



CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL
A TRAVÉS DE ESTÍMULOS SENSORIALES DE LA NATURALEZA



CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL

A TRAVÉS DE ESTÍMULOS SENSORIALES DE LA NATURALEZA.

Autor: CONTRERAS, Julieta.

Legajo: 35251/0

Título: "Centro de Rehabilitación Integral a través de estímulos sensoriales de la naturaleza".

Proyecto Final de Carrera

Taller Vertical de Arquitectura TVA N° 1 - MORANO, CUETO RÚA.

Docentes: FOURNES, Julián - CASTELLANI, Guillermo.

Unidad Integradora: MARICHELAR, Gabriela (Planificación Territorial) - D'ARCANGELO, José (Estructuras).

Institución: Facultad de Arquitectura y Urbanismo - Universidad Nacional de La Plata.

Fecha de defensa: 10-12-2024

Licencia Creative Commons



FAU Facultad de
Arquitectura
y Urbanismo



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA

ÍNDICE

TEMA

- 01 - Tema: Rehabilitación
- 02 - Centro de Rehabilitación.
- 03 - Contexto Histórico.
- 04 - Contexto Histórico.
- 05 - Modelos de Discapacidad.
- 06 - Discapacidades.
- 07 - Accesibilidad.
- 08 - Cadena de Accesibilidad.
- 09 - Accesibilidad en la edificación.
- 10 - Ergonomía.
- 11 - Medidas mínimas.

EXPERIENCIA SENSORIAL

- 12 - Diseño Biofílico.
- 13 - Jardín Terapéutico.

PLAN MAESTRO - SITIO

- 14 - Ubicación (Gran La Plata).
- 15 - Contexto Local.
- 16 - Plan Maestro.
- 17 - Propuesta Urbana.
- 18 - Acercamiento al Sitio.
- 19 - Volumetría Sitio.
- 20 - Render Sitio - viviendas.
- 21 - Render Jardín Botánico.
- 22 - Etapabilidad.

PROGRAMAS Y USUARIOS

- 23 - Programa.
- 24 - Usuarios.
- 25 - Terapias.
- 26 - Ideas Projectuales.
- 27 - Memoria Gráfica.

PROYECTO ARQUITECTÓNICO

- 28 - Implantación.
- 29 - Planta Baja.
- 30 - Planta Alta.
- 31 - Cortes Longitudinales.
- 32 - Cortes Transversales.
- 33 - Vistas Longitudinales.
- 34 - Vistas Transversales.
- 35 - Volumetría Planta Baja.
- 36 - Volumetría Planta Alta.
- 37 - Volumetría general del proyecto.
- 38 a 51 - Imágenes.

SISTEMA CONSTRUCTIVO

- 52 - Materiales.
- 53 - Estructura.
- 54 - Sistema estructural.
- 55 - Detalles Constructivos.
- 56 - Criterios de Sustentabilidad.

REFERENTES

- 57 - Referentes Históricos.
- 58 - Referentes Modernos.

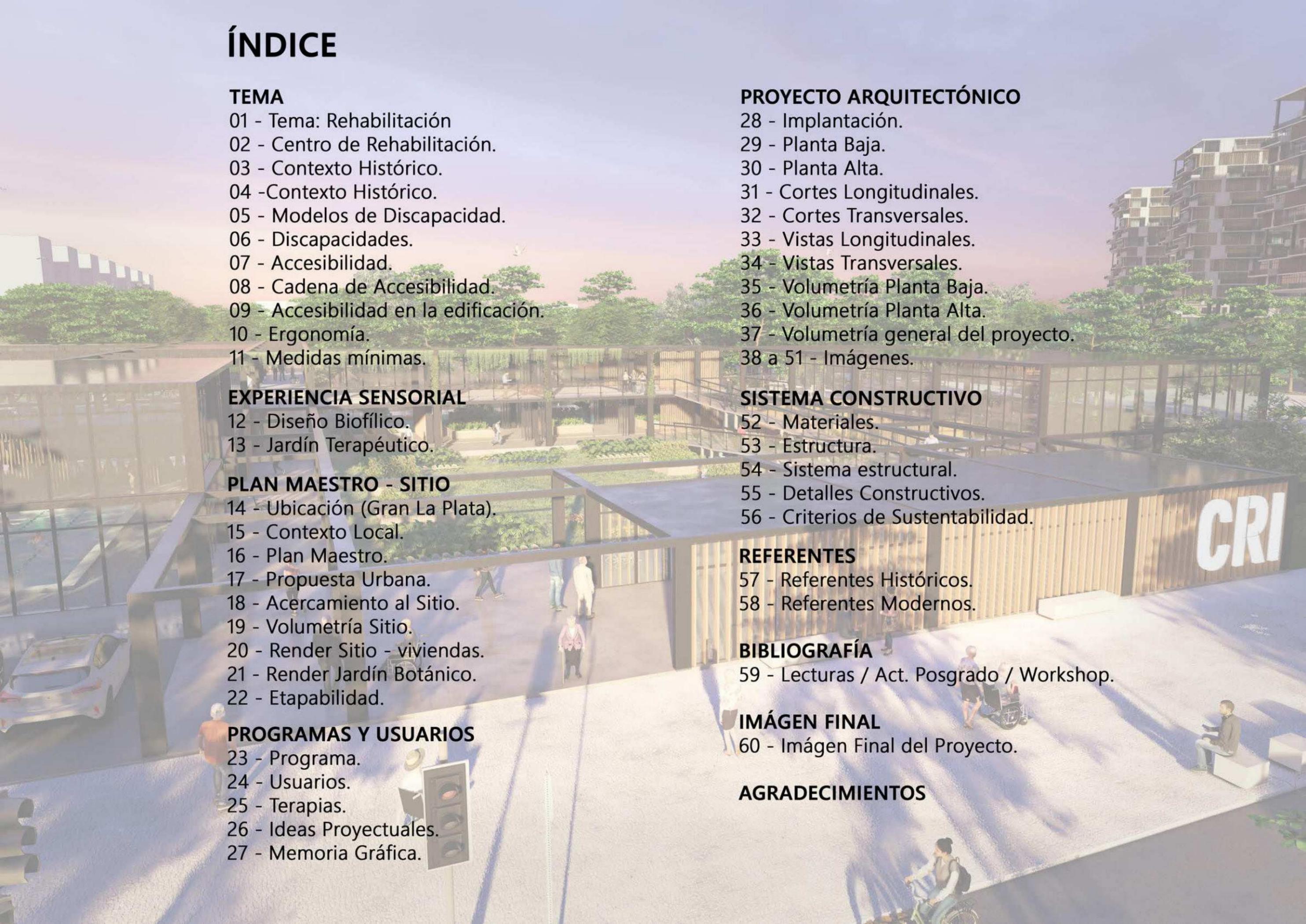
BIBLIOGRAFÍA

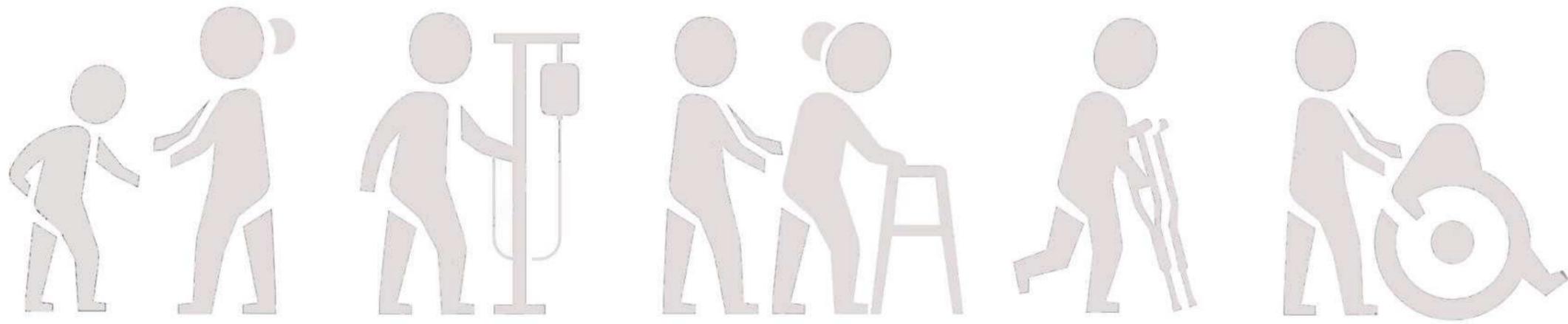
- 59 - Lecturas / Act. Posgrado / Workshop.

IMÁGEN FINAL

- 60 - Imágen Final del Proyecto.

AGRADECIMIENTOS

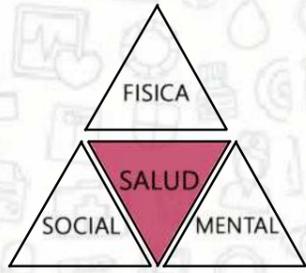




INTRODUCCIÓN AL TEMA



TEMA



¿QUÉ ES LA SALUD ?

LA SALUD ESTÁ RELACIONADA EN FORMA DIRECTA CON LO MENTAL, LO FÍSICO Y LO SOCIAL.

ES EL ESTADO DE COMPLETO BIENESTAR QUE SE BUSCA ALCANZAR A TRAVÉS DE TRATAMIENTOS Y UNA REHABILITACIÓN ADECUADA.

LA BÚSQUEDA ESTÁ ORIENTADA A:

- GARANTIZAR LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD PARA TODOS LOS CIUDADANOS.

- CONTRIBUIR A ELIMINAR LAS DESIGUALDADES EN EL ACCESO.

- GARANTIZAR SERVICIOS DE CALIDAD.

- PROPORCIONAR A LOS GRUPOS SOCIALES EXCLUIDOS OPORTUNIDADES PARA RECIBIR ATENCIÓN INTEGRAL.

- ELIMINAR LA CAPACIDAD DE PAGO COMO FACTOR RESTRICATIVO.

- PENSAR LOS ENTORNOS, SERVICIOS Y COMUNICACIONES PARA QUE TODOS LOS USUARIOS PUEDAN COMPRENDERLOS Y UTILIZARLOS.



¿QUÉ?

- Centro de Rehabilitación Integral.

¿DÓNDE?

- Barrio Hipódromo, La Plata. Buenos Aires, Argentina.

¿POR QUÉ?

- Necesidad de asegurar igualdad y libertad de todas las personas.

¿PARA QUIÉN?

- Jóvenes y adultos en situación de discapacidad.

¿CÓMO?

- A través de ambientes terapéuticos y estímulos sensoriales que colaboren con la rápida recuperación.

¿QUÉ ES LA REHABILITACIÓN?

En las ciencias de la salud, según la OMS, la rehabilitación se define como "El conjunto de medidas sociales, educativas y profesionales destinadas a restituir al sujeto en situación de discapacidad, la mayor capacidad e independencia posibles".

Se refiere a un proceso de atención sanitaria dirigida a atender secuelas de una enfermedad o trauma que causan disfunción o discapacidad, con el objetivo de restituir a la persona su funcionalidad social, laboral e integral.

La rehabilitación resulta de la aplicación de procedimientos con diversos profesionales integrada por un equipo multidisciplinar de distintas áreas como salud, educación, asistencia social, psicología, entre otros.

CENTRO DE REHABILITACIÓN

En un centro de rehabilitación las personas reciben ayuda para prevenir y tratar las distintas deficiencias y discapacidades. Se busca generar y coordinar actividades para lograr una rehabilitación integral.

Se trata de un edificio público dedicado a las personas con vulnerabilidad logrando un ambiente terapéutico que susciten emociones adecuadas para la recuperación de los usuarios. La arquitectura colabora de forma directa con la salud física y mental.

● OBJETIVOS GENERALES:

Brindar un servicio al usuario y a su entorno para obtener el máximo nivel de funcionalidad evitando las complicaciones, reduciendo los límites en la actividad y las barreras para su plena participación.

● OBJETIVOS PARTICULARES:

Promover el bienestar y confort a través de espacios que susciten emociones para la recuperación, incorporar elementos de la naturaleza con el objetivo de estimular a los usuarios para favorecer la autonomía y su calidad de vida.

Recuperar los recursos de salud, desarrollar habilidades para su vida personal, lograr independencia que facilite al paciente su inserción familiar, laboral, educacional y social.



CENTRO DE REHABILITACIÓN



EL PROGRAMA SURGE DE LA PROBLEMÁTICA OBSERVADA EN LA CIUDAD DE LA PLATA RESPECTO A LOS SISTEMAS DE SALUD Y EN ESPECIAL EN LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN.

SE CONTEMPLA UNA AUSENCIA DE ESPACIOS VERDES EN LOS CENTROS DE SALUD, QUE DETERIORAN COGNITIVAMENTE A LOS PACIENTES. POR ESTE MOTIVO SE PLANTEA UN ESPACIO QUE TRABAJA A PARTIR DE PABELLONES CON CIRCULACIONES QUE VAN CONECTANDO LOS PROGRAMAS, DONDE CADA ÁREA O "CAJA" PROGRAMÁTICA TIENE SU PROPIO ESPACIO VERDE, QUE BRINDA UNA CIERTA CARACTERÍSTICA AL LUGAR.

EN CUANTO A LA ORGANIZACIÓN, SE BUSCA GENERAR UN EDIFICIO DESTINADO A LA SALUD COMO A LA EDUCACIÓN, EL CUÁL SEA DE APOYO AL HOSPITAL GÚTIERREZ (POR SU CERCANÍA) Y A LOS DISTINTOS LUGARES DE SALUD DE LA CIUDAD DE LA PLATA.

EN CUANTO AL PROGRAMA, SE ORIGINA COMO UN CENTRO DE DÍA, DONDE POSEE ESPACIOS PARA LA REHABILITACIÓN FÍSICA COMO GIMNASIO, PILETA TERAPÉUTICA, Y CONSULTORIOS MÉDICOS, PERO SOBRE TODO ESPACIOS RECREATIVOS COMO AULAS TALLER, SUM Y ESPACIOS COMUNES QUE DESARROLLEN LA ESTIMULACIÓN PARA LA REINSERCIÓN SOCIAL.

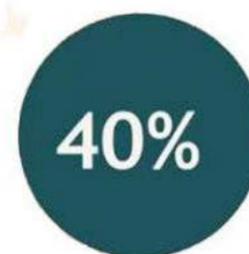


Se busca crear un espacio donde los pacientes reciban un tratamiento orientado a la rehabilitación física. En dicho centro, los usuarios recibirán ayuda para prevenir y tratar deficiencias, lesiones y discapacidades.

El servicio brindado por el complejo tiene como finalidad la reinserción del usuario a sus actividades cotidianas, contando con un acompañamiento terapéutico guiado por un equipo interdisciplinario conformado por profesionales de salud, educación y deporte para lograr un óptimo estado de salud físico, social y mental.



PERSONAS PARA LAS QUE SI PROYECTAMOS



PERSONAS PARA LAS QUE NO ESTAMOS PROYECTANDO PERMANENTEMENTE



REHABILITACIÓN MENTAL

- CONTENCIÓN PROFESIONAL
- ACTIVIDADES RECREATIVAS

REHABILITACIÓN SOCIAL

- CONTACTO CON LA NATURALEZA
- SOCIABILIZACIÓN EN GRUPO
- TERAPIA

REHABILITACIÓN FÍSICA

- ESTIMULACIÓN MOTRIZ
- ACTIVIDADES DEPORTIVAS
- BUENA ALIMENTACIÓN

El objetivo es realizar un centro de rehabilitación integral de día, un lugar de pertenencia y contención para las personas con capacidades diferentes, luego los pacientes vuelven a su núcleo familiar durante la noche. Dicho recurso aborda a la persona de manera integral, y brinda acompañamiento en el desarrollo de las habilidades de quienes sufren estas condiciones. Tiene como ventaja la posibilidad de sociabilización y ayuda a mejorar la relación familiar a través de reuniones familiares y grupales.

CONTEXTO HISTÓRICO

HISTORIA DE LA REHABILITACIÓN



EL ORIGEN DE LA REHABILITACIÓN



GRECIA ANTIGUA

Se utilizaban los agentes físicos con fines terapéuticos, los ejercicios físicos, la hidroterapia, masajes y dieta para mejorar la salud.

Usaban agentes físicos para la terapia: dieta, ejercicios, hidroterapia, empleo de termas y helioterapia.



ROMA ANTIGUA

Los aztecas utilizaban los baños de vapor y duchas de agua fría para fines terapéuticos en construcciones denominadas "temezcal".



AMÉRICA

El ejercicio físico era utilizado por la nobleza con fines orientados a la guerra. Se emplea la hidroterapia y la farmacología.



EDAD MEDIA



RENACIMIENTO

Nace la anatomía moderna, se redescubren terapias griegas y romanas y se introduce el ejercicio físico y los masajes.

Se toma la naturaleza como fuerza vital como también la acción curativa de los agentes físicos naturales y los remedios.



SIGLO XVII



ACTUALIDAD

Surge la Kinesiólogía. Ernesto Aberg, médico sueco, funda el Instituto Kinesioterápico desde 1855 y en 1877 se dictan las normas sobre las prácticas de Kinesioterapia.

La rehabilitación en Latinoamérica se inicia alrededor de los años 40, siendo sus primeros pioneros los médicos ortopedistas, que vislumbraron la necesidad de integración del discapacitado.

Se dividió en:

1) PREHISTORIA:

Actitud hacia el Discapacitado en América Latina. Entre las culturas prehispánicas de América, existía el arte de curar con métodos predominantemente empíricos. En México se conocían y se habían clasificado decenas de enfermedades y en su curación se aplicaban técnicas complejas. En la América indígena se abandonaban a los miembros inválidos de la tribu cuando la supervivencia hacía que debieran cambiar de lugar.

Los esquimales, en cambio, abandonaban a sus individuos inválidos y ancianos en las frías estepas, sin ningún tipo de auxilio para supervivencia.

2) COMIENZOS:

El auge de la Rehabilitación en Latinoamérica comenzó después de las dos guerras mundiales, especialmente de la segunda y motivada por las epidemias de poliomielitis de las décadas de los 40 y 50. Los primeros médicos preocupados por la rehabilitación fueron ortopedistas, que se dedicaban a tratar las secuelas musculoesqueléticas que casi siempre terminaban en deformaciones de resolución quirúrgica. Ellos fueron los iniciadores de la rehabilitación en casi todos los países.

The American Electrotherapy Association (Estados Unidos de América) fundada en 1890 fue la primera organización americana en nuclear a los profesionales que se dedicaban al uso de los medios físicos con base científica. Al igual que en EUA, los médicos latinoamericanos se abocaron al estudio de agentes físicos (masajes, frío calor, electroterapia, ejercicios) como medio curativo de secuelas invalidantes, antes de introducir el concepto de rehabilitación.

Así como la poliomielitis fue uno de las primeras patologías que interesó a la rehabilitación en Latinoamérica, luego apareció la parálisis cerebral. Ambos se presentaban en niños, lo cuál nos indicó que las primeras intervenciones en rehabilitación era para niños, creando los institutos de rehabilitación infantil en Chile, Argentina y Cuba.

La rehabilitación recibió su mayor impulso de la medicina física (la fisioterapia, ejercicios, kinesiología, electroterapia, deportes y recreación). Más tarde se incluyó la terapia ocupacional, del lenguaje, el consejo vocacional y la ayuda social. Por último se agregó la psicología, para atender los problemas emocionales.

3) INICIOS Y CONSOLIDACIÓN DE LA ESPECIALIDAD:

En Argentina en 1943 se crea la Asociación para la Lucha contra la Parálisis Infantil (ALPI) que fue pionera para el desarrollo de la rehabilitación en el país. El Centro Nacional de Rehabilitación (hoy instituto de rehabilitación psicofísica) y la Asociación para la Lucha contra la Parálisis Infantil fueron los principales formadores de médicos especialistas y profesionales afines. En 1969 se crea la primera residencia médica de la especialidad y es reconocido el título de especialista por el Ministro de Salud Pública.

4) APORTES A LA REHABILITACIÓN DE PAÍSES LATINOAMERICANOS:

El Dr. José Bado, traumatólogo de Montevideo, Uruguay, en 1940 marca normas terapéuticas para el tratamiento del lesionado medular. En 1957 el Dr. Tohen Zamudio, en México, publica el libro "Medicina Física y Rehabilitación", el primero de latinoamerica. En la década del 70 el Dr. Alvano Ferrari Forcade, de Uruguay, propone el primer instrumento latinoamericano de valoración funcional de la discapacidad; lo llamó "perfil de discapacidad" y consideraba las áreas somática, psicología y social permitiendo además proveer el pronóstico funcional final. Fue el primer instrumento de medición de la discapacidad en latinoamerica.

Argentina, Colombia y Chile fueron iniciadores de la rehabilitación profesional en los años 70. Todo se concretó con la creación de GLARP (Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional). En la década del 80 fueron introducidos los primeros programas de estimulación eléctrica funcional por Fernando Sotelano en Argentina.

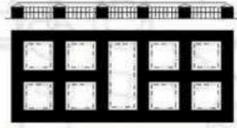
En 1961 se funda la Asociación Médica Latinoamericana de Rehabilitación (AMLAR), en México, donde participaron distintos países. Su objetivo es organizar congresos bianuales, fomentar el intercambio de información, agrupar a nivel internacional a las sociedades médicas dedicadas a la Rehabilitación en los distintos países latinoamericanos.



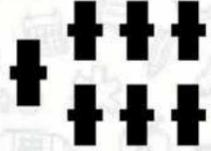
CONTEXTO HISTÓRICO

EVOLUCIÓN DE LA ARQ. HOSPITALARIA

TIPOLOGÍAS DE HOSPITALES



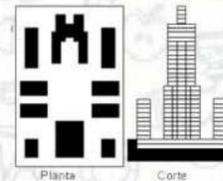
CLAUSTRAL: SURGE DE LOS CLÁSICOS PARTIDOS MONACALES QUE CUMPLÍAN LA FUNCIÓN HOSPITALARIA EN LAS GUERRAS DEL MEDIOEVO EUROPEO (1450).



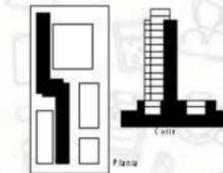
PABELLONAL: LOS ORÍGENES EN SU DESARROLLO RADICAN EN EL HECHO DE SEPARAR LAS TIPOLOGÍAS EN DISTINTOS EDIFICIOS PARA CONTROLAR LAS EPIDEMIAS (1730).



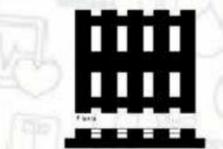
MONOBLOQUE: LUEGO DE LOS NUEVOS DESCUBRIMIENTOS TECNOLÓGICOS REPRESENTA UN GRAN AVANCE, DEBIDO A LA CREACIÓN DE LA ESTRUCTURA DE ACERO Y EL ASCENSOR QUE PERMITE MEJORAR LOS RECORRIDOS (1930).



POLIBLOQUE: SE DESARROLLA EN VARIOS BLOQUES EN ALTURA UNIDOS POR CIRCULACIONES HORIZONTALES (1932).

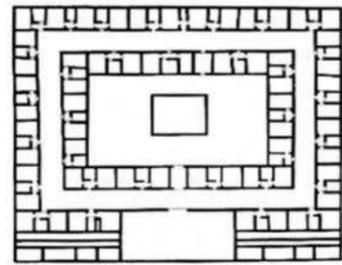


BLOQUE BASAMENTO: EN LOS DOS PRIMEROS PISOS A MODO DE BASAMENTO SE UBICABAN LOS SERVICIOS, DEJANDO LAS PLANTAS EN ALTURA PARA INTERNACIÓN, LOGRANDO LA SEPARACIÓN DE MOVIMIENTOS (1955).



SISTÉMICO: SE PLANTEA LA POSIBILIDAD DE FLEXIBILIDAD EN LA PLANTA SIN INTERFERENCIAS DE LA ESTRUCTURA, LOGRANDO QUE PUEDA UTILIZARSE PARA CUALQUIER SERVICIO O FUNCIÓN. (1960).

EDAD ANTIGUA

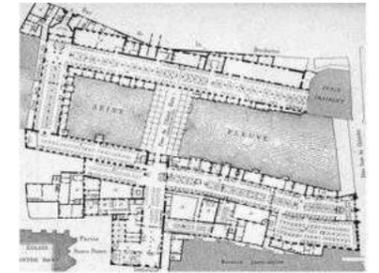


HOSPITAL VALETUDINARIA
IMPERIO ROMANO

En la Edad Antigua se crearon establecimientos destinados a esclavos enfermos y soldados (roma). Se basaba en una arquitectura "claustal", de planta cuadrangular y habitaciones en torno a un patio, que se organizaban en relación a pasillos de distribución. Este tipo de hospitales se construyeron a lo largo de todo el imperio, logrando crear con ellos la sanidad militar más avanzada, influenciando a hospitales españoles de edad media.

Esto se debe a que el Imperio Romano admite el Cristianismo como religión oficial por lo cual el cuidado de los enfermos pasa a ser regulado por los obispos, siendo necesario crear casas de acogidas para los pacientes.

EDAD MEDIA

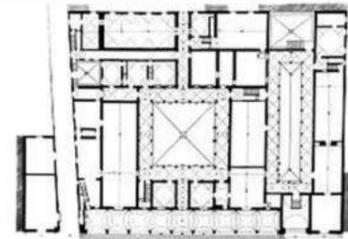


HOTEL DIEU DE PARIS
OBISPO LANDERICO

En la Edad Media la arquitectura hospitalaria se fue transformando, y de allí surgieron plantas de forma basilical (que reproduce la estructura de la basílica romana), de cruz griega (en el centro se situaba el altar y en los brazos la sala de enfermos más graves), y de estilo palaciano, de gran estructura con varios pisos y corredores, capillas y vivienda para religiosos.

En dicha época se caracterizaban por poseer albergue para indigentes, asistencia a enfermos, donde la preocupación era brindar al enfermo ayuda espiritual, por este motivo tenían similitudes con las iglesias.

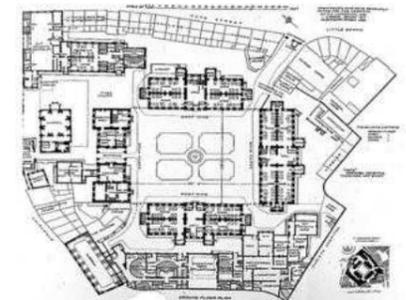
EDAD MODERNA



HOSPITAL DE LOS INOCENTES
FILIPPO BRUNELLESCHI

Durante los siglos XV, XVI y XVII el hospital se transforma en uno de los estandartes del poder civil que trata de competir con el religioso, y adopta las formas palaciegas representativas de la potestad de los nobles. Dichas formas arquitectónicas de los palacios renacentistas provienen de las estructuras claustrales de los monasterios de la Edad Media que crecen en amplitud, altura y ornamento, y evolucionan hasta configuraciones rectangulares exentas o más abiertas en forma de "C". En estos nuevos hospitales se buscaba la proporción, la armonía y la belleza provenientes del Renacimiento.

EDAD CONTEMPORÁNEA



ST BARTHOLOMEW'S
JAMES GIBB

En la Edad Contemporánea comienza a pensarse al hospital como "una maquina de curar". Se decía que para evitar la proliferación de enfermedades se debía lograr la pureza del aire, y de allí toma una radical importancia la ventilación. Comienzan a implementarse las tipologías de pabellones aislados, otorgando privacidad y control, generando espacios privados.

