando una disminución en la tasa de natalidad los grupos mayores de 60 años se incrementaran, por lo que es necesario, prepararnos para atender a los ancianos, darles mejores niveles de vida e incorporarlos a la vida productiva del país.

El escaso o nulo conocimiento que se tiene sobre las características físicas, psicológicas y sociales de los ancianos, impide comprender en su magnitud real la marginación en que viven y el sentimiento de inutilidad, de angustia, que comúnmente se desarrolla en ellos, convirtiéndolos en sujetos vulnerables a las actitudes de rechazo emitidas por las personas que conforman su entorno familiar y social.

Los principales trastornos de personalidad que se manifiestan en los ancianos, son ocasionados por su aislamiento de la sociedad, pues les genera un sentimiento de soledad con consecuencias afectivo-emocionales, que los deja desprotegidos, desvalidos y sin apoyo ante los embates

de la vida.

El proceso natural del envejecimiento, en las actuales circunstancias socioculturales, constituye una experiencia amarga para el anciano, en virtud del exclusivo valor simbólico que se le ha conferido, pues ahora para la sociedad ser viejo representa una disminución de la posibilidad para obtener satisfacciones corporales, psicológicas, sociales y económicas.

Dentro de la problemática de este sector poblacional, primordial lugar guarda la precaria -- situación económica de una mayoría; por un lado, debido a la desempañión o por la marginación -- de que son objeto dentro del sistema de producción y por otro, a que el monto de las pensiones -- derivadas de los sistemas de seguridad social son cada vez más insuficientes para que puedan -- vivir decorosamente con ellas, pues han dejado de tener paridad con el incremento en el costo -- de la vida.

El progresivo deterioro de la salud que se observa en los ancianos se hace más evidente en -- sus alteraciones cardiovasculares, mentales, odontológicas, digestivas, auditivas, visuales, etc que necesitan ser atendidas a través de servicios públicos y privados, especializados con los que -- actualmente no se cuenta salvo de manera incipiente.

Es una realidad que un número considerable de ancianos son objeto de atropellos por gente -- que sin importarle su condición los despojan de sus pocos bienes o ingresos con que cuenta para -- garantizar su existencia, dejándoles en el total desamparo y sujetos a los beneficios de las -- acciones asistenciales del gobierno o de grupos privados con fines altruistas.

Otro grupo mucho más desvalido es el de los ancianos indigentes, cuyas condiciones de vida -- son inhumanas, ya sea por la ausencia o rechazo de una familia que les proporcione los satis -- factores indispensables, o porque ésta tiene recursos tan limitados que no le permiten satisfacer sus necesidades más elementales, quedando dependientes a las acciones de tipo asistencial -- que normalmente son insuficientes para cubrir las demandas por ellos generadas.

Por la influencia de las condiciones avanzadas, los ancianos, paralelamente a la disminución -- de sus capacidades físicas han visto también afectado su status familiar y social, dada la ca -- rrencia mas o menos generalizada, de que a cierta edad el hombre se convierte en un estorbo o --

carga, ya sea por la inutilidad de su existencia o por su desplazamiento del sistema de producción.

Cabe señalar, de manera especial el caso de los ancianos económicamente activos, que sufren la desvinculación de su actividad a cierta edad, por los actuales sistemas de seguridad social, que violentamente los hacen pasar de un estado independiente a otro de dependencia para el que no se encuentra preparado, ocasionándoles alteraciones psicósomáticas que tienden a agravarse ante estímulos negativos externos como son las actitudes dictadas, por la ignorancia, la irresponsabilidad y el abuso.

Ante esta problemática es responsabilidad de la familia y de la sociedad, modificar las condiciones en que viven los ancianos, mediante una interacción de esfuerzos, tanto del propio senecto al que es necesario ayudar a preparar para que acepte las limitaciones impuestas --- por la naturaleza y aprenda a vivir acorde a ellas, como el de las personas que integran su ámbito familiar, en un intento por reintegrarle la seguridad y el valor de autoestimación perdido, a través del respeto, cariño, protección de lo que es merecedor por su valor intrínseco y en la participación del Estado, como principal promotor de este cambio, por medio de la implementación de programas efectivos que conduzcan al anciano al goce de una vida plena de esperanza.

En respuesta a todo lo anterior se han creado políticas gubernamentales que básicamente consisten, en la organización y ejecución de programas asistenciales basados en el conocimiento y en las necesidades especiales generadas por un grupo minoritario de este sector.