Las nuevas innovaciones se basaban en la separación de los distintos edificios en torno a un patio, con el fin de permitir libre acceso al aire y a la luz, lo cual era imprescindible para evitar contagios.

EDAD POST-MODERNA



HOSPITAL DE VENECIA
LE CORBUSIER

En esta época se propone un crecimiento en vertical, contraria a los modelos de hospitales de pabellones de una sola planta que se utilizaban en épocas anteriores. Esto se debe al desarrollo de tecnologías de transporte que permiten lograr edificios en altura.

Dicho crecimiento se relaciona con la economía y funcionalidad e higiene. En dichos edificios se disminuyen los recorridos en la circulación, siendo más eficientes. Sus formas en planta suelen ser en peine, en "L", "C", "X", "T", etc.

En algunos casos, como el Hospital de Venecia, se ubicaban en la periferia debido a sus grandes dimensiones, de allí surge el hospital en horizontal, como transición entre la población dispersa y el crecimiento urbano.

MODELOS DE DISCAPACIDAD



PRINCIPALES DATOS ESTADÍSTICOS DEL REGISTRO NACIONAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD - ENERO 2024:

PERSONAS CON CUD VIGENTE:



*Se toman los datos del Censo 2022 publicados por INDEC (TOTAL PAÍS 45.892.255 personas, Buenos Aires 17.523.996)

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS PERSONAS CON CUD VIGENTE:



Hasta tiempos no muy lejanos, la mirada hacia la discapacidad partía desde una concepción caritativa, que no llegaba a comprender la complejidad social de este fenómeno. Ello sin duda es el resultado de una historia de persecución, exclusión, y menosprecio a la que las personas con discapacidad se vieron sometidas desde tiempos muy lejanos.

Debido a esto se han considerado tres modelos de tratamiento, que a lo largo del tiempo se ha dispensado a las personas con discapacidad, y que en algunos ámbitos coexisten en el presente.

1) PRESCINDENCIA:

En el que se supone que las causas que dan origen a la discapacidad tienen un motivo religioso, y en el que las personas con discapacidad se consideran innecesarias por diferentes razones: porque se estima que no contribuyen a las necesidades de la comunidad, que albergan mensajes diabólicos, que son la consecuencia del enojo de los dioses, y que sus vidas no merecen la pena ser vividas.

Como consecuencia, la sociedad decide prescindir de las personas con discapacidad, ya sea situándolas en el espacio destinado a los anormales y las clases pobres, donde son tratadas como objeto de caridad y sujetos de asistencia.

2) REHABILITADOR:

Desde su filosofía se considera que las causas que originan la discapacidad no son religiosas, sino científicas. Las personas con discapacidad ya no son consideradas inútiles o innecesarias, pero siempre en la medida en que sean rehabilitadas. Es por ello que el fin primordial que se persigue desde este modelo es "normalizar" a las personas con discapacidad.

Como se verá, el problema pasa a ser la persona, con sus diversidades y dificultades, a quién es imprescindible rehabilitar (psíquica, física, mental o sensorialmente).

3) SOCIAL:

Es aquel que considera que las causas que originan la discapacidad no son ni religiosas, ni científicas, sino que son en gran medida sociales. Desde esta filosofía se insiste en que las personas con discapacidad pueden aportar a la sociedad en igual medida que el resto de personas (sin discapacidad) pero siempre desde la valoración y respeto a la diferencia.

Este modelo se encuentra íntimamente relacionado con la asunción de ciertos valores intrínsecos a los derechos humanos, y aspira a potenciar el respeto por la dignidad humana, la igualdad y la libertad personal, propiciando la inclusión social y sentándose sobre la base de determinados principios: vida independiente, no discriminación, accesibilidad universal, normalización del entorno, diálogo civil, entre otros. Asimismo, apunta a la autonomía de la persona con discapacidad para decidir respecto de su propia vida, y para ello se centra en la eliminación de cualquier tipo de barrera, a los fines de brindar una adecuada equiparación de oportunidades.

NACER CON DISCAPACIDAD Y ENVEJECER CON ELLA



ADQUIRIR UNA SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD EN EL TRAYECTO VITAL



ESTAR EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD POR EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO





DISCAPACIDADES

ÁREAS PROBLEMÁTICAS DE LA DISCAPACIDAD

● EDUCACIÓN

LA INTEGRACIÓN EDUCATIVA NO ESTÁ BASADA EN POLÍTICAS GUBERNAMENTALES, SINO QUE OCURREN DE MANERA INFORMAL. LAS TRABAS EDUCATIVAS TRAEN COMO CONSECUENCIA UNA MENOR INTEGRACIÓN SOCIAL Y UNA LIMITACIÓN DE OPORTUNIDADES EN EL MERCADO LABORAL, LO CUÁL DETERMINA UNA MAYOR DEPENDENCIA DEL DISCAPACITADO.

● EMPLEO

HAY UN ALTO GRADO DE DESEMPLEO DE PERSONAS DISCAPACITADAS, ASÍ COMO RETICENCIA DE LOS EMPLEADORES PARA MANTENER EN EL EMPLEO O DAR TRABAJO A DICHAS PERSONAS.

ES NECESARIO REVISAR Y ACTUALIZAR LAS ÁREAS DE CAPACITACIÓN, ASÍ COMO LAS DEMANDAS DEL MERCADO LABORAL DENTRO DE LAS POSIBILIDADES REALES DE LAS PERSONAS AFECTADAS.

● MOVILIDAD

LAS BARRERAS ARQUITECTÓNICAS Y URBANÍSTICAS SON UNO DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS QUE INTENSIFICAN LA DIFICULTAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES PARA INTEGRARSE EN EL MERCADO LABORAL Y EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA.

● ASISTENCIA MÉDICA

LA FALTA DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA SIMPLE IMPIDE EVITAR LA DISCAPACIDAD O QUE ESTA EMPEORE. LA FALTA DE ASISTENCIA ESPECIALIZADA PERJUDICA A LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, YA QUE EL PERSONAL CAPACITADO EN REHABILITACIÓN ES ESCASO.

● FALTA DE INFORMACIÓN

ES SIN DUDA UNA DE LAS MAYORES PROBLEMÁTICAS, DEBIDO A LA FALTA DE DATOS PRECISOS SOBRE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD QUE HACE MÁS DIFÍCIL PROGRAMAR, PREVENIR O ABOGAR POLÍTICAS O PROGRAMAS NACIONALES SOBRE EL TEMA.

➤ DISCAPACIDAD VISUAL:

La discapacidad visual es cualquier alteración del sentido de la vista, puede ser total o parcial. Existen dos tipos:

- Deficiencia Visual: es una disminución significativa, pero que permite ver la luz, orientarse con ella. Las personas con dicha deficiencia tienen un campo de visión funcional pero reducido.
- Ceguera: es la ausencia total o la percepción mínima de la luz que impide su uso funcional. Estas personas obtienen información por vía auditiva y táctil principalmente.

Dependiendo la patología de la que estén afectados, pueden tener dificultades en la orientación y movilidad.

➤ DISCAPACIDAD MOTRIZ:

La capacidad física motórica se da cuando una persona tiene un estado físico que le impide de forma permanente e irreversible moverse con plena funcionalidad de su sistema motriz. Las deficiencias se denominan según el número de extremidades y las partes del cuerpo que afectan: la monoplejía, que es la parálisis de una única extremidad; la paraplejía, que supone la parálisis en la mitad inferior del cuerpo; la tetraplejía, la pérdida de movilidad en todas las extremidades; y la hemiplejía, la parálisis de un lado del cuerpo.

➤ DISCAPACIDAD SONORA:

La discapacidad auditiva se define como el déficit total o parcial en la percepción que se evalúa por el grado de pérdida de la audición en cada oído. Se distinguen en distintos grados:

- Sordas: poseen una deficiencia total o profunda.
- Hipoacúsicas: poseen una deficiencia parcial, es decir, que cuentan con un resto auditivo el cuál puede mejorar con el uso de audífonos (aparato electrónico que amplifica sonidos).

Las hipoacusias se pueden dividir en: prelocutiva (desde el nacimiento hasta los 2 años de edad), perilocutiva (desde los 2 hasta los 5 años), postlocutiva (a partir de los 5 años aprox.).

➤ DISCAPACIDAD GENÉTICA:

Dentro de estas discapacidades se encuentra el Síndrome de Down, que es una afección en la cuál la persona tiene un cromosoma extra, que modifica la manera en la que se desarrolla el cuerpo y el cerebro del bebé, lo que puede causarle problemas mentales y físicos.

Muchas de las personas con dicho síndrome suelen presentar problemas médicos como: pérdida auditiva, infecciones, enfermedades y problemas visuales, defectos cardíacos desde el nacimiento, enfermedades tiroideas, anemia y deficiencia de hierro, entre otros problemas de salud.

➤ ACCIDENTES DISCAPACITANTES:

Existen diferentes lesiones que pueden ocasionar discapacidad, existen de distintos grados. Por ejemplo:

- Accidente Cerebrovascular: se produce cuando se interrumpe repentinamente el suministro de sangre a una parte del cerebro o cuando se rompe el vaso sanguíneo del cerebro.
- Amputación: es la pérdida de una parte del cuerpo que ocurre como resultado de un accidente o lesión.
- Ataque cardíaco: cuando un coágulo de sangre obstruye la irrigación sanguínea hacia el corazón.



ACCESIBILIDAD



DEFICIENCIA

PROBLEMAS EN LAS FUNCIONES

- MALA VISIÓN
- SORDERA
- AUSENCIA DE UNA MANO

NIVEL DEL ÓRGANO



DISCAPACIDAD

LIMITACIÓN EN LA ACTIVIDAD

- DIFICULTAD PARA MOVILIZARSE
- DIFICULTAD PARA HABLAR
- DIFICULTAD PARA COMPRENDER

NIVEL DE LA PERSONA

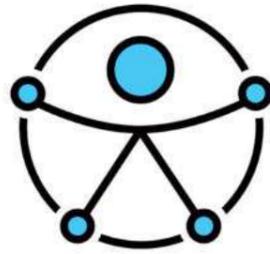


MINUSVALÍA

RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN

- MINUSVALÍA DE INDEPENDENCIA FÍSICA
- MINUSVALÍA OCUPACIONAL

NIVEL DE LA SOCIEDAD



La accesibilidad es la cualidad de fácil acceso para que cualquier persona, incluso aquellas que posean limitaciones en la movilidad, comunicación o entendimiento, logren llegar a un lugar, objeto o servicio.

Desde el punto de vista poblacional, podemos decir que la accesibilidad es fundamental para un 10% de la población, para un 40% es necesario y para el 100% es comfortable.

¿QUÉ ES LA DISCAPACIDAD?

Discapacidad, según la Organización Mundial de la Salud, es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación, siendo entonces el resultado de la interacción de la persona con su entorno.

BARRERAS

Son obstáculos para la participación, el ejercicio de los derechos y por lo tanto, la inclusión de las personas.



URBANÍSTICAS



TRANSPORTE



ARQUITECTÓNICAS



COMUNICACIÓN



INCLUSIÓN

Son conjuntos de procesos para eliminar o minimizar las barreras, aumentar la participación y reducir la exclusión en la comunidad.

DISEÑO UNIVERSAL

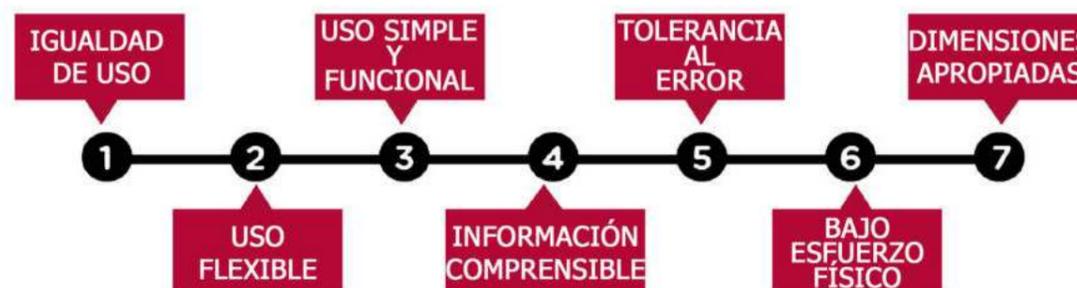
El diseño universal busca estimular el desarrollo de espacios y productos atractivos y comerciales que sean utilizables por cualquier tipo de persona. Está orientado al diseño de soluciones ligadas a la construcción y a objetos que respondan a las necesidades de una amplia gama de usuarios. El concepto fue creado por el arquitecto Ron Mace.



¿QUÉ ES UNA CIUDAD ACCESIBLE ?

Es una ciudad cuyos espacios permiten una plena accesibilidad, es decir, que permite un desplazamiento independiente y sin obstáculos a todas las personas para su integración al trabajo, recreación, cultura y todas las exigencias de la vida diaria.

PRINCIPIOS DEL DISEÑO UNIVERSAL:





CADENA DE ACCESIBILIDAD

ACCESIBILIDAD

DENTRO DEL PROCESO HISTÓRICO DE LA TEMÁTICA DE DISCAPACIDAD Y ACCESIBILIDAD SE LLEVÓ A CABO:

PREGUERRA - EXCLUSIÓN

- MODELO PRESCINDIBLE
- CARGA SOCIAL
- INSTITUCIONALIZACIÓN/ AISLAMIENTO



POSGUERRA - INCLUSIÓN

- MODELO REHABILITADOR
- PROBLEMA INDIVIDUAL/ PACIENTE REHABILITABLE
- INTEGRACIÓN/ ADAPTACIÓN



ONU 2006 - INTEGRACIÓN

- MODELO SOCIAL
- CIUDADANO SUJETO DE DE-RECHOS
- DISEÑO PARA TODOS, DISEÑO UNIVERSAL, ACCESIBILIDAD UNIVERSAL



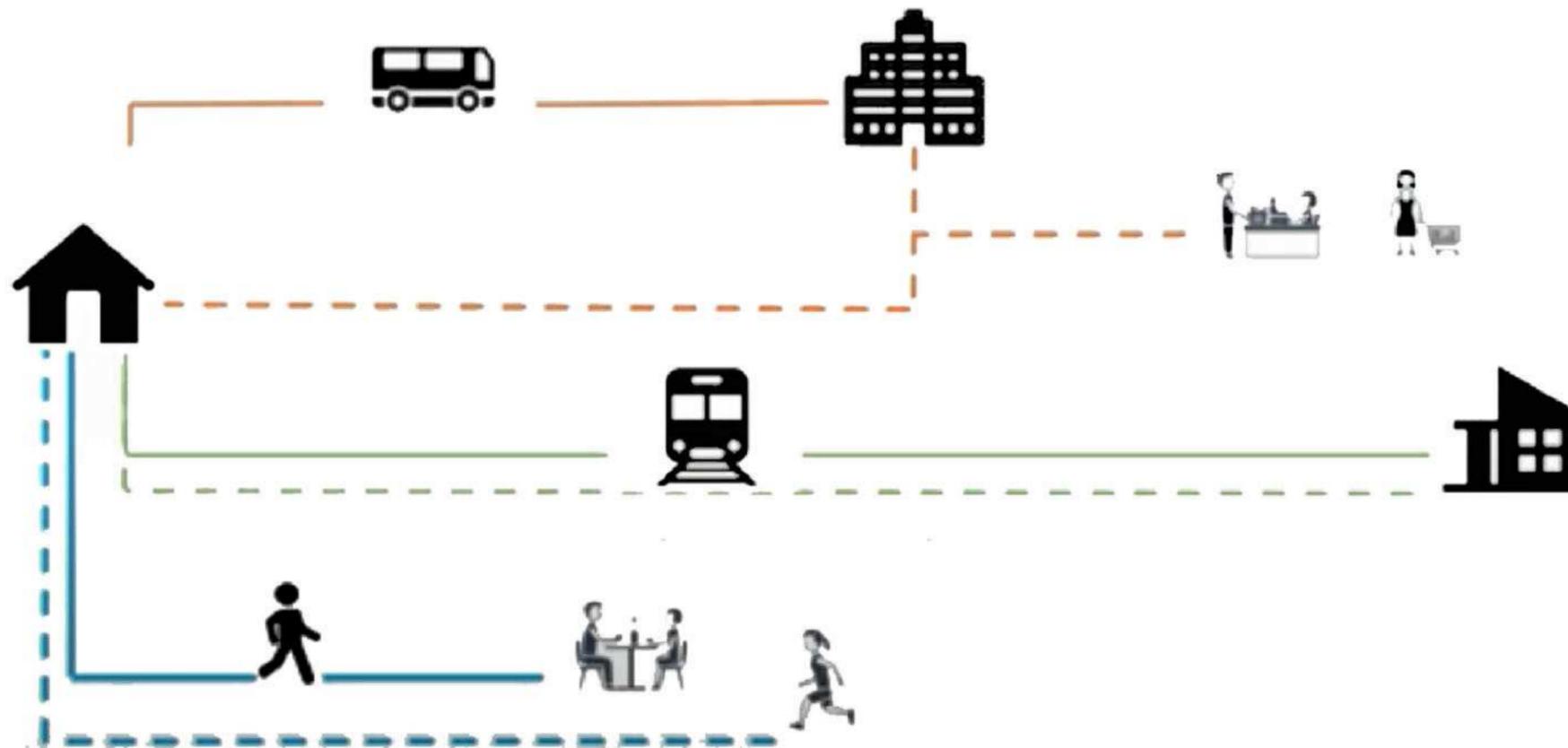
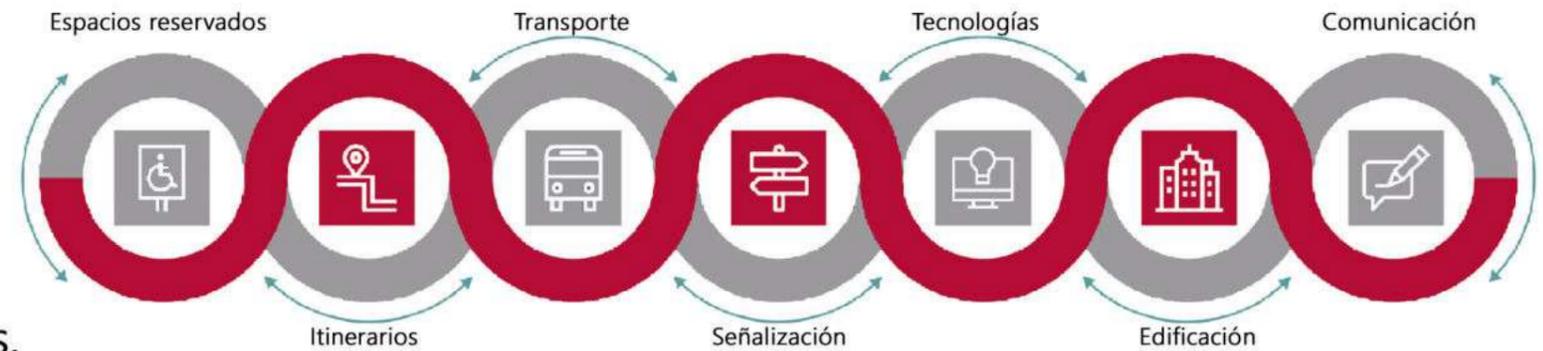
DISCAPACIDAD MOTORA Y MOVILIDAD REDUCIDA:

- LEY NACIONAL 24314 DE-CRETO 914/97.
- LEY PROVINCIAL 10592, ART. 24, 24 BIS Y 24 TER.

Se refiere a la capacidad de aproximarse, acceder, usar y salir de todo espacio o recinto con independencia, facilidad y sin interrupciones. El desplazamiento físico de una persona entre un punto de origen y un destino, implica traspasar los límites de la edificación y el espacio público o entre este y el transporte, ahí radica la importancia en la continuidad de la cadena de accesibilidad.

“La accesibilidad es una necesidad para las personas con discapacidad, y una ventaja para todos los ciudadanos”
- Enrique Rovira.

- Señalización visual e informativa.
- Semáforos y señales sonoras.
- Pavimentos en general.
- Desniveles existentes.
- Cruces peatonales de veredas.
- Anchos y pendientes de las veredas.
- Ubicación del mobiliario urbano.
- Elementos sobre el área de peatones.
- Espacios de estacionamientos públicos
- Acceso, desplazamientos e interacción con los equipamientos.



- 1 MOVILIZARSE
- 2 ACCEDER
- 3 PERMANECER
- 4 HACER USO
- 5 REGRESAR

ACCESIBILIDAD EN LA EDIFICACIÓN



CONVENCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD - CAP. 9

"Asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones"

¿ CON QUÉ FIN ?

"A fin de que las personas con discapacidad puedan vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida"

ACCESIBILIDAD A LA EDIFICACIÓN

Se deben tener en cuenta distintos aspectos como:

- 1) ACCESOS
- 2) CIRCULACIÓN HORIZONTAL.
- 3) CIRCULACIÓN VERTICAL - CAMBIOS DE PLANO
- 4) LOCALES DE USO
- 5) SANITARIOS
- 6) MOBILIARIOS

COMUNICACIÓN

VISUAL

TÁCTIL

ACÚSTICO



ESPACIOS URBANOS
transitar / vivir la ciudad



TRANSPORTE
esperar / subir / viajar / bajar



EDIFICACIÓN
ingresar / permanecer / utilizar



COMUNICACIÓN
informarse

● **ACCESIBLES:**

Son aquellos que se ajustan a los requerimientos funcionales y dimensiones que garantizan su utilización autónoma y con comodidad a cualquier persona, incluso a aquellos que tienen alguna limitación.

● **PRACTICABLES:**

Aquellos que sin ajustarse a todos los requerimientos antes citados, permiten una utilización autónoma por las personas con movilidad reducida o cualquier otra limitación funcional.

● **PRACTICABLES CON AYUDA:**

Aquellos que mediante algunas modificaciones que no afecten a sus configuraciones esenciales puedan transformarse, como mínimo en practicables, siendo necesaria la ayuda para la utilización de las personas con movilidad reducida o cualquier otra limitación funcional.

● **NO ADAPTADO:**

Son aquellos que no se ajustan a los requerimientos funcionales y dimensiones que garantizan su utilización autónoma y con comodidad a cualquier persona, incluso a aquellas que tienen alguna discapacidad.

PARA GARANTIZAR LA ACCESIBILIDAD

Pensar junto al usuario cómo se diseña teniendo en cuenta la diversidad de los mismos, sin tender necesariamente a la estandarización.

DISEÑO ACCESIBLE
(Entorno Físico)

COMUNICACIÓN ACCESIBLE
(Información)

SISTEMA O PRODUCTOS DE APOYO
(Ayudas Técnicas)

CUESTIÓN ACTITUDINAL
(Sociedad Empática)

ERGONOMÍA



DISEÑO INCLUSIVO:

EL MEDIO AMBIENTE CONSTRUIDO DEBE ADMITIR PERSONAS DE CUALQUIER: TAMAÑO - FORMA-EDAD - NIVEL DE HABILIDAD FÍSICA Y COGNITIVA.

EL DISEÑO INCLUSIVO IMPLICA:

- CUESTIONES **ERGONÓMICAS**.
- CUESTIONES **FUNCIONALES**.
- CUESTIONES **DE GESTIÓN**.
- CUESTIONES **DE EJECUCIÓN**.

LAS PRINCIPALES DIMENSIONES SON DE DOS TIPOS:

- 1) **ESTRUCTURALES:** CABEZA, TRONCO Y EXTREMIDADES EN POSICIONES ESTÁNDAR (REPOSO).
- 2) **FUNCIONALES:** INCLUYEN MEDIDAS DEL CUERPO EN MOVIMIENTO, SEGÚN ACTIVIDADES ESPECÍFICAS (EN MOVIMIENTO).

ANTROPOMETRÍA:

" DISCIPLINA QUE ESTUDIA LAS MEDIDAS DEL HOMBRE, CON EL PROPÓSITO DE ESTABLECER LAS DIFERENCIAS ENTRE RAZAS Y SUB-RAZAS ". FUE PRESENTADA COMO UNA CIENCIA EN 1976, EN EL CONGRESO INTERNACIONAL DE LAS CIENCIAS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN MONTREAL, Y DOS AÑOS DESPUÉS FUE ACEPTADA COMO CIENCIA POR LA UNESCO.

ERGONOMÍA:

" ES LA DISCIPLINA CIENTÍFICA RELACIONADA CON LA INTERACCIÓN ENTRE LOS HOMBRES Y LA TECNOLOGÍA ".

INTERNATIONAL ERGONOMICS ASSOCIATION (IEA).

" ES LA ADAPTACIÓN DEL TRABAJO AL HOMBRE ". SOCIEDAD DE ERGONOMÍA DE LENGUA FRANCESA - SELF.

DIVERSIDAD:

HACE REFERENCIA A LA IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA, SU IDENTIDAD. ESTE RECONOCIMIENTO ES LO QUE CONFIGURA LA DIGNIDAD. POR ESTE MOTIVO, HABLAR DE DIVERSIDAD ES HABLAR DE IDENTIDAD.

Considerando la "Humanización de la Arquitectura" como aquella que es pensada desde el hombre como centro, se desarrollaron diversas teorías que dieron paso al planteamiento de las proporciones del hombre en la Arquitectura.

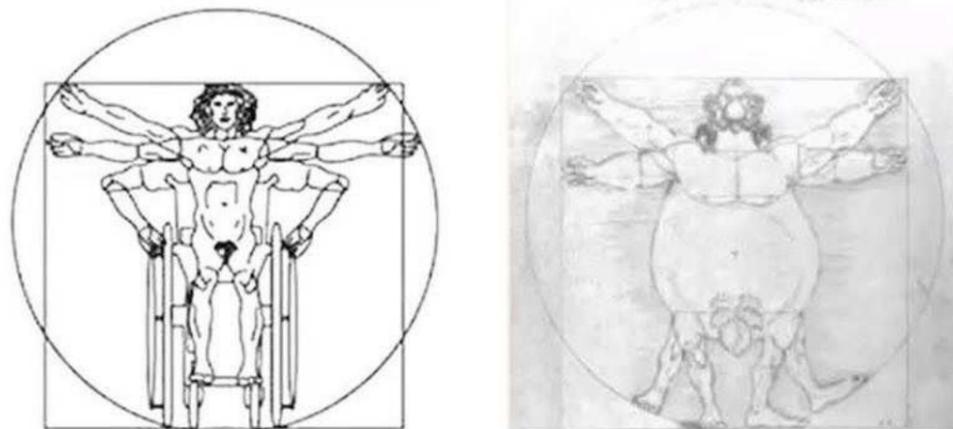
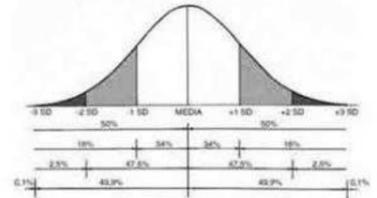
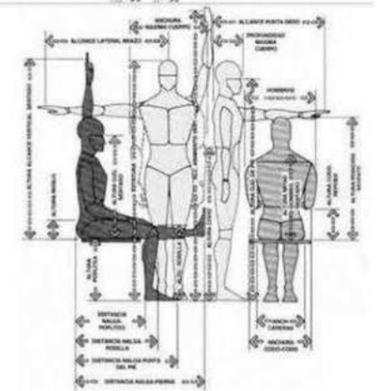
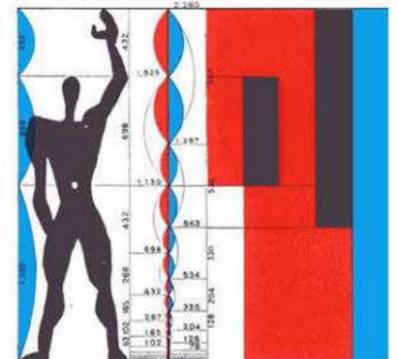
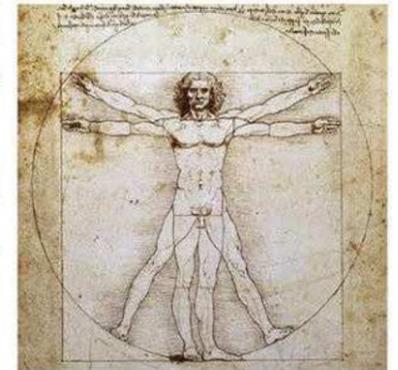
Uno de ellos, "El Hombre Ideal", o "El Hombre de Vitruvio" (1490) de Leonardo Da Vinci, el cuál pone al hombre en el centro del universo, inscribiéndolo en un círculo y un cuadrado. Dicha figura lleva los principios enunciados por Vitruvio (siglo I a.C), sobre las dimensiones del cuerpo.

Las proporciones ideales del cuerpo humano corresponden a la proporción áurea (relación entre el lado del cuadrado y el radio del círculo).

La divina proporción o sección áurea fue utilizada ampliamente en el campo del arte y la arquitectura. Le Corbusier, argumentando una pérdida de la escala humana por medio de la despersonalización ejercida por el sistema métrico, diseñó "El Modulor" (1942 - 1948), el cuál se basaba en un sistema de proporciones para la arquitectura centrado en la anatomía del cuerpo humano.

La ergonomía aplicada a la antropometría revolucionó los criterios de dimensionamiento tradicionales al proponerse lograr diseños estandard que cubrieran fajas cada vez más amplias de usuarios. La **antropometría** es una faceta dentro de la compleja trama de disciplinas involucradas en el estudio de la interrelación individuo - espacio. Otras disciplinas se ocupan de características funcionales tales como capacidad visual, auditiva, motora u otras, como características intelectuales o psíquicas. La **ergonomía** es una síntesis que integra las ciencias biológicas - psicología, antropología, fisiología, y medicina - con la ingeniería y otras artes y ciencias del diseño como la arquitectura, diseño gráfico e indumentaria.

Actualmente se trabaja con percentiles incluyendo a grandes grupos de individuos según la dimensión funcional de que se trate. Los percentiles introducen la posibilidad de establecer parámetros dimensionales inclusivos.



"Hacer más humana la Arquitectura significa hacer mejor arquitectura y conseguir un funcionalismo mucho más amplio que el puramente técnico. Sólo puede conseguirse esta meta por medio de métodos arquitectónicos, con la creación y la combinación de diferentes técnicas que proporcionen al Hombre la más armoniosa existencia". - Alvar Aalto

MEDIDAS MÍNIMAS



MEDIDAS BÁSICAS

EL PRINCIPIO DEL UNIVERSALISMO IMPLICA QUE LOS SERES HUMANOS TIENEN DE HECHO O EN POTENCIA ALGUNA LIMITACIÓN EN SU FUNCIONAMIENTO CORPORAL, PERSONAL O SOCIAL ASOCIADO A UNA CONDICIÓN DE SALUD. DE HECHO, HAY UN CONTINUO DE NIVELES Y GRADOS DE FUNCIONALIDAD. LA DISCAPACIDAD, EN TODAS SUS DIMENSIONES ES SIEMPRE RELATIVA A LAS EXPECTATIVAS COLOCADAS SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DE LAS PERSONAS (LO QUE SE ESPERA O NO QUE HAGAN).

- OMS (Carlos Egea y Alicia Sarabia).



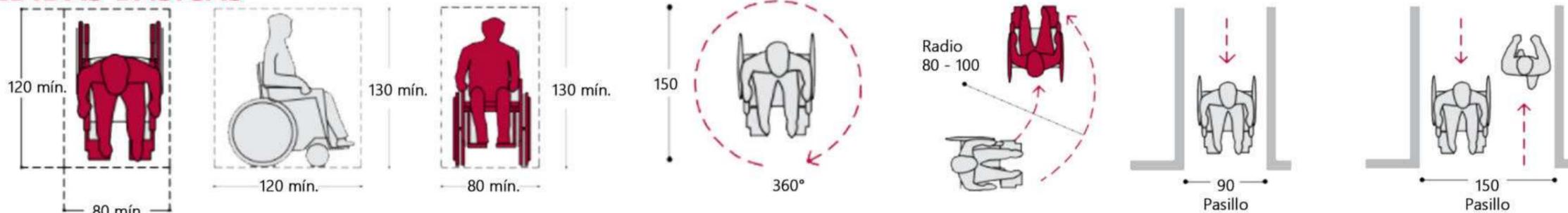
Símbolo Internacional de Accesibilidad (SIA) creado en 1969 en el Congreso Mundial de Rehabilitación Internacional (RI) en Dublín.

LOS SIGUIENTES ESTADOS SON ALGUNOS DE LOS QUE GENERAN UNA DISMINUCIÓN EN LAS FUNCIONALIDADES DE LAS PERSONAS DURANTE EL TRANCURSO DE LA VIDA:

- La infancia.
- Los cambios de la vejez.
- La obesidad.
- Las dimensiones del cuerpo.
- El embarazo.
- El uso de lentes o audífonos.
- Secuelas físicas o sensoriales.
- Lesionados temporales.



UN BUEN DISEÑO CAPACITA, UN MAL DISEÑO DISCAPACITA.

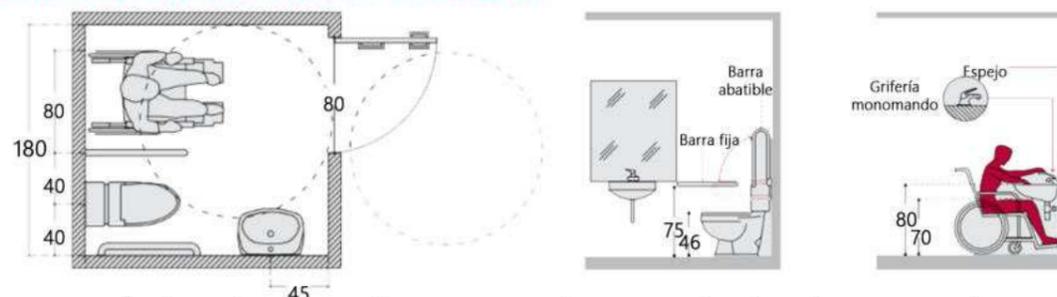


Ancho promedio de una silla de ruedas: 70 cm.
Ancho mínimo de paso de vano o pasillo: 80 cm.
Longitud de una silla: 120 cm.
Altura de la persona sentada en una silla: 130cm

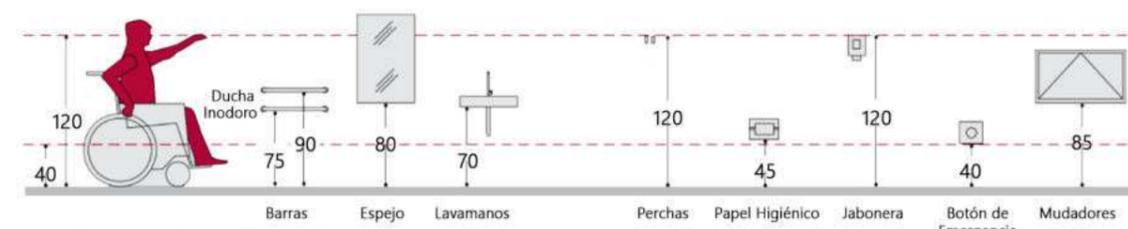
Se debe poder realizar las cinco maniobras fundamentales en la silla de ruedas: 1) giro, 2) rotación, 3) desplazamiento en línea recta, 4) franquear una puerta, 5) transferencia.

Los pasos deben tener un mínimo de 0,90 y un mínimo de 1.50 en caso de ser doble mano para que cualquier persona pueda circular y usar libremente el espacio.

SANITARIOS ADAPTADOS

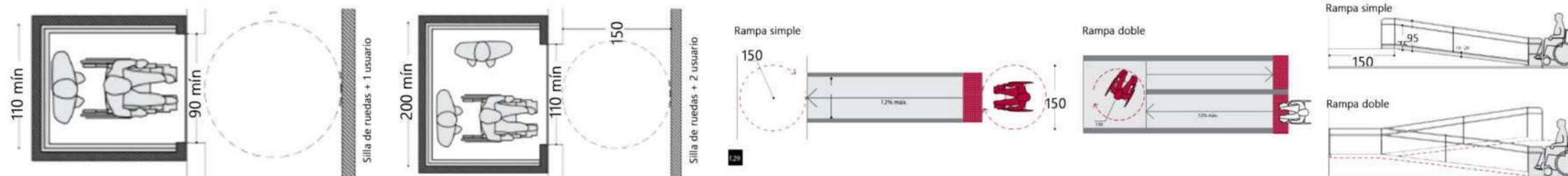


La silla de ruedas debe poder girar y maniobrar en un diámetro de 150 cm en el interior del recinto. Deberán instalarse barras de apoyo y soporte para colgar muletas o bastones. El ancho libre de puerta debe ser de 80cm mínimo y deberá abrir hacia afuera.



Los baños adaptados deberán estar claramente señalizados y ubicados en lugares accesibles. La altura del inodoro debe ser de 46 a 48cm como máximo; las barras de apoyo estarán ubicadas a 40cm máximo del eje del inodoro y a una altura de 75cm con diámetro de 3,5cm; la altura máxima del lavamanos será de 80cm al igual que los espejos; y los accesorios a una altura de 40cm.

ASCENSORES Y RAMPAS



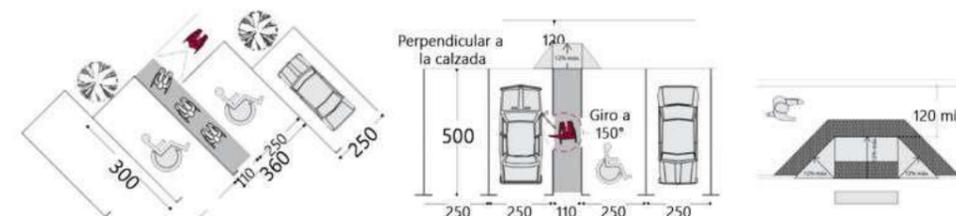
Tamaño mínimo de cabina para una silla de ruedas y un pasajero: 110x140cm. Ancho mínimo de puerta 90cm. Tamaño mínimo de cabina para una silla de ruedas y varios pasajeros: 200x140cm. Ancho mínimo de puerta 110cm. Deberá tener un pasamanos de 4cm de diám. máx a 90cm de alto y a 5cm de pared.

El ancho mínimo de una rampa debe ser de 90cm y debe estar acompañada de pasamanos en toda su extensión. La pendiente máxima será del 12% cuando su desarrollo sea máximo de 2mts. Cuando el desarrollo sea mayor se disminuirá a 8%. En caso de ser de mucho desarrollo se deberán hacer descansos horizontales cada 9m de 150cm de largo. El pasamanos estará a 75cm para personas con sillas de ruedas con diámetros de 3,5cm y con piso de material antideslizante.

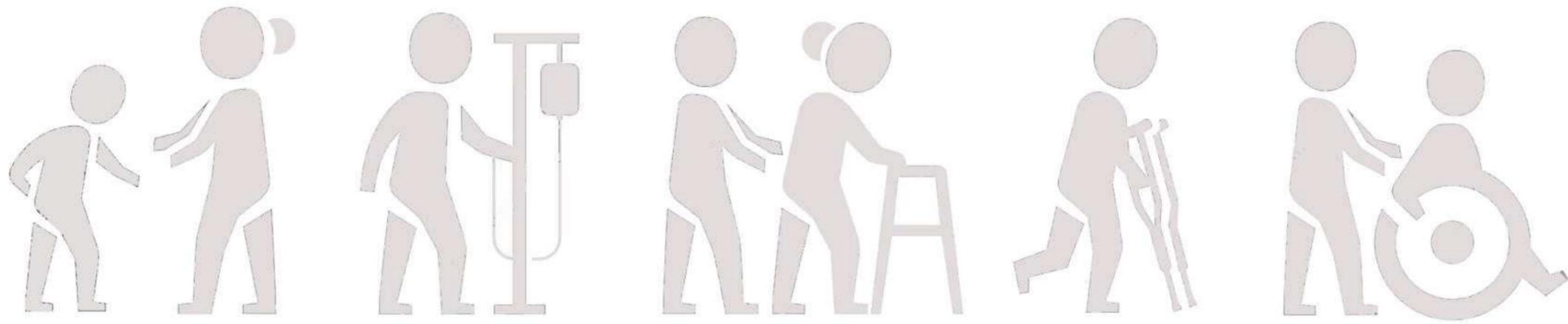
SEÑALÉTICA



Las guías o bandas táctiles son itinerarios accesibles señalizados en el pavimento a través de cambios de textura y color cuyo fin es dar información útil para el desplazamiento y la seguridad de las personas con discapacidad visual. Los significados son: movimiento recto, giro de ángulo y alertas de detención.



Hay tres tipos de estacionamiento: 1) paralelo a la calzada, 2) perpendicular a la calzada, 3) diagonal a la vereda. Los estacionamientos reservados deben estar claramente señalizados, y el piso debe pintarse con el Símbolo Internacional de Accesibilidad. Para que sea accesible debe tener 360 cm de ancho x500cm de largo con el símbolo y una circulación segura hasta los accesos o circulación.



EXPERIENCIA SENSORIAL



DISEÑO BIOFÍLICO

JARDINES DE REHABILITACIÓN



NATURALEZA: ARQUITECTURA

REHABILITACIÓN

SON ESPACIOS AL AIRE LIBRE DONDE SE DESAROLLAN ACTIVIDADES FÍSICAS QUE AYUDAN A REHABILITARSE, CON UN GRAN PROGRESO DE LOS PACIENTES.

COMO BENEFICIOS SECUNDARIOS, ESTOS ESPACIOS ESTIMULAN LOS SENTIDOS LOGRANDO MEJORAR LA CAPACIDAD COGNITIVA.

- CUENTAN CON ÁREAS PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES, DONDE HAYA EQUIPAMIENTOS PARA REALIZAR TERAPIAS.

- POSEEN ESPACIOS PARA MEDITACIÓN, PARA REDUCIR EL ESTRÉS.

- ACTIVIDADES COMO JARDINERÍA Y HORTICULTURA.

- SITIOS PARA PROMOVER LA AUTONOMÍA Y LA INDEPENDENCIA COMO PASEOS PEATONALES.

- ÁREAS DE SOCIABILIZACIÓN TANTO PARA PACIENTES COMO PARA FAMILIARES.



El diseño biofílico promueve el bienestar, la salud y el confort emocional. Se intenta incorporar elementos naturales en espacios urbanos o interiores para evocar de esta forma a la naturaleza, con el objetivo de ayudar a las personas, una forma eficaz para la salud y el bienestar de los individuos y la sociedad.

Este concepto llevó su aplicación en el diseño arquitectónico con soluciones que buscan acercar el ser humano al entorno natural del cuál se siente intrinsecamente conectado. Estos elementos y procesos tienen efectos positivos sobre la mente y el cuerpo de las personas, las vistas de espacios naturales reducen el estrés, como también la luz natural ayuda al buen funcionamiento del cuerpo y la vegetación tiene efectos sanadores a través de la experiencia

BENEFICIOS DEL DISEÑO BIOFÍLICO:



INTELLECTUALES

Mejora la concentración, la atención mental y la memoria.
Aumenta la creatividad.



EMOCIONALES

Mejoras en el estado de ánimo.
Aumenta la tranquilidad y reduce el aburrimiento, irritabilidad y fatiga.



FÍSICOS

Reduce el estrés.
Baja la presión y el ritmo cardíaco.
Aumenta el confort visual.

PATRONES DEL DISEÑO BIOFÍLICO:

NATURALEZA EN EL ESPACIO

Presencia física, directa y efímera de la naturaleza en un espacio o lugar.

- Conexión visual con la naturaleza.
- Conexión no visual con la naturaleza.
- Estímulos sensoriales no rítmicos.
- Variabilidad térmica y de flujos de aire.
- Presencia de agua.
- Luz dinámica y difusa.

ANALOGÍAS NATURALES

Generando representaciones orgánicas a la naturaleza de forma indirecta.

- Formas y patrones biomórficos.
- Conexión de materiales con la naturaleza.
- Complejidad y orden.

NATURALEZA DEL ESPACIO

Se refiere a configuraciones espaciales de la naturaleza.

- PANORAMA.
- REFUGIO.
- MISTERIO.
- RIESGO/PELIGRO.

ESTÍMULOS SENSORIALES



ESPACIOS SOSTENIBLES
CUIDADO DEL MEDIOAMBIENTE



HUERTAS RECREATIVAS
CONTACTO CON EL EXTERIOR



ILUMINACIÓN NATURAL
SENTIDO DE PERTENENCIA



CONTROL DEL SONIDO
REDUCCIÓN DE ESTRÉS

HEALING GARDENS



Fundación Santa Fé de Bogotá
Equipo Mazzanti - Colombia



Sarah Kubitschek de Salvador Bahía
Centro de Rehabilitación - Brasil



Huerto en la cubierta de Boston
Medical Center

JARDÍN TERAPÉUTICO



TERAPIA SENSORIAL

ESTÁ DISEÑADA PARA LAS PERSONAS QUE TIENEN ALGUNA DISCAPACIDAD Y/O TRASTORNO DE INTEGRACIÓN SENSORIAL, EXPONIÉNDOSLOS A LA ESTIMULACIÓN DE LOS SENTIDOS DE MANERA REPETITIVA. LA TEORÍA QUE LO SUSTENTA ES QUE CON EL TIEMPO EL CEREBRO SE ADAPTARÁ Y PERMITIRÁ QUE LAS PERSONAS REACCIONEN A LAS SENSACIONES DE FORMA MÁS EFICIENTE.



JARDÍN BOTÁNICO

EL PROYECTO SURGE DE LA IDEA DE RELACIONAR DICHS ESPACIOS VERDES CON EL JARDÍN BOTÁNICO DEL PLAN MAESTRO PARA OTORGAR UNA IDEA DE PASEO Y MAYOR AUTONOMÍA PARA LOS USUARIOS, ESTO CONLLEVA A MEJORAR LA COMUNICACIÓN ENTRE PACIENTES, EL CONTACTO CON LA NATURALEZA INMEDIATA Y EL BENEFICIO DE LA RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN.



JARDÍN DE LOS SENTIDOS



OLFATO



OÍDO



TACTO



VISTA



GUSTO

Un jardín sensorial contiene elementos para favorecer un objetivo terapéutico. A través de este se busca estimular y desarrollar aspectos físicos, psicológicos y socio-emocionales del individuo, logrando un mayor beneficio respecto a la dolencia, patología o trastorno que se pretende tratar.

➤ BENEFICIOS ✓

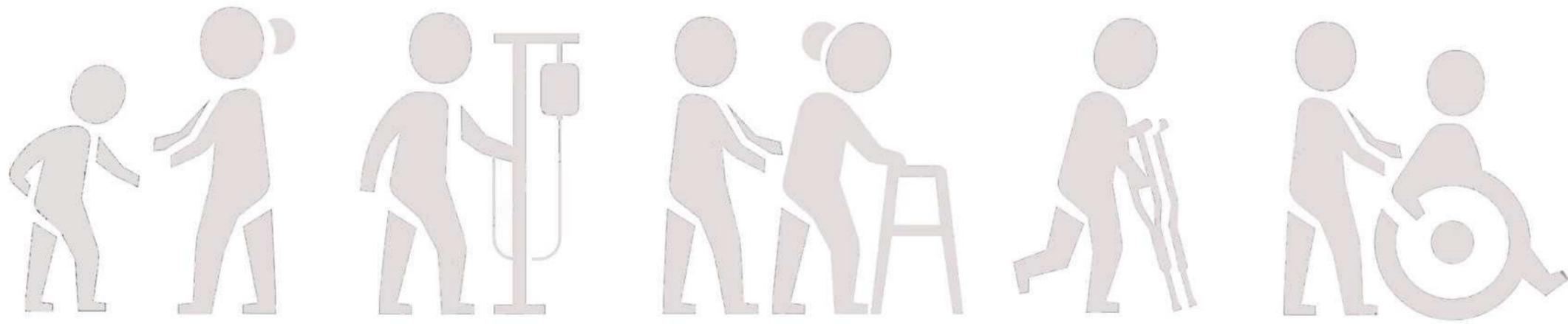
- Reducción de estrés
- Bienestar psicológico
- Menor tiempo de hospitalización
- Beneficios en la rehabilitación
- Contacto con la naturaleza
- Mejoría en el estado de ánimo
- Estimulación neurológica

➤ ACTIVIDADES 📄

- Huerta orgánica
- Talleres al aire libre
- Terapia de horticultura
- Actividad física
- Clases de relajación
- Juegos y actividades recreativas
- Exploración sensorial

➤ ESPACIOS 🚶

- Caminos rodeados de vegetación (olfato)
- Pérgolas con instrumentos musicales (oído)
- Plantas y árboles de colores (vista y tacto)
- Caminos con distintas texturas (tacto)
- Fuentes y espejos de agua (vista y tacto)
- Plantas de estación (olfato)
- Señalización para distintas discapacidades



PLAN MAESTRO - SITIO

UBICACIÓN



MUNICIPIOS



SISTEMA DE MOVIMIENTOS

La Plata corresponde a un aglomerado urbano compuesto por la población de los partidos de La Plata, Berisso y Ensenada.

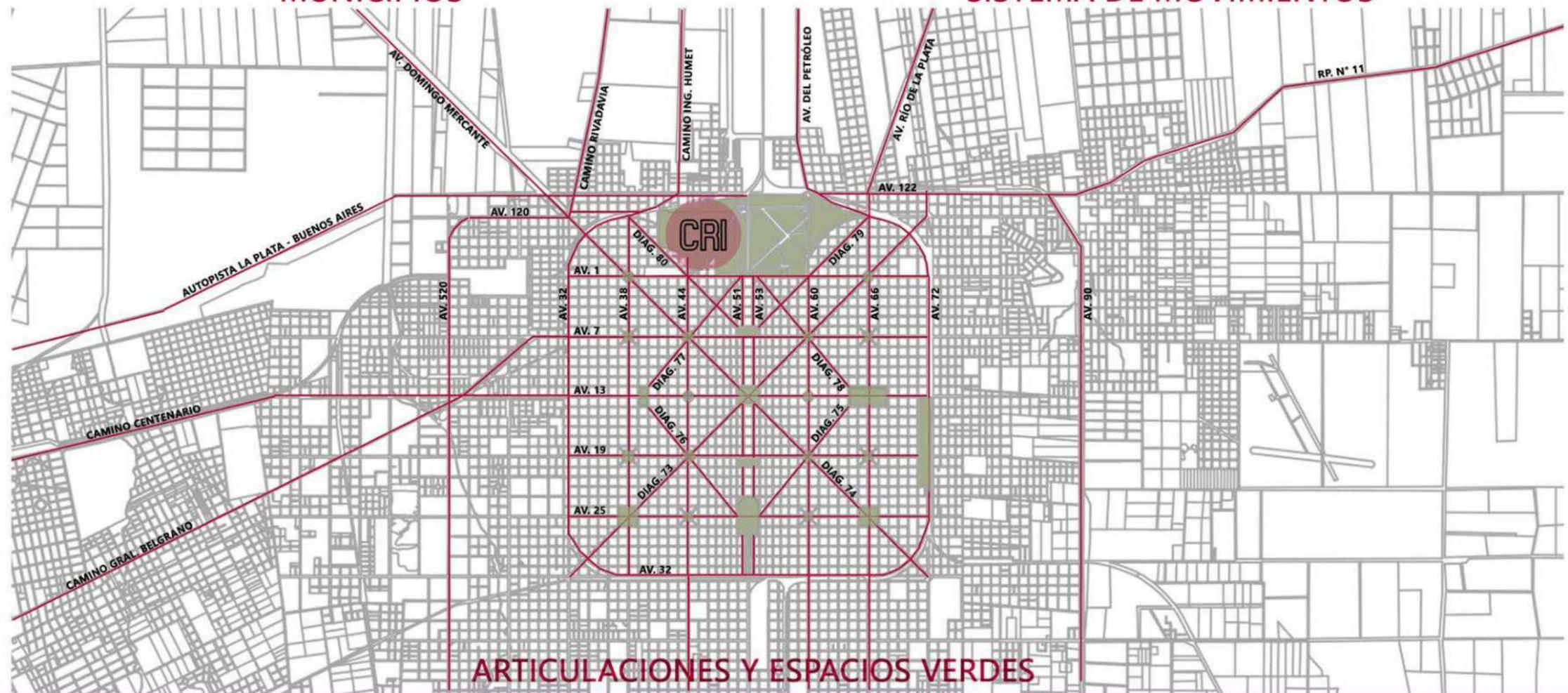
Dicha ciudad fue planificada y fundada en el año 1882 con el objetivo de ser capital de la provincia de Buenos Aires. Se encuentra a 60 km de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y cercana al Río de La Plata. Es el principal centro político, administrativo y educativo de la provincia.

Se trata de una ciudad planificada, con teorías higienistas reflejadas en un sistema de espacios verdes cada seis cuadras, que fue respetada en el casco urbano el cual se desbordó sin planificación.

Los procesos de crecimiento y transformación se fueron dando por la llegada del Ferrocarril junto al Modelo Agroexportador el cual provocó otra trama urbana donde surgen distintas problemáticas.

El sector elegido se trata de un vacío urbano que no continúa con la dinámica de crecimiento.

La propuesta del Plan Maestro responde a reelaborar un sitio de gran valor, con gran potencial urbano y paisajístico.



ARTICULACIONES Y ESPACIOS VERDES



CONTEXTO LOCAL



En la Ciudad de La Plata existen diversos equipamientos de salud de alta y baja complejidad, mayormente ubicados en el centro del casco urbano. Esto genera un déficit de servicios y por lo tanto, la necesidad de trasladarse para utilizarlos, lo que lleva a un colapso del sistema de salud.