Como lineamientos generales de estos programas son:

- a) Impulsar el establecimiento de protocolos de investigación, cuyos resultados aumenten los conocimientos sobre las características de la población senecta; de sus problemas, causas y repercusiones, con objeto de que los planes de acción formulados por la atención y prevención de los mismos sean congruentes con la realidad observada.
- b) Implementar programas de educación permanente, dirigidos a todos los grupos de población con la finalidad de propagar el conocimiento y consecuencias del proceso de envejecimiento de las posibilidades que ofrece la vejez, de los valores que representa, de su problemática integral y de la aportación que las personas de edad avanzada pueden dar gracias a su amplia experiencia y serenidad de juicio para asesorar y aconsejar.
- c) Establecer los estudios de postgrado en geriatría y gerontología con el apoyo de las universidades del país.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

- d) Establecer Centros de Protección administrados y operados por personas mayores de 60 años, acordes a sus características físicas y mentales, con el financiamiento (recuperable) de los sectores públicos y privados que permitan fortalecer su capacidad de autosuficiencia económica.
- e) Promover la incorporación de jubilados y retirados en los programas de capacitación que - con carácter obligatorio, deben impartir los patronos y en donde los ancianos puedan realizar, como actividad remunerada, labores de Evaluación del Desempeño Laboral, Diagnóstico, Planeación e Instrucción, aprovechando de esta manera los conocimientos adquiridos durante su trayectoria laboral.
- f) Promover ante las autoridades estatales y municipales, así como entre los sectores económicamente fuertes, la creación de establecimientos en donde dar asistencia integral a las personas mayores de 60 años, que no tengan medios económicos para procurarse alojamiento y satisfacer sus necesidades más apremiantes, con la modalidad de proporcionarles dentro de ellos técnicas de apoyo que les permitan la solución de su problemática emocional, familiar y social.
- g) Procurar al anciano asistencia médica especializada, ya sea mediante la creación de servicios específicos dentro de los actuales centros hospitalarios del sector público o la promoción del establecimiento de clínicas especializadas de geriatría.
- h) Propiciar la organización y participación de los ancianos en actividades recreativas realizadas en centros recreativos, culturales, clubes, etc. con la finalidad de mantenerlos incorporados a la sociedad mediante la utilización de la infraestructura existente para el desarrollo del turismo sociocultural.
- i) Establecer de manera permanente servicios de asesoría jurídica para atender, asesorar, y orientar en sus derechos y obligaciones a las personas mayores de 60 años. Implantar un proceso constante de investigación jurídica, que tenga por objeto proponer las reformas a las leyes que mejoren la protección jurídica al anciano.
- j) Establecer un programa de coordinación que norme las actividades de las instituciones privadas de asistencia al anciano, con la finalidad de optimizar los recursos con que cada uno de ellos cuenta, sin que esta actividad signifique intervenir en las cuestiones meramente administrativas, sino con la finalidad de apoyarlas y asesorarlas para lograr un mejor servicio.

## 4. proyecto arquitectonico

### 4.a. PROGRAMA ARQUITECTONICO

1.- AREA DE TALLERES	650,00 M2
1.A.- Taller de pintura	
1.B.- Taller de florería	
1.C.- Taller de horticultura	
1.D.- Taller de macramé y telares	
1.E.- Taller de juguetería	
1.F.- Taller de reparación de aparatos electrodomésticos	
1.G.- Sala de maestros	
1.H.- Area de promotor	
1.I.- Area de trabajo social	
1.J.- Vestíbulo	
1.K.- Bodegas	
1.L.- Sanitario hombres	
1.M.- Sanitario mujeres	
2.- AREA SOCIAL	396,00 M2.
2.A.- Area de exposiciones eventuales	
2.B.- Sala de usos múltiples	
2.C.- Cafetería	
2.D.- Area de estar general	
2.E.- Area de visitas	
2.F.- Vestíbulo	
2.G.- Bodega	
2.H.- Sanitarios hombres	
2.I.- Sanitarios mujeres.	
3.- AREA DE SERVICIOS MEDICOS	200,00 M2.
3.A.- Area de espera	
3.B.- Area de control	

3.C.- Consultorio de consulta externa	
3.D.- Consultorio de oculista	
3.E.- Consultorio de dentista	
3.F.- Area de curaciones	
3.G.- Cuarto de encamados hombres	
3.H.- Cuarto de encamados mujeres	
3.I.- Cuarto de enfermera	
3.J.- Area de descanso enfermos	
3.K.- Cuarto de limpieza	
3.L.- Baño hombres	
3.M.- Baño mujeres	
<b>4.-AREA DE GOBIERNO</b>	<b>120,00 M2.</b>
4.A.- Oficina de dirección	
4.B.- Area de contador	
4.C.- Area de administrador	
4.D.- Area de secretarias	
4.E.- Sala de juntas	
4.F.- Area de recepción	
4.G.- Vestíbulo	
4.H.- Area de archivo	
4.I.- Sanitarios	
<b>5.-AREA DE CAPILLA</b>	<b>200,00 M2.</b>
5.A.- Area de fieles	
5.B.- Presbiterio	
5.C.- Capilla penitencial	
5.D.- Sacristia	
5.E.- Sanitario	
<b>6.-AREA DE DORMITORIOS PARA HOMBRES</b>	<b>800,00 M2.</b>
6.A.- Dormitorios (24 pers.)	
6.B.- Dormitorio geriatras (2 pers.)	
6.C.- Area de control	
6.D.- Area de estar	
6.E.- Area de juegos	

- 6.F.- Sala de televisión
- 6.G.- Cocineta
- 6.H.- Cuarto de limpieza
- 6.I.- Area de almacén y ropería
- 6.J.- Baño compartido (2 pers.)
- 6.K.- Area de regaderas comunes

7.- AREA DE DORMITORIOS PARA MUJERES

800,00 M2.

- 7.A.- Dormitorios (24 pers.)
- 7.B.- Dormitorio geriatricas (2 pers.)
- 7.C.- Area de control
- 7.D.- Area de estar
- 7.E.- Area de juegos
- 7.F.- Sala de televisión
- 7.G.- Cocineta
- 7.H.- Cuarto de limpieza
- 7.I.- Area de almacén y ropería
- 7.J.- Baño compartido (2 pers.)
- 7.K.- Area de regaderas comunes

8.- AREA DE SERVICIOS GENERALES

650,00 M2.

- 8.A.- Comedor para internos
- 8.B.- Comedor para empleados
- 8.C.- Cocina
- 8.D.- Area de alacena
- 8.E.- Lavandería
- 8.F.- Planchadería
- 8.G.- Area de almacén general
- 8.H.- Talle de mantenimiento
- 8.I.- Cuarto de máquinas
- 8.J.- Area de subestación
- 8.K.- Cuarto de conserje
- 8.L.- Sanitarios empleados hombres
- 8.M.- Sanitarios empleados mujeres
- 8.N.- Patio de maniobras

9.- AREAS EXTERIORES

10,300.00 M2.

9.A.- Area de estacionamiento

9.B.- Area de hortalizas

9.C.- Areas jardinadas

9.D.- Areas de recreación

RESUMEN

1.- Area de talleres	650,00 M2.
2.- Area social	396,00 M2.
3.- Area de servicios médicos	200,00 M2.
4.- Area de gobierno	120,00 M2.
5.- Area de capilla	200,00 M2.
6.- Area de dormitorios para hombres	800,00 M2.
7.- Area de dormitorios para mujeres	800,00 M2.
8.- Area de servicios generales	650,00 M2.
9.- Areas exteriores	10,300,00 M2.

-----  
TOTAL

14,240,00 M2.  
-----

#### 4.b. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

El concepto arquitectónico está determinado por las condicionantes de uso, por ello se plantea una solución completamente horizontal (un solo nivel), formando elementos cubiertos rodeados de áreas verdes y plazuelas, para integrar la naturaleza y que se participe de ella desde el interior visualmente y en el exterior físicamente.

El conjunto arquitectónico se ubica en un terreno limitado, al Noroeste con calle San Antonio-- al Noreste con calle San Ignacio, al Sureste con colindancia, y al Suroeste con calle Prolongación Allende. Está proyectado el conjunto con un giro de 30 grados en relación a la calle principal --- (San Antonio), el objeto de este giro es propiciar que las orientaciones Sur, Oriente y Poniente -- sean las que predominen, para el mejor aprovechamiento en la mayoría de sus fachadas.

El conjunto se divide en tres zonas, las de los externos-internos, las de los internos y las de -- los servicios generales.

La zona de externos-internos comprenden las áreas de talleres, área social, áreas de servicios-- médicos, áreas de gobierno y la capilla.