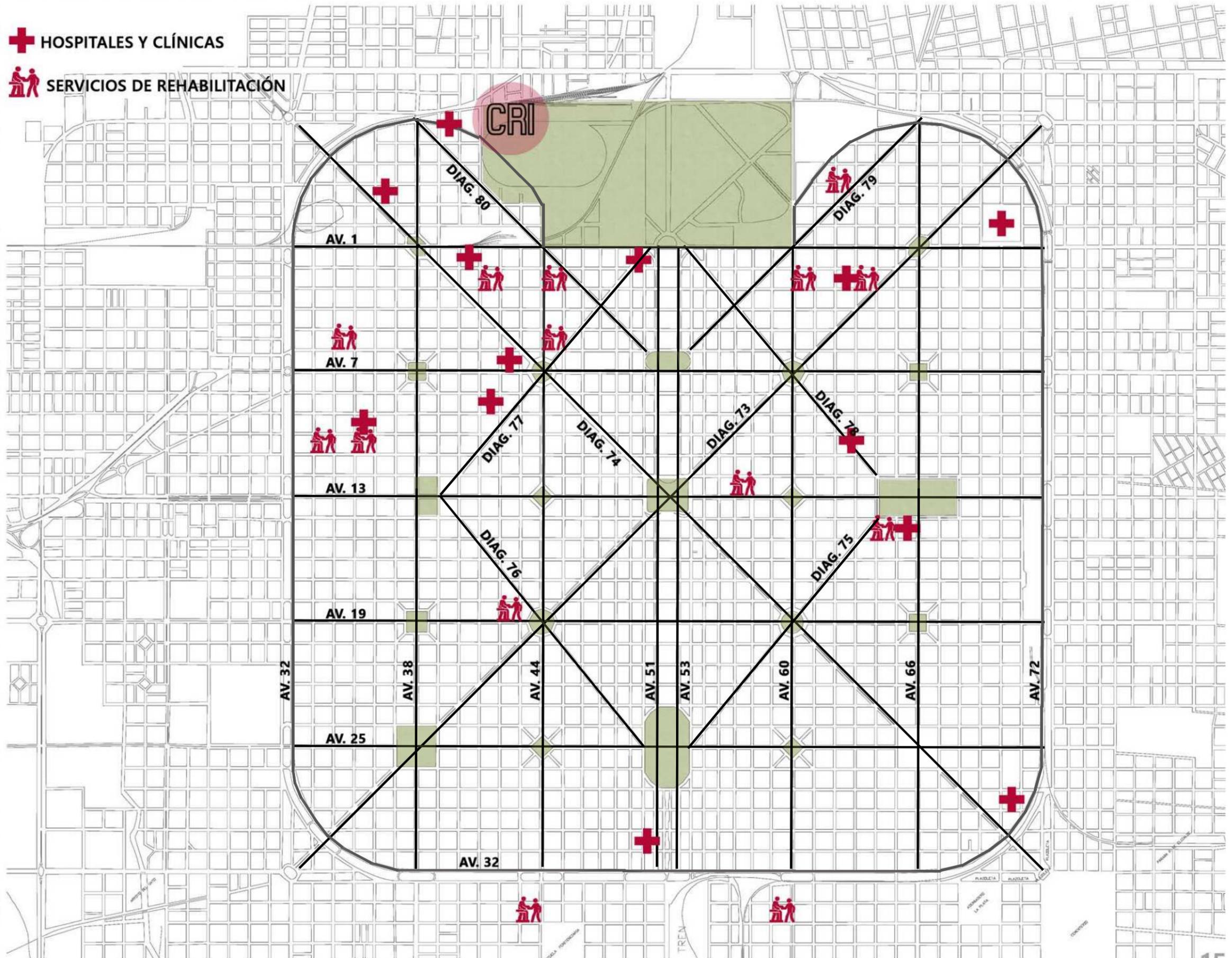
La problemática surge a partir de este tema, ya que colapsa el sistema de salud y no se pueden llevar a cabo las actividades de manera eficiente. Por este motivo surge el proyecto, a partir de generar un nuevo Centro de Rehabilitación, en una ubicación estratégica que acompaña al servicio del Hospital Gútierrez como apoyo y también se vincula a los espacios verdes del bosque.

La Ciudad de La Plata fue creada como una ciudad higienista, con espacios verdes cada 6 cuadras. Esta característica fue la primordial dentro del armado del proyecto, ya que el estudio de la ciudad nos demuestra que más allá de la falta de espacios para la salud (mayormente son de hospitales y no de centros de rehabilitación integral), también hay una falta de espacios verdes dentro de esos lugares.

La salud está relacionada a los aspectos físicos, mentales y sociales, por lo cuál nos invita a repensar el edificio tradicional para integrar la naturaleza como método de rehabilitación.

 HOSPITALES Y CLÍNICAS

 SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

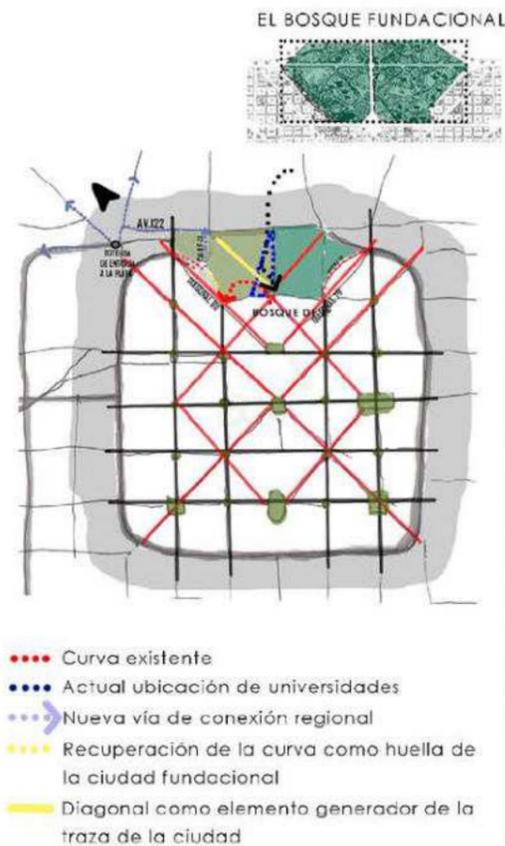


PLAN MAESTRO



La ciudad de La Plata concentra múltiples actividades regionales de carácter patrimonial, cultural y político, su característica fundacional se ha ido desdibujando en el territorio y en el sector a intervenir, se han producido rupturas en la trama y crecimiento urbano desmedido analizados en la etapa de diagnóstico, así como también un deterioro de los edificios patrimoniales que responden a la fundación de la ciudad, nuestra idea para la reconversión del barrio hipodromo es reactivar el sector, promoviendo la integración social, cultural y regional, comprendiendo el desafío que es trabajar sobre un territorio en constante cambio, tendemos a fomentar el habitar compartiendo la vida en comunidad, así como también las distintas formas de relación en un mismo conjunto, también concientizando sobre el cuidado y preservación de la vida natural, y la importancia de priorizar al peatón y transportes sustentables por sobre los vehiculares.

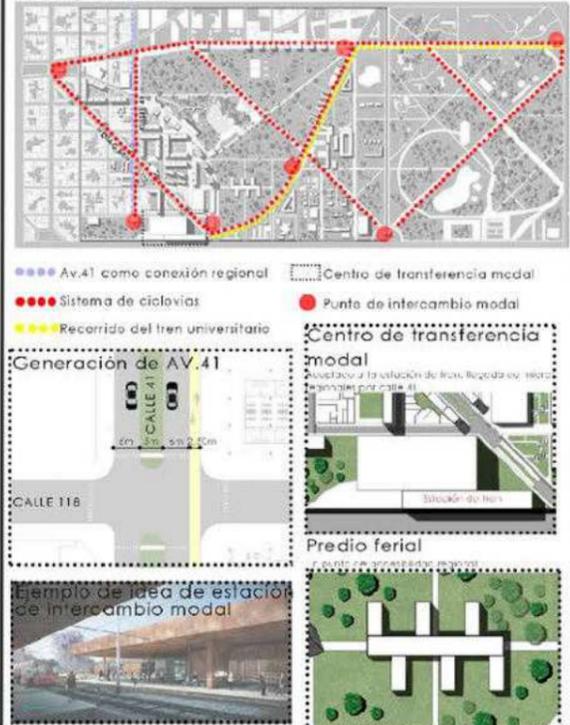
ELEMENTOS ESTRUCTURADORES



READECUAR Y REFUNCIONALIZAR

Entender al sector del bosque como parque regional integrador, adecuar la movilidad, atendiendo a satisfacer las necesidades comunes y del cuidado del medioambiente.

MOVILIDAD



RECUPERAR EL ESPACIO VERDE

Como elemento articulador, entre lo construido y lo natural, fomentar su cuidado y generar espacios de encuentros para la sociedad en la vida cotidiana.

EL CAMPUS Y SU OCUPACIÓN



DENSIFICAR Y REESTRUCTURAR

Atendiendo a la problemática de la falta de vivienda, se propone la densificación del espacio vacante, respetando la trama urbana como un elemento integrador.

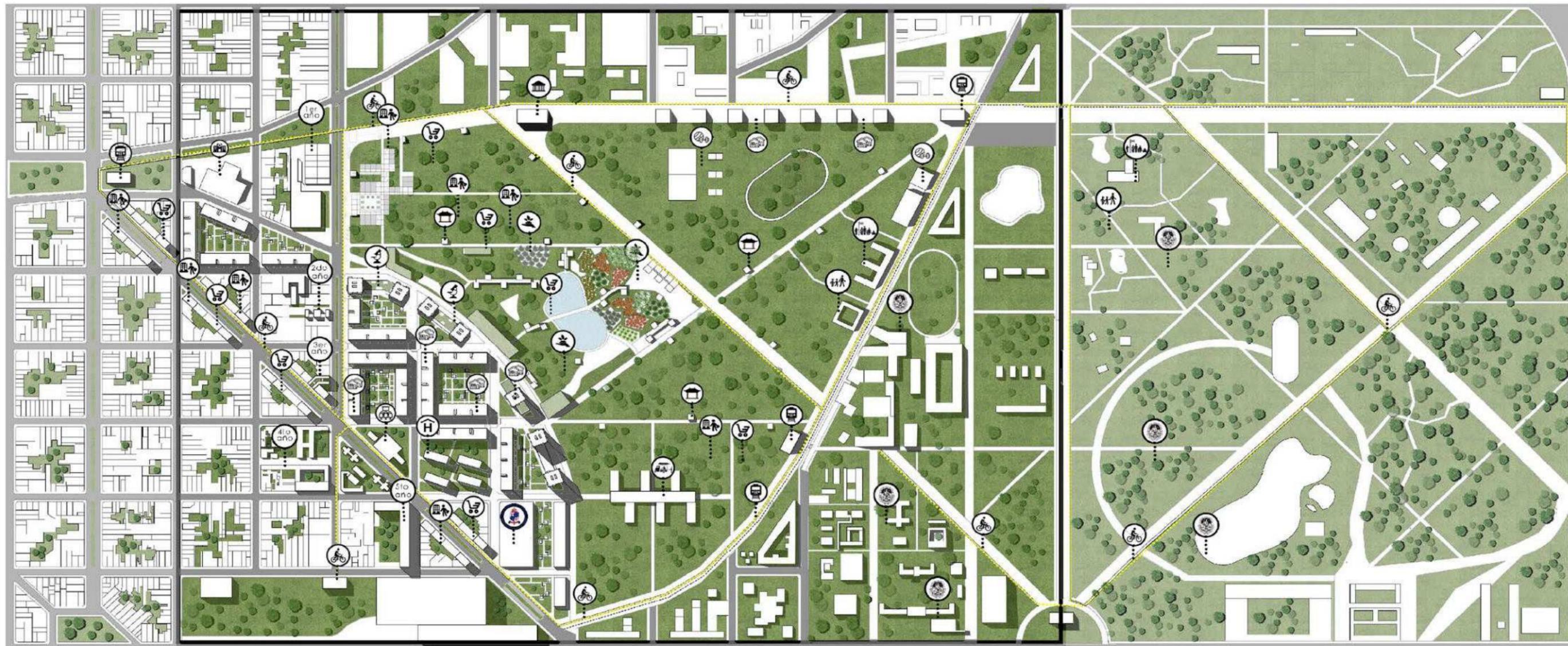
¿COMO Y DONDE OCUPAMOS?



EL PARQUE EN LA CIUDAD

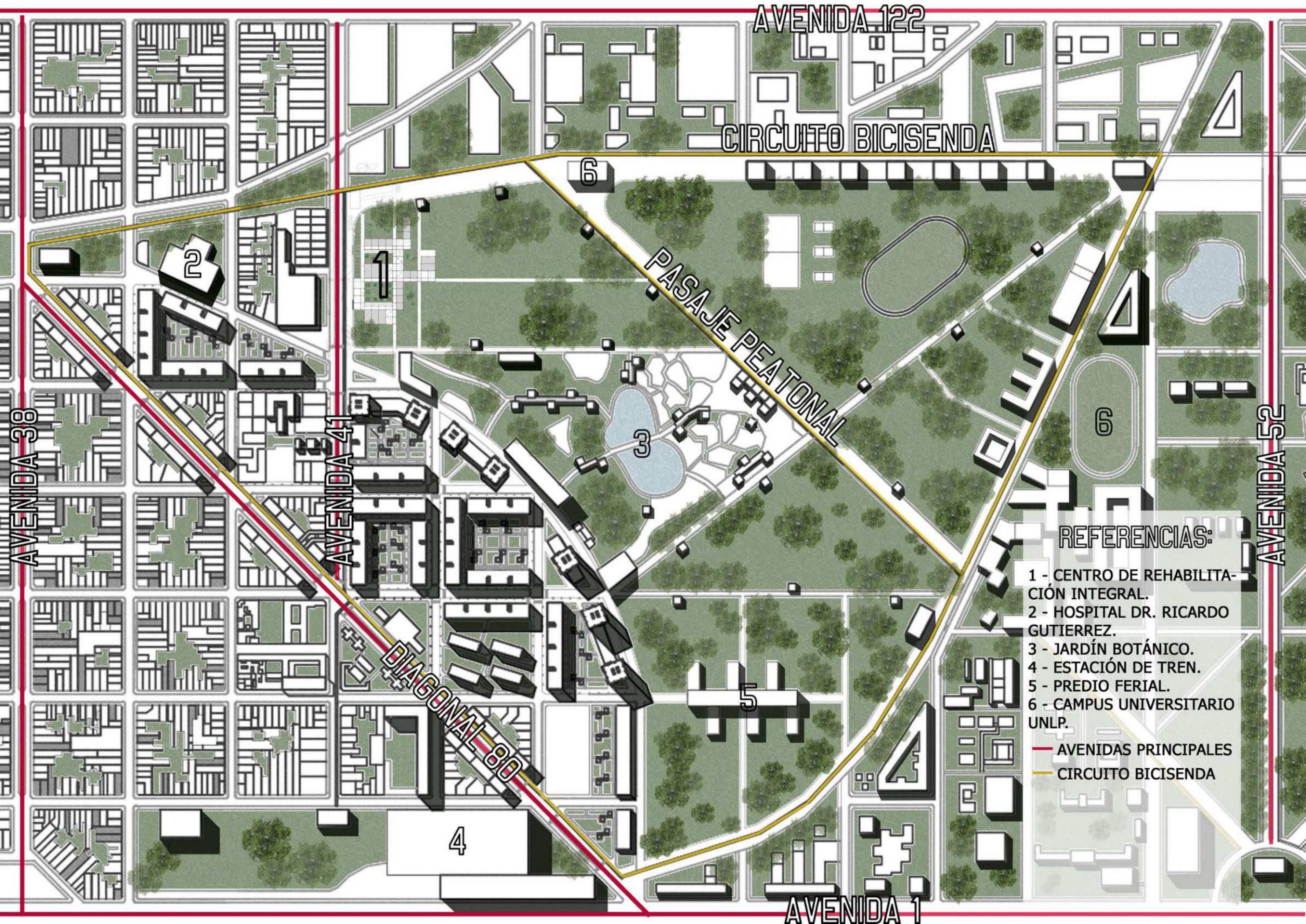


PROPUESTA URBANA



- Estación de Intercambio Intermodal:** comunicadora entre la Av 41, Diag. 80, el interior del parque y el bosque.
- Ciclovía:** en conjunto con la estación intermodal, se genera un amplio recorrido de la misma, donde se pueden retirar las bicicletas en el, una vez que se cambia de transporte.
- Tren:** realiza su recorrido alrededor del parque.
- Viviendas para estudiantes:** pensadas para todos los estudiantes que forman parte dentro del parque, de las actividades iniciales, primarias y secundarias, además del Campus de la UNLP.
- Polideportivo:** con múltiples actividades deportivas, con canchas, apoyo de salud y amplio predio.
- Área de investigación:** dedicado al estudio de la flora y fauna autóctona, en amplia relación con un Jardín Botánico, dedicado a la preservación de espacios verdes.
- Pabellones:** para utilización de múltiples actividades, los cuales son flexibles y permiten su apertura según sea necesario.
- Museo del turf:** creado para recordar la historia y huella que dejó el Hipódromo en la ciudad de La Plata.
- Viviendas para residentes:** ubicadas sobre Avenida 41, reservadas para los residentes del Hospital Gutierrez, son de uso temporal.
- Viviendas para trabajadores:** se encuentran a lo largo de la curva y avenida 41, para uso de los trabajadores del jardín botánico y del área de investigación.

- Campus UNLP:** se comprende de las facultades de Arquitectura, Ingeniería en todas sus ramas, Informática y Ed. Física.
- Corredor Comercial:** se encuentra ubicado a lo largo de Diag 80, el cual comprende toda su PB.
- Oficinas:** ubicadas en la PA del corredor comercial, aprovechando el sector que permite grandes alturas.
- Escuela de nivel inicial (Jardín de infantes)**
- Escuela de educación primaria y secundaria**
- Colegio San Vicente Paul**
- Instituto Malvinas UNLP**
- 1er año:** "Casa patio para médicos", realizado por Abril Dening.
- 2do año:** "Pasaje de viviendas", realizado por Candela Gutierrez.
- 3er año:** "Vivienda agrupada", realizado por Joaquin Von Kotch,
- 4to año:** "Vivienda colectiva y equipamiento", realizado por Bárbara Alverde.
- 5to año:** "Vivienda social colectiva", realizada por el equipo Bauza, Di Stéfano, Ocampo.
- Master Plan La Plata Cargas:** realizado por Emiliano Frega y Platania Livila.
- Master Plan Bosque:** realizado por Unamuno Diego y Vieyra Evelin María Florencia. Hipódromo.



AVENIDA 122

CIRCUITO BICISENDA

6

2

1

PASAJE PEATONAL

3

6

AVENIDA 38

AVENIDA 41

DIAGONAL 80

5

4

REFERENCIAS:

- 1 - CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL.
 - 2 - HOSPITAL DR. RICARDO GUTIERREZ.
 - 3 - JARDÍN BOTÁNICO.
 - 4 - ESTACIÓN DE TREN.
 - 5 - PREDIO FERIAL.
 - 6 - CAMPUS UNIVERSITARIO UNLP.
- AVENIDAS PRINCIPALES
— CIRCUITO BICISENDA

AVENIDA 52

AVENIDA 1



PERSPECTIVA DESDE VIVIENDAS EN ALtura
HACIA EL CENTRO DE REHABILITACIÓN.



PERSPECTIVA DESDE JARDÍN BOTÁNICO
HACIA VIVIENDAS EN ALTURA.



ETAPABILIDAD



ETAPABILIDAD 1 RECOMPOSICIÓN Y DENSIFICACIÓN - PERÍODO A 10 AÑOS

En esta etapa comienzan las intervenciones en la curva de calle 115 con el fin de recomponer el trazado urbano de la ciudad ortogonal, removiendo la huella del hipódromo para luego plantear un tratamiento de impermeabilización del suelo (vegetación). Dicha intervención se proyecta a partir de obras para la reconversión de calle 41 que pasará de ser barrial a regional siendo una avenida principal del sector.

Se plantea la consolidación de las manzanas con viviendas de carácter colectivo, previamente con un diagnóstico de la densificación que es pertinente alcanzar ateniéndonos al código urbano de la ciudad de La Plata.

Luego se genera la construcción de equipamientos atractores tanto regional como local sobre dicha curva donde se contendrán actividades culturales generadoras de nuevos puestos de trabajo, como también los puntos de intercambio modal y sistemas de ciclovías que estarán acompañadas de calles internas dentro del parque.

NUEVO PARQUE PARA LA RECREACIÓN



ETAPABILIDAD 2 GRANDES EQUIPAMIENTOS ATRACTORES - PERÍODO DE 10 A 20 AÑOS

En la segunda etapa se comenzará la construcción del Jardín Botánico dentro del parque que será un punto atractor para los habitantes, esto irá acompañado de nuevas torres de viviendas en la curva de 115 donde se hospedarán los trabajadores de dicho sector. Seguido a esto se proyecta las torres de viviendas para estudiantes y sector educativo cercano a las zonas de las universidades que contarán con escuela primaria, secundaria y jardín de infantes.

Por consiguiente se construirá el centro de transferencia modal que estará acoplado a la ex estación de tren (en Avenida 44) en relación a equipamientos de ocio para los pasajeros, al igual que un predio ferial, lugar relacionado a actividades regionales y locales como punto de encuentro e intercambio colectivo y cultural, produciendo una fuente de ingreso y trabajo para los habitantes.

Otro equipamiento importante a desarrollar es el Centro de Rehabilitación Integral sobre la nueva Avenida 41 relacionado de forma directa al Hospital Gútierrez con actividades de rehabilitación y terapia natural en concordancia con el uso del Jardín Botánico.

NUEVOS ATRACTORES EN LA CIUDAD

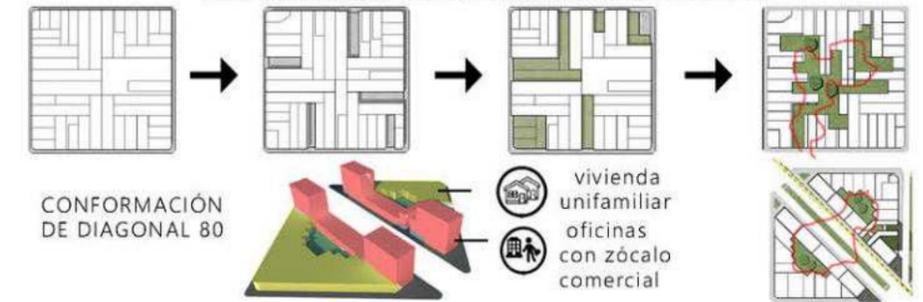


ETAPABILIDAD 3 REESTRUCTURACIÓN DEL ENTORNO INMEDIATO - PERÍODO DE 20 A 30 AÑOS

En la última etapa del proyecto se comienza con el estudio de las manzanas del tejido existente con la intención de socavar su interior conformando nuevos centros de manzana verdes y generando recorridos siguiendo la intención de ciudad higienista propuesta para La Plata. Dicho estudio procede de un diagnóstico previo donde se atiende al análisis de las parcelas más degradadas reubicando a los habitantes en viviendas del nuevo tejido, esto genera una relación directa entre la intervención propuesta y el barrio existente, como también su reactivación.

En el sector de diagonal 80 se propone un zócalo de actividades que hace de corredor comercial contenido por torres de oficinas llevando a la máxima altura propuesta por el código y provocando una descentralización del casco urbano que se da por la actividad administrativa.

DEGRADACIÓN DE LA MANZANA EXISTENTE



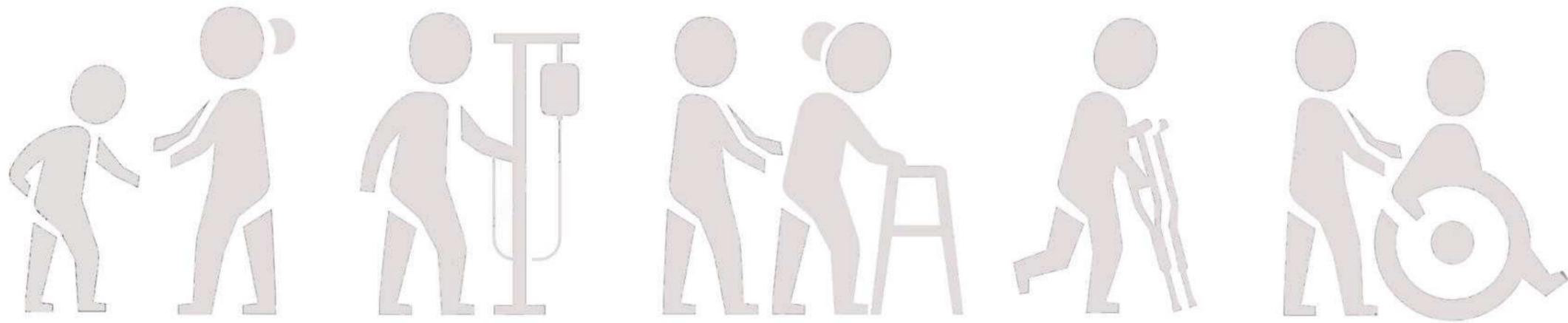
ETAPA 1 - DE 5 A 10 AÑOS



ETAPA 2 - DE 10 A 20 AÑOS



ETAPA 3 - DE 20 A 30 AÑOS



PROGRAMA Y USUARIOS

PROGRAMA



PROCESO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL

- ETAPAS DEL PROCESO:
 - REHABILITACIÓN FUNCIONAL
 - REHABILITACIÓN PROFESIONAL
 - REHABILITACIÓN SOCIAL
- MEDIDAS:
 - MEDIDAS MÉDICAS
 - MEDIDAS EDUCATIVAS
 - MEDIDAS PSICOLÓGICAS
- SERVICIOS:
 - EVALUACIÓN
 - ORIENTACIÓN
 - ADAPTACIÓN
 - FORMACIÓN
 - UBICACIÓN
 - SEGUIMIENTO
- ACCIONES:
 - CON FAMILIA
 - COMUNIDAD
 - GOBIERNO



SE UTILIZAN DISTINTOS SERVICIOS COMO LA RECREACIÓN, EL DEPORTE, LAS ACTIVIDADES ACUÁTICAS Y LA MEDICINA FÍSICA PARA MEJORAR LAS FUNCIONES MOTORAS, SENSORIALES Y MENTALES.

LUEGO SE TRABAJA CON LA REHABILITACIÓN PROFESIONAL, A TRAVÉS DE UN PERÍODO DE ADAPTACIÓN QUE COMPRENDE LA ORIENTACIÓN Y LA FORMACIÓN PROFESIONAL PARA LA REINCORPORACIÓN LABORAL.



PACIENTES



- Personas con discapacidad
- Lesiones medulares
- ACV
- Traumatismos
- Hemiplejía
- Cuadriplejía
- No Videntes
- Hipoacúsicos
- Entre otros

PROFESIONALES



- Médicos
- Kinesiólogos
- Terapeutas ocupacionales
- Fonoaudiólogos
- Nutricionistas
- Psicólogos
- Entrenadores Físicos
- Enfermeros
- Entre otros

ACTIVIDADES

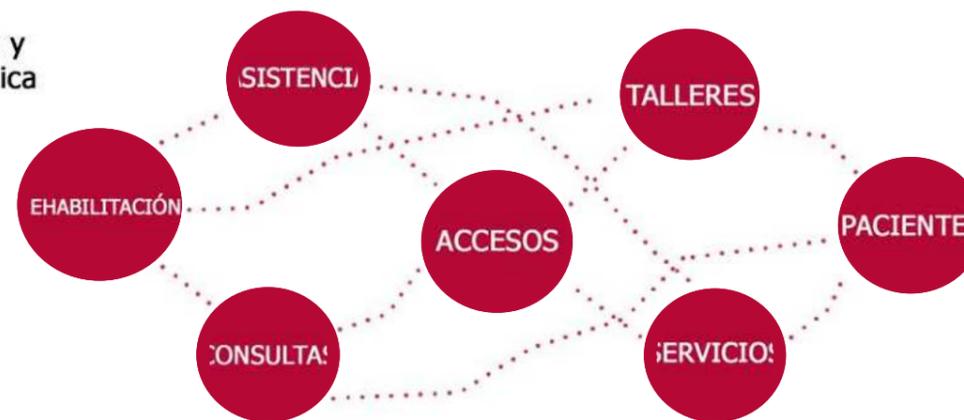


- Consultorios Médicos
- Gabinetes Kinesiología
- Piscinas Terapéuticas
- Consultorios Fonoaudiólogos
- Consultorios Nutricionistas
- Consultorios Psicólogos
- Gimnasios Rehabilitación
- Enfermería
- Recepción, entre otros

→ ÁREAS BÁSICAS



→ RELACIONES PROGRAMÁTICAS



→ ARQ. DE SENSACIONES



CRITERIOS

- 1) Clara y simple definición de accesos en relación al entorno. Lectura clara de los accesos desde su exterior.
- 2) Clara organización circulatoria que permita una lectura fácil para los usuarios (personal, pacientes, visitas).
- 3) Síntesis en la organización funcional con zonificaciones en función de usuarios y complejidades.
- 4) Partidos que contemplen y permitan el crecimiento.
- 5) Resoluciones constructivas y estructurales que permitan flexibilidad.
- 6) Caracterizaciones especiales que permitan la localización intuitiva dentro del edificio.
- 7) Presencia del exterior en el interior a través de la luz natural y las visuales.
- 8) Articulación de instalaciones y tecnologías con la arquitectura.
- 9) Aplicación de estrategias de sustentabilidad.