La zona de internos son los dormitorios y las áreas de recreación.

Los servicios generales como el comedor, cocina, lavandería y planchaduría dan atención solo a -- los internos y los demás servicios a todo el conjunto.

El acceso a la unidad es por una explanada que remata con la capilla por ser un elemento repre-- sentativo. El área social interrelaciona a todos los espacios por medio de su vestíbulo, sala de ex posiciones eventuales y la sala de estar general que junto con el salón de usos múltiples generan -- las actividades de convivencia.

Los talleres están dispuestos de tal forma que se crean espacios versátiles según la demanda que se tenga de cada uno, por esto los muros son divisorios (movibles), y las bodegas junto con los sanitarios se encuentran en los extremos de este núcleo.

Los servicios médicos se ubican entre las zonas de los internos y la de externos. Sus consulto--

rios están dispuestos a los lados de un pasillo central y en la parte posterior los cuartos de enfermeros, cuarto de enfermera y sus servicios respectivos que sólo dan atención a los internos.

La administración está integrada con los otros espacios como apoyo a las demás actividades.

La Capilla se comunica con todo el conjunto por medio de una plazuela en la parte de enfrente y un pasillo cubierto en la parte lateral.

Los módulos de dormitorios son dos, para hombres y mujeres. Cada módulo tiene 24 habitaciones, con un baño compartido para cada dos dormitorios, una área de control integrada a las áreas recreativas formadas por la estancia, sala de t.v. y sala de juegos; se incluyen los servicios mínimos -- como apoyo a los servicios generales y dos cuartos de geriatras.

El comedor general se liga enfrente a los módulos de dormitorios, por medio de una circulación cerrada pero transparente y en la parte posterior por la cocina a los servicios generales.

El acceso a los servicios generales es por la calle secundaria (San Ignacio) al patio de maniobras de donde se abastece y da mantenimiento a esta zona. Por un funcionamiento se encuentran agrupadas la lavandería y planchaduría, el taller de mantenimiento y cuarto de máquinas, la subestación y los sanitarios para empleados, todo esto controlado por un conserje.

Las áreas externas rodean todos los edificios por ser una parte importante en todo el conjunto -- para crear espacios de convivencia y trabajo.

#### CRITERIO ESTRUCTURAL

Los sistemas estructurales que se manejaron son dos.

El primero es a base de zapatas corridas, muros de carga, dallas y cerramientos con losas de concreto armado  $f'c = 200 \text{ kg/cm}^2$ , este sistema esta empleado solo en la zona de dormitorios y servicios médicos; el segundo es a base de zapatas corridas, columnas, traveses y losas de concreto armado  $f'c = 200 \text{ kg/cm}^2$ , formando tableros en su mayoría de 3 metros de ancho y el largo según el edificio va, de 6 a 12 metros.

#### CRITERIO DE INSTALACION HIDRAULICA Y SANITARIA

La demanda de agua se calculo por el tipo de edificio, ejemplo: para dormitorios 200 Lts/pers.

oficinas 10 lts/m<sup>2</sup> etc. dando por resultado 64,000 lts. por día, capacidad que será alojada en una cisterna y se distribuirá por un sistema de hidroneumáticos. El agua caliente se proporcionará por medio de una caldera con la capacidad necesaria para su buena distribución y contará con una línea de retorno de agua caliente. Las tuberías para el ramalco serán en cobre tipo M según diámetros indicados.

La red contra incendios es independiente y funcionará con una bomba eléctrica y una de combustión interna (en caso de emergencia), tendrá gabinetes y mangueras contra incendio así como la toma siamesa requerida.

Los desagües de las aguas pluviales serán por caída libre, los de las aguas negras con tubería de P.V.C. según diámetros indicados y las pendientes mínimas del 2%. En los drenajes se usará tubería de concreto con pendientes de 1.5 y 2% y registros a no más de 10 metros de distancia entre uno y otro.

#### CRITERIO DE INSTALACION ELECTRICA.

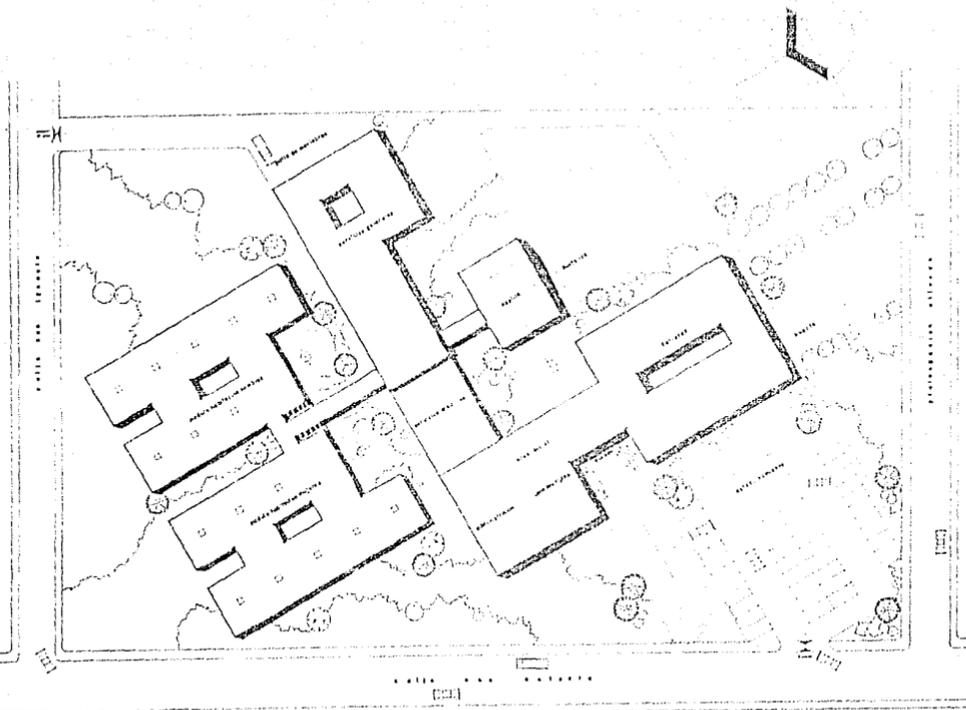
El alumbrado fué diseñado de acuerdo a las necesidades de cada edificio, según los niveles de iluminación requeridos para cada actividad variando estos, desde 75 luxes hasta 300 luxes.

Contará con una subestación eléctrica de transformación central (que capta la acometida de alta tensión). El sistema de emergencia será a base de lamparas con luces de emergencia (G de Gray) con 2 reflectores de 30 watts con duración de 6 hrs.

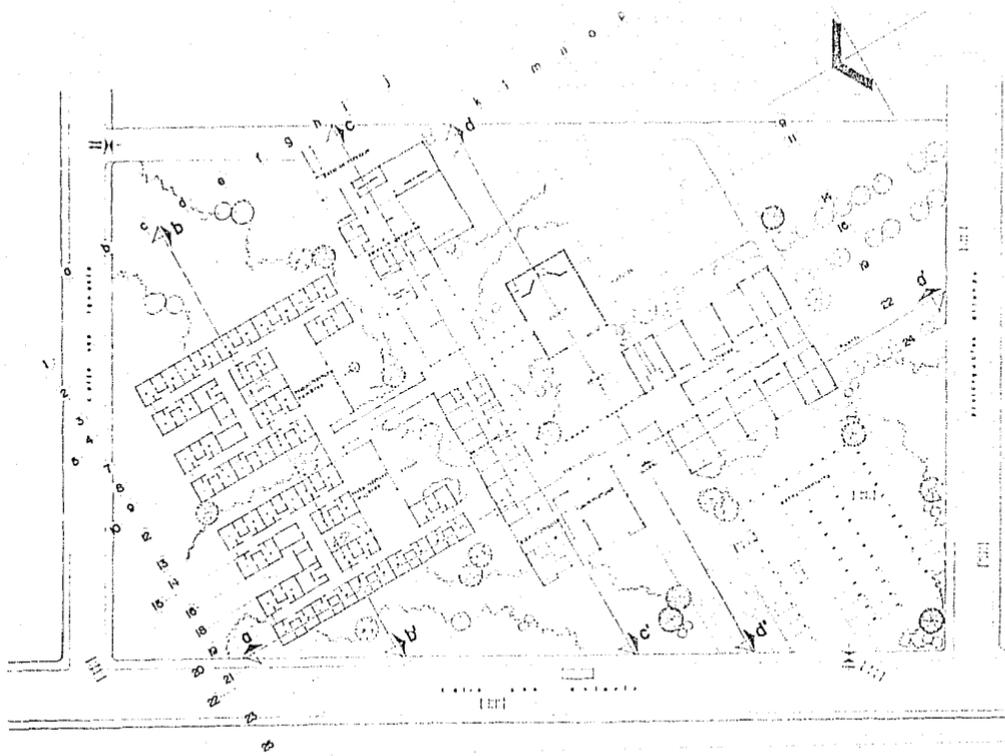


UNIDAD DE CONVIVENCIA GERIÁTRICA  
D E L T E R C E R O C I C L O D E A R T A S L A S  
FACULTAD DE ARQUITECTURA  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