USUARIOS

DESARROLLO DEL PROCESO DE REHABILITACIÓN

1) PROCESO DE INGRESO

SERÁ DETERMINADO POR EL EVALUADOR INICIAL, MÉDICO ESPECIALISTA O UN EQUIPO CUYA FINALIDAD ES IDENTIFICAR EL TIPO DE DISCAPACIDAD Y COMPLEJIDAD, Y DE ACUERDO A ÉSTA DEFINIR EL EQUIPO QUE DESARROLLA EL PLAN DE REHABILITACIÓN INDIVIDUAL, ASÍ COMO OBTENER INFORMACIÓN EN LOS ASPECTOS SOCIO-FAMILIARES QUE PERMITAN FORTALECER EL PROCESO DE REHABILITACIÓN. FORMAN PARTE PROFESIONALES COMO:

- TRABAJADOR SOCIAL.
- PSICÓLOGOS.
- MÉDICOS.
- TERAPEUTAS.
- ENFERMEROS.

- **PLAN DE REHABILITACIÓN:** DEFINICIÓN DE OBJETIVOS CLAROS, PLANES ESPECÍFICOS DE TRATAMIENTO, TIEMPOS DE REHABILITACIÓN, APOYO A NIVEL INDIVIDUAL Y FAMILIAR, AYUDA TÉCNICA Y ORTOPÉDICA PARA SU REHABILITACIÓN.

2) PROCESO DE EGRESO

SE TRABAJARÁ EN EQUIPO PARA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DE ACUERDO A LAS NECESIDADES INDIVIDUALES A TRAVÉS DE LOS SIGUIENTES PROGRAMAS: MUSCULOESQUELÉTICO, REUMATOLÓGICO, NEUROLÓGICO, LENGUAJE Y EDUCATIVO. INTERVIENEN:

- MÉDICOS.
- PSICÓLOGOS.
- TRABAJADORES SOCIALES.
- TERAPEUTAS.
- NUTRICIONISTAS.
- ENFERMEROS.

> USUARIO EVENTUAL:



01 PACIENTE CON DISCAPACIDAD:

Conformado por el paciente que asiste al centro eventualmente para realizar consultas externas o los que requieran de algún programa de terapias. El centro estará destinado a personas con lesiones medulares, amputados, traumatismos o algún otro problema motor.



02 LOS VISITANTES:

Aquellas personas que van a visitar a los pacientes que se encuentran hospitalizados. Cumplen un rol fundamental ya que acompañan al usuario en el proceso de recuperación.

> USUARIOS PERMANENTES:



01 FISIOTERAPEUTAS:

Profesionales que proporcionan tratamientos a personas que sufren enfermedades o lesiones, es decir, dan ejercicios para ayudar a recuperar parte de la movilidad física motora, mejorar el dolor, prevenir la pérdida total del movimiento, etc.



02 TERAPEUTA OCUPACIONAL:

Se encargan de la prevención, el diagnóstico funcional y el tratamiento de ocupaciones cotidianas en todas las áreas. El objetivo es lograr el bienestar del individuo para mejorar y lograr mayor independencia.



03 PSICÓLOGOS:

Su función va a ser brindar apoyo psicológico en el proceso de rehabilitación, donde aconseja y orienta al paciente, ocupándose de los aspectos emocionales. Además va a orientar a la familia sobre las nuevas adaptaciones de la vida diaria.



04 NUTRICIONISTAS:

Es un profesional de la salud que se encarga del estudio y mantenimiento del organismo por medio de los alimentos y la relación que estas tienen en el cuerpo humano.



05 TRABAJADOR SOCIAL:

El rol es asesorar al paciente y a los miembros de su familia a adecuarse a las nuevas adaptaciones. Además ofrecen la preparación para el regreso del paciente a la comunidad incluyendo el cuidado de la casa, equipo y transporte.



06 ENFERMEROS:

Proporcionan atención directa además de cuidados que ayuden a mantener las funciones del individuo, y prevenir complicaciones.



TERAPIAS

REHABILITACIÓN



+

SERVICIO MÉDICO



=



MAYOR INDEPENDENCIA

EL CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL SE BASA EN DISTINTAS PRÁCTICAS QUE BUSCAN GENERAR MAYOR INDEPENDENCIA PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES O DIFICULTADES MOTORAS.

DENTRO DE DICHAS PRÁCTICAS SE ENCUENTRAN:

- REHABILITACIÓN MOTRIZ.
- REHABILITACIÓN PSICOMOTRIZ.
- REHABILITACIÓN ORTOPÉDICA.
- REHABILITACIÓN SENSORIAL.
- FONOAUDIOLÓGÍA.
- OTROS.

¿ QUÉ SE OFRECE ?

- CALIDAD MÉDICA INTEGRAL.
- EQUIPOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS PROFESIONALES ALTAMENTE CAPACITADOS.
- ABORDAJE HUMANO DE LA PROBLEMÁTICA DEL PACIENTE Y SU GRUPO FAMILIAR.
- PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN INDIVIDUALIZADOS SUPERVISADOS POR MÉDICOS.
- GESTIÓN DE CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA.
- SERVICIOS DE SEGUIMIENTO CLÍNICO PARA PACIENTES.
- TRATAMIENTOS SEGÚN EL PACIENTE Y SU DISCAPACIDAD.

> FISIATRÍA:

Es una especialidad médica que ayuda a las personas a recobrar sus funciones corporales que perdieron debido a enfermedades o lesiones. Trabaja tres grandes áreas: la medicina física, la medicina de rehabilitación y los estudios electrofísicos.

El especialista será el encargado de llevar a cabo los actos médicos, diagnósticos y terapéuticos propios de su especialidad. Será también el encargado de calificar el tipo de incapacidad y controlar el programa rehabilitador correspondiente.

> HIDROTERAPIA:

La hidroterapia es un tratamiento que utiliza el agua para tratar determinadas patologías, donde se deben tener en cuenta tres principios: la viscosidad, la presión hidrostática y la flotación.

El agua genera un mayor control del cuerpo, resistencia y fortalece las articulaciones y huesos mejorando el tono muscular, la postura y el equilibrio. Los efectos curativos se deben a los estímulos térmicos, químicos y mecánicos.

Se realizan dos o tres sesiones por semana y la duración del ciclo varía según el paciente.

> KINESIOLOGÍA:

La kinesiología es la ciencia que estudia el movimiento. El objetivo principal es la salud motora corporal. Dentro de ella se incluyen la ortopedia, la psicología del deporte, métodos de rehabilitación, adquisición de habilidades y aprendizaje motor.

El kinesiólogo emplea diversos procedimientos terapéuticos, reduciendo el estrés, favoreciendo la circulación de la sangre y la oxigenación de las áreas comprimidas.

Algunos de los tratamientos son aplicación de frío o calor, sesiones de acupuntura, ultrasonidos o electroestimulación para aumentar los beneficios de la terapia.

> TERAPIA OCUPACIONAL:

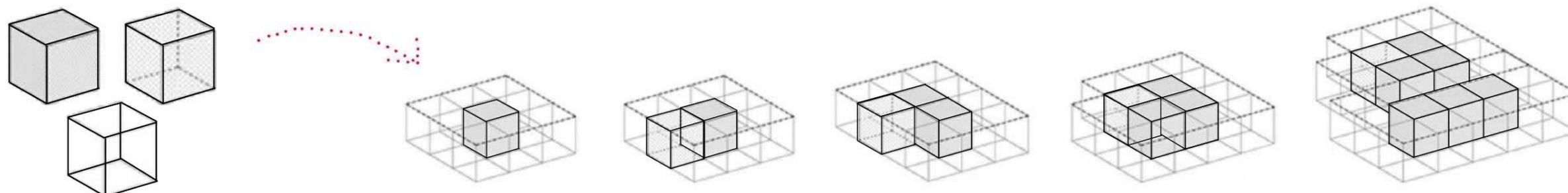
Es una profesión que se ocupa de la promoción de la salud y el bienestar a través de la ocupación. Dicha terapia utiliza técnicas, procedimientos, métodos y modelos que previenen lesiones o discapacidades, mejorando el nivel de independencia funcional de los sujetos respecto a sus habilidades y a su adaptación al entorno producidos por enfermedad, lesión, daño cognitivo, disfunción psicosocial, enfermedad mental, discapacidad, marginación social u otras condiciones y desórdenes. Debido a esto se atiende a dimensiones biológicas, psicológicas y sociales.

> HORTICULTURA:

La horticultura terapéutica trata de establecer una relación directa entre el hombre y el medio natural convirtiéndose en un instrumento educativo y socializador. La profesión del terapeuta horticultor es el resultado de la combinación de dos disciplinas: la horticultura que funciona como soporte de la terapia, y la rehabilitación.

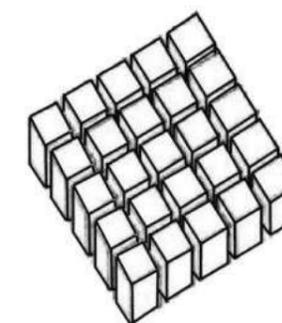
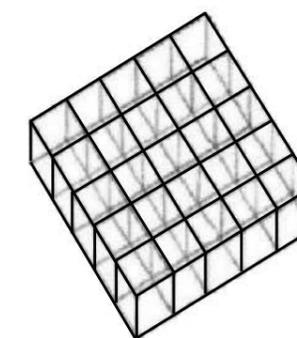
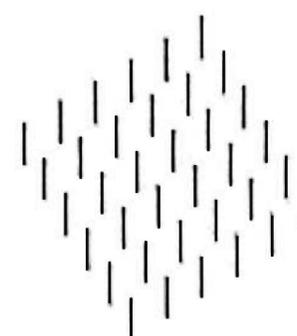
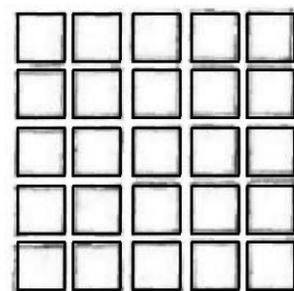
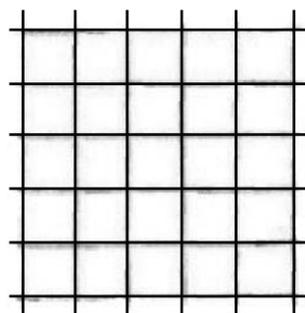
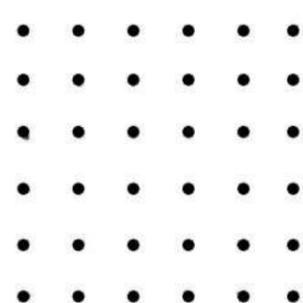
Las actividades relacionadas con la jardinería tienen un efecto productivo que son muy notorios en personas con discapacidades físicas y mentales, recuperando destrezas manuales y alimentando confianza en sí mismos.



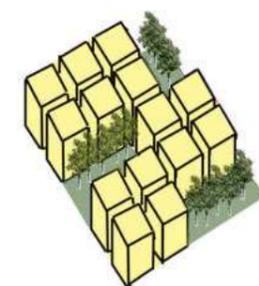
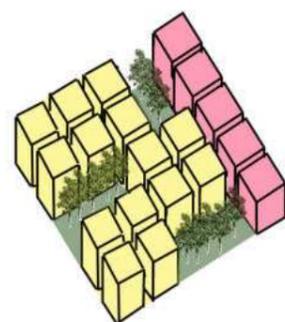
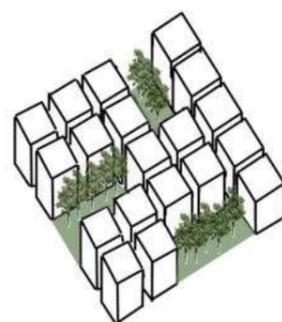
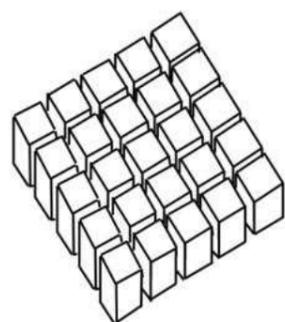


MÓDULOS QUE PUEDEN CRECEN SEGÚN LAS NECESIDADES

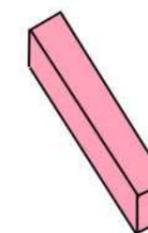
GRILLA ESTRUCTURAL - EDIFICIO ADAPTABLE



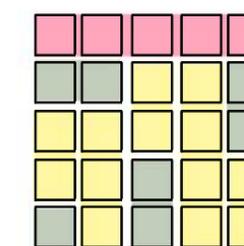
SUSTRACCIÓN - INCORPORACIÓN DE HEALING GARDENS



FUNCIONES FLEXIBLES
FUTUROS CAMBIOS



FUNCIONES CERRADAS
ÁREAS Y SERVICIOS



MODULACIÓN Y
FUTURO CRECIMIENTO

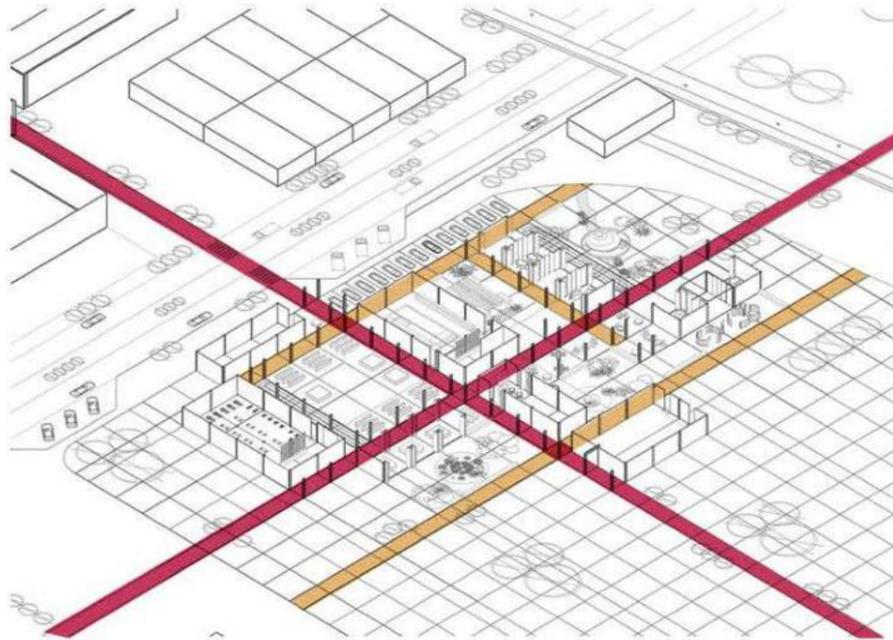
EJEMPLO DE EDIFICIO RECORRIBLE Y SUSTENTABLE

➔ Se busca lograr un edificio público dedicado a personas en estado de vulnerabilidad creado para la necesidad. La idea es completar y/o hacer ciudad, generando un edificio adaptable para todos los usuarios donde el principal factor es el contacto con la naturaleza para la pronta recuperación de los pacientes.

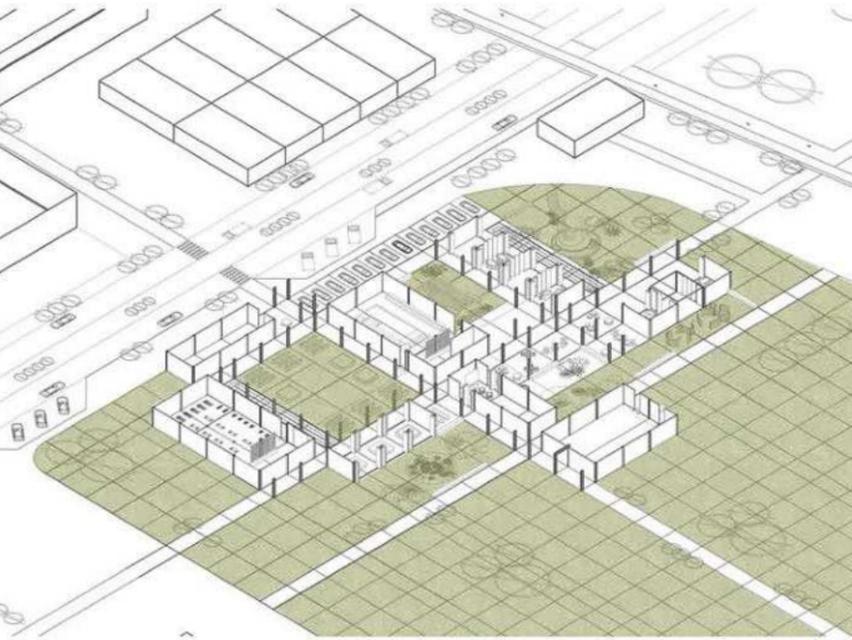
Todo edificio de salud tiende a crecer a futuro, por esto es que se plantean funciones cerradas (espacios contenidos y rígidos) y funciones abiertas (espacios permeables y flexibles).

La incorporación de los healing gardens influyen de forma positiva logrando minimización de ruidos, reducción de estrés, sentido de pertenencia, mayor concentración y tranquilidad al hacer actividades para la rehabilitación.

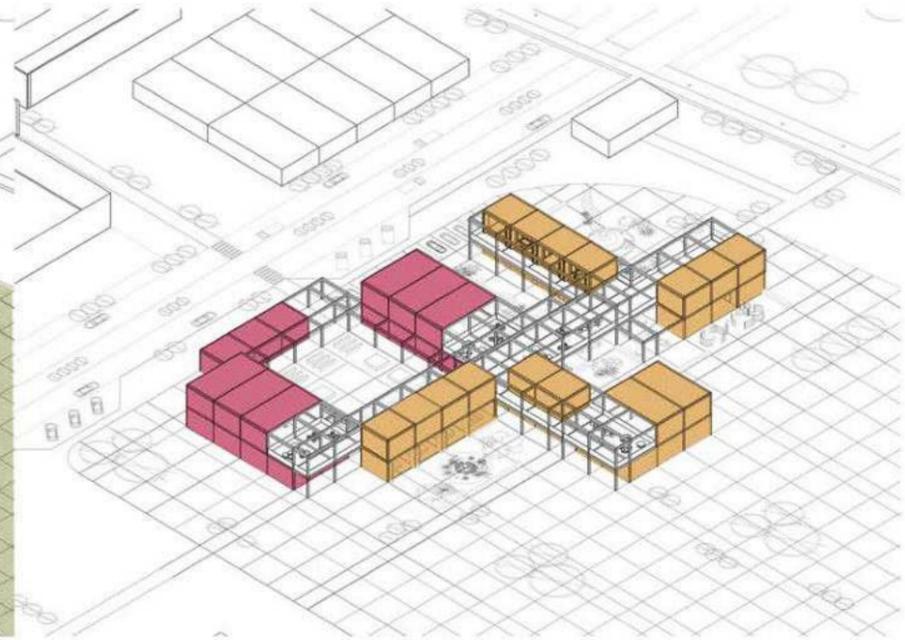
MEMORIA GRÁFICA



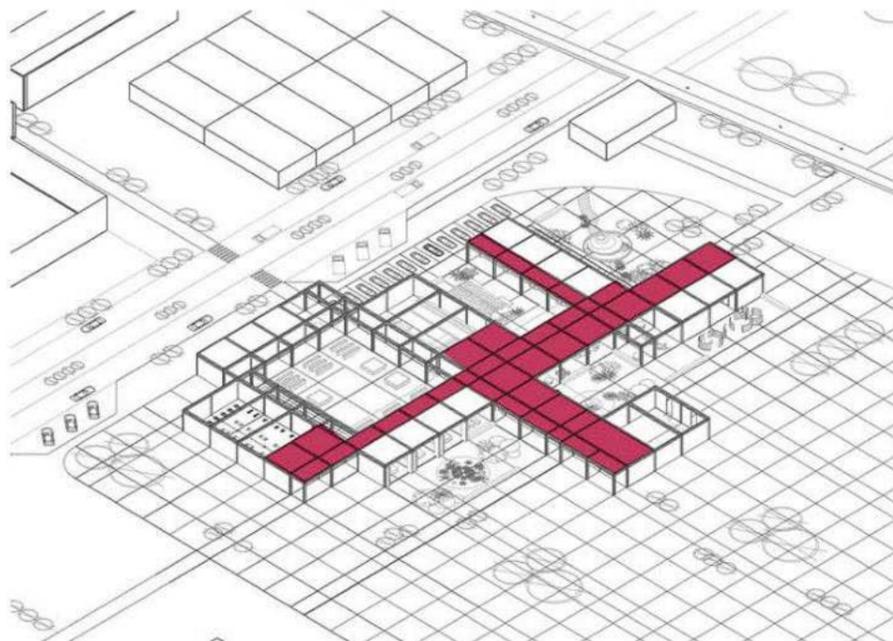
CIRCULACIONES PRIMARIAS
CIRCULACIONES SECUNDARIAS



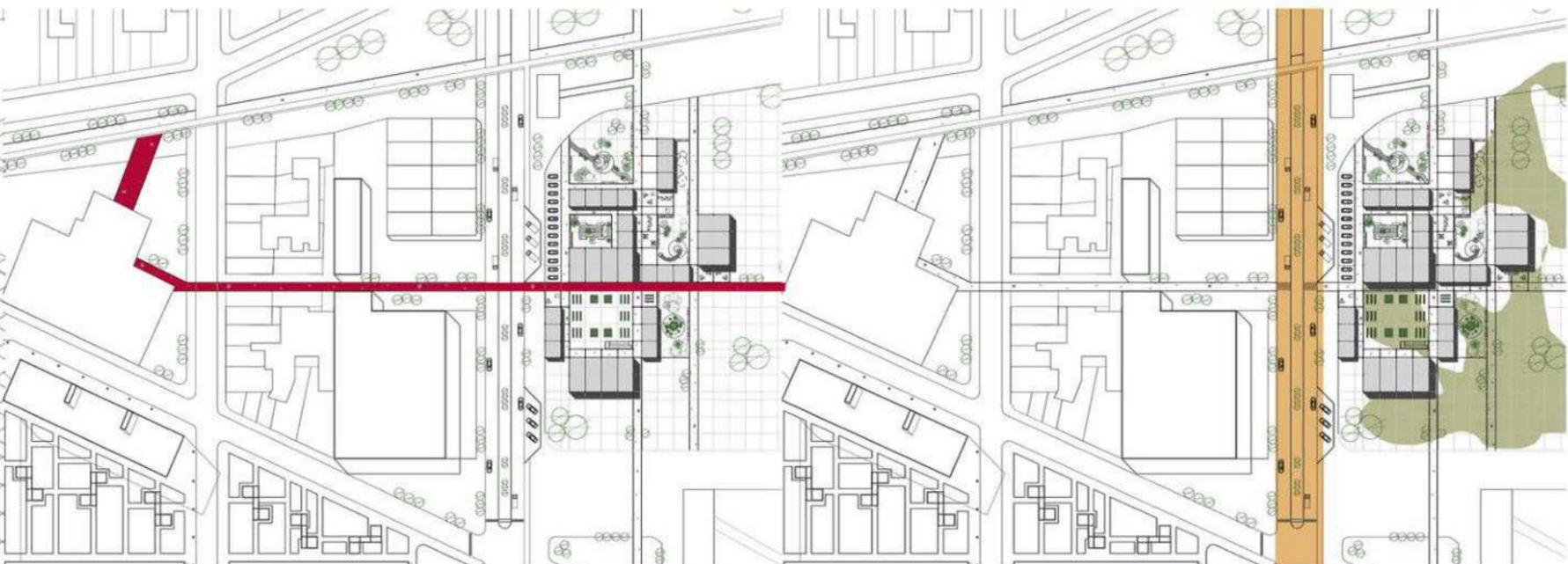
SISTEMA DE ESPACIOS VERDES



PROGRAMAS PRIVADOS - SALUD
PROGRAMAS SEMIPÚBLICOS - EDUCACIÓN / OCIO



TERRAZAS / MIRADOR



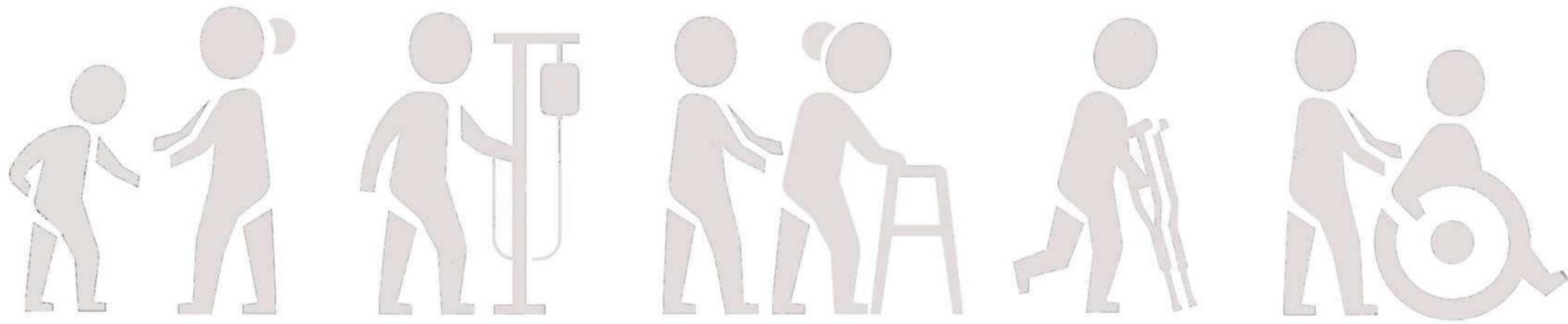
RELACIÓN DIRECTA CON EL HOSPITAL GÚTIERREZ

CONFORMACIÓN DEL BORDE -
RELACIÓN DIRECTA CON EL BOSQUE

PROGRAMA:

1) ADMINISTRACIÓN / CONSULTORIOS MÉDICOS -	157 M2 PB + 156.30 M2 PA = 313.30 M2	8) TALLERES CREATIVOS -	161.30 M2 PB + 161.30 M2 PA = 322.60 M2
2) GIMNASIO DE REHABILITACIÓN -	427.00 M2	9) BAR -	111.00 M2
3) TALLER DE HUERTAS NATURALES -	105.12 M2	10) NÚCLEOS DE SERVICIO -	210.20 M2
4) BIBLIOTECA -	164.15 M2	11) TERRAZAS / MIRADORES -	1.313 M2
5) AUDITORIO / SUM -	316.80 M2		
6) PILETA TERAPÉUTICA -	427.00 M2		
7) AULAS Y COWORKING -	165.15 M2 PB+165.15 M2 PA =330.30 M2		

TOTAL: 2.727 M2 CUB

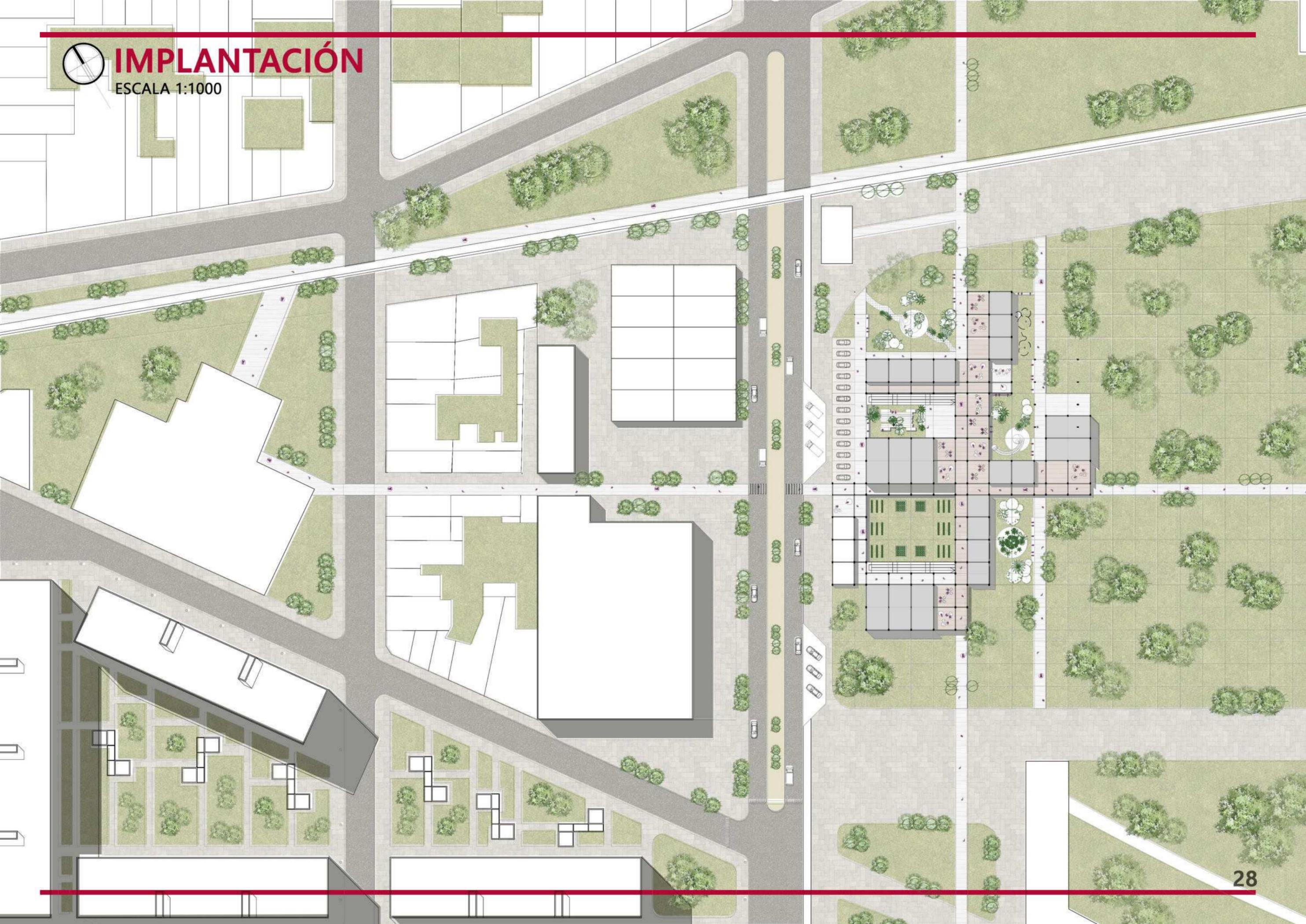


PROYECTO ARQUITECTÓNICO



IMPLANTACIÓN

ESCALA 1:1000





PLANTA BAJA

ESCALA 1:500

- 1 - ADMINISTRACIÓN - CONSULTORIOS MÉDICOS.
- 2 - GIMNASIO REHABILITACIÓN.
- 3 - TALLER DE HUERTAS NATURALES.
- 4 - BIBLIOTECA.
- 5 - AUDITORIO / SUM.
- 6 - PILETA TERAPÉUTICA.
- 7 - AULAS Y COWORKING.
- 8 - TALLERES CREATIVOS.
- 9 - PATIO DE HUERTAS.
- 10 - PATIO NATURAL.
- 11 - PATIO DE JUEGOS.
- 12 - PATIO DE LECTURA.
- 13 - PATIO CREATIVO.

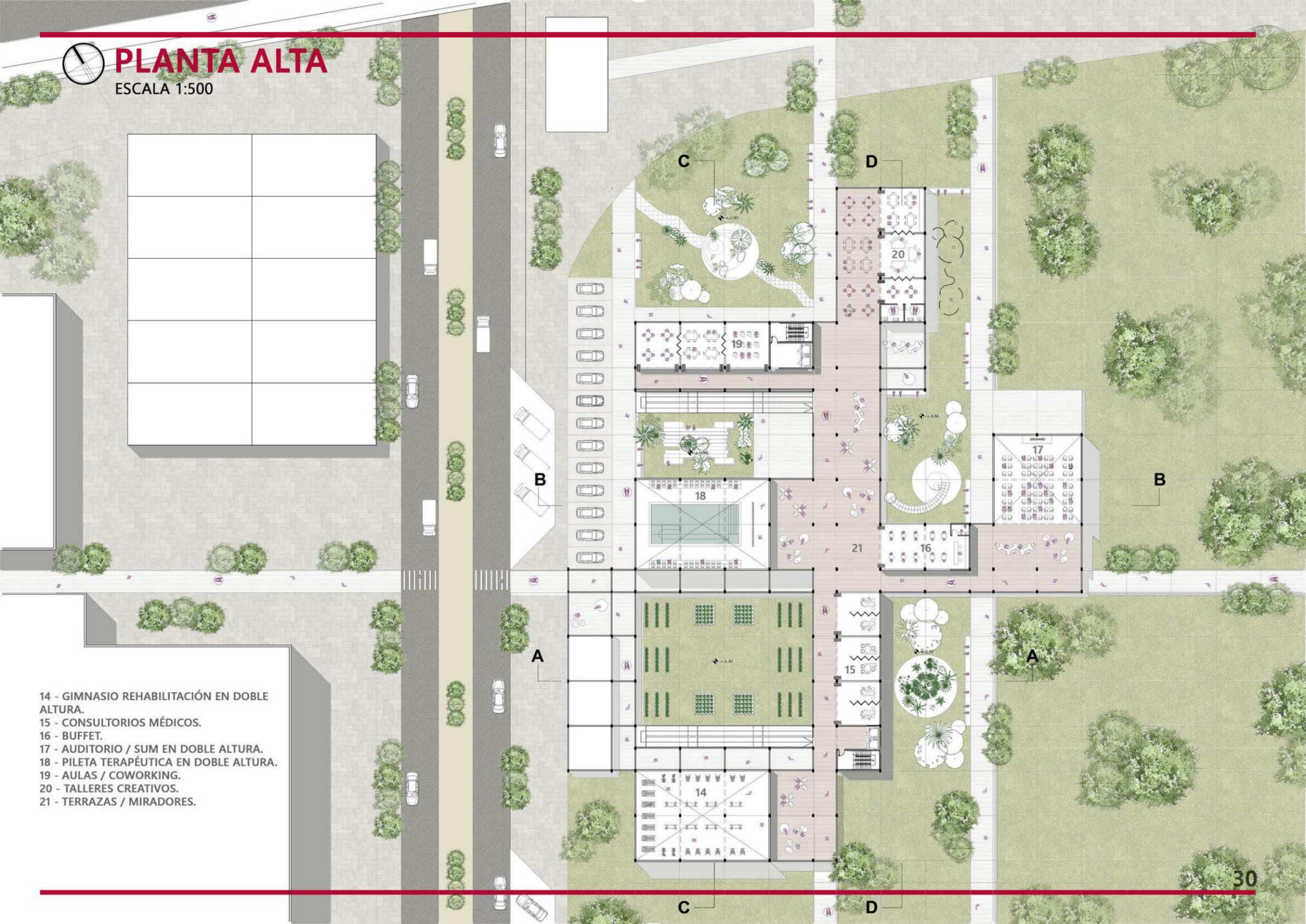


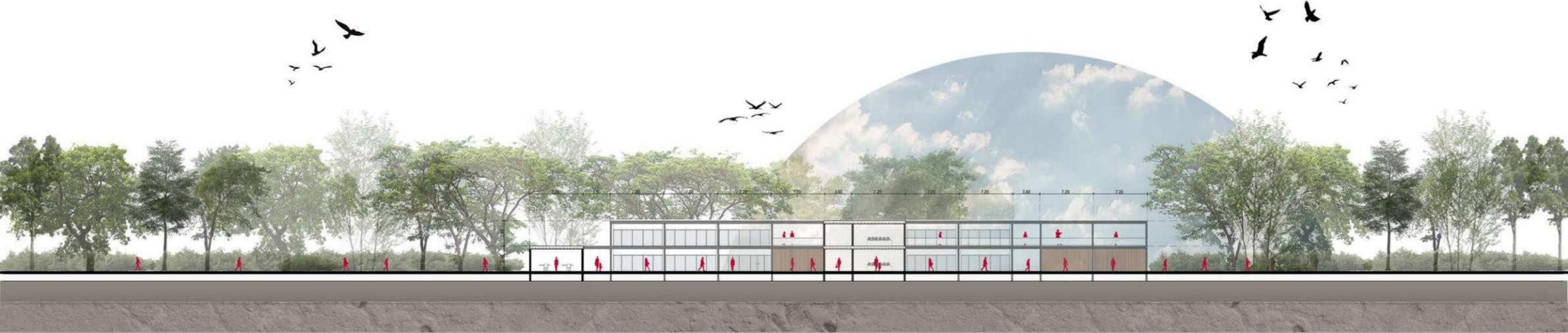


PLANTA ALTA

ESCALA 1:500

- 14 - GIMNASIO REHABILITACIÓN EN DOBLE ALTURA.
- 15 - CONSULTORIOS MÉDICOS.
- 16 - BUFFET.
- 17 - AUDITORIO / SUM EN DOBLE ALTURA.
- 18 - PILETA TERAPÉUTICA EN DOBLE ALTURA.
- 19 - AULAS / COWORKING.
- 20 - TALLERES CREATIVOS.
- 21 - TERRAZAS / MIRADORES.





CORTE A-A



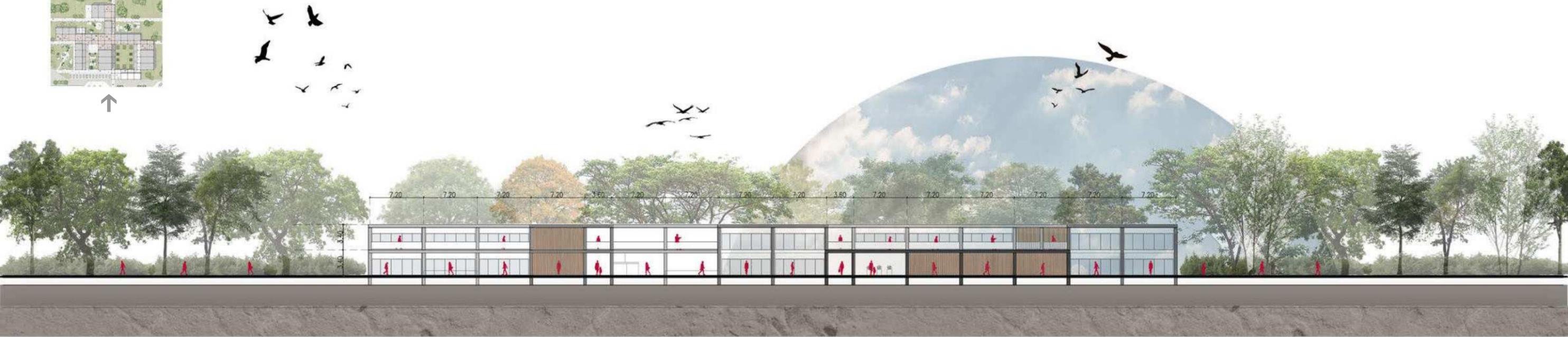
CORTE B-B



CORTE C-C



CORTE D-D





VOLUMETRÍA

PROGRAMA PLANTA BAJA

CONSULTORIOS MÉDICOS



GIMNASIO



TALLER DE HUERTAS



PILETA



BIBLIOTECA



AULAS Y COWORKING



SALÓN DE USOS MÚLTIPLES



TALLERES CREATIVOS



PATIO DE HUERTAS



PATIO NATURAL



PATIO DE LECTURA



PATIO DE JUEGOS



PATIO CREATIVO

VOLUMETRÍA

PROGRAMA PLANTA ALTA

GIMNASIO



TERRAZA
MIRADOR



CONSULTORIOS
MÉDICOS



PILETA



BUFFET



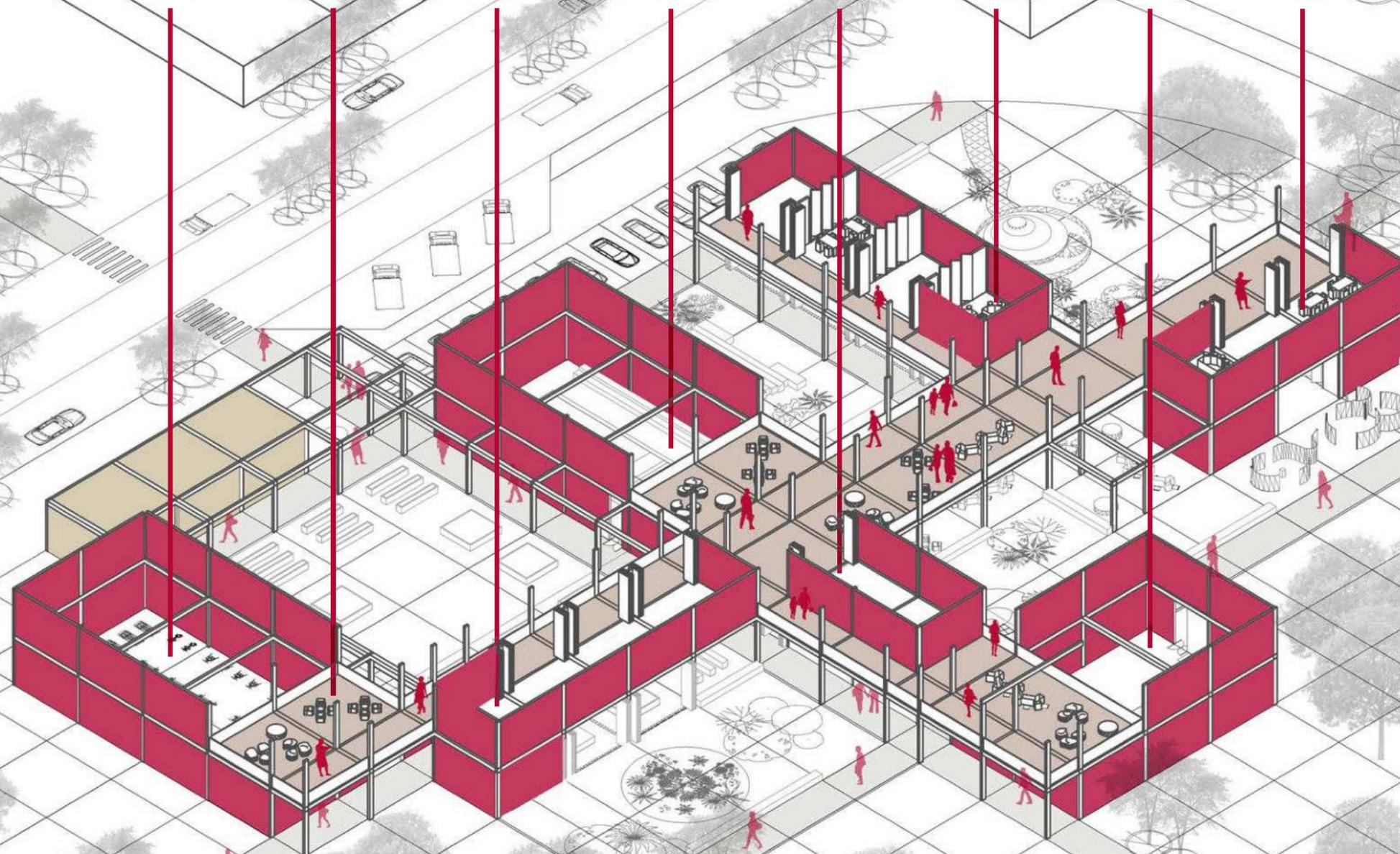
AULAS Y
COWORKING



SALÓN DE
USOS
MÚLTIPLES

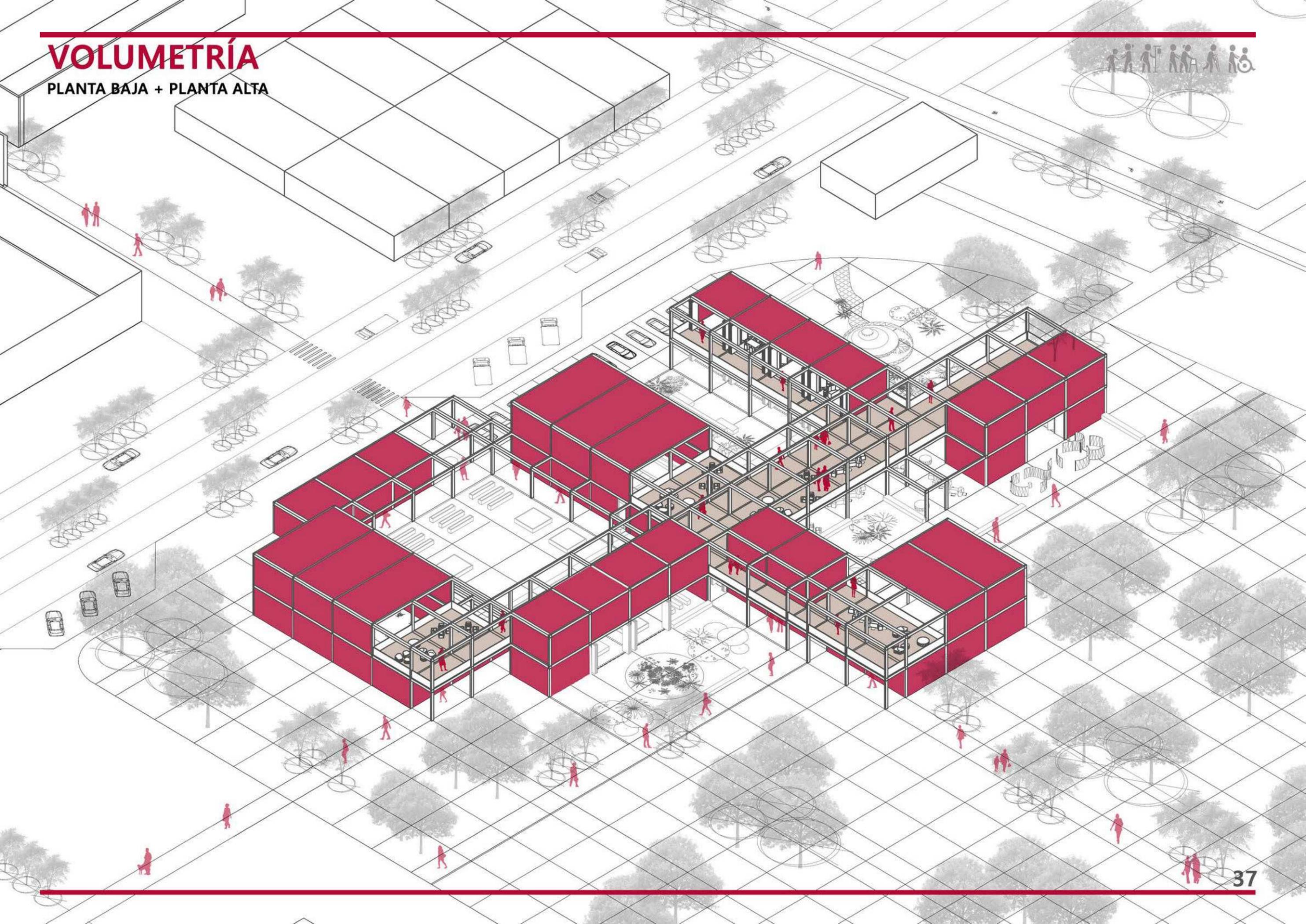


TALLERES
CREATIVOS



VOLUMETRÍA

PLANTA BAJA + PLANTA ALTA







PERSPECTIVA DESDE
AULAS - TALLER





PERSPECTIVA DE PILETA TERAPÉUTICA





PERSPECTIVA DE
GINNASIO DE
REHABILITACIÓN

PERSPECTIVA DESDE
PATIO NATURAL



PERSPECTIVA DESDE TERRAZA
HACIA PATIO NATURAL





PERSPECTIVA DESDE
AUDITORIO

PERSPECTIVA DESDE
PATIO DE RECREACIÓN





PERSPECTIVA DESDE RAMPA HACIA PATIO DE
LECTURA Y TERRAZA / MIRADORES.

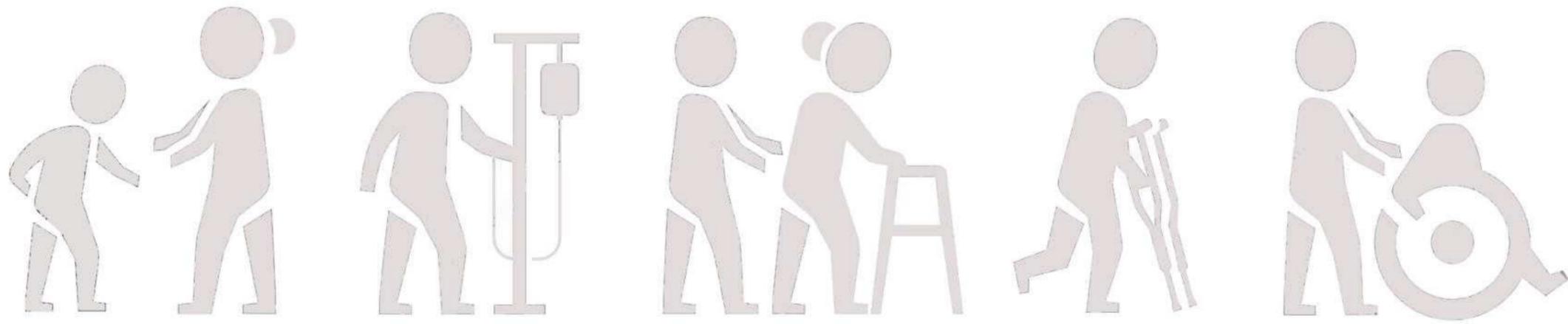


PERSPECTIVA DESDE TERRAZA HACIA
PATIO DE HUERTAS.





CRI



SISTEMA CONSTRUCTIVO

MATERIALES



LA BÚSQUEDA SE BASA EN LOGRAR UNA GRILLA MODULAR A TRAVÉS DE UN SISTEMA CONSTRUCTIVO PREFABRICADO, CON UN RÁPIDO Y FÁCIL MONTAJE, QUE PUEDA CRECER SEGÚN LAS NECESIDADES.

LA IDEA ES QUE LA ESTRUCTURA FORME PARTE DE UNA EXHIBICIÓN TANTO INTERIOR COMO EXTERIOR.

CADA PARTE SERÁ ESTANDARIZADA, PARA CREAR UN PROCESO DE CONSTRUCCIÓN MÁS EFICIENTE Y RENTABLE Y QUE PUEDA SER FLEXIBLE PARA ALTERAR EL PROGRAMA O AGREGAR DISTINTAS ÁREAS.

SISTEMA ESTRUCTURAL:

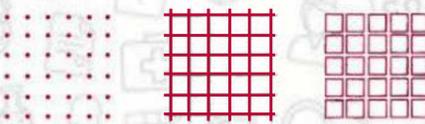


La estructura principal se genera por medio de un sistema modular adoptando un material que permita el futuro crecimiento y la flexibilización de espacios, por este motivo se utiliza una grilla arquitectónica y espacial de 7.20x7.20 conformada por perfiles IPN (según cálculo) tanto para vigas como columnas (que en este caso son tubulares rellenas de hormigón)

Como estructura de entrepiso se adoptan vigas alveolares metálicas, ya que permiten cubrir grandes luces (hasta 18 metros) y a su vez, facilita el paso de las instalaciones mediante sus alveolos. Para los espacios en doble altura como auditorio, gimnasio y pileta terapéutica se opta por un sistema de vigas reticuladas para lograr mayores luces sin apoyos intermedios.

Para el entrepiso y cubierta, se utilizan losetas huecas pretensadas que permiten cubrir luces de hasta 16 metros y se adaptan al módulo elegido.

MATERIALIDAD:



SE PARTE DE MÓDULOS BASE DE 7,20X7,20 GENERANDO UNA GRILLA TANTO ESTRUCTURAL COMO ARQUITECTÓNICA, DONDE COLUMNAS Y VIGAS TRABAJAN EN UNA MISMA DIRECCIÓN HORIZONTAL, CONFORMADO POR PERFILES DE ACERO.

Los elementos prefabricados se realizan en taller y se trasladan a la obra, considerando medidas determinadas.

Las piezas se montan en obra por medio de grúas, estas se van uniendo (por encastre o a bulonamiento), teniendo en cuenta el peso propio del material.

UTILIZACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS Y MATERIALES LOGRANDO UN MENOR COSTO.

- MÁS RECICLABLE
- MENOS INFLAMABLE
- MAYOR LUZ NATURAL
- MAYOR ENERGÍA RENOVABLE
- GESTIÓN DEL AGUA



Para la materialidad se busca la utilización de materiales sustentables que conformen los distintos espacios. El material principal es la Madera Lámina Cruzada (CLT) ya que es de producción local y es sumamente duradera, noble y maciza. Al tratarse de un sistema de partes, la construcción es más rápida logrando economizar los tiempos, otra ventaja es que no es inflamable.

Otro material a destacar es la piel verde que conforma jardines verticales en distintos sectores a definir, para poder generar juego de iluminación y visuales que acompañe al proyecto junto a la grilla estructural metálica.

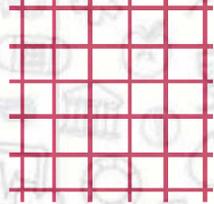
El vidrio se utiliza en distintos paquetes programáticos, por medio de módulos corredizos que permiten la flexibilización y expansión de los programas. Dicho vidrio está conformado por DVH (doble capa), logrando soluciones para la pérdida energética y que aporte eficiencia térmica.