PROFESORA BELTRAN ECHAZARRA  
D E L T E R C E R O C I C L O  
CATEDRÁTICA DE ARQUITECTURA  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA



planta de conjunto



planta arquitectónica de conjunto

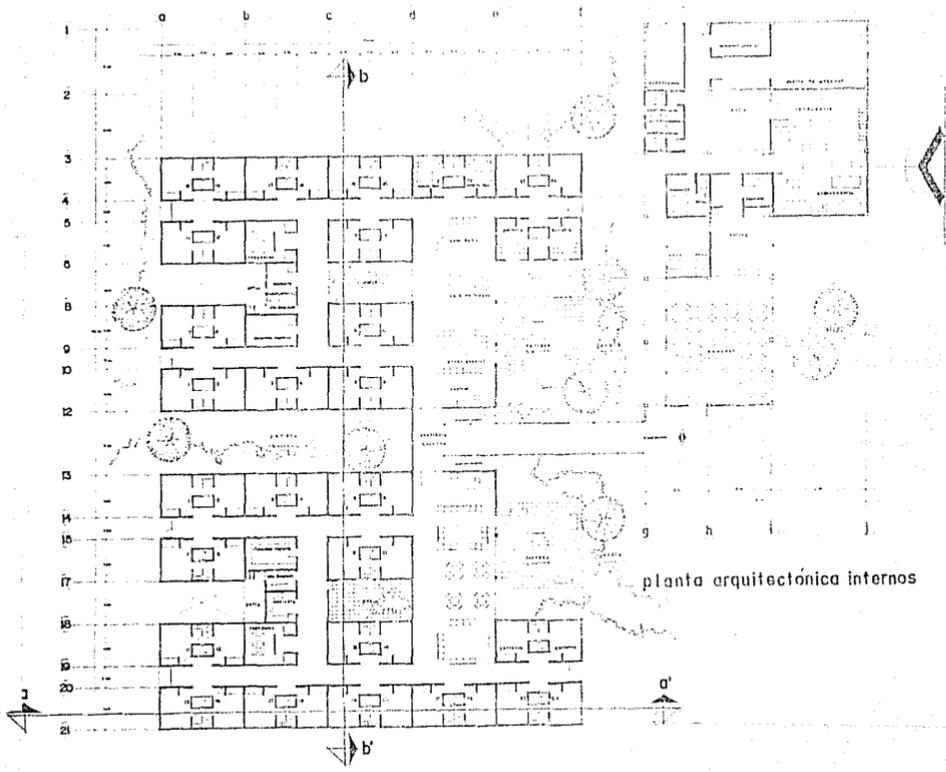


UNIDAD DE CONVIVENCIA GERIÁTRICA  
 P. U. C. A. C. V.  
 INSTITUTO VENEZOLANO  
 FACULTAD DE ARQUITECTURA

UNIVERSIDAD DEL ZULIA  
 ESCUELA DE ARQUITECTURA  
 TITULO DE ARQUITECTO  
 CARRERA DE ARQUITECTURA







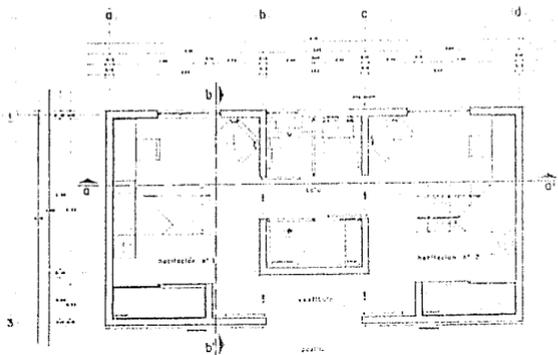
planta arquitectónica internos



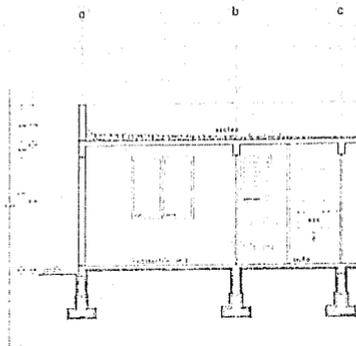
UNIDAD DE CONVIVENCIA GERIÁTRICA  
 D E L E G A D O R A A L A A L A A  
 F A C U L T A D D E A R Q U I T E C T O N A  
 U N I V E R S I D A D N A C I O N A L A U T Ó N O M A T A  
 Q U I T A N A M A Y A 2 0 0 8

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE QUETZaltenango  
 FACULTAD DE ARQUITECTURA  
 DEPARTAMENTO DE ARQUITECTURA  
 CARRERAS DE ARQUITECTURA

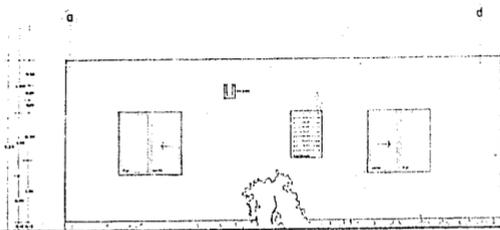




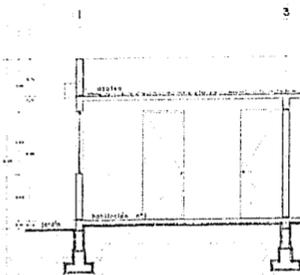
planta



corte a-a'



fachada principal



corte b-b'



UNIDAD DE CONVENCIA SERIATRICA  
 D E L C A C I U B A L L E R A  
 T E S I S P R O F E S I O N A L  
 M A T R I C U L A D O R M A R I O C A R T E R I N I A  
 FACULTAD DE ARQUITECTURA

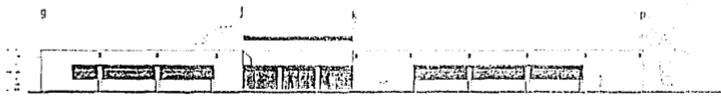
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PATAGONIA DEL SUR  
 INSTITUTO VARIACIONES Y CONSERVACIONES  
 DE LA PATAGONIA DEL SUR  
 M A T R I C U L A D O R J O S E L U I S C O R T E R I N I A  
 FACULTAD DE ARQUITECTURA



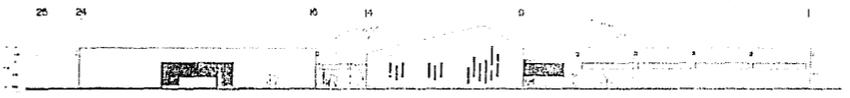




fachada poniente



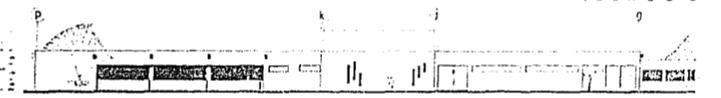
fachada sur



fachada norte



fachada oriente



fachada poniente

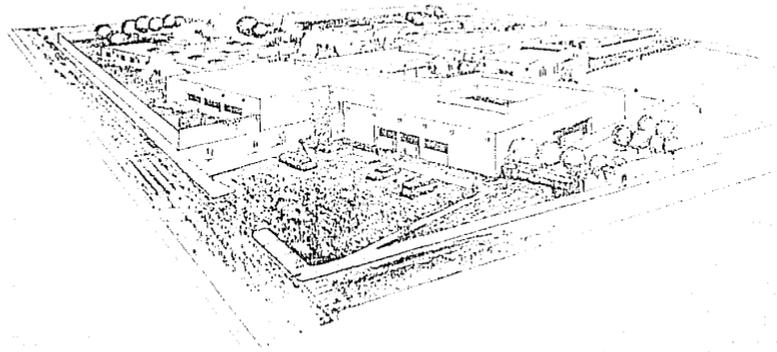


UNIDAD DE CONVIVENCIA GERIÁTRICA  
 INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS  
 INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS  
 INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----







**UNIDAD DE CONVIVENCIA GERIÁTRICA**  
 P E C I S O  
 NIVEL PROFESIONAL  
 DEPARTAMENTO GERIÁTRICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 INSTITUTO DE INVESTIGACIONES Y ENSEÑANZA EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA  
 UNIDAD DE CONVIVENCIA GERIÁTRICA