ESTRUCTURA



GRILLA:

LA ELECCIÓN DEL MÓDULO BASE ES DE 7.20 X 7.20 EXCEPTUANDO LAS PASANTES QUE TIENEN UN SUBMÓDULO DE 3.60 X 7.20 PARA EL PASO DE DOS SILLAS DE RUEDAS.



FUNDACIÓN:

DADA LAS CARACTERÍSTICAS DEL SUELO SE OPTA POR BASES DE HORMIGÓN ARMADO CON VIGAS DE FUNDACIÓN QUE VAN COCIENDO TODO EL PROYECTO.

APOYOS Y VIGAS:

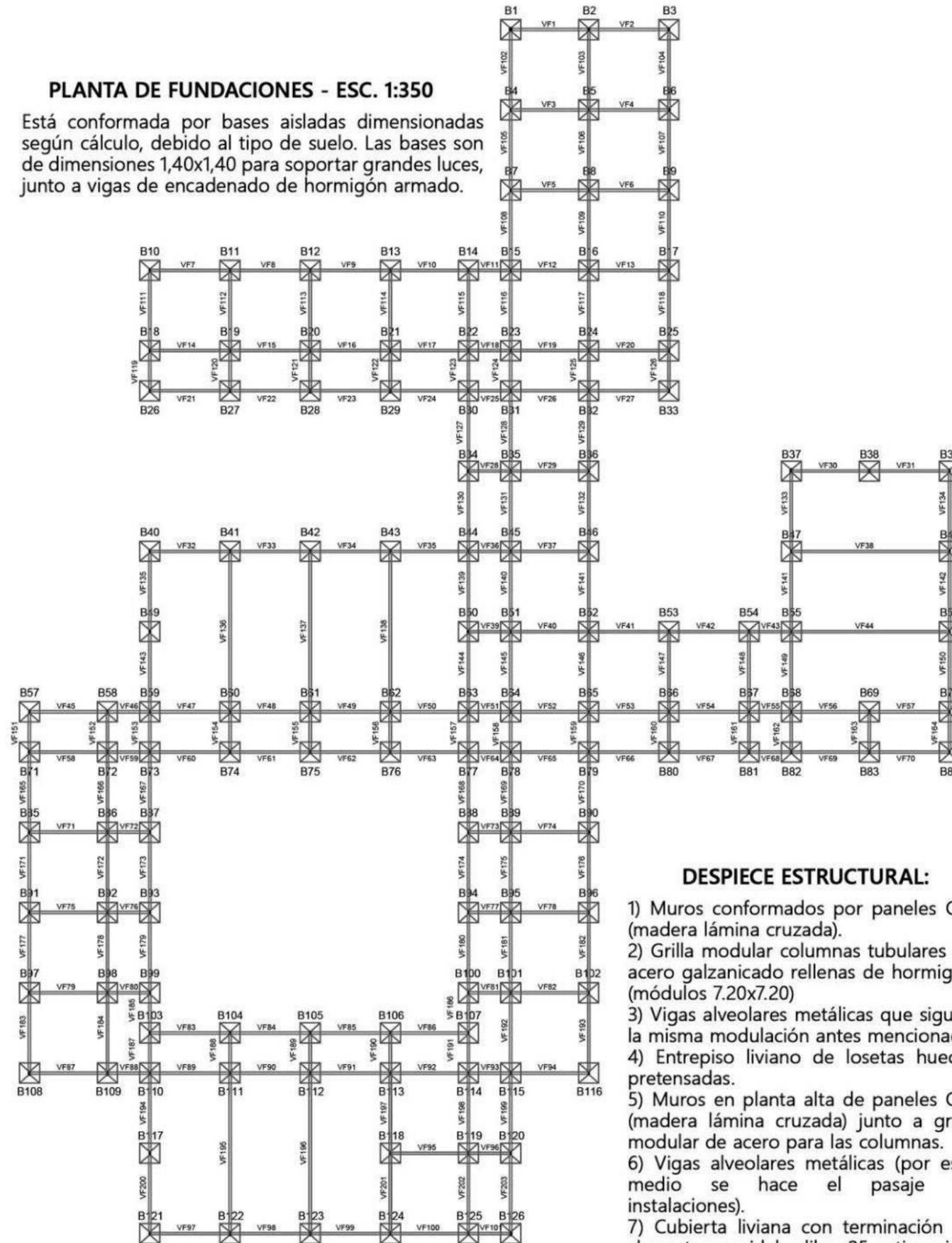
LAS COLUMNAS SON TUBULARES DE ACERO GALVANIZADO RELLENAS DE HORMIGÓN, EN CUANTO A LAS VIGAS SON ALVEOLARES METÁLICAS. EN LOS PROGRAMAS COMO AUDITORIO, PILETA TERAPÉUTICA Y GIMNASIO SE EMPLEA RETICULADO DE ESTRUCTURA METÁLICA PARA LOGRAR MAYORES LUCES SIN APOYOS.

ENTREPISO:

PARA LOS ENTREPISOS SE OPTÓ POR LOSETAS HUECAS PRETENSADAS YA QUE PERMITEN CUBRIR LUCES DE HASTA 16 METROS Y SE ADAPTAN AL MÓDULO ELEGIDO.

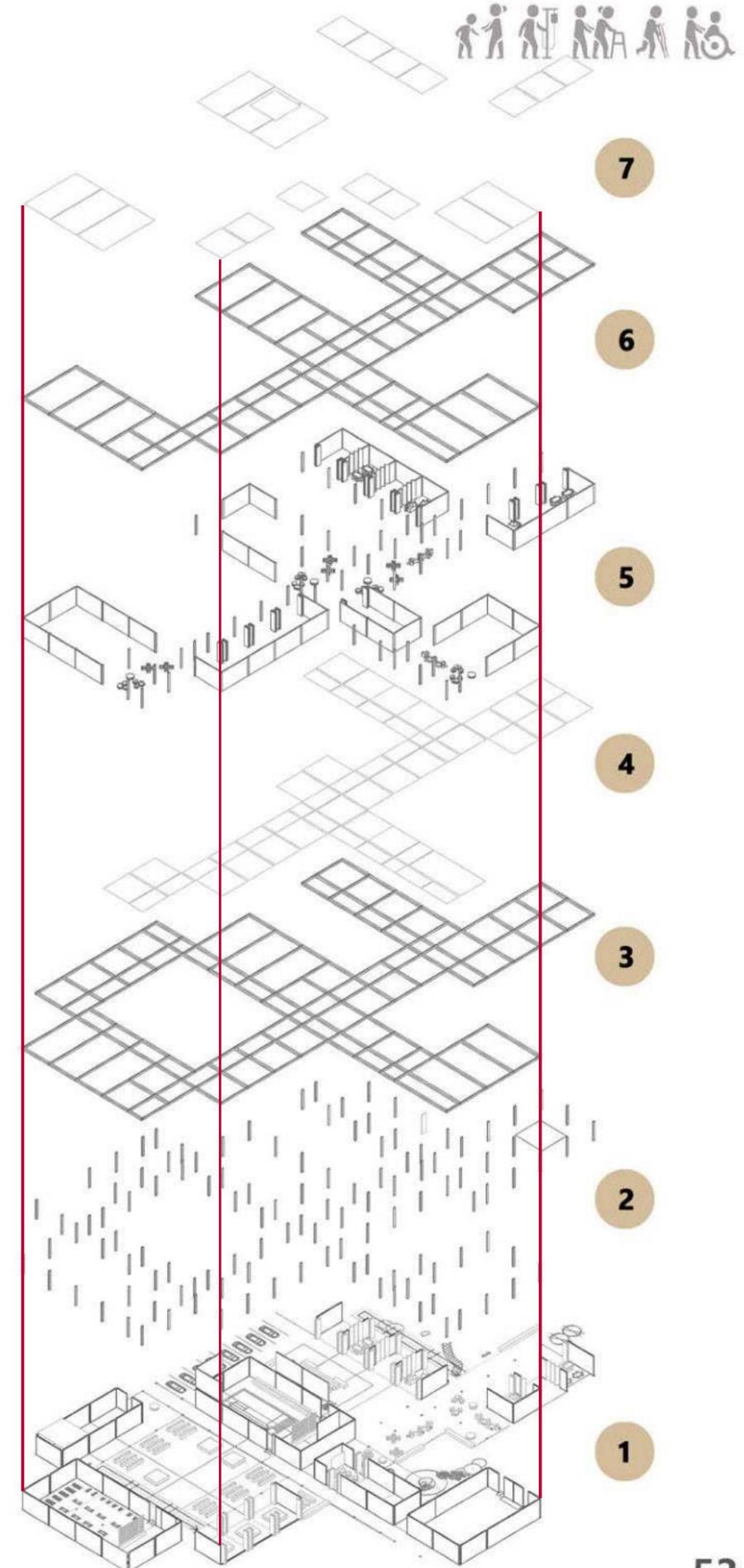
PLANTA DE FUNDACIONES - ESC. 1:350

Está conformada por bases aisladas dimensionadas según cálculo, debido al tipo de suelo. Las bases son de dimensiones 1,40x1,40 para soportar grandes luces, junto a vigas de encadenado de hormigón armado.



DESPIECE ESTRUCTURAL:

- 1) Muros conformados por paneles CLT (madera lámina cruzada).
- 2) Grilla modular columnas tubulares de acero galvanizado rellenas de hormigón (módulos 7.20x7.20)
- 3) Vigas alveolares metálicas que siguen la misma modulación antes mencionada.
- 4) Entrepiso liviano de losetas huecas pretensadas.
- 5) Muros en planta alta de paneles CLT (madera lámina cruzada) junto a grilla modular de acero para las columnas.
- 6) Vigas alveolares metálicas (por este medio se hace el pasaje de instalaciones).
- 7) Cubierta liviana con terminación de chapa trapezoidal calibre 25 antigranizo.

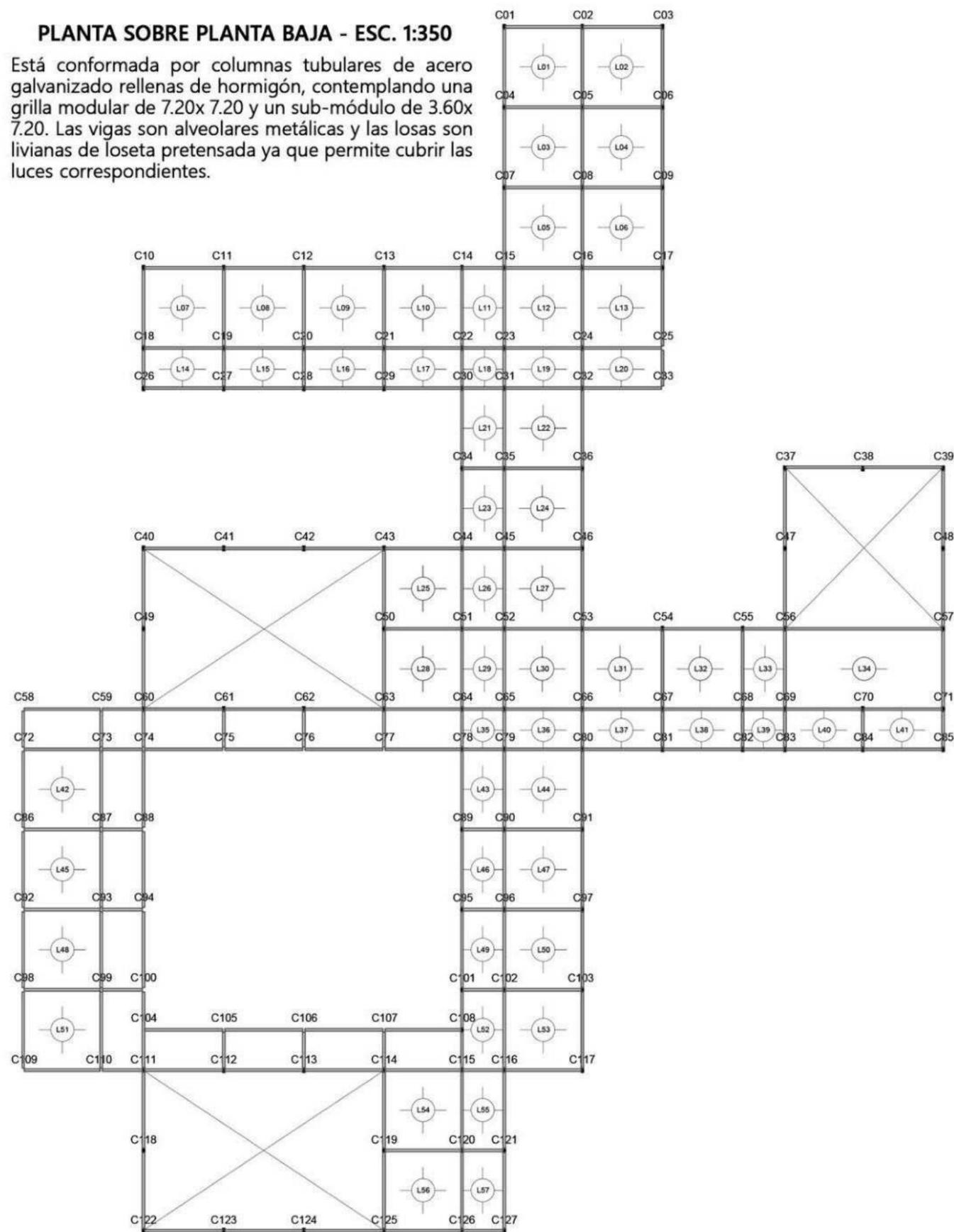


SISTEMA ESTRUCTURAL



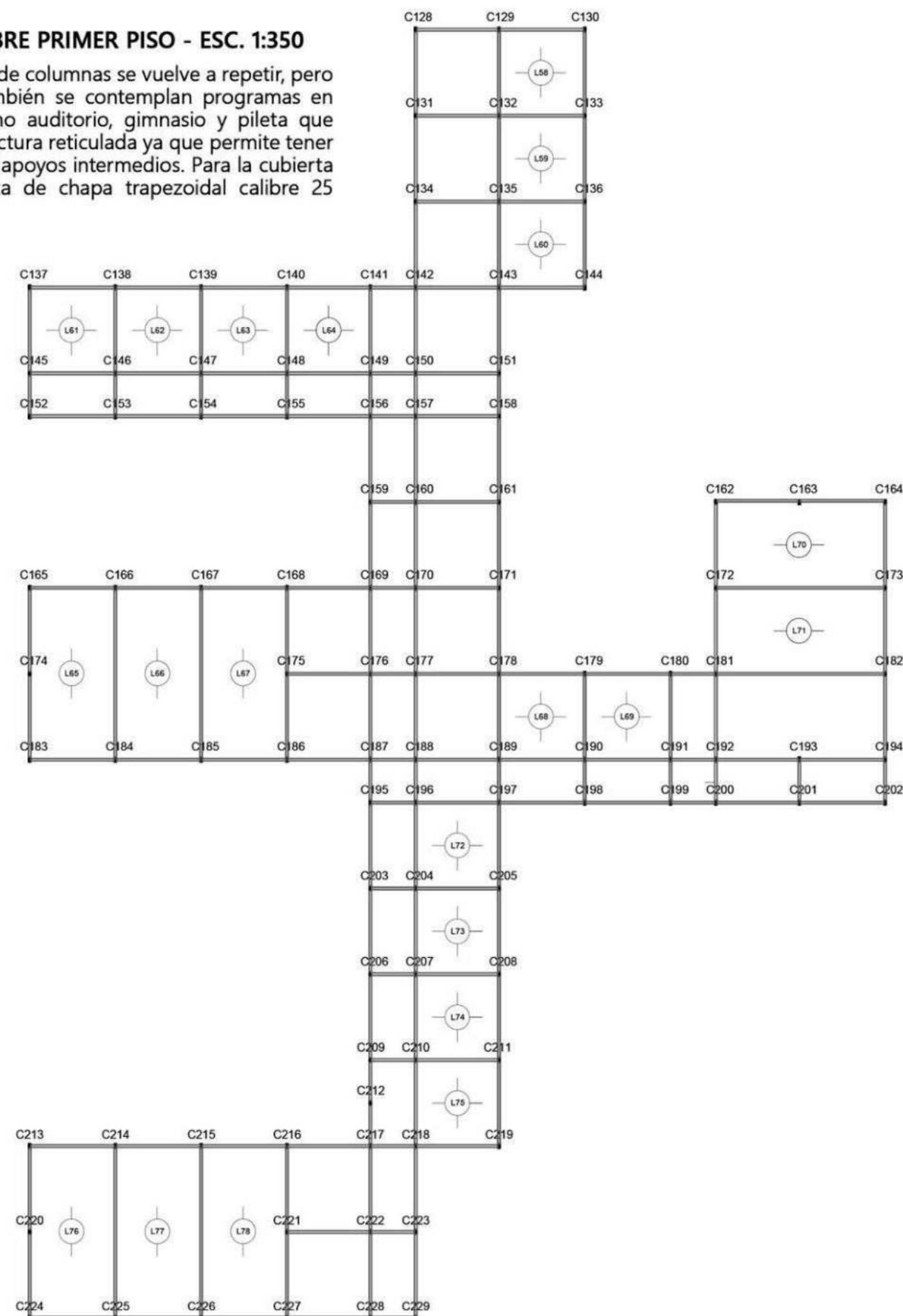
PLANTA SOBRE PLANTA BAJA - ESC. 1:350

Está conformada por columnas tubulares de acero galvanizado rellenas de hormigón, contemplando una grilla modular de 7.20x 7.20 y un sub-módulo de 3.60x 7.20. Las vigas son alveolares metálicas y las losas son livianas de loseta pretensada ya que permite cubrir las luces correspondientes.



PLANTA SOBRE PRIMER PISO - ESC. 1:350

La grilla modular de columnas se vuelve a repetir, pero en este caso también se contemplan programas en doble altura como auditorio, gimnasio y pileta que poseen una estructura reticulada ya que permite tener grandes luces sin apoyos intermedios. Para la cubierta se utiliza cubierta de chapa trapezoidal calibre 25 antigranizo.



DETALLES CONSTRUCTIVOS



SISTEMA PREFABRICADO:

LA ELECCIÓN DEL SISTEMA PREFABRICADO ESTÁ DADA TENIENDO EN CUENTA EL PROGRAMA Y LA NECESIDAD DEL CONSTANTE CAMBIO COMO TAMBIÉN DE SU FUTURA EXPANSIÓN.

ESTE TIPO DE SISTEMA LOGRA:

- **MAYOR RAPIDEZ** EN LA CONSTRUCCIÓN (YA QUE SU ENSAMBLAJE SE REALIZA EN OBRA O EN TALLER) Y NO NECESITA MAQUINARIA PESADA PARA SU USO.

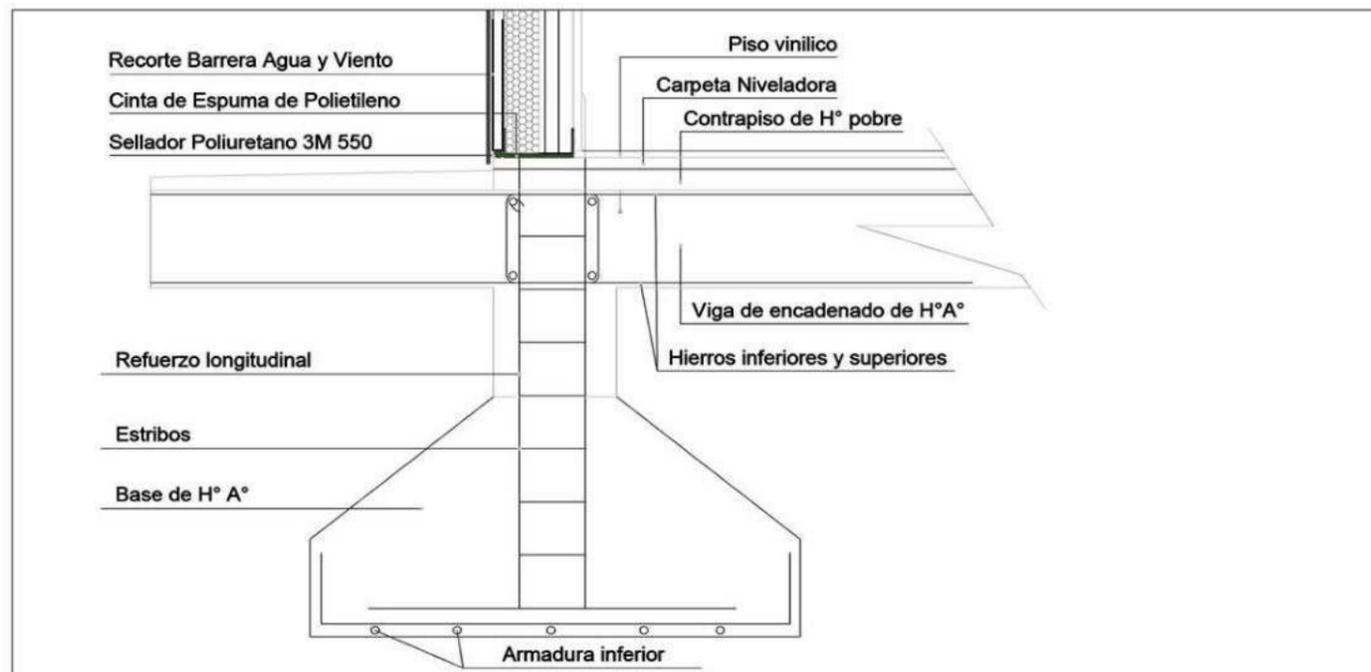
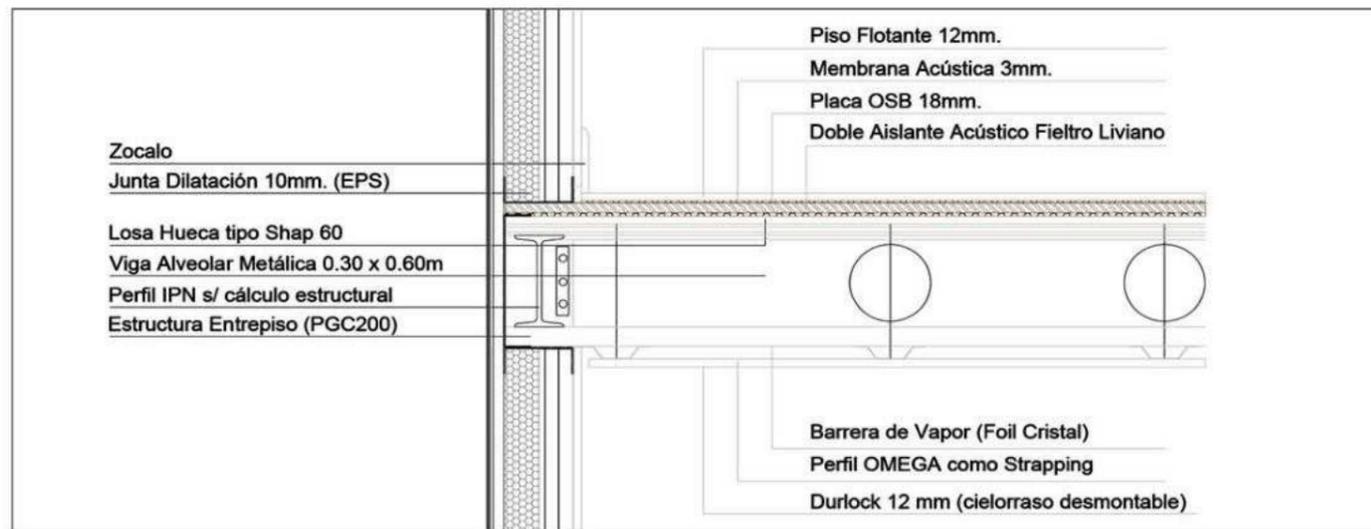
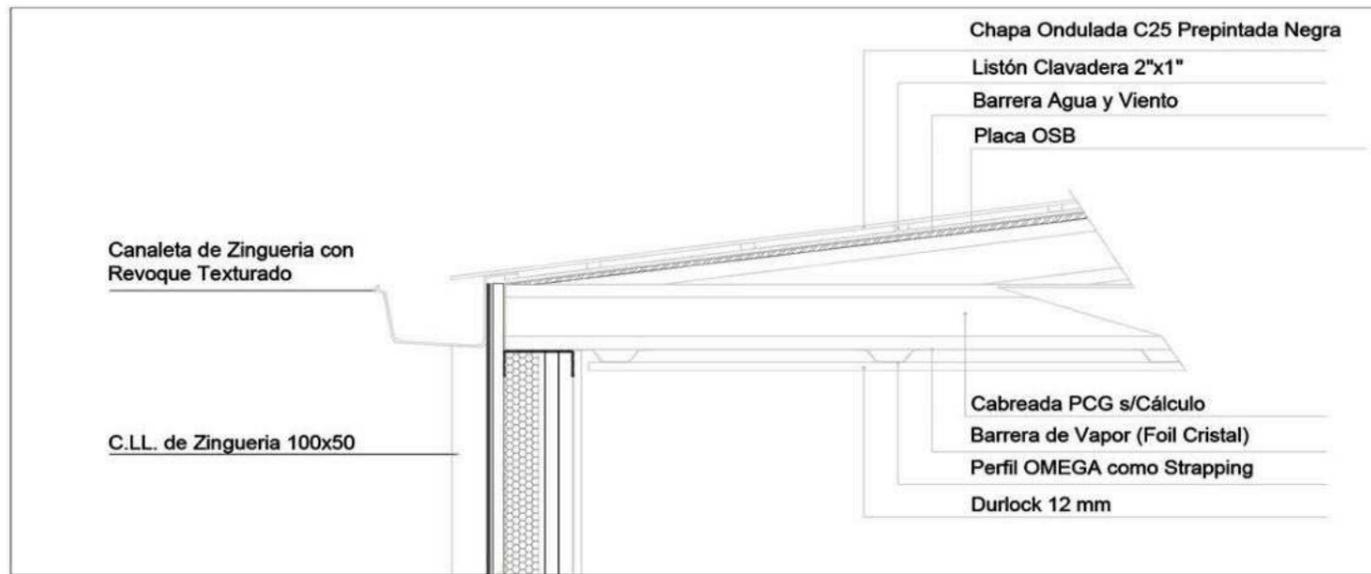
- **DISEÑO FLEXIBLE**, YA QUE PERMITE EL CAMBIO O EL CRECIMIENTO DE LOS PROGRAMAS Y MÓDULOS.

- **DURABILIDAD**, YA QUE LOS PERFILES DE ACERO GALVANIZADO POSEEN DURABILIDAD DE 300 AÑOS APROX.

- **SOSTENIBILIDAD**, DEBIDO A QUE PRODUCE MENOS DESPERDICIOS MATERIALES, LO QUE TAMBIÉN GENERA MENOS COSTO FINANCIERO.

EL ACERO ES UN MATERIAL TOTALMENTE RECICLABLE, Y NO REQUIERE TRATAMIENTOS ESPECIALES.

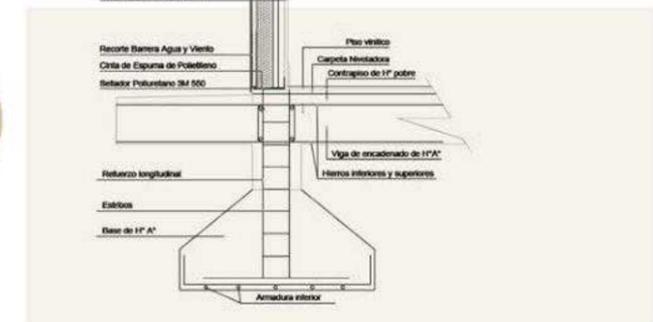
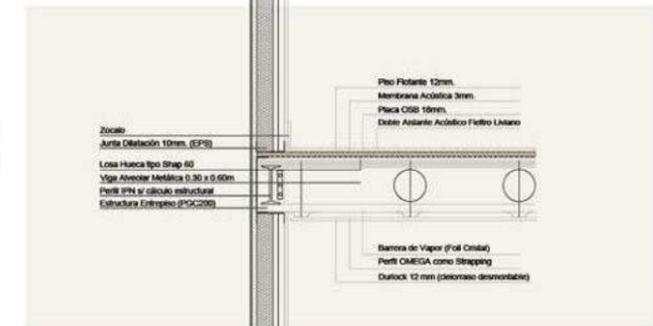
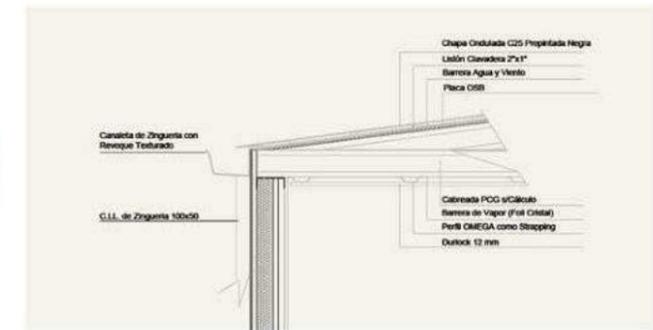
- **COORDINACIÓN MODULAR**, PERMITE EL ARMADO DE MÓDULOS TANTO ESTRUCTURALES COMO PROGRAMÁTICOS (EN ESTE CASO SE UTILIZÓ UNA MODULACIÓN DE 7.2X7.20 Y UNA SUB-MODULACIÓN DE 3.60 X 7.20). LOS PERFILES DE ACERO TANTO PARA VIGAS COMO COLUMNAS, COMO TAMBIÉN LOS MUROS DE CLT PERMITEN CONTINUAR CON LA GRILLA ESPACIAL SIN INTERFERIR EN EL PROGRAMA.



3

2

1



CRITERIOS DE SUSTENTABILIDAD



ILUMINACIÓN NATURAL

Iluminación natural a través de patios verdes y fachada compuesta por vidrio DVH.



ESPACIOS VERDES

Sistema de espacios verdes y patios para el contacto con la naturaleza.



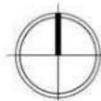
FACHADAS PERMEABLES

Fachada y materiales que permitan la ventilación cruzada y la relación interior - exterior.



RENOVACIÓN DE AIRE

Espacios abiertos que permitan el intercambio continuo de aire.



ORIENTACIONES

Orientaciones enfrentadas a vientos predominantes para favorecer superficies ventiladas.



SUPERFICIES FILTRANTES

Materiales naturales que permitan la absorción hídrica.



PANELES SOLARES

Aprovechamiento de energía solar como complemento al suministro eléctrico.



LUZ LED

Luminarias de bajo consumo para reducir el uso de energía eléctrica.



RECOLECCIÓN AGUA DE LLUVIA

Sistema de recolección de agua de lluvias para servicios sanitarios y de jardinería.



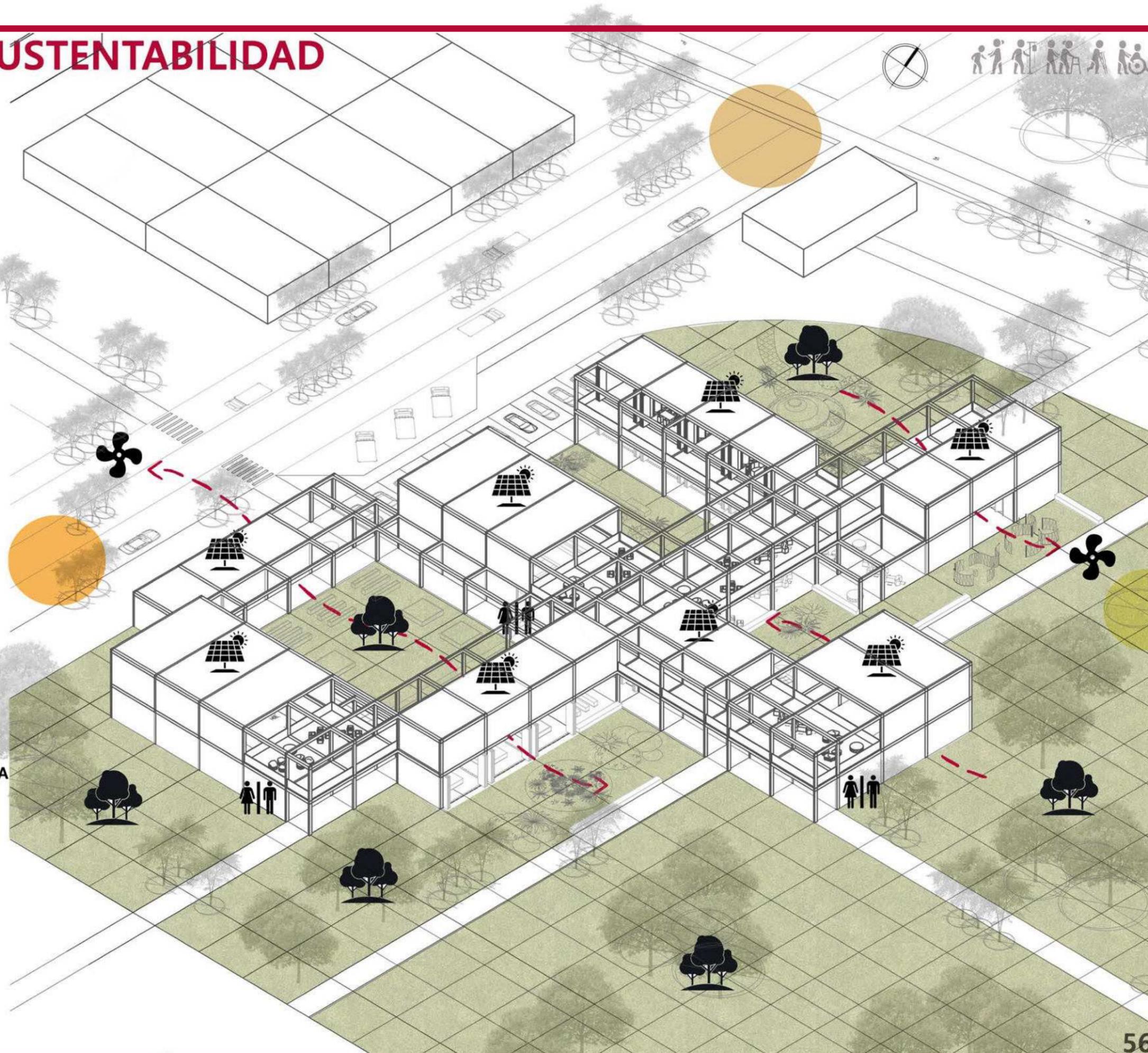
SANITARIOS AHORRADORES

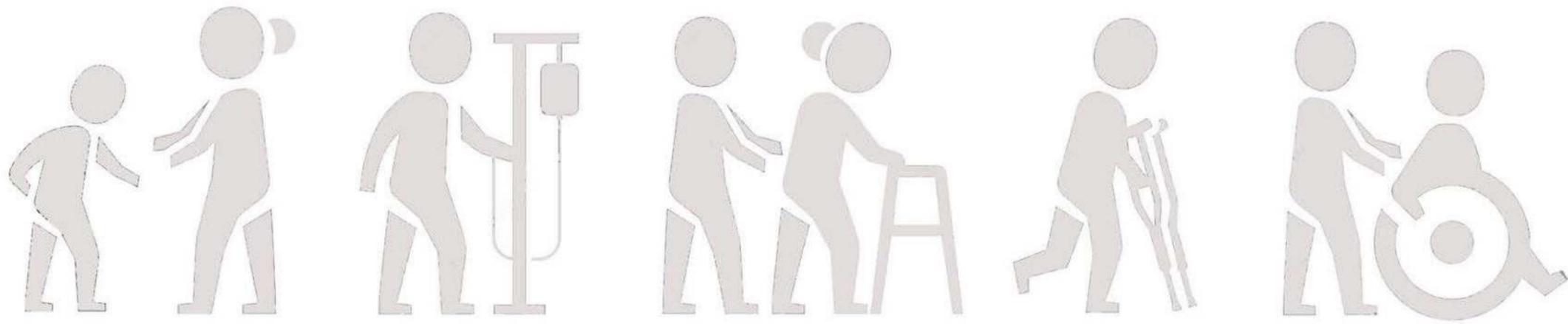
Baterías sanitarias de bajo consumo.



MATERIALES EFICIENTES

Uso de materiales industrializados de bajo impacto ambiental





REFERENTES

REFERENTES HISTÓRICOS



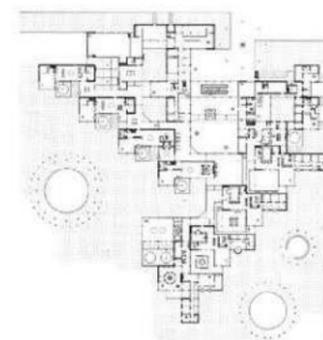
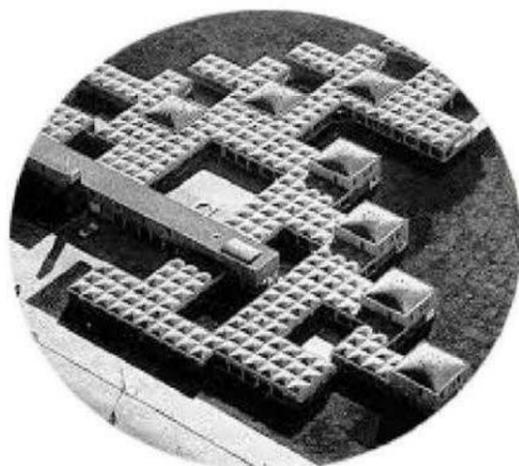
ORFANATO DE ÁMSTERDAM

(ÁMSTERDAM. HOLANDA - 1955/1960)

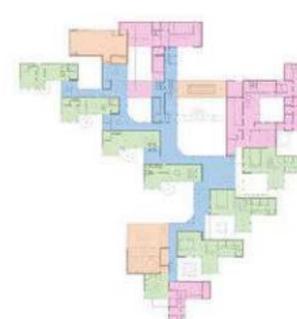
Aldo Van Eyck.

El proyecto se concibe como una ciudadela o un laberinto, generando espacios interiores y exteriores que se interconectan, y donde lo público / privado está estrechamente vinculado.

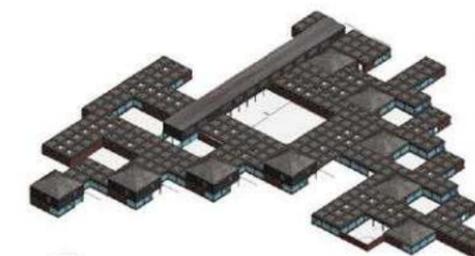
Se conforma por medio de pabellones con dos tamaños de módulos que conforman un volumen continuo. Se utilizan módulos estándar que se repiten con sutiles variaciones compuestas por una estructura de columnas y arquivoltas.



PLANTA
BLOQUES CONECTADOS



■ CIRCULACIONES
■ DORMITORIOS
■ RECREACIÓN
■ SERVICIOS



SISTEMA DE GRILLA / TRAMA
CAMINOS QUEBRADOS
MODULACIÓN

Josic, Candilis y Woods.

Se trata de concebir un sistema antes que un edificio. Logrando que se pueda atravesar peatonalmente tanto en sentido longitudinal como transversal.

Esto se logra por medio de cuatro caminos principales y una red de caminos secundarios que están unidos a un sistema terciario, logrando un sistema Stem.

Un Sistema Stem es un vínculo entre células aditivas generadoras de hábitat, produciendo el entorno en el cuál van a funcionar.

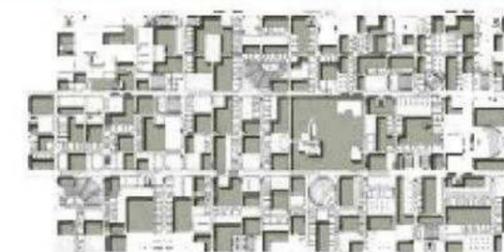


UNIVERSIDAD LIBRE DE BERLÍN

(BERLÍN - 1963/1973)



MODULACIÓN EN PLANTA



SISTEMA DE PATIOS VERDES



MODULACIÓN EN CORTE

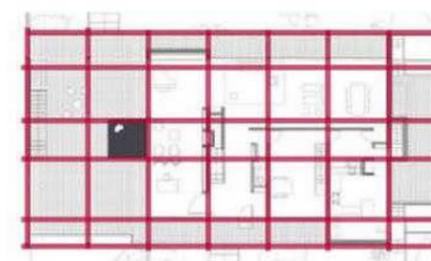
CASA OKS

(MARTINEZ. BUENOS AIRES - 1953/1957)

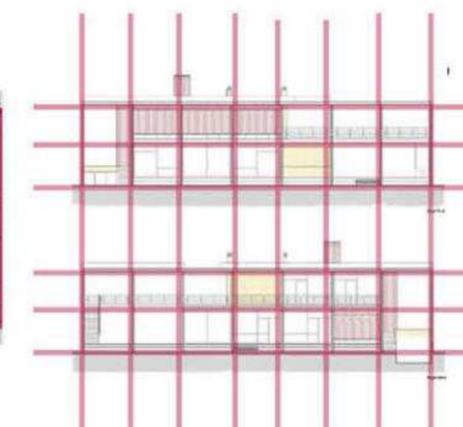
Antonio Bonet.

La casa se compone de un prisma virtual, definido por una estructura de hierro. Dentro del entramado de columnas y vigas se disponen los planos horizontales generados por las losas de hormigón, y los verticales por las carpinterías o cerramientos revestidos de color.

En esta obra cumple un rol muy importante los vacíos, ya que logran una percepción total en el proyecto y genera un juego de luz y sombra.



MODULACIÓN EN PLANTA
GRILLA ESPACIAL



MODULACIÓN EN FACHADA



REFERENTES MODERNOS

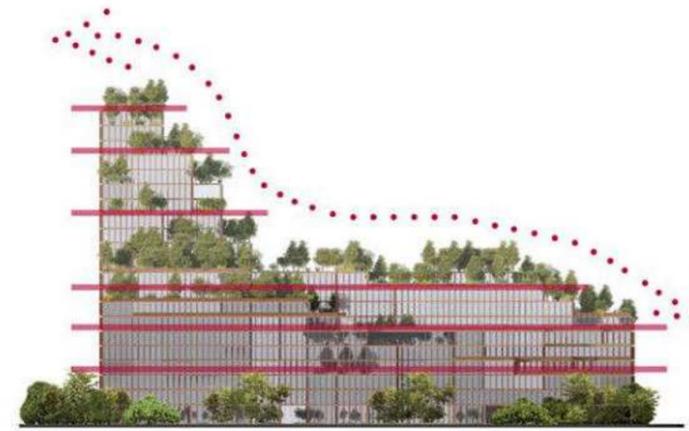


CENTRO DE REHABILITACIÓN - SHENZHEN, CHINA

Arquitecto: STEFANO BOERI.

El proyecto implementa un conjunto de terrazas verdes y espacios superpuestos en un sistema sostenible que combina naturaleza, arquitectura y biodiversidad e incluye jardines internos dedicados a la rehabilitación.

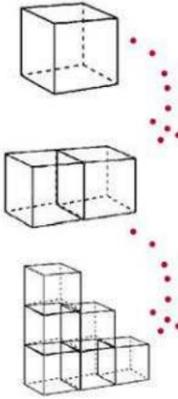
El desarrollo está dedicado a personas con movilidad reducida de entre 16 a 60 años. El centro es pionero de la inclusión social y la cohesión para discapacitados en China.



TERRAZAS VERDES EN ALTURA



RELACIÓN DIRECTA CON SU ENTORNO URBANO



Arquitectos: EQUIPO COWI A/S.

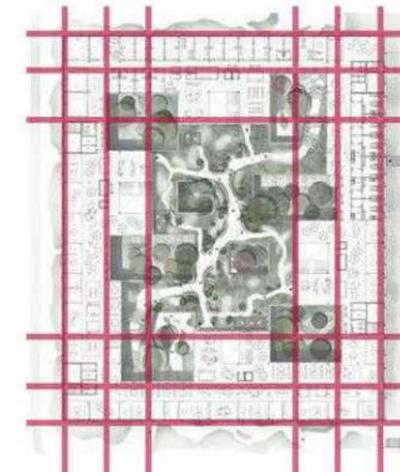
Basado en la idea de conexión con la naturaleza, el Centro enlaza el interior y el exterior para estimular y nutrir a los pacientes y visitantes. En todo el edificio se encuentra la naturaleza como un elemento central.

Se busca lograr un ámbito de curiosidad que los pacientes y visitantes deben explorar.

A través de esto el paciente experimenta que no está solo con su enfermedad, sino que es parte de una gran comunidad entre el personal e investigadores.



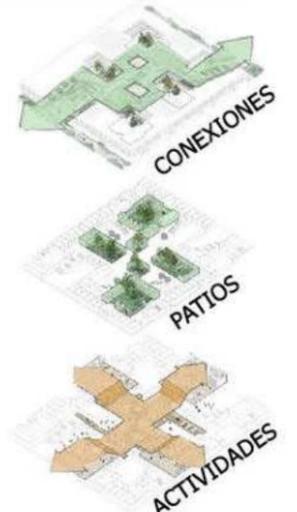
DIABETES CENTER - COPENHAGUE, DINAMARCA



MODULACIÓN EN PLANTA



JARDINES VERDES AMBIENTE TERAPÉUTICO



CONEXIONES

PATIOS

ACTIVIDADES

KHOO TECK PUAT - YISHUN, SINGAPUR

Arquitectos: CPG CORPORATION.

Concepto de hospital en un jardín y jardín en un hospital. En el centro hay un enorme patio hundido donde se introduce luz y vegetación en los niveles inferiores.

Se buscó lograr un ambiente curativo a través de jardines para involucrar los sentidos: vista, sonido, aroma y tacto.

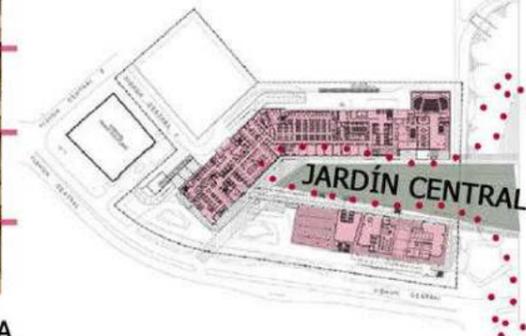
Es un edificio que contiene diseño biofílico donde se aumenta el rendimiento cognitivo, la concentración, la producción laboral, la motivación y la seguridad.



MODULACIÓN EN FACHADA



USO DE DISTINTA VEGETACIÓN GENERANDO JARDINES Y HUERTAS



JARDÍN CENTRAL



SUBSIDISED WARD
SOC
PCD/LIM
PRIVATE WARD



LECTURAS:

- Hacia una ciudad accesible. Criterios de Diseño Accesible. **COMISIÓN DE ACCESIBILIDAD - CAPBA UNO.**
- Lo Urbano y lo Humano. Hábitat y Discapacidad. **SILVIA AURORA CORAT.**
- Manual de Accesibilidad Universal. Ciudades y Espacios para todos. **CORPORACIÓN ACCESIBLE - BOUDEGUER & SQUELLA ARQ.**
- Manual Práctico de Diseño Universal. Basado en la Ley 962 "Accesibilidad Física para todos". **COPIDIS - COMISIÓN PARA LA PLENA PARTICIPACIÓN E INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.**
- Discapacidad, lo que todos debemos saber. **E. ALICIA AMATE - ARMANDO J. VÁSQUEZ.**
- Guía de lenguaje adecuado en temas de discapacidad. **AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD - PRESIDENCIA DE LA NACIÓN.**
- Arquitectura para la Salud en América Latina. **LUCIANO MONZA - FABIO BITENCOURT.**
- Historia de la Rehabilitación en Lationamérica. **DR FERNANDO SOTELANO DEL DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN, CEMIC.**
- La Discapacidad en Argentina: un diagnóstico de situación y políticas públicas vigentes a 2005. **FUNDACIÓN PAR.**
- Ley N° 22.431. Sistema de protección integral de las personas discapacitadas.

ACTIVIDAD DE POSGRADO REALIZADA:

- Seminario espacios y usuarios. Estrategias accesibles y recursos técnicos para un hábitat inclusivo. **PROSECRETARIA DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE ARQUITECTURA Y URBANISMO - UNLP.**

ELECTIVA:

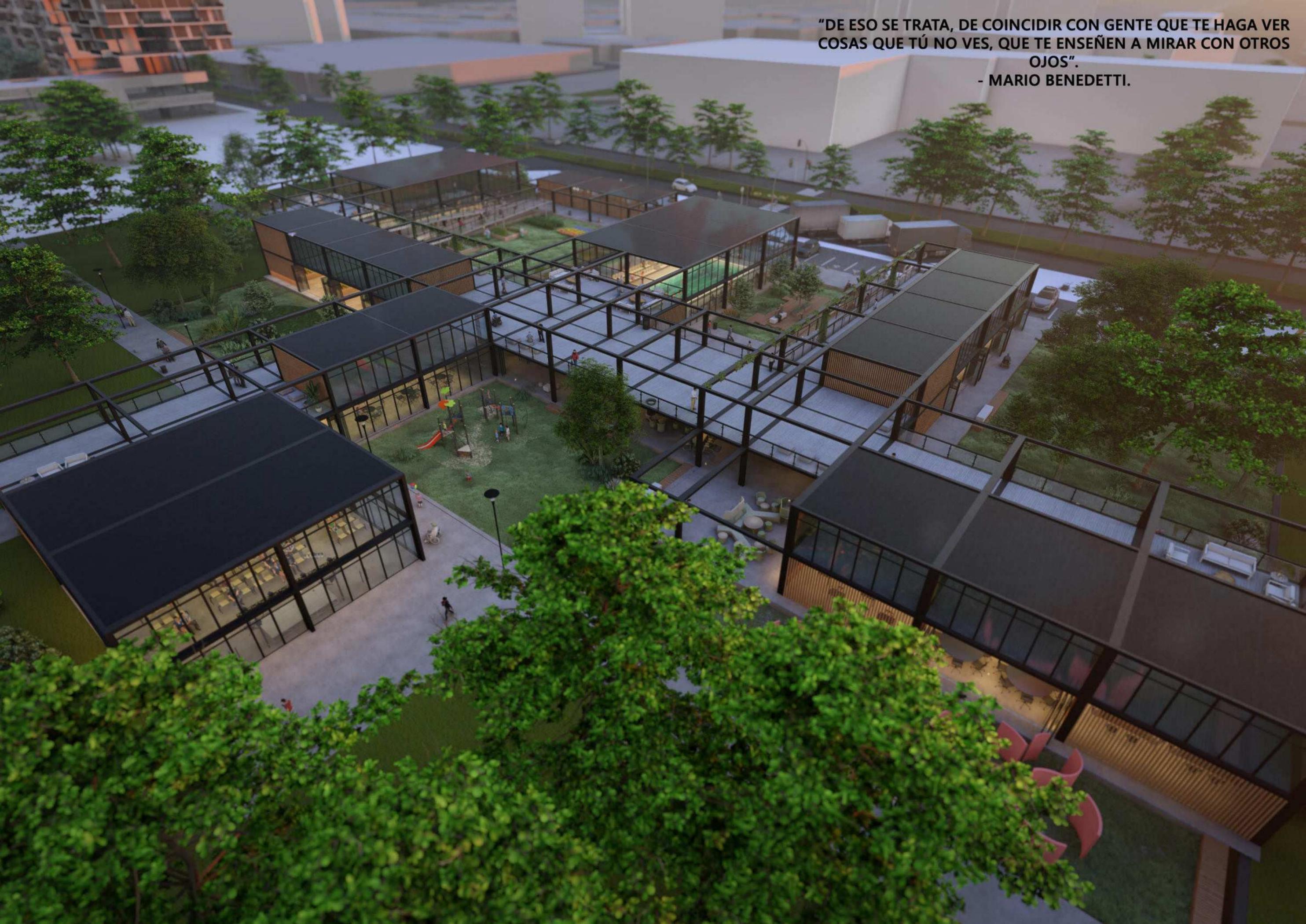
- Diseño urbano para la transformación de la ciudad: aportes para un abordaje inclusivo y sustentable. **FACULTAD DE ARQUITECTURA Y URBANISMO - UNLP.**

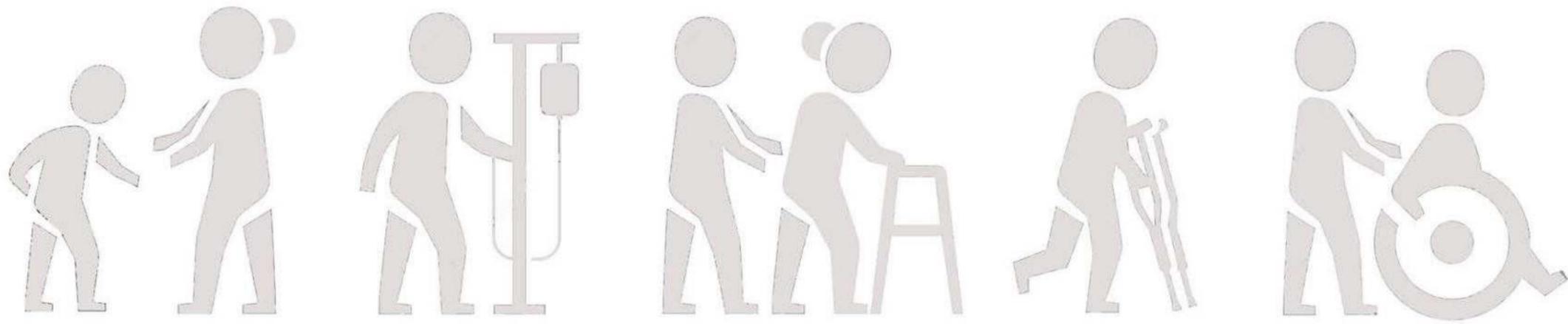
WORKSHOP REALIZADO:

- Accesibilidad a espacios públicos y sedes deportivas. **COMISIÓN DE MOVILIDAD Y ACCESIBILIDAD URBANA - COLEGIO DE ARQUITECTOS CAPBA UNO.**

**"DE ESO SE TRATA, DE COINCIDIR CON GENTE QUE TE HAGA VER
COSAS QUE TÚ NO VES, QUE TE ENSEÑEN A MIRAR CON OTROS
OJOS".**

- MARIO BENEDETTI.





MUCHAS GRACIAS!
